



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL ADQUIRIDA EN EL INTERNADO
MÉDICO 2022, REALIZADO EN EL HOSPITAL DE
EMERGENCIAS ATE VITARTE Y HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GARGI NICOLE ACEVEDO LAZÓN

LUIGGI LUCIANO BAZZETTI BORRA

ASESOR

FERNANDO LIBERATO FELLES

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA PROFESIONAL ADQUIRIDA EN EL
INTERNADO MÉDICO 2022, REALIZADO EN EL HOSPITAL
DE EMERGENCIAS ATE VITARTE Y HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

**ACEVEDO LAZÓN GARGI NICOLE
BAZZETTI BORRA LUIGGI LUCIANO**

**ASESOR
DR. FERNANDO LIBERATO FELLES,**

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Herrera Aguilera

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que estuvieron conmigo a lo largo de estos años, sobre todo a mis padres, quienes se esforzaron día a día por ser mi soporte y modelo a seguir.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

El Internado médico es el último año de la carrera de medicina humana, en el cual los estudiantes realizan prácticas preprofesionales en sedes Hospitalarias. El Internado Médico es el período en el que los estudiantes de medicina desempeñan una labor más participativa dentro de las actividades de salud, tales como: atención y evolución de pacientes, toma de muestras, realizan procedimientos, curación de heridas, atención del recién nacido, atención de partos, entre otros.

En los últimos años, el Internado Médico se vio afectado debido a la coyuntura sanitaria que atravesó el mundo a causa de la pandemia por el COVID-19, motivo por el cual se redujo el tiempo de duración del Internado Médico a 10 meses y a su vez la división de este período en rotación en Hospitales y Centros de Salud.

Como parte de la experiencia del Internado presentaremos 4 casos clínicos por cada especialidad de los servicios rotados: Medicina interna, Pediatría, Ginecología, y Cirugía. Así como una revisión de las patologías presentadas.

Se describirán las funciones que cumple el Interno de Medicina dentro del Hospital y Centro de salud. Por otro lado, se mencionan los problemas y dificultades que se presentaron durante el desarrollo del Internado Médico.

ABSTRACT

The Medical Internship is the last year of the human medicine career, in which students perform pre-professional internships at hospital sites. The Medical Internship is the period in which medical students play a more participatory role in health activities, such as: patient care and evolution, taking samples, performing procedures, wound healing, newborn care, childbirth care, among others.

In recent years, the Medical Internship was affected due to the health situation that the world went through because of the COVID-19 pandemic, which is why the duration of the Medical Internship was reduced to 10 months and the division of this period in rotation in Hospitals and Health Centers.

As part of the internship experience, we will present 4 clinical cases for each specialty of the rotated services: Internal Medicine, Pediatrics, Gynecology, and Surgery. As well as a review of the pathologies presented.

We will describe the functions that the Medical Intern fulfills within the Hospital and Health Center. On the other hand, the problems and difficulties that arose during the development of the Medical Internship are mentioned.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA PROFESIONAL ADQUIRIDA
EN EL INTERNADO MÉDICO EN HOSPIT
AL DE EMERGENCIAS ATE VITARTE Y H

AUTOR

GARGI NICOLE ACEVEDO LAZÓN LUIGGI
LUCIANO BAZZETTI BORRA

RECuento DE PALABRAS

14830 Words

RECuento DE CARACTERES

82220 Characters

RECuento DE PÁGINAS

60 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

129.7KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 5, 2023 9:39 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 5, 2023 9:40 AM GMT-5**● 18% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

Mg. FERNANDO, LIBERATO FELLES
ASESOR
DNI: 06183815
ORCID: 0009-0000-3160-8156

INTRODUCCIÓN

En el Perú la carrera de Medicina Humana tiene una duración de 7 años, siendo el último año de carrera el período denominado Internado Médico, en donde se pone en práctica los conocimientos adquiridos en años previos para consolidarlos mediante la practica con los pacientes, siendo de vital importancia para el desempeño como Médico Cirujano en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud. (1)

El Internado Médico es un período en donde a través del contacto diario con los pacientes adquirimos destrezas para el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas enfermedades, poniendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. (2)

Durante el Internado Médico se rota en las 4 grandes especialidades médicas: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General. En nuestro caso al tener 5 meses en sede Hospitalaria se rotó 6 semanas en cada especialidad donde se hizo seguimiento a los pacientes hospitalizados desde el ingreso hasta el alta. Los 5 meses restantes pasamos a un centro de primer nivel de atención.

En el presente Trabajo se describe la experiencia del Internado Médico 2022 - 2023 en el Hospital de Emergencias Ate Vitarte, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Centro de Salud San Antonio I-3 y Centro de Salud Diez de Octubre. Dichos casos clínicos tienen como objetivo identificar la actuación en cada nivel de atención.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO 1

Acude a la emergencia de Gineco-Obstetricia una paciente mujer de 29 años sexualmente activa, refiriendo dolor abdomino - pélvico tipo cólico que inicia hace 5 días, de intensidad 8/10 que cedió parcialmente a analgésicos añadiéndose sensación de alza térmica acompañado de flujo vía vaginal de color amarillo con mal olor, también refiere sangrado post coital, dispareunia y disuria. Como antecedente refiere múltiples infecciones vaginales e imposibilidad de quedar embarazada, este cuadro de dolor abdominal se ha repetido con anterioridad.

Funciones Vitales:

T°: 39.3 °C FC: 110 FR: 21 PA: 120/80 Sat.O2: 99%

FUR: hace 1 semana MAC: no

Al examen físico:

PyF: Piel THE, llenado capilar < 2 seg. No se evidencian lesiones.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardíacos taquicárdicos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en FID y FII, Mc Burney (+), Blumberg (+), no se palpan masas.

GU: En la especuloscopia se evidencia flujo amarillento con mal olor e inflamación del cérvix, dolor a la movilización cervical.

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Diagnóstico

1. Síndrome febril
2. Síndrome doloroso abdominal
 - 2.1 D/c Apendicitis
 - 2.2 D/c Enfermedad inflamatoria pélvica

Se comunica a la paciente y al familiar acompañante los signos encontrados al examen físico por lo que se le procede a realizar análisis de laboratorio. Paciente pasa a Observación mientras se realizan exámenes auxiliares.

Plan

- Examen de orina
- BhCG cuantitativa
- Hemograma
- PCR
- Ecografía transvaginal

Se revisan los resultados de laboratorio: hemograma leucocitosis 18 000 con desviación a la izquierda. PCR: elevada, BhCG cuantitativa: NEGATIVA, Examen de orina negativo.

En la ecografía transvaginal: Engrosamiento de endometrio 5mm. Estructura hiperecoica con un borde hipoeicoico asociado a edema corresponde a las Trompas de Falopio. Complejo tubo-ovárico se forma cuando el ovario se adhiere a la Trompas de Falopio.

Los hallazgos tanto clínicos, de imagen y de sangre nos indican una enfermedad inflamatoria pélvica moderada con absceso sin peritonitis.

Se decide hospitalizar a la paciente para brindar terapia endovenosa.

Tratamiento

Doxiciclina 100 mg ev c 12h, Cefoxitina 2gr ev c/6h se mantiene terapia endovenosa hasta evidenciar signos de mejoría clínica.

Se da de alta a los 4 días a la paciente, se continuó con terapia vía oral hasta completar 2 semanas de tratamiento y posterior control por consultorio de ginecología.

CASO CLÍNICO 2

Segundigesta de 35 años con 36 semanas, acude a Emergencia de Gineco obstetricia refiriendo cefalea, edemas en miembros inferiores desde hace 2 días y dolor epigástrico desde anoche. Reporta pérdida de líquido por vía vaginal y contracciones hace 4 horas.

Antecedentes:

G2 P 0101, Preeclampsia en embarazo anterior. Cesárea hace un año. Cirugías: Niega, Rams: Niega

Al evaluar a la paciente encontramos:

Funciones Vitales:

T°: 37 °C FC: 80 FR: 21 PA:160/90 Sat.O2: 98% IMC: 31

Al examen físico:

PyF: THE, llenado capilar < 2 seg. Edema con fóvea ++/+++.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardíacos taquicárdicos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: Útero grávido de 36 ss, AU: 33, LCI, LCF:145

GU: Tacto vaginal: D: 2, I:20%, AP: -3 duro, posterior

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnóstico Inicial

1. Preeclampsia con criterios de severidad
2. D/C Sd. Hellp

Plan

Se le solicita exámenes de laboratorio y hospitalizar

- Hospitalizar
- Prequirúrgicos
- Examen de orina
- Hemograma y frotis sanguíneo
- Perfil renal
- Bilirrubina Total y Fraccionada, TGO, DHL

Resultados: Hemoglobina de 10 mg/dl, en el frotis se evidencia Esquistocitos lo que sugiere que la paciente presenta anemia hemolítica microangiopática. Las plaquetas en 75 000. La prueba de orina revela un aumento de las Proteínas, Perfil Renal: Creatinina en 1.4 mg/dL. Pruebas hepáticas TGO 120 U/L, TGP 100 U/L, DHL 600U/, los resultados indican daño Hepático. Se confirma el diagnóstico de Sd. de Hellp.

Se hospitaliza a la paciente para manejo de preeclampsia y monitoreo fetal el cual sale reactivo. Para la preeclampsia se le canaliza doble vía, se coloca sonda Foley para monitorización de diuresis y proteinuria en 24hrs. Se administra metildopa 1gr vo sin embargo no hubo mejoría en la presión por lo que se indica Nifedipino 10 mg vo sin encontrar mejoría en las mediciones de presión posteriores. Paralelamente en la primera vía se indica Nacl al 0.9% 300 cc a chorro luego 30 gts /min, en la otra vía se indica diluir 5 ampollas de sulfato de magnesio en 1 Lt de Nacl: pasar 400cc a chorro y luego 30 gts / min de mantenimiento.

Se observa mejoría y la presión baja a 145/80, se monitorean signos de intoxicación por sulfato de magnesio como hiporreflexia, oliguria, bradipnea y estado conciencia los cuales se mantuvieron dentro de los parámetros normales por lo que no fue necesario utilizar gluconato de calcio.

Se decide finalizar la gestación vía cesárea obteniéndose un producto sano sin alteraciones. Los resultados de proteínas a las 24 h indicaron 6 gr/dl y las cifras de presión arterial continuaban por encima de 140 mg pese a antihipertensivos, la cefalea no remitió. Se hace interconsulta a Cardiología donde indican cambio de antihipertensivos, sin embargo, no hay mejoría en los niveles de presión arterial. Al día siguiente durante la visita médica se realiza interconsulta a Unidad de cuidados intensivos, la cual es respondida por la tarde siendo admitida en UCI donde permaneció por dos días donde manejaron los niveles de presión arterial; fue dada de alta con niveles de presión normales y con posterior control por Cardiología y Ginecología.

CASO CLÍNICO 3

Paciente mujer de 28 años acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 6 horas caracterizado por dolor en FID, intensidad 8/10, sangrado vaginal y amenorrea de 8 semanas. Antecedentes: Enfermedad Pélvica Inflamatoria recurrente, con tratamiento irregular. G 0 P0000, FUR: hace 2 meses. RC: 5/28–30. Cirugías: Niega, Rams: Niega. MAC: Niega.

Funciones Vitales:

T°: 37 °C FC:90 FR: 18 PA: 120/80 Sat.O2: 98%

Al examen físico:

PyF: Piel THE, llenado capilar < 2 seg. No se evidencian lesiones.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos taquicárdicos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: No distendido, RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en FID, Mc Burney (-), Blumberg (+).

Especuloscopia: Rasgos de sangrado en vagina, OCI cerrado.

