

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y CENTRO DE SALUD VIRGEN
DEL CARMEN-LA ERA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTO POR

FERNANDO ANDRES LAMARQUE ZELA

ASESOR

YOVANNA MAYOR HERNANDEZ

LIMA - PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y CENTRO DE
SALUD VIRGEN DEL CARMEN-LA ERA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
FERNANDO ANDRES LAMARQUE ZELA**

**ASESORA
DRA. YOVANNA MAYOR HERNANDEZ**

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: DR. ESPINOZA TARAZONA EDGAR KELVIN

Miembro: DRA. QUISPE CASAS ROSA LUZ

Miembro: DR. ROJAS OLIVERA HUGO EFREND

ÍNDICE

JURADO	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Rotación de Cirugía general.....	2
1.2 Rotación de Ginecología – Obstetricia	7
1.3 Rotación de Pediatría	13
1.4 Rotación de Medicina Interna	18
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	23
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	25
3.1 Rotación de Cirugía general.....	25
3.2 Rotación de Ginecología – obstetricia	27
3.3 Rotación de Pediatría	30
3.4 Rotación de Medicina interna	33
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
FUENTES DE INFORMACIÓN	41

RESUMEN

Objetivo: Analizar, a través del punto de vista del interno, cómo fue la experiencia en su último año de formación académica y conocer acerca del modo de trabajo de las instituciones donde el estudiante formó parte del equipo de trabajo. **Materiales y método:** Este es un estudio de tipo descriptivo, en el que se reportan casos clínicos; luego, se explica la aplicación brindada al paciente de manera individualizada con referencia a la evidencia; se tomarán dos casos clínicos de cada área adonde rotó el interno para formar un total de ocho casos. **Resultados:** Se obtienen diagnósticos que deben ser manejados dentro del ámbito hospitalario tanto en el área clínica como quirúrgica. **Conclusiones:** El internado médico, dentro de las instituciones donde se realizó esta experiencia, cumplen con el tratamiento basado en las guías de práctica clínicas propuestas por el Minsa; de no haber una, se usan parámetros basados en la evidencia científica, además de brindar al interno la libertad total de expandir su conocimiento en base a todo lo que aprendió durante su formación académica.

Palabras clave: Internado médico, práctica clínica, guías de práctica, aprendizaje

ABSTRACT

Objective: To analyze, through the intern's point of view, what the experience was like during their last year of academic training and to learn about the way of working of the institutions where the student was part of the work team.

Materials and method: This is a descriptive study, clinical cases are reported, then the application provided to the patient is explained individually with reference to the evidence; 2 clinical cases will be taken from each area where the internal rupture to form a total of 8 cases. **Results:** Diagnoses are obtained that must be managed within the hospital setting in both the clinical and surgical areas. **Conclusions:** The medical internship within the institutions where this experience was carried out comply with the treatment based on the clinical practice guidelines proposed by the Minsa, if there is not one, parameters based on scientific evidence are used, in addition to providing the inmate with freedom total of expanding your knowledge based on everything you learned during your academic training.

Keywords: Medical internship, clinical practice, practice guides, learning

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y CENTRO DE SALUD VIRGEN

AUTOR

FERNANDO ANDRES LAMARQUE ZELA

RECuento de palabras

12093 Words

RECuento de caracteres

66870 Characters

RECuento de páginas

50 Pages

Tamaño del archivo

143.4KB

Fecha de entrega

Apr 15, 2024 4:30 PM GMT-5

Fecha del informe

Apr 15, 2024 4:31 PM GMT-5

● **11% de similitud general**

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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 citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico forma parte del último año de la formación académica de la carrera de medicina humana, en la cual se aplican los conocimientos obtenidos en los años de ciencias básicas como ciencias clínicas de forma práctica en la práctica hospitalaria bajo la supervisión de médicos residentes y médicos asistenciales.

Durante este último escalón de la formación académica universitaria, el interno de medicina pasa a ser parte del equipo de atención al paciente tomando responsabilidades, dentro las cuales se encuentra el constante monitoreo del paciente, ayudando al personal asistencial a formar un plan de trabajo individualizado para el paciente que comienza desde el diagnóstico para seguir con el tratamiento y su seguimiento tras el alta.

Dentro de esta etapa, el interno de medicina formará parte del área de medicina interna, pediatría, ginecología – obstetricia, cirugía general y primer nivel de atención.

La experiencia del internado médico, en el año 2023, para el sector manejado por el Minsa, comenzó el 1 de abril; la rotación en cada departamento previamente mencionado dura dos meses en total con una duración de 10 meses; ocho fueron en el hospital y dos, en un centro de salud. El hospital Hipólito Unanue forma parte de la DIRIS Lima este, y es de la jurisdicción del Minsa, en el cual se realizaron turnos de máximo 12 horas dentro del área de cirugía general y pediatría. Este trabajo tiene como finalidad explicar la importancia del internado médico como parte de la formación del estudiante de medicina.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Dentro de este capítulo, se presentarán dos casos clínicos pertenecientes a las rotaciones de cirugía general, ginecología – obstetricia, pediatría y medicina interna.

1.1 Rotación de Cirugía general

Caso clínico n.º 1

Nombre y apellidos: D. C. M

Sexo: Femenino

Edad: 39

Dirección: El Agustino

Peso: 67 Talla: 1.55

Relato

Tiempo de enfermedad: 1 año

Signos y síntomas principales: Dolor abdominal en hipocondrio derecho

Paciente actualmente sin molestia alguna acude por consulta externa para ser internada para proceder con colecistectomía laparoscópica electiva, debido a que desde hace un año presenta dolor tipo cólico de gran intensidad a predominio de epigastrio e hipocondrio derecho que aparecen tras el consumo de comidas copiosas. Este cuadro la ha llevado a ingresar múltiples veces por emergencia, donde solo recibe tratamiento analgésico y es dada de alta con recomendaciones nutricionales y sugerencias de manejo quirúrgico.