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Diagnósticos:

1. Abdomen Agudo Quirúrgico
2. D/C Embarazo ectópico

Plan:

- Hospitalización.
- NPO
- Hemograma, examen de orina
- Ecografía transvaginal
- BhCG cuantitativa

Resultados: Hemograma con Hb 12.8 gr/dl, leucocitos 5 000, plaquetas 200 00. Examen de orina: Negativo, BhCG 7 000 u/ml.

Ecografía transvaginal: Útero de 70 mm x 80 mm, endometrio 5 mm, no se observa saco gestacional intrauterino. Se observa masa anexial de lado izquierdo, compatible con saco gestacional, embrión vivo con longitud cráneo caudal de 0.92 mm que corresponde a embarazo de 7 semanas. FCF 140 lpm. Saco vitelino de 5 mm.

Debido a los hallazgos se realiza Salpingooforectomía Laparoscópica

Cirugía: Salpingooforectomía Laparoscópica, se obtuvo saco gestacional y embrión íntegros. Paciente con evolución favorable es dada de alta sin complicaciones luego de 2 días.

CASO CLÍNICO 4

Paciente mujer de 20 años sexualmente activa acude a emergencia refiriendo sangrado vaginal hace 4 horas asociado a dolor tipo cólico en hipogastrio. Paciente refiere que sangrado es de color rojo rutilante acompañado de coágulos.

Antecedentes: FUR: 8 semanas, MAC: No, Rams: Niega, Qx: Niega, Patológicos: Niega

Funciones Vitales:

T°: 37°C FC: 85 FR: 18 PA:120/80 Sat.O2: 99%

Al examen físico:

PyF: Piel THE, llenado capilar < 2 seg. No se evidencian lesiones. Palidez +/+++.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos taquicárdicos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: No distendido, RHA (+), blando, depresible, no dolor a palpación superficial, dolor a palpación profunda en hipogastrio, no se palpan masas. sonoridad conservada. Altura uterina 11 cm.

Especuloscopia: Paredes vaginales con coágulos, OCI abierto 1 cm.

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnósticos Presuntivo

1. Sd. doloroso abdominal
 - D/C Aborto Incompleto
2. Hemorragia Uterina Anormal de etiología a determinar
3. Embarazo Ectópico

Plan:

- Hospitalización
- Ecografía transvaginal
- Hemograma
- Examen de orina
- BhCG Cuantitativa

Resultados: Hemograma con Hb 11 gr/dl, no leucocitosis, plaquetas 290 000. Examen de orina negativo. BhCG 20 000. Ecografía transvaginal: Se evidencian restos placentarios en cavidad endo uterina.
Se comunica a la paciente y al familiar el diagnóstico.

Diagnóstico Definitivo

1. Aborto Incompleto

Procedimiento

Se realiza Aspiración Manual Endo uterina previa sedo analgesia, con sangrado mínimo, sin complicaciones. Paciente estable al finalizar el procedimiento. Se envía muestra a patología. Se realiza Ecografía transvaginal control, con cavidad uterina sin restos placentarios. Se da de alta 8 horas después del procedimiento con Paracetamol 1gr c/12 hrs vía oral por 3 días. Doxiciclina 100 mg c/12hrs VO por 5 días. Se cita en 7 días para control y entrega de resultados de anatomía patológica.

I.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N° 1

Paciente varón de 34 años, procedente de una zona rural, acude a consultorio de la posta de San Juan de Lurigancho por presentar desde hace 3 semanas tos con expectoración amarilla verdosa, acompañado de fiebre hasta de 39°C, sudoración nocturna y baja de peso involuntaria durante el último mes.

Funciones vitales:

T°: 38.7 °C FC: 83 FR: 21 P/A: 115/80 SAT: 97%

Peso: 65 kg

Al examen físico:

PyT: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos

Boca: Mucosas húmedas

TyP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan crepitantes en lóbulo medio de hemitórax izquierdo

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

ABD: globuloso, no distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas, timpanismo conservado

GU: PPL (-) PRU (-)

SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15

Diagnósticos presuntivos:

- Síndrome febril
- D/C tuberculosis pulmonar

Plan:

- BK en esputo
- Genotype y Genexpert
- Radiografía de tórax posteroanterior y lateral
- Paracetamol 500mg condicional a temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ máximo cada 6 horas

Resultados:

- BK en esputo positivo para bacilo de Koch
- Genotype y genexpert sensibles para tratamiento con isoniacida y rifampicina
- radiografía de tórax muestra opacidades en lóbulo medio y superior de hemitórax izquierdo, no se observan cavernas

Con los resultados obtenidos el paciente es catalogado como paciente con tuberculosis pulmonar sensible a medicamentos, por lo que se le indica tratamiento por 6 meses con el esquema clásico de 2HRZE/4R3H3 el cual indica tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol todos los días durante un periodo de 3 meses, y posteriormente un tratamiento solo con rifampicina e isoniacida 3 veces a la semana. Se monitorea constantemente la adherencia al tratamiento del paciente, obteniendo sus datos personales y su número telefónico para permanecer en contacto con él, se supervisa una adecuada adherencia al tratamiento, posteriormente de los 6 meses de tratamiento el paciente ya no presenta síntomas y es dado de alta

satisfactoriamente con tratamiento completo

CASO CLÍNICO N°2

Paciente varón de 29 años de edad, acude a consultorio presentando un tiempo de enfermedad desde hace 1 mes, caracterizado por pérdida involuntaria de peso de hasta 6 kilos, acompañado de síntomas de fiebre de hasta 38.8°C, sudoración nocturna, diarreas líquidas 3 cámaras por día, últimamente con presencia de moco, no hay sangre, y menciona sentir algunas bolas que han empezado a hincharse en el cuello y las axilas, como antecedente paciente acepta haber tenido relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas, tanto hombres como mujeres.

Funciones vitales:

T°: 38.3 °C FC: 87 FR: 18 P/A: 105/63 SAT: 98%
Peso: 59 kg Talla: 1.70cm

Al examen físico:

PyF: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos

Boca: mucosas húmedas

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

ABD: Plano, no distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas, timpanismo conservado.

GU: PPL (-) PRU (-)

SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15

Diagnósticos presuntivos:

- Síndrome Febril
- D/C infección por VIH
- D/C tuberculosis pulmonar
- Gastroenteritis EAD

Plan:

- Prueba rápida reactiva para VIH

- BK en esputo
- Genotype y Genexpert
- Radiografía de tórax anteroposterior
- Examen seriado en heces
- Reacción inflamatoria en heces

Resultados:

- Se solicitaron 2 pruebas rápidas para detección del virus VIH las cuales resultaron positivas y según la norma técnica del Minsa, confirman el diagnóstico
- BK en esputo positivo para el bacilo de Koch
- Genotype y Genexpert sensibles al tratamiento con isoniacida y rifampicina
- Examen seriado en heces no muestra parásitos
- Reacción inflamatoria en heces: Leucocitos 30 - 50 x campo

Con los resultados se solicita posteriormente al paciente un examen de carga viral que muestra 1,2 millones de copias, también se solicita un CD4 donde se aprecia un resultado <200 cel/uL, el bk en esputo y las pruebas sensibles confirmaron el diagnóstico asociado de tuberculosis pulmonar sensible a medicamentos, por lo que el paciente es catalogado como persona viviendo con el virus VIH y coinfección de tuberculosis pulmonar asociada, empieza su tratamiento con tenofovir 50mg/ lamivudina 300mg / dolutegravir 300 mg/ cada 24 horas por 30 días con la finalidad de que vuelva en 1 mes para su control y continúe recibiendo tratamiento, además comienza el esquema para tratamiento de tuberculosis y VIH recibiendo 2HRZE/5HR.

CASO CLÍNICO N° 3

Paciente varón de 54 años de edad con un tiempo de enfermedad de 1 semana, refiere que hace 7 días mientras caminaba el paciente pisó un clavo que se incrustó en la planta de su zapato perforando la suela y ocasionando una lesión penetrante en la planta del pie, paciente refiere que no se había percatado de la lesión hasta 1 día después, refiere no haber sentido dolor y manejar la infección de forma empírica con medicamentos que le recomendaron en la farmacia, desde hace 2 días empieza a notar cambios en la coloración en miembro inferior derecho, asociado a incremento de volumen, con lesión ulcerada en la planta del pie por la cual había secreción de aspecto purulento, la cual fue

incrementando, motivo por el cual acude por emergencia al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Funciones vitales:

T°: 37.4 °C FC: 76 FR: 18 P/A: 110/80 SAT: 99%

Peso: 72 kg Talla: 1.64cm

Al examen físico:

PyF: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

ABD: Globuloso, no distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas, timpanismo conservado

GU: PPL (-) PRU (-)

SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15

Extremidades: miembro inferior derecho con aumento de volumen, lesión ulcerada de aspecto necrótico de 4x8cm en la epífisis distal de los metatarsos de la planta del pie, con secreción purulenta amarilla

Diagnósticos:

- Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 20 años mal controlado
- Pie diabético Wagner 3
- Neuropatía diabética
- Sobrepeso

Plan:

- Hospitalización
- Ciprofloxacino 200mg 2 amp EV c/12h
- Clindamicina 600mg 1 amp EV c/8h
- Insulina NPH 12 UI 8am y 5 UI 5 pm
- Insulina R escala de corrección

180 - 249 -> 2UI

250 - 299 -> 4UI

>=300----- > 6UI

- tramadol 50mg 2amp EV c/8h
- Enoxaparina 60mg SC c/24h

- Hemoglucotest c/8h
- Interconsulta a unidad de pie diabético
- Interconsulta a cirugía vascular periférica
- Interconsulta a traumatología
- interconsulta a Infectología
- Angiotac

Paciente pasa a hospitalización donde luego de ser evaluado por la especialidad de endocrinología y la unidad de pie diabético, recibe intervenciones de limpiezas quirúrgicas de la herida de forma Inter diaria durante 3 semanas donde se remueve todo el tejido desvitalizado y el tejido amarillento, para dejar espacio a la aparición de tejido de granulación, se deja al paciente con tratamiento de ciprofloxacino 200mg EV c/12h y clindamicina 600mg EV c/8h, pero se observa evolución estacionaria del caso, posteriormente a la interconsulta de Infectología, se rota de antibiótico a Vancomicina 1g c/12h EV y ceftazidima 2gr EV c/8h el cual recibió por 12 días, se observa evolución favorable del paciente, disminución del tejido amarillo pardo en la zona lesionada de la planta del pie, con disminución de tejido desvitalizado y aparición de tejido de granulación, se da de alta posteriormente al paciente con resultado de cultivo de herida en pie diabético positivo para Staphylococcus aureus sensible a rifampicina y cotrimoxazol, por lo que se deja manejo ambulatorio antibiótico con rifampicina 300mg c/12h VO por 30 días y trimetoprima/sulfametoxazol 1 tableta c/8h por 30 días, se deja control por consultorio externo de Endocrinología para seguimiento de curaciones de pie diabético y control por consultorio de Cirugía Plástica para cierre de herida.

CASO CLÍNICO N°4

Paciente varón de 87 años que refiere que desde hace 4 semanas siente mayor cansancio al realizar actividades y hay hinchazón bilateral de miembros inferiores que genera dolor. Además, menciona que aproximadamente hace 3 años noto leve cansancio al realizar actividades, aumento de volumen en miembros inferiores que iban en aumento y eran más notorios al final del día y eran menor por las mañanas, hace 3 años también nota dificultad para dormir en posición decúbito, tenía dificultad para respirar por lo que se levantaba por

las noches, necesitando el uso de almohadas para poder dormir, y también refiere sensación de pérdida de consciencia al incorporarse rápidamente. Desde hace 4 semanas el cansancio incrementa en intensidad y nota mayor hinchazón de miembros inferiores, a predominio de muslos y que también genera aumento de volumen en escroto, por lo que acude a emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Funciones vitales

T°: 37.2 °C FC: 84 FR: 23 P/A: 140/85 SAT: 95%

Peso: 55 kg Talla: 1.60cm

Al examen físico:

PyF: tibia hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, edema en miembros inferiores

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, crepitantes en base de ambos campos pulmonares

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

ABD: Plano, no distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas, timpanismo conservado

GU: PPL (-) PRU (-)

SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15

Diagnósticos:

- Falla cardiaca crónica descompensada
- Congestión pulmonar
- Síndrome edematoso
- DM por historia clínica

Plan:

- Hospitalización
- Dieta blanda hipoglúcida hiperproteica 70g, volumen total 800cc
- Vía salinizada
- furosemida 20mg EV c/8h
- Atorvastatina 40mg VO c/noche
- Bisoprolol 2.5mg VO c/24h

- metformina 850mg 1 tableta desayuno - almuerzo
- Losartán 50mg 1 tab c/12h
- Espironolactona 25mg 1 tab 11 am
- enoxaparina 40mg 1 amp c/24 horas subcutáneo
- Hemoglucotest cada 8 horas
- Radiografía de tórax postero anterior

Paciente es hospitalizado con tratamiento para síndrome edematoso y congestión pulmonar la cual se hace evidente en la radiografía de tórax, por lo que recibe tratamiento con furosemida 20mg EV c/8h, lo cual disminuye el edema y posteriormente en el control radiológico no se observan más patrones de edema pulmonar, paciente responde adecuadamente al tratamiento, encontrándose en los días posteriores hemodinámicamente estable, sin signos de hipoperfusión, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio y evolución favorable, por lo que es dado de alta con indicaciones y control por consultorio externo en 7 días.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

CASO CLÍNICO N°1

Paciente mujer de 25 años quien llega a emergencia, con tiempo de enfermedad de 14 horas refiriendo dolor en región lumbar que se irradia a hemi abdomen inferior asociado a disuria y polaquiuria, refiere hiporexia desde que empezó la sintomatología, dolor no cede a ingesta de analgésicos. Posterior a ello dolor se localiza en Fosa Ilíaca Derecha, asociado a SAT y escalofríos.

Funciones Vitales:

T°: 39.5 °C FC:120 FR: 22 PA:120/80 Sat.O2: 98%
 FUR: hace 3 días MAC: no

Al examen físico:

PyF: Piel THE, llenado capilar < 2 seg. No se evidencian lesiones.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardíacos taquicárdicos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación superficial y

profunda en FID, Mc Burney (+), Blumberg (+), Rovsing (+), Dunfhy (+), no se palpan masas.

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Diagnósticos:

3. Síndrome Doloroso abdominal: Abdomen Agudo Quirúrgico
4. D/C Apendicitis Aguda.

Se comunica a la paciente y al familiar lo encontrado en el examen físico, la sospecha diagnóstica, y la necesidad de hospitalización para realizar exámenes auxiliares e intervención quirúrgica.

Plan:

- Hospitalización.
- NPO
- Metamizol 1gr EV en 100 cc de CNa 0.9%
- Cefazolina 1gr EV
- Hemograma, examen de orina
- Ecografía abdominal inferior
- BhCG cuantitativa

Resultados: Hemograma con leucocitosis y desviación izquierda , examen de orina negativo, BhCG negativa, **Ecografía abdominal:** Apéndice cecal aumentado de calibre con signos de inflamación, incremento de ecogenicidad de grasa peri apendicular.

Cirugía: Apendicectomía Laparoscópica, hallazgos: Apéndice cecal de ubicación para cecal de 10 cm, necrosado en toda su extensión sin compromiso de base. No hay líquido libre.

Paciente sale de SOP con metamizol y metoclopramida EV, a las 8 horas tolera líquidos, en los días siguientes inicia dieta líquida amplia, siendo dada de alta sin complicaciones al segundo día postoperatorio.

Caso Clínico N° 2

Paciente varón de 68 años, refiere tiempo de enfermedad de 6 meses caracterizado por masa en región inguinal derecha, no dolorosa y que al realizar esfuerzo protruye y luego desaparece. Acude a emergencia porque 1 día antes del ingreso cargó baldes con agua y desde entonces reporta masa dolorosa en región inguinal derecha que no desaparece. Niega náuseas y vómitos, niega SAT.

Funciones Vitales:

T°: 37 °C FC: 85 FR: 18 PA:110/70 Sat.O2: 98%
Peso 90 kg Talla: 1.60 IMC: 35

Al examen físico:

PyF: Piel THE, llenado capilar < 2 seg. No se evidencian lesiones.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos taquicárdicos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: A la inspección abdomen plano, simétrico, no lesiones, no cicatrices.

RHA (+), blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda, sonoridad conservada.

Región inguinal derecha: Se evidencia masa en región inguinal de 4cm x 4cm, irreductible, dolorosa a la palpación, sin cambios de coloración.

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnósticos:

1. Hernia Inguinal Derecha Incarcerada
2. D/C Hernia inguinal complicada
3. Obesidad Grado II

Plan:

- Hospitalización.
- NPO
- Ceftriaxona 1gr EV
- Hemograma, examen de orina
- Ecografía abdominal inferior

Resultados: Hemograma sin alteraciones, examen de orina negativo, Ecografía abdominal: Presencia de hernia inguinal en región inguinal con anillo herniario de 18 mm conformando saco herniario de 30 mm conteniendo grasa epiploica y asa delgada con presencia de flujo doppler periférico. No reductible.

Se informa al paciente de los hallazgos y se hospitaliza para Hernioplastia Laparoscópica TAPP.

Cirugía: Hernioplastia Laparoscópica TAPP, hallazgos operatorios: Saco herniario medial a vasos epigástricos inferiores de +/- 3x3 cm de contenido epiplón y asa delgada que protruye por defecto de +/- 2 cm, resto de órganos sin alteración.

Paciente sale de SOP con Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 9 amp: I y II, Omeprazol 40 mg EV c/12 horas, Paracetamol 1 gr EV c/ 8 horas, Ceftriaxona 1 gr Ev c/ 8 horas, Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas. A las 8 horas tolera líquidos, progresa a dieta líquida amplia, siendo dada de alta sin complicaciones al segundo día postoperatorio.

CASO CLÍNICO N°3

Paciente mujer de 40 años acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 24 horas caracterizado por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad 8/10, no se irradia, no cede a la ingesta de analgésicos, asociado náuseas, vómitos y SAT. Paciente refiere que dolor es después de ingesta de comidas copiosas. Antecedente de litiasis vesicular hace 10 años, niega comorbilidades.

Funciones Vitales:

T°: 37.5 °C FC: 100 FR: 18 PA:110/70 Sat.O2: 98%
Peso 65 kg Talla: 1.60 IMC: 25

Al examen físico:

PyF: Piel THE, llenado capilar < 2 seg. No se evidencian lesiones.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos taquicárdicos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: A la inspección abdomen plano, simétrico, no lesiones, no cicatrices.

RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en

Hipocondrio derecho, Murphy (+), resto de abdomen no dolor a la palpación, no se palpan masas. Sonoridad conservada.

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Diagnósticos:

1. Síndrome doloroso abdominal: Cólico Biliar
2. D/C Colecistitis Aguda

Plan:

- Hospitalización.
- NPO
- Cefazolina 1gr EV
- Metamizol 1gr EV
- Hemograma, examen de orina
- PCR
- Ecografía abdominal superior

Resultados:

Hemograma: Hb 14.3, leucocitosis 19 000 con desviación izquierda, Plaquetas 390 000, PCR: elevado. Examen de orina negativo.

Ecografía abdominal superior: Vesícula Biliar distendida de 90mm x 50mm, de paredes engrosadas >5 mm, con edema de pared y líquido peri vesicular. Múltiples imágenes litiásicas con refuerzo posterior. Colédoco de 3mm.

Se informa al paciente de su diagnóstico y se hospitaliza para Colectomía Laparoscópica.

Cirugía: Colectomía Laparoscópica. Hallazgos operatorios: Vesícula Biliar distendida de 80mm x 60mm, paredes engrosadas, múltiples litos con barro biliar. Colédoco de 3mm no dilatado.

Paciente sale de SOP con Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 9 amp: I y II, Omeprazol 40 mg EV c/12 horas, Paracetamol 1 gr EV c/ 8 horas, Cefazolina 1 gr Ev c/ 8 horas, Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas.

Paciente con evolución favorable es dada de alta al 2º día postoperatorio.

CASO CLÍNICO N° 4

Paciente varón de 45 años, acude a emergencia refiriendo sensación de bulto en región anal, inflamación y sangrado luego de hacer deposiciones, asociado a prurito. Antecedente: tiempo de enfermedad de 1 año. Estreñimiento crónico. Niega comorbilidades, niega cirugías previas, no RAM. Ocupación: Conductor hace 15 años.

Funciones Vitales:

T°: 37 °C FC: 90 FR: 20 PA:120/70 Sat.O2: 98%
Peso 90 kg Talla: 1.70 IMC: 31

Al examen físico:

PyF: Piel THE, llenado capilar < 2 seg. No se evidencian lesiones.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos taquicárdicos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: A la inspección abdomen plano, simétrico, no lesiones, no cicatrices.

RHA (+), blando, depresible, no dolor a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas. Sonoridad conservada.

Región anal: A la inspección hemorroides en corona en horario 12,3,6,9. Con leve inflamación no trombosada.

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnósticos:

1. Hemorroides externas en corona
2. Obesidad grado I

Plan:

- Derivar por consultorio externo para programar cirugía

Se informa al paciente de su diagnóstico y se indica pasar por consultorio externo para programar cirugía.

Cirugía: Hemorroidectomía, Hallazgos: Hemorroides externas eritematosas en horario 12,3,6,9. Hemorroidectomía de 3 paquetes hemorroidales 3,6,9. Se deja paquete hemorroidal 12 para evitar riesgo de estenosis anal.

Paciente sale de SOP, sin complicaciones, con Metamizol 1gr EV c/8hrs. Con evolución favorable es dado de alta al 2° día postoperatorio.

I.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

CASO CLÍNICO N°1

Paciente varón de 4 años con un tiempo de enfermedad de 5 días, la madre refiere que 5 días antes del ingreso el paciente presenta tos con flema que se va incrementando con el paso de los días hasta volverse persistente, posteriormente 4 días antes del ingreso el paciente presenta episodios de fiebre de 38.5 grados, madre administra tratamiento con paracetamol y amoxicilina en jarabe que logra remitir la temperatura alta por unas horas, pero los picos de fiebre no dejan de ser recurrentes, refiere 2 días antes del ingreso agregarse agitación y dificultad para respirar, motivo por el cual acude a emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Funciones vitales:

T°: 39.2 °C FC: 105 FR: 26 P/A: 115/80 SAT: 92%
Peso: 35 kg Talla: 1.25cm

Al examen físico:

PyF: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar <2 segundos, no cianosis

Boca: mucosas húmedas

TyP: MV disminuido en base de hemitórax derecho, crepitantes en base de hemitórax derecho

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: Plano, no distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas, timpanismo conservado.

GU: PPL negativo y PRU negativo

SNC: LOTEP, Escala Glasgow 15/15

Diagnósticos:

- Neumonía típica adquirida en la comunidad

Plan:

- Hospitalización
- Hemograma
- PCR
- Radiografía de tórax
- Metamizol IV PRN temperatura ≥ 38 °C
- Penicilina G sódica 8,750,000 UI c/6 horas IV en 24 horas por 7 días

Resultados de laboratorio:

Hemoglobina: 12g/dL Hcto: 35% Leucocitos: 14 546 abastionados: 7%
segmentados: 82% linfocitos: 2%

Resultado de radiografía:

patrón alveolar algodonoso en base de hemitórax izquierdo con broncograma aéreo, unilobar, con bordes delimitados

Después de 7 días hospitalizada paciente es dada de alta con gran mejoría clínica y evolución favorable, respuesta positiva al tratamiento antibiótico con penicilina, no vuelve a realizar picos febriles desde el tercer día de tratamiento, se explica a los padres los signos de alarma y se indica control por consultorio externo de pediatría en una semana.

CASO CLÍNICO N°2 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Paciente femenino de 5 años, con un tiempo de enfermedad de 3 días, de inicio insidioso y curso progresivo, la madre refiere que 3 días antes del ingreso la paciente presenta cuadros de deposiciones líquidas de 5 cámaras por día aproximadamente, que posteriormente se acompañan de moco y sangre, asociado también con dolor abdominal, fiebre de 38 °C y malestar general, motivo por el cual acuden por emergencia al Hospital Nacional Arzobispo Loayza donde son atendidos.

Funciones vitales:

T°: 38.4 °C FC: 97 FR: 19 P/A: 110/70 SAT: 99%
Peso: 18 kg Talla: 1.09cm

Al examen físico:

PyF: Tibia, húmeda, elástica llenado capilar < 2 segundos, signo del pliegue 1 a 2 segundos

Boca: mucosas secas, sed incrementada, toma agua con rapidez

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos

ABD: Plano, no distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel pélvico, no se palpan masas, timpanismo conservado

GU: PPL negativo, PRU negativo

SNC: LOTEP, Escala de Glasgow 15/15

Diagnósticos:

- Enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación

Plan:

- Hemograma
- Reacción inflamatoria en heces
- Tolerancia oral
- Sales de rehidratación oral
- Reevaluación con resultados

Resultados de laboratorio:

Hemoglobina: 13.2 g/dL Hcto: 33% Leucocitos: 11 352 abastionados: 1% segmentados: 82% linfocitos: 2%

Reacción inflamatoria en heces: Leucocitos: >50 x campo - Hematíes: 1-2 x campo

Paciente no presenta signos de deshidratación moderada o severa, por lo que corresponde clasificarla dentro del plan A determinado por la guía técnica del MINSA para el manejo de la enfermedad diarreica aguda, se le indica manejo ambulatorio con sales de rehidratación oral 10 ml/kg por cada vómito y 5 ml/kg por cada diarrea, se deja también manejo con Azitromicina 10mg/kg/dosis al día por 5 días luego de las comidas, se le informan a la madre los signos de alarma y de deshidratación moderada, y se le indica control por consultorio en 5 días.

CASO CLÍNICO N°3

Paciente varón de 6 años con tiempo de enfermedad de 4 días, de inicio insidioso y curso progresivo, acude por emergencia con la madre quien refiere que desde hace 4 días presenta tos con flema de color amarilla, acompañado de cuadros febriles de hasta 39°C, dolor de garganta, dolor para pasar los alimentos y malestar general. Recibió tratamiento con paracetamol, pero la temperatura no disminuye, niega vómitos o náuseas.

Funciones vitales:

T°: 38.3 °C FC: 93 FR: 20 P/A: 113/77 SAT: 99%

Peso: 19 kg Talla: 1.14cm

Al examen físico:

PyF: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos

Boca: mucosas húmedas, orofaringe congestiva y eritematosa con presencia de placas blanquecinas y exudado

Cuello: se palpan adenopatías

TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos

ABD: Plano, no distendido, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda, no se palpan masa, timpanismo conservado

GU: PPL (-) PRU (-)

SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares: no se solicitaron

Diagnósticos:

- Síndrome Febril
- Faringoamigdalitis aguda

Plan:

- Manejo ambulatorio
- Paracetamol 11.8ml vía oral en jarabe PRN si hay temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$, máximo cada 6 horas
- Amoxicilina 6.3ml vía oral en jarabe cada 8 horas por 7 días

- Informar a la madre los signos de alarma
- Volver a control por consultorio en 5 días

CASO CLÍNICO N°4

Paciente mujer de 5 años de edad con un tiempo de enfermedad de 4 días, acude por emergencia acompañado de los padres, quienes refieren que desde hace 4 días la niña presenta cuadro de sensación de temperatura alta, rinorrea y malestar general que calma con el uso de paracetamol en jarabe, posteriormente los síntomas van disminuyendo pero en los días siguientes aparecen lesiones tipo vesícula en las palmas de las manos, planta de los pies y en las comisuras labiales, paciente niega otras molestias.

Funciones vitales:

T°: 38.7 °C FC: 88 FR: 18 P/A: 104/70 SAT: 99%

Peso: 16.2 kg Talla: 1.07cm

Al examen físico:

PyF: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos

Boca: mucosas húmedas, se observan vesículas umbilicadas en comisura labial y en paladar blando que causan sensación levemente dolorosa a la deglución de alimentos

Extremidades: se observan múltiples vesículas umbilicadas en palma de las manos y plantas de los pies

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

ABD: Plano, no distendido, blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial o profunda, no se palpan masas, timpanismo conservado

GU: PPL (-) PRU (-)

SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares: no fue necesario solicitarlos

Diagnósticos:

- Síndrome Febril
- Enfermedad de Mano - Pie - Boca

Plan:

- Control de funciones vitales
- Manejo ambulatorio
- Paracetamol en jarabe 10 ml condicional a temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ máximo cada 6 horas
- Clorfenamina en jarabe 2 ml cada 8 horas por 3 días
- Se explican al familiar observar los signos de alarma y acudir en caso de fiebre persista más de 48 horas a pesar del tratamiento

Paciente acude a consultorio por presentar una infección viral conocida con el nombre de mano - pie - boca, que, al tratarse de un virus, es autolimitante y solo requiere tratamiento sintomático, se explica a los padres el rumbo terapéutico del paciente y deben acudir en caso de que los síntomas persisten a pesar del manejo médico.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La rotación del Internado Médico se realizó en el Hospital de Emergencias de Ate Vitarte (HEAV) ubicado en el distrito de Ate Vitarte, el cual fue inaugurado hace 3 años durante la pandemia a través del Decreto de Urgencia No 032-2020, que dicta medidas para la atención de pacientes COVID -19. Categorizado como Hospital de Atención Especializada II (3)

La rotación hospitalaria duró 5 meses, y se rotaron en las 4 especialidades principales de Medicina. El horario de entrada dependía del servicio rotado, asistiendo de lunes a domingo, incluyendo guardias diurnas y nocturnas, teniendo un día libre entre semana.

La función que cumple el Interno de Medicina es principalmente la atención y examen físico de los pacientes que ingresan por Emergencia y a Hospitalización de los diferentes servicios, la evolución y seguimiento diario en el área de Hospitalización de las 4 especialidades y la realización de diversos procedimientos como: la toma de análisis de gases arteriales (AGA), paracentesis, punción lumbar, curación de heridas y suturas, colocación de sondas, yeso, férulas, toma de muestras, asistir en cirugías y partos, todo esto realizado bajo la supervisión de médicos Residentes y Asistentes. A su vez participar de seminarios académicos a cargo de los Internos de Medicina donde se exponen casos clínicos y temas de patologías más frecuentes, con la retroalimentación de Residentes y Asistentes.

El último período del Internado se realizó en el Centro de Salud San Antonio ubicado en el AA.HH. San Antonio en el Distrito de Ate Vitarte, en el cual se realizaron actividades tales como atención en consultorio de Medicina y Obstetricia, actividades preventivo-promocionales y referencia a pacientes con necesidad de atención por especialidades al Hospital Vitarte. Al ser un establecimiento de primer nivel permite al Interno familiarizarse con la consulta médica, así como conocer la disponibilidad de recursos tanto en medicamentos como exámenes auxiliares, hecho que permite al Interno tener una visión de lo que será el Serums.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

En el caso vemos una paciente tratada bajo el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria la cual se define como a la patología infecciosa del tracto genital superior de etiología polimicrobiana vía ascendente, linfática o hemática, entre los agentes más comunes tenemos *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* procedente del endocérvix. Comprometiendo útero, trompas, ovario y parametrios, inclusive puede extenderse hacia peritoneo produciendo cuadros más graves. (4)

El diagnóstico de esta entidad es complejo se debe sospechar en mujeres jóvenes sexualmente activas con dolor a la movilización de anexos y palpación uterina, flujo vaginal, dispareunia, disuria, fiebre inclusive náuseas y vómitos. También se puede palpar una masa pélvica dolorosa a la palpación con signo de Blumberg positivo, se pueden agregar pruebas de imagen como ecografía, y como Gold standard tenemos la laparoscopia. (5)

Hecho ya el diagnóstico de acuerdo al estadio de la enfermedad y la condición de la paciente se decide un manejo ya sea ambulatorio u hospitalario en este caso debido al grado II con absceso, se hospitalizo a la paciente brindándole antibióticos vía endovenosa como Doxiciclina 100 mg ev c 12h, Cefoxitina 2 gr ev c/6 h con mejoría de estado general y de sintomatología a los 4 días siendo dada de alta con posterior tratamiento vía oral hasta completar 14 días.

Caso clínico N° 2

PREECLAMPSIA

El segundo caso, la preeclampsia es una entidad que se desarrolla durante el embarazo la mayoría de veces después de la semana 20 de gestación y que no se prolonga más de la 12 va semana posparto; sin embargo hay casos en los que se podría desarrollar precozmente como la mola hidatiforme, gestación gemelar e hidrops fetal. Asociado a cifras de presión arterial de 140/90 asociado

a proteinuria y edemas, la cual remite una vez se extrae la placenta. Asociado a una importante cifra de morbimortalidad materno fetal de no tratarse a tiempo. (6)

Se debe valorar los antecedentes y factores de riesgo de la paciente, preeclampsia en gestación anterior, DM tipo 1 o 2, obesidad, embarazo múltiple entre otros. Luego catalogar el caso en caso de preeclampsia sin signos de severidad o con signos de severidad, así como prevenir la eclampsia. Una vez realizado el diagnóstico de preeclampsia se debe identificar la presentación del síndrome de HELLP caracterizado por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Posterior a ello iniciar las medidas de tratamiento correspondientes. (7)

La paciente presentó preeclampsia con signos de severidad debido a la epigastralgia, cefalea hallazgos de creatinina elevados asociado a síndrome de HELLP presentando signos de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Por lo que se decidió culminar la gestación e iniciar con tratamiento antihipertensivo iniciando con Metildopa 1 gr vo se añade Nifedipino 10 mg vo al evidenciar que la presión continúa elevada en dos controles posteriores, se indica la administración de sulfato de magnesio observándose disminución progresiva de la presión arterial. (8)

Una vez finalizada la gestación persiste la hipertensión postparto ya que las cifras estaban por sobre 140/90 asociado a proteinuria y el manejo que recibió no lograba controlar la presión arterial por lo que se recurre a interconsulta con cardiología quienes indican aumentar dosis de antihipertensivos e uci quienes la admiten en su servicio donde permaneció por dos días siendo dada de alta con niveles de presión arterial entre 130/80 y 120/70 con posterior control por cardiología y ginecología.

Caso clínico N° 3

EMBARAZO ECTÓPICO

En este tercer caso tenemos una paciente con diagnóstico de embarazo ectópico el cual se produce fuera de la cavidad endometrial puede ser en la trompa 90% de casos donde el lugar más frecuente es la zona ampular, ovario y cavidad abdominal en este caso apreciamos un embarazo ectópico en el ovario

se diagnostica mediante hallazgos ecográficos. Existen diversos factores de riesgo como antecedente de cirugía tubárica, infección genital previa, tabaquismo, uso de DIU por más de 2 años, fertilización in vitro entre otros.(9)

La presentación clínica puede ser asintomática o estar asociada a metrorragia o amenorrea y dolor abdominal. En la ultrasonografía se aprecia saco gestacional extrauterino, puede haber presencia de latidos cardíacos fetales, asociado a la medición de la hormona b-hCG sérica permite el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico. (10)

El manejo va a depender de los hallazgos ya sea expectante, médico mediante la administración de Metotrexate, para ello debe estar hemodinámicamente estable y sin dolor embarazo ectópico no complicado con una tumoración anexial menor de 35 mm, ausencia de LCF, nivel b-hCG menor de 5000 UI/L, función renal y hepática normal. Tratamiento quirúrgico en caso de presentar niveles de b-hCG mayor de 5000, masa anexial mayor a 40 mm y/o hemoperitoneo de más de 50 o 100 cc presencia de Latidos cardíacos fetales, imposibilidad de un buen control ambulatorio. (11) En este caso la paciente presentó niveles de b-hCG 7000 en la ecografía saco gestacional con LCF presentes en ovario se decide por un abordaje quirúrgico vía laparoscópica, la paciente evoluciona favorablemente por lo que es dada de alta sin ninguna complicación adyacente.

Caso clínico N° 4

ABORTO INCOMPLETO

En el último caso estamos un aborto incompleto se define como la expulsión parcial del producto por medio del cuello dilatado, presencia de sangrado dolor tipo cólico y volumen uterino no acorde con amenorrea. En la ecografía se aprecia restos endocavitarios, como era el caso de nuestra paciente por lo que se confirma un aborto incompleto. (12)

La etiología del aborto puede ser debido a cromosomopatías, traumatismos, enfermedades metabólicas como DM tipo 1 o 2 ,obesidad, disfunción tiroidea, consumo de alcohol, tabaco, enfermedades autoinmunes, alteraciones anatómicas uterinas, inducido entre otros. (13)

El tratamiento puede ser farmacológico donde se prescribe misoprostol 600 ug por vía oral y/o vaginal, también mediante procedimientos invasivos como el

Legrado intrauterino (LIU) para su uso en gestaciones mayores de 12 semanas utilizando cureta metálica para evacuar el contenido uterino, bajo anestesia general y la Aspiración Endouterina (AMEU) de bajo riesgo y costo, útil en gestaciones menores a 12 semanas, es un procedimiento basado en presión negativa, se utiliza cánula de plástico la cual aspira el contenido uterino evitando raspar la pared uterina, bajo anestesia para cervical. (14)

En la paciente fue indicación de AMEU ya que cumplía los criterios menos de 12 semanas de gestación, altura uterina menor de 11 cm y dilatación menor o igual a 1cm, el procedimiento que se llevó a cabo sin complicación alguna con una rápida recuperación, y se da de alta a la paciente con tratamiento antibiótico y posterior cita a por consultorio externo.

III.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N°1

En este caso podemos observar a un paciente con síntomas típicos de una tuberculosis pulmonar que se complementa con el antecedente de provenir del distrito en la ciudad de Lima con la mayor prevalencia de casos de tuberculosis en todo el Perú. La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente a los pulmones, causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Aunque la tuberculosis ha disminuido en incidencia en algunos países, sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo.

La tuberculosis pulmonar se transmite de persona a persona a través de la inhalación de gotas de saliva que contienen la bacteria, emitidas al hablar, toser o estornudar. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar pueden tardar semanas o incluso meses en aparecer después de la infección. Los síntomas incluyen tos prolongada, a menudo con flema y a veces con sangre, fatiga, pérdida de apetito, sudores nocturnos y fiebre.

El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar se realiza a través de pruebas como la radiografía de tórax, pruebas de esputo y pruebas de sangre para detectar anticuerpos contra la bacteria. El tratamiento de la tuberculosis pulmonar implica un régimen de medicamentos antibióticos que se deben tomar durante un período de tiempo prolongado, generalmente de seis a nueve meses.

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar puede ser complicado debido a la duración del tratamiento y a la necesidad de asegurarse de que se complete todo el régimen de medicamentos. Además, algunos casos pueden ser resistentes a los antibióticos y requerir un tratamiento más prolongado y complicado. En este caso el tratamiento está indicado por 6 meses, al tratarse de un caso de tuberculosis pulmonar sensible a medicamentos sin otra enfermedad asociada, deberá recibir 2 meses de tratamiento con los 4 medicamentos principales los cuales son isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol todos los días, durante un periodo de 2 meses y posteriormente tratamiento con isoniacida y rifampicina durante un periodo de 4 meses (15)

La prevención de la tuberculosis pulmonar implica medidas como la vacunación con la vacuna BCG, el uso de mascarillas respiratorias en ambientes de alto riesgo y la identificación temprana y tratamiento de casos de tuberculosis en la comunidad.

En resumen, la tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa grave que afecta principalmente a los pulmones y se transmite de persona a persona. Los síntomas pueden tardar en aparecer y el tratamiento implica un régimen prolongado de medicamentos antibióticos. La prevención de la tuberculosis pulmonar es importante a través de medidas como la vacunación y el uso de mascarillas en ambientes de alto riesgo. Los pacientes y sus familias deben estar atentos a los síntomas de la tuberculosis y buscar atención médica si es necesario.

Caso clínico N° 2

La infección por VIH es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo. El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es un virus que ataca y debilita el sistema inmunológico, lo que hace que la persona infectada sea más susceptible a enfermedades e infecciones.

La infección por VIH es una enfermedad global, que afecta a personas de todas las edades, géneros y grupos étnicos. A partir de 2021, se estima que alrededor de 38 millones de personas en todo el mundo estaban viviendo con VIH, y se

produjeron alrededor de 690,000 muertes relacionadas con el VIH en ese mismo año. Aunque la tasa de nuevas infecciones por VIH ha disminuido en muchos países, sigue siendo una preocupación importante de salud pública. (16)

El VIH se transmite a través del contacto con líquidos corporales infectados, como sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna. Las principales vías de transmisión son las relaciones sexuales sin protección, el uso de drogas intravenosas con jeringuillas compartidas y la transmisión de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. (17)

El VIH es un virus que se replica dentro de las células del sistema inmunológico, principalmente los linfocitos CD4+. A medida que el virus se replica, mata las células CD4+ y debilita el sistema inmunológico. La infección por VIH puede tener una duración de varios años, y durante este tiempo, la persona infectada puede no tener síntomas. Sin embargo, a medida que el sistema inmunológico se debilita, la persona es más susceptible a infecciones y enfermedades. Cuando el recuento de células CD4+ cae por debajo de cierto nivel, se produce la enfermedad del VIH/SIDA.

Los síntomas de la infección por VIH pueden variar de persona a persona y pueden tardar años en aparecer. Algunas personas pueden tener síntomas similares a los de la gripe dentro de las dos a cuatro semanas posteriores a la infección, incluyendo fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y fatiga. Sin embargo, muchas personas no tienen síntomas durante varios años después de la infección. A medida que el sistema inmunológico se debilita, la persona infectada puede desarrollar infecciones oportunistas, como neumonía, tuberculosis, candidiasis, toxoplasmosis y otras infecciones graves.

Actualmente no existe cura para la infección por VIH, pero el tratamiento puede ayudar a controlar la enfermedad y prevenir la progresión del VIH a SIDA. El tratamiento de la infección por VIH implica un régimen de medicamentos antirretrovirales (ARV) que se deben tomar de por vida. Los TARV ayudan a reducir la cantidad de virus en el cuerpo y permiten que el sistema inmunológico se recupere. Además, el tratamiento puede reducir el riesgo de transmisión del VIH a otras personas.

La prevención es fundamental en la lucha contra la infección por VIH. La principal forma de prevención es evitar el contacto con líquidos corporales infectados, incluyendo el uso de condones durante las relaciones sexuales y la eliminación del uso compartido de jeringuillas y otros instrumentos de inyección en la administración de drogas. Las pruebas de detección de VIH también son importantes para detectar la infección temprano y comenzar el tratamiento adecuado. (17)

Caso clínico N°3

En el siguiente caso, acude por consultorio un paciente con antecedente de diabetes mellitus mal controlada desde aproximadamente 20 años, lo que nos sugiere sospechar que se trata de un caso donde el paciente ha desarrollado complicaciones crónicas de la diabetes, tanto microvasculares como la nefropatía, retinopatía y neuropatía, como las complicaciones macrovasculares tales como la disfunción vascular, la cual se hace evidente posteriormente en el examen físico a la disminución del pulso pedio y síntomas como la claudicación y se confirma con estudios como la angio tomografía. La diabetes es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo. Es una enfermedad que se caracteriza por un aumento de los niveles de azúcar en la sangre, lo que puede causar una serie de problemas de salud a largo plazo. Uno de los problemas asociados con la diabetes es el pie diabético, una complicación que puede tener consecuencias graves si no se trata adecuadamente. (18)

El pie diabético es una complicación de la diabetes que se produce cuando el flujo de sangre a los pies se ve comprometido. Esto puede ser el resultado de daño en los nervios o en los vasos sanguíneos que llevan sangre a los pies. Los síntomas del pie diabético pueden incluir dolor, hinchazón, enrojecimiento, úlceras y ampollas. Si no se trata adecuadamente, el pie diabético puede llevar a una amputación.

La prevención del pie diabético es fundamental en el tratamiento de la diabetes. Los pacientes diabéticos deben tomar medidas para mantener sus niveles de azúcar en la sangre bajo control y controlar regularmente sus pies para detectar cualquier signo de problemas. Esto incluye la revisión diaria de los pies para

detectar cambios en la piel, la temperatura y la sensación. Además, los pacientes diabéticos deben mantener una buena higiene de los pies, usando calzado adecuado y evitando el uso de calcetines y zapatos que puedan causar fricción o presión.

Si se diagnostica una lesión o infección en el pie diabético, es importante buscar tratamiento médico de inmediato. El tratamiento puede incluir el uso de antibióticos, la eliminación del tejido muerto y, en casos graves, la amputación. La prevención y el tratamiento temprano de las lesiones en el pie diabético son fundamentales para evitar complicaciones graves. En el caso del paciente al tratarse de un wagner 3 con lesión ulcerada profunda, se optó por el tratamiento de debridación quirúrgica del tejido desvitalizado y las secreciones amarillas, complementando con el tratamiento antibiótico de amplio espectro y posteriormente tratamiento dirigido al sthapylococcus aureus que mostró el resultado del cultivo.

Caso clínico N° 4

La insuficiencia cardíaca es una condición médica crónica que ocurre cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo. Es una enfermedad grave que puede afectar la calidad de vida y la esperanza de vida de una persona. En este texto se abordarán temas como el diagnóstico, los síntomas, las clasificaciones, el tratamiento, las recomendaciones y las conclusiones de la insuficiencia cardíaca.

El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca se realiza mediante una serie de pruebas y exámenes médicos. Los síntomas comunes incluyen dificultad para respirar, fatiga, hinchazón en los tobillos y los pies, y aumento de peso inexplicable. El médico puede realizar un examen físico, escuchar los sonidos del corazón, solicitar pruebas de laboratorio y realizar pruebas de imagen como una radiografía de tórax, una ecocardiografía y una resonancia magnética.

Los síntomas de la insuficiencia cardíaca pueden variar de leves a graves. Los síntomas leves pueden incluir fatiga, falta de energía, aumento de la frecuencia cardíaca y dificultad para respirar durante el ejercicio físico. Los síntomas graves pueden incluir hinchazón en los tobillos y los pies, falta de aire al acostarse,

pérdida de peso y aumento de la frecuencia cardíaca en reposo.

La insuficiencia cardíaca se clasifica según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y la gravedad de los síntomas. La FEVI se refiere a la cantidad de sangre que se bombea desde el ventrículo izquierdo del corazón durante cada contracción. La insuficiencia cardíaca se divide en cuatro clases según la gravedad de los síntomas y la capacidad de realizar actividades físicas. La clasificación de la insuficiencia cardíaca se realiza en base a la NYHA (New York Heart Association) y es la siguiente:

Clase I: Sin limitaciones para la actividad física.

Clase II: Ligera limitación para la actividad física.

Clase III: Marcada limitación para la actividad física.

Clase IV: Incapacidad para realizar actividad física sin síntomas. (19)

El tratamiento de la insuficiencia cardíaca puede incluir cambios en el estilo de vida, medicamentos y procedimientos médicos. Los cambios en el estilo de vida pueden incluir dejar de fumar, controlar la dieta, reducir la ingesta de sal y limitar la cantidad de líquidos que se consumen. Los medicamentos pueden incluir diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II), betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona. Los procedimientos médicos pueden incluir la colocación de un dispositivo de asistencia ventricular, una cirugía de bypass coronario o un trasplante de corazón. (19)

Las recomendaciones para los pacientes con insuficiencia cardíaca incluyen mantener un peso saludable, realizar actividad física regularmente, controlar la presión arterial y los niveles de colesterol, seguir una dieta saludable y limitar la ingesta de líquidos. También es importante evitar el alcohol y el tabaco, y seguir las recomendaciones médicas en cuanto al uso de medicamentos y tratamientos.

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad grave que puede afectar significativamente la calidad de vida y la esperanza de vida de una persona. Sin embargo, con el diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y el seguimiento

regular, es posible controlar los síntomas y prevenir complicaciones. Es importante que los pacientes con insuficiencia cardíaca tomen medidas para controlar su enfermedad y sigan las recomendaciones médicas para mantener una buena salud. También es importante que la población en general tenga conocimiento de los síntomas y factores de riesgo de la insuficiencia cardíaca para poder prevenirla y tratarla de manera temprana.

III.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N° 1

El primer caso de la rotación de Cirugía es de Apendicitis Aguda. Se define Apendicitis a la inflamación del apéndice vermiforme, y representa la causa más común de abdomen agudo quirúrgico en el mundo. La apendicitis aguda generalmente ocurre entre la segunda y tercera década de la vida (20).

La obstrucción de la luz apendicular es el evento que desencadena esta entidad, la cual puede ser hiperplasia linfóide, fecalitos, parásitos, tumores primarios o metástasis. La obstrucción de la luz lleva a inflamación de la pared apendicular, posterior a este evento se desarrolla la congestión vascular, isquemia, perforación, en algunos casos abscesos contenidos o peritonitis generalizada (20).

En la Apendicitis Aguda ocurre proliferación bacteriana, el apéndice cecal es reservorio de microbiota de *Bacteroides* spp. y *Escherichia Coli*. Se ha encontrado microbiota distinto como *Fusobacterium* en apendicitis complicadas. El tiempo para que se perfora el apéndice es variable, se correlaciona con la evolución del cuadro, generalmente si el cuadro es menor a 24 horas no presenta perforación y posterior a 48 horas ya presenta perforación (21).

La manifestación clínica más frecuente es el dolor abdominal, asociado a otros síntomas como fiebre, anorexia, náuseas, diarrea/constipación. El dolor es periumbilical para luego localizarse en fosa iliaca derecha, sin embargo, la migración del dolor sólo se da en un 50 - 60% de casos de apendicitis. Se usa la Escala de Alvarado para el diagnóstico de Apendicitis Aguda, con respecto al caso clínico la paciente presenta dolor en cuadrante inferior derecho, anorexia, rebote positivo, fiebre, leucocitosis y desviación izquierda, haciendo un total de 8 puntos con alta probabilidad de apendicitis.

Con respecto a estudios de imágenes, la tomografía computarizada es el Gold standard en esta patología, brinda un diagnóstico más preciso y la posibilidad de diferenciar entre una apendicitis aguda perforada y no perforada. La ecografía abdominal con respecto a la tomografía es operador dependiente sin embargo es barata e idónea para el diagnóstico (22).

En el caso presentado, la paciente obtuvo un puntaje de 8 en la Escala de Alvarado, asociado a lo encontrado en la ecografía se llegó al diagnóstico definitivo de Apendicitis Aguda. Se realizó apendicectomía por vía laparoscópica, sin complicaciones. Fue dada de alta al segundo día postoperatorio con analgesia y control posterior para retiro de puntos en 7 días.

Caso Clínico N° 2

El segundo caso de la rotación de Cirugía es Hernia Inguinal Directa. Se define Hernia Inguinal es el defecto de la pared abdominal que permite la salida de vísceras o tejido graso a través de un anillo inguinal o femoral. Dentro de las hernias de pared abdominal la Hernia Inguinal es la más frecuente, predominando en el sexo masculino con una relación de 4:1 con respecto a la mujer. La edad promedio de aparición comprende entre los 30 - 59 años. La encarcelación y estrangulación son las complicaciones más frecuentes (23).

La etiopatogenia es multifactorial, dentro de ellas se encuentran alteraciones en la matriz extracelular y fibras de colágeno. Factores anatómicos, fisiológicos, ambientales, mecánicos y metabólicos también contribuyen al desarrollo de la Hernia Inguinal (23).

La clasificación de Nyhus es la de mayor uso y practicidad (23):

Tipo I

Hernia Inguinal Indirecta, anillo inguinal profundo de diámetro normal.

Tipo II

Hernia Inguinal Indirecta con anillo inguinal profundo dilatado, pared posterior normal y vasos epigástricos no desplazados.

Tipo III

Defectos de la pared posterior (Hernia Inguinal Directa)

- A. Hernia Inguinal Directa pura.
- B. Hernia Inguinal Indirecta: anillo inguinal profundo dilatado, que comprime medialmente o destruye la fascia transversal del triángulo de Hesselbach.
- C. Hernia femoral/crural

Tipo IV

Hernias recurrentes

- A. Hernia inguinal Directa.
- B. Hernia inguinal Indirecta.
- C. Hernia femoral.
- D. Combinación de cualquiera de las anteriores.

En la mayoría de los casos el examen físico es suficiente para diagnosticar una Hernia Inguinal. En pacientes obesos mórbidos, niños, adultos mayores el examen físico puede requerir de complementarse con estudios de imágenes. Existen métodos auxiliares diagnósticos como el ultrasonido, la tomografía computarizada y la resonancia magnética que tienen una especificidad y sensibilidad alta (24).

En el caso se presentó a un paciente con una Hernia Inguinal Derecha que luego de hacer esfuerzo protruye a nivel inguinal, cursando con dolor y siendo irreductible al examen físico. Las técnicas laparoscópicas son una alternativa a la cirugía convencional. Dentro de las ventajas se encuentra: menor dolor, menor necesidad de analgesia, menor tasa de infección de herida operatoria, reincorporación más rápida a las actividades laborales (24).

Al examen físico se encuentra tumoración a nivel inguinal irreductible sin cambios de coloración, correspondiendo a una hernia inguinal incarcerada, por lo que se decide hospitalizar y realizar Hernioplastia Inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP), esta técnica se realiza dentro de la cavidad peritoneal, se observa la cara posterior de la pared abdominal. Se decidió aplicar la técnica TAPP porque dentro de las indicaciones están hernias incarceradas, hernias recidivadas, hernias femorales (25).

Se realizó cirugía sin ninguna complicación y paciente fue dado de alta al segundo día postoperatorio, con posterior control en 7 días.

Caso clínico N° 3

En el penúltimo caso se presenta a un paciente con Colecistitis Aguda Litiásica. La Colecistitis Aguda Litiásica se define como la inflamación de la vesícula biliar como consecuencia de la obstrucción del conducto cístico en la mayoría de los casos por un cálculo. La Colecistitis Aguda Litiásica, representa la tercera causa de ingreso al servicio de Cirugía. La inflamación de la Vesícula biliar es estéril al inicio, siendo la proliferación bacteriana el siguiente evento secundario. En casos severos de Colecistitis la inflamación puede causar isquemia, necrosis y perforación de la Vesícula biliar (26).

La manifestación clínica principal de la Colecistitis es dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio, que puede ir asociado a náuseas, vómitos, anorexia y fiebre. Se da típicamente posterior a la ingesta de comidas copiosas, cuando el dolor es mayor a 24 horas se debe sospechar de esta patología y más si el paciente tiene antecedente de cálculos en la vesícula biliar (26).

Al examen físico se encuentra hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho, signo de Murphy que es la detención de la inspiración a la palpación profunda en Hipocondrio Derecho. En los exámenes de laboratorio se puede ver un incremento de la bilirrubina menor a 4 mg/dl, de fosfatasa alcalina, transaminasas. En algunos casos hay leucocitosis por encima de 18 000 que traduce una Colecistitis Complicada como perforada, gangrenosa o colangitis.

Se emplea los criterios de TOKIO para el diagnóstico de Colecistitis Aguda (27)

A. Signos de inflamación local:

1. Signo de Murphy
2. Masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho

B. Signos de inflamación sistémica:

1. Fiebre
2. PCR elevado
3. Recuento de glóbulos blancos elevados

C. Hallazgos imagenológico característico de colecistitis aguda:

1. Engrosamiento de pared (>4mm), agrandamiento de vesícula biliar (>8mm largo y 4 cm ancho), cálculos biliares retenidos, líquido

perivesicular.

- En donde un caso Sospechoso es un ítem de A + un ítem de B.
- Diagnóstico Definitivo es : un ítem de A + un ítem de B + un ítem de C.

El paciente presentado en el caso reúne los tres ítems de los criterios de TOKIO por lo que se decide intervención de emergencia mediante laparoscopia. El tratamiento de la Colecistectomía Aguda Litiásica depende de la gravedad del cuadro. Son tres grados, según recomendación de Tokio la colecistectomía se indica en el grado 1 y 2, mientras que en el grado 3 el tratamiento es conservador en un inicio requiriendo posterior drenaje de la colecistitis, reservándose la cirugía en estos casos cuando el tratamiento conservador fracase (27).

El paciente del caso presentado tenía Colecistitis Aguda Litiásica grado 1 (leve), motivo por el cual se decidió realizar colecistectomía laparoscópica, sin complicaciones durante la operación, con evolución favorable.

Caso clínico N° 4

En el último caso estamos ante una paciente con el diagnóstico de hemorroides externas en corona o circunferencial. Las hemorroides son cojines de tejido vascular submucoso ubicados en el canal anal los cuales se desplazan por debajo de la línea dentada por alteración del músculo de soporte. Las hemorroides pueden ser internas, externas o mixta.

Las hemorroides internas se clasifican según el grado de prolapso:

Grado I: Sin prolapso

Grado II: Prolapso con valsalva, reducción espontánea.

Grado III: Prolapso con valsalva requiere reducción manual.

Grado IV: Prolapso persistente irreductible

Las hemorroides externas se clasifican como agudas o crónicas, con o sin signos de trombosis, según el grado se va a realizar el tratamiento correspondiente. Existen factores de riesgo como el estilo de vida ya que las personas que permanecen largo tiempo de pie, sentadas o realizar esfuerzo físico constante asociado a estreñimiento, sedentarismo y aumento de la presión intraabdominal por la obesidad. (28)

El cuadro clínico está caracterizado por rectorragia, disconfort, prurito, prolapso, dolor, secreción, sensación de bulto y trombosis dependiendo del grado.

En el caso clínico nuestro paciente tenía el diagnóstico de hemorroides externas según el examen físico, como factor de riesgo el sedentarismo, la obesidad y la ocupación de chofer lo que predispone a estar mucho tiempo sentado.

En cuanto al tratamiento va a depender del grado de la hemorroide, como primera medida ante grado I, se recomienda un tratamiento conservador como medidas higiénico dietéticas, uso de suplementos de fibra, ingesta moderada de líquidos, baños de asiento o la escleroterapia si se presenta sangrado. Grado II se trata con ligadura con bandas asociado a escleroterapia. Grado III cirugía o ligadura con banda elástica y Grado IV cirugía hemorroidectomía. (29)

En el caso se planteó realizar hemorroidectomía solo de 3 paquetes ya que de retirarse todos los paquetes hemorroidales corre riesgo de estenosis del esfínter anal. La cirugía se llevó a cabo sin complicaciones, paciente con buena evolución, siendo dado de alta y control posterior por consultorio.

III.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N°1

En el primer caso podemos apreciar que se trata de una neumonía típica adquirida en la comunidad, La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección del tracto respiratorio inferior que se desarrolla fuera del hospital, o 72 horas después de haber dejado el hospital posteriormente a un internamiento, y que afecta principalmente a los niños menores de 5 años. La NAC es una de las principales causas de mortalidad infantil en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo. (30)

La NAC es causada por una variedad de microorganismos, incluyendo bacterias, virus y hongos. Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos, dificultad para respirar y dolor de pecho. Los niños más pequeños pueden presentar síntomas menos específicos, como irritabilidad y falta de apetito. El diagnóstico se basa principalmente en la presentación clínica del paciente y la radiografía de tórax, no se recomienda usualmente las pruebas de laboratorio, ya que se trata de una enfermedad con diagnóstico predominantemente clínico. En el presente caso estamos ante un paciente con síntomas como tos con expectoración amarilla,

taquipnea, picos altos de fiebre, un progreso rápido de la enfermedad, gran malestar, y a la ectoscopia un aspecto de mal aspecto general, por lo que podríamos sospechar de primera instancia que se trata de una neumonía provocada por un agente etiológico típico como lo son el *Streptococcus pneumoniae* principalmente, seguido de *Moraxella Catarrhalis* y el *Haemophilus Influenzae*.(30)

El tratamiento de la NAC depende de la causa subyacente y de la gravedad de la enfermedad. En la mayoría de los casos, se administran antibióticos para tratar las infecciones bacterianas. Los niños con NAC grave pueden requerir hospitalización y tratamiento con oxígeno, fluidos intravenosos y ventilación mecánica. En este caso al tratarse de una NAC de características típicas, se optó por aplicar tratamiento antibiótico como lo señala la norma técnica del Minsa para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad donde señalan que en el ámbito hospitalario está indicado el uso de múltiples medicamentos, dentro de los cuales se encuentra el uso de Penicilina G sódica 200 - 250 mil unidades x kg x día endovenoso dividido cada 6 horas por un mínimo de 7 días. (30)

La prevención de la NAC es fundamental en la población pediátrica. Las medidas preventivas incluyen la vacunación contra los microorganismos más comunes que causan la NAC, como el *Streptococcus Pneumoniae* y el virus de la influenza. También es importante promover la higiene personal y evitar la exposición al humo del tabaco.

La NAC en pediatría puede tener complicaciones graves, como derrame pleural, neumotórax y sepsis. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas a la enfermedad.

En conclusión, la neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad respiratoria común en la población pediátrica, que puede ser grave si no se diagnostica y trata adecuadamente. La prevención de la NAC es esencial y se basa en la vacunación y en la promoción de la higiene personal. Los médicos deben estar atentos a los síntomas de la NAC en los niños y proporcionar un tratamiento temprano y adecuado para prevenir complicaciones graves.

Caso clínico N°2

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una de las principales causas de morbimortalidad infantil en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo. La EDA se define como la aparición de tres o más deposiciones líquidas o blandas en un periodo de 24 horas, en un lapso menor a 2 semanas o 14 días, acompañadas de dolor abdominal, náuseas y vómitos.

La EDA puede ser causada por una variedad de microorganismos, incluyendo bacterias, virus y parásitos. La mayoría de los casos de EDA son autolimitados y se resuelven en unos pocos días sin tratamiento específico. Sin embargo, la EDA puede ser grave en niños pequeños, especialmente en aquellos con desnutrición o enfermedades crónicas subyacentes. En este caso se trataba de un paciente que presenta deposiciones líquidas sin la aparición de moco y sangre, con un examen de reacción inflamatoria en heces negativo, por lo que todo indica que se trataba de una enfermedad diarreica aguda causada por un virus, en pediatría el rotavirus siendo el más frecuente en la mayoría de casos, por lo que el tratamiento estará enfocado en tratar los síntomas según el grado de deshidratación que presente el paciente, en nuestro caso, según la norma técnica del Minsa para el manejo de la enfermedad diarreica aguda en niños, el paciente se encontraba dentro del plan B de tratamiento ya que presentaba un signo de pliegue en la piel que desaparece entre 1 a 2 segundos, ojos hundidos y mucosas en la cavidad oral secas, por lo que se decide manejo con sales de rehidratación oral en consultorio, y se indica posteriormente el manejo ambulatorio, explicando a la madre los signos de alarma para su regreso en caso de que el paciente empeora, o no presente mejoría. (31)

El diagnóstico de la EDA se basa en la presentación clínica del paciente y en pruebas de laboratorio para detectar la presencia de microorganismos patógenos en las heces. El tratamiento de la EDA se enfoca en prevenir la deshidratación y tratar los síntomas. Los niños con EDA leve a moderada pueden tratarse en casa con líquidos orales de rehidratación y una dieta blanda. Los niños con EDA grave pueden requerir hospitalización y tratamiento con fluidos intravenosos y antibióticos. (31)

La prevención de la EDA es fundamental en la población pediátrica. Las medidas preventivas incluyen la promoción de la higiene personal y del lavado de manos, la preparación adecuada de los alimentos y el suministro de agua potable.

La EDA en pediatría puede tener complicaciones graves, como deshidratación, shock hipovolémico y trastornos metabólicos. La detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para reducir la morbimortalidad asociada a la enfermedad.

En conclusión, la enfermedad diarreica aguda es una enfermedad común en la población pediátrica, que puede ser grave si no se trata adecuadamente. La prevención de la EDA es esencial y se basa en la promoción de la higiene personal y en la vacunación. Los médicos deben estar atentos a los síntomas de la EDA en los niños y proporcionar un tratamiento temprano y adecuado para prevenir complicaciones graves.

Caso clínico N° 3

En el tercer caso de la rotación de pediatría, se nos presenta a un paciente que presenta síntomas de fiebre, dolor de garganta, y odinofagia o dolor a la deglución de alimentos, posteriormente al examen físico se pueden apreciar la presencia de placas en la orofaringe y un exudado, los cuales son signos y síntomas de una presentación clásica de faringoamigdalitis. La faringoamigdalitis es una inflamación de las amígdalas y la faringe, que puede ser causada por virus o bacterias. Es una enfermedad común en la población pediátrica y puede presentarse en niños de todas las edades, aunque es más frecuente en niños en edad escolar. (32)

Los síntomas de la faringoamigdalitis incluyen dolor de garganta, fiebre, dificultad para tragar, inflamación de las amígdalas, ganglios linfáticos inflamados en el cuello y enrojecimiento e inflamación de la faringe. En los casos más graves, pueden aparecer úlceras en las amígdalas y secreción purulenta en la garganta.

La faringoamigdalitis viral suele resolverse por sí sola en unos pocos días con tratamiento sintomático, como analgésicos y antiinflamatorios. Sin embargo, la faringoamigdalitis bacteriana, especialmente la causada por la bacteria

Streptococcus pyogenes, requiere tratamiento antibiótico para prevenir complicaciones graves, como fiebre reumática o glomerulonefritis. Tal como se presenta en el caso, si nos basamos en los criterios de Mclsaac, sabemos que nos estamos enfrentando a una faringoamigdalitis bacteriana que debe tratarse con medicamento antibiótico. (32)

El diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana se realiza mediante un cultivo de la garganta o mediante pruebas rápidas que detectan la presencia de antígenos estreptocócicos en la garganta. Es importante diferenciar entre faringoamigdalitis viral y bacteriana, ya que el tratamiento antibiótico no está indicado en los casos virales.

La prevención de la faringoamigdalitis se basa en la promoción de la higiene personal, el lavado de manos y la evitación del contacto cercano con personas enfermas. La vacunación contra el *Streptococcus pyogenes* también puede ser efectiva en la prevención de la faringoamigdalitis bacteriana.

En conclusión, la faringoamigdalitis es una enfermedad común en la población pediátrica, que puede ser causada por virus o bacterias. El diagnóstico y tratamiento adecuados son fundamentales para prevenir complicaciones graves. La prevención se basa en medidas de higiene personal y vacunación. Los padres y cuidadores deben estar atentos a los síntomas de la faringoamigdalitis en los niños y buscar atención médica si es necesario.

Caso clínico N°4

La enfermedad mano, pie, boca (MPB) es una infección viral común en la población pediátrica, causada por el virus Coxsackie A16 y otros enterovirus. Es más frecuente en niños menores de 5 años, aunque puede afectar a cualquier edad.

Los síntomas de la enfermedad MPB incluyen fiebre, dolor de garganta, ampollas o úlceras en la boca y la lengua, erupción en las manos y los pies y malestar general. La erupción en las manos y los pies puede ser dolorosa y puede evolucionar a la formación de ampollas.

La enfermedad MPB es altamente contagiosa y se transmite por contacto directo con las secreciones de una persona infectada, como la saliva, las secreciones nasales y las heces. También puede propagarse a través del contacto con objetos contaminados, como juguetes o superficies. (33)

El tratamiento de la enfermedad MPB se centra en aliviar los síntomas, como la fiebre y el dolor de garganta. Los analgésicos y antiinflamatorios pueden ser útiles para reducir el dolor y la inflamación en las ampollas y úlceras de la boca y la garganta. En la mayoría de los casos, la enfermedad MPB se resuelve por sí sola en una semana o dos.

Es importante prevenir la propagación de la enfermedad MPB mediante medidas de higiene personal, como lavarse las manos con frecuencia y evitar compartir utensilios y objetos personales. Los niños con la enfermedad MPB deben permanecer en casa hasta que las lesiones se hayan curado y no se presenten más ampollas nuevas.

En resumen, la enfermedad mano, pie, boca es una infección viral común en la población pediátrica, que puede causar síntomas incómodos, pero generalmente se resuelve por sí sola en una semana o dos. La prevención de la propagación de la enfermedad MPB es importante a través de medidas de higiene personal. Los padres y cuidadores deben estar atentos a los síntomas de la enfermedad MPB en los niños y buscar atención médica si es necesario.(34)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico inició el 1 de junio de 2022 con la asistencia de los internos en los hospitales y centros de salud del país llevándose sin ningún inconveniente finalizando el 31 de marzo de 2023.

Se dividió el internado en dos centros de labor, 5 meses en hospital donde se rotó por las 4 especialidades principales: pediatría, medicina, cirugía y ginecoobstetricia, rotando 6 semanas en cada servicio. Los otros 5 meses se llevaron a cabo en un centro de salud de primer nivel donde se realizaron actividades de promoción, prevención y atención en consulta externa de medicina general y obstetricia.

Días previos al inicio del internado, el hospital de Emergencia Ate Vitarte invitó a todos los internos a reunirse en el auditorio para brindarnos la inducción y elección de rotaciones. En nuestro caso iniciamos el internado con la rotación en el servicio de pediatría el cual se dividió en 15 días de Neonatología y 15 días en Pediatría. La rotación iniciaba a las 6 am y finalizaba a partir de las 2 pm o al terminar los pendientes. La siguiente rotación fue en el servicio de Medicina interna se llevó a cabo en hospitalización, y una guardia diurna semanal de 12 horas. Luego rotamos por el servicio de cirugía el cual a su vez se dividía en hospitalización y emergencia donde rotamos 10 días en cada uno, con guardias nocturnas en emergencia.

Por último, rotamos por el servicio de ginecoobstetricia, el cual se dividía en tres: hospitalización, centro obstétrico y emergencia.

Durante las rotaciones nos brindaban un Equipo de protección personal (EPP) diario sin embargo con el paso de los meses nos limitaron a un EPP semanal lo cual nos perjudicaba ya que estuvimos en contacto con fluidos de pacientes procedentes de los diversos servicios y era difícil mantener un EPP limpio por varios días. A su vez mientras estábamos en rotación teníamos clases y exámenes de manera virtual por lo que mientras estábamos en labor debíamos pedir permiso para poder retirarnos unas horas para entrar a la clase Una vez finalizado los primeros 5 meses continuamos con la rotación en los centros de salud, donde culminaría el internado.

CONCLUSIONES

El Internado Médico es una etapa importante en la carrera de Medicina Humana, ya que permite consolidar los conocimientos adquiridos en años previos y de esta manera nos preparamos para afrontar sin dificultad el Serums.

Gracias al Internado Médico, se adquiere conocimiento sobre las patologías más frecuentes, la forma correcta de diagnosticar, brindar tratamiento, a su vez se adquieren habilidades como el liderazgo y trabajo en equipo.

Durante esta etapa se fortalecen los conocimientos teóricos y se proporciona una oportunidad para aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en la carrera en la práctica clínica para que de esta manera, los estudiantes puedan mejorar su comprensión de los conceptos médicos y desarrollar habilidades prácticas, complementado con el desarrollo de habilidades clínicas como la toma de historias clínicas, la exploración física, la interpretación de pruebas diagnósticas y la prescripción de tratamientos.

Además, es una oportunidad de aprendizaje que aprovecha para fortalecer la comunicación interpersonal y el trabajo en equipo, exponiéndose a situaciones en las que tendremos la oportunidad de trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, la toma de decisiones, y la comunicación efectiva con los pacientes y sus familias.

Es por todo lo mencionado anteriormente, que el internado médico es un proceso de aprendizaje muy valioso para cualquier estudiante de medicina que se encuentra en el último peldaño de su proceso formativo académico, correspondiendo una experiencia donde tendremos la oportunidad de pulir nuestros conocimientos teóricos aplicados a la práctica clínica, con el objetivo de ser mejores profesionales, y sobre todo; más humanos en el trato con nuestros pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos para la práctica hospitalaria se asegure la entrega de EPPS a los internos de medicina, sobre todo si están rotando en especialidades como cirugía o gineco obstetricia ya que diariamente se está en contacto con fluidos de los pacientes.
2. Se recomienda habilitar lugares de estudio, ya que la mayoría del tiempo permanecemos en el hospital y continuamos teniendo clases y exámenes de manera virtual.
3. Por otro lado, consideramos importante el contacto con el primer nivel de atención durante el internado, sin embargo, la practica hospitalaria sigue siendo fundamental para el desarrollo de un profesional de medicina, por lo tanto sugerimos que el tiempo de rotación por los hospitales no debería reducirse durante el internado, como lo fue durante el año 2022; donde algunos internos solo tuvimos la oportunidad de rotar 6 meses por el hospital, disminuyendo la oportunidad de aprendizaje de una gran variedad de enfermedades y colocándonos en cierta desventaja frente a promociones anteriores que si pudieron gozar de 1 año completo en los centros hospitalarios.
4. Por último, también es importante mencionar que como estudiantes de medicina debemos estar preparados para adaptarnos a todo tipo de circunstancias que podrían presentarse durante el año de internado, por lo tanto, consideramos importante también contar con un servicio de apoyo psicológico y emocional que pueda estar disponible para todos los internos de medicina que proporcione un apoyo adecuado con la esperanza de aumentar el desempeño y la satisfacción de los internos durante este ultimo año de la carrera de medicina que siempre representa un desafío pero también una experiencia muy gratificante para todos los miembros de esta profesión.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Flores S, Echavarría AF, Becerra RU, Flores RL, Laura N. Investigación en Salud. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado [Internet]. Redalyc.org. [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf>
2. Tapia Villanueva Rosa M, Núñez Tapia Rosa M, Syr Salas Perea Ramón, Rodríguez-Orozco Alain R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super [Internet]. 2007 Dic [citado 2023 Mar 25]; 21(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es.
3. INFORME DE VISITA DE CAMPO N°010-2020-2021-CESEGRD HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE (HEAV) [Internet]. Gob.pe. [cited 2023 Mar 26]. Available from: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Informes/Comisiones_Especiales/ANEXO-29-HOSP-ATE-VITARTE.pdf
4. Baquedano Mainar L, Lamarca Ballesteros M, Puig Ferrer F, Ruiz Conde MA. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2014 [citado el 25 de marzo de 2023];79(2):115–20. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n2/art09.pdf>
5. Santana Suárez MA, Suárez Suárez B, Ocón Padrón L, Seara Fernández S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2018 [citado el 25 de marzo de 2023];45(4):157–62. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-diagnostico-tratamiento-enfermedad-pelvica-inflamatoria-S0210573X17300345>
6. Álvarez-Fernández I, Prieto B, Álvarez FV. Preeclampsia. Rev lab clín [Internet]. 2016 [citado el 26 de marzo de 2023];9(2):81–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-preeclampsia-S188840081630006X>
7. Bonnet M-P, Garnier M, Keita H, Compère V, Arthuis C, Raia-Barjat T, et al. Guidelines for the management of women with severe pre-eclampsia. Anaesth Crit Care Pain Med [Internet]. 2021;40(5):100901. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.accpm.2021.100901>
8. Ortiz Martínez R, Rendón CA, Gallego CX, Chagüendo JE. Artículo de Revisión Hipertensión/ preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura [Internet]. Conicyt.cl. [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n2/art13.pdf>
9. Espinoza Garita S, Garnier Fernández JC, Pizarro Alvarado G. Generalidades del embarazo ectópico. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2021 [citado el 26 de marzo de 2023];6(5):e670. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670>
10. Carpio Guzmán LA. Criterios ultrasonográficos del embarazo ectópico. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2021;10(3):65–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2021242>
11. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado el 26 de marzo de 2023];85(6):697–708. Disponible en: <https://sochog.cl/archivos/revista-documento/actualizacion-del-enfrentamiento-y-manejo-del-embarazo-ectopico-tubario>

12. de Práctica Clínica G de PC (gpc G. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente [Internet]. Gob.ec. [cited 2023 Mar 26]. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Aborto%20espont%C3%A1neo,%20incompleto,%20diferido%20y%20retenido.pdf>
13. Larroca C, Chaquiriand V, Profesor Adjunta G. Manejo inicial del aborto. INNOTEC [Internet]. 2021;06(02). Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v6n2/2393-6797-rumi-6-02-22.pdf>
14. Mencia Flores Y del V, Palacios MC, Santiago Villegas MA, Fernández Pinto J. Aspiración manual endouterina en comparación con el legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto incompleto o retenido. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2021;81(02):108–15. Available from: https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/10/2021_vol81_num2_3.pdf
15. Velasquez A, Minaya P, Chaname C, Reyes N, Alarcon V. Norma tecnica de salud para la atencion integral de las personas afectadas por tuberculosis [Internet]. MINSA, editor. MINSA; 2013 [cited 2023 Mar 30]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/382664/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_para_la_atenci%C3%B3n_integral_de_las_personas_afectadas_por_tuberculosis20191011-25586-i65fww.pdf
16. Infección por el VIH [Internet]. www.who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#:~:text=Se%20calcula%20que%20a%20finales>
17. GESIDA. DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE LA INFECCIÓN POR EL VIH [Internet]. GESIDA; [cited 2023 Mar 30]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf
18. Del Castillo R, Fernandez J, Del Castillo F. Guia de practica clínica en el pie diabetico [Internet]. Archivos de medicina. 2014 [cited 2023 Mar 30]. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>
19. Urrutia A, Santesmases J, Lupon J. ABC de la insuficiencia cardiaca [Internet]. ELSEVIER. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología; 2011 [cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-pdf-S1577356611000030>
20. Hernández-Cortez, J., León-Rendón, J. L. D., Martínez-Luna, M. S., Guzmán-Ortiz, J. D., Palomeque-López, A., Cruz-López, N., & José-Ramírez, H. (2019). Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano general, 41(1), 33–38. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033
21. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico (Vol. 10, Número 4). (2020). Universidad Autonoma de Sinaloa. <https://doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n4.008>
22. Soto, M., Elizabeth, J., Esmeralda, R., Barahona, R., Antonio, R., Knezevich, L., Marcela, A., & Cumbe, J. (s/f). Escalas diagnósticas para apendicitis aguda: situación actual. Redalyc.org. Recuperado el 30 de marzo de 2023, de <https://www.redalyc.org/journal/559/55964524010/55964524010.pdf>
23. Rodríguez FZ, Saliou DM, Joubert ÁG, et al. Fundamentos históricos del diagnóstico y

- tratamiento de las hernias inguinales. *Revista Cubana de Cirugía*. 2019;58(2):1-22. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92946>
24. Complicaciones posquirúrgicas de las hernias inguinales. (s/f). *Sld.cu*. Recuperado el 25 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000200004
25. Morales-Conde, S., Balla, A., Navarro-Morales, L., Moreno-Suero, F., & Licardie, E. (2023). ¿Es preferible el TAPP por vía laparoscópica para el tratamiento de la hernia inguinal? Técnica, indicaciones y expectativas de futuro. *Cirugía española*. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.01.003>
26. General, C. (s/f). COLECISTITIS CALCULOSA AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO. *Medigraphic.com*. Recuperado el 30 de marzo de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161s.pdf>
27. Rebibo, L., Sabbagh, C., Mauvais, F., & Regimbeau, J.-M. (2016). Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda litiásica. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo*, 32(2), 1–18. [https://doi.org/10.1016/s1282-9129\(16\)77943-8](https://doi.org/10.1016/s1282-9129(16)77943-8)
28. GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL. Hospital de Emergencias de Villa el Salvador. 2018. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435748/11.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20enfermedad%20hemorroidal.pdf.pdf>
29. Moreno, D. O., Viqueira, E. B., & Alonso, C. G. (2021). Cómo tratar las hemorroides: Tratamiento conservador e intervencionista. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(10), 560–562. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.03.007>
30. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en los niños y niñas [Internet]. Ministerio de Salud del Perú; 2019 [cited 2023 Mar 30]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
31. Instituto Nacional de Salud del Niño. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DIARREA AGUDA INFECCIOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO [Internet]. Gonzales E, editor. INSNSB. Instituto de Salud del Niño San Borja; 2022 [cited 2023 Mar 30]. Available from: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>
32. Piñeiro R, Hijano F, Alvez F, Fernandez A, Silva J, Perez C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda [Internet]. *Anales de pediatría*. Elsevier España; 2011 [cited 2023 Mar 30]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403311003845>
33. View of Hand, foot, and mouth disease in a hospital in Callao in 2016. (s/f). *Gob.Pe*. Recuperado el 25 de marzo de 2023, de <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2710/2712>
34. Escobar, D. C., Plasencia, A. R., & González, L. E. (s/f). *Enfermedad boca mano pie. Presentación de un caso Foot, hand and mouth disease. Case presentation*. *Sld.cu*. Recuperado el 31 de marzo de 2023, de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n3/ms14316.pdf>