Antecedentes

Patológico: Litiasis vesicular hace un año

Quirúrgico: Niega

Familiares: Padre con diabetes *mellitus* y madre con hipertensión arterial

Funciones vitales: PA: 110/60, FR: 19, FC: 86, SAT: 99%, T: 36.8 °C

Examen Físico

Piel y faneras: Turgente, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosas hidratadas, no cianosis, no ictericia

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, no ingurgitación yugular

Abdomen: Plano, blando y depresible, ruidos hidroaéreos conservados, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales, Murphy negativo

SNC: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no presenta signos meníngeos

Impresión diagnóstica

- Colecistitis crónica calculosa

Plan de trabajo

- Pase para internamiento en pabellón de Cirugía General
- Se solicita ecografía abdominal
- Se solicita serología para VIH, hepatitis b, sífilis y COVID
- Se solicita perfil preoperatorio: hemograma completo, perfil de coagulación, grupo y factor sanguíneo, perfil hepático, examen de orina completo, urea, creatinina y electrocardiograma.
- Interconsulta a cardiología para riesgo quirúrgico
- Interconsulta a anestesiología para evaluación pre – anestésica y riesgo quirúrgico
- Preparar a paciente para turno quirúrgico
- NPO al menos 8 horas previo al procedimiento

Resultados de exámenes auxiliares

Imagen: Ecografía abdominal muestra imágenes hiperecogénicas que generan sombra acústica posterior congruentes con múltiples litos de aproximadamente 11mm y pared de la vesícula en 8 mm.

Perfil preoperatorio: Grupo y factor O+, perfil hepático muestra TGP en 21,

TGO en 23, GGT en 61, fosfatasa alcalina en 112, bilirrubina total en 0.59, bilirrubina directa 0.26 y bilirrubina indirecta 0.33, resto del perfil preoperatorio dentro de valores normales.

Serología negativa para COVID, sífilis, hepatitis b y VIH

Se obtiene RQ I por parte de cardiología y ASA I por parte de anestesiología no requiere paquete globular para ingreso a sala de operaciones.

Hallazgos operatorios

Se encuentra una vesícula de 13 x 8 con múltiples litos en su interior, paredes gruesas y edematosas, vía biliar no dilatada y no se encuentra líquido perivesicular. Se envía la pieza quirúrgica a anatomía patológica para estudio.

Evolución post operatoria

Se mantuvo al paciente en NPO por 6 horas después del procedimiento, tras esto se inicia tolerancia oral, la cual fue satisfactoria a esto añade sentir dolor leve, propio del procedimiento. A la siguiente comida se inicia dieta líquida amplia, presentó náuseas, pero no vómitos por lo que se decidió mantenerla en observación hasta la siguiente comida. A las 24 horas post procedimiento se prueba dieta blanda hipograsa, la cual no presenta complicaciones, paciente presentaba flatos y capacidad de movilización con leve dolor, por lo que es dada de alta a las 30 horas post procedimiento tras evolución favorable, con 1 gramo de paracetamol cada 8 horas por 3 días. Se le instruye en signos de alarma y se le da cita para control en 1 semana. También se le hace conocer que resultados de anatomía patológica deberán ser recogidos por la paciente 3 semanas posterior al procedimiento.

Caso clínico n.º 2

Nombre y Apellido: A. N. M.

Sexo: Masculino

Edad: 26

Dirección: Santa Anita

Peso: 71kg Talla: 1.68m

Relato

Tiempo de enfermedad: 24 horas

Signos y síntomas principales: Dolor abdominal en mesogastrio y fosa iliaca derecha, hiporexia y sensación de alza térmica.

Paciente acude a emergencia caminando por sus propios medios con dificultad, en compañía de su padre, paciente refiere que hace aproximadamente 1 día empezó a sentir dolor intenso en epigastrio a esto se añade perdida del apetito. El dolor a medida que pasaban las horas solo aumentaba en intensidad y no cede ante el uso de analgésicos. El padre del paciente refiere que hace 1 hora comienza a presentar sensación de alza térmica. Actualmente el paciente señala el dolor en la región periumbilical y lo cataloga en la escala de EVA como 9/10.

Antecedentes

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Familiares: Niega

Funciones vitales: PA: 130/60 FR: 20 FC: 113 SAT: 98% T: 38.6 °C

Examen físico

Piel y faneras: Turgente, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosas húmedas, no cianosis

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad taquicárdicos, no soplos audibles

Abdomen: No se observan cicatrices quirúrgicas, resistencia a la palpación, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Blumberg (+), Mcburney (+), Rovsing (+), ruidos hidroaéreos conservados

SNC: Irritable, localizado en tiempo, espacio y persona

Impresión diagnóstica

– Síndrome Doloroso Abdominal: Apendicitis Aguda (RIPASA SCORE: 15)
(ALVARADO SCORE: 8)

Plan de trabajo

- Se solicita perfil preoperatorio de emergencia: Hemograma completo, glucosa, PCR, perfil de coagulación, urea, creatinina, grupo y factor sanguíneo.
- Se solicita prueba rápida de VIH, sífilis, COVID y hepatitis b
- Preparar para sala de operaciones de emergencia
- Ceftriaxona 2gr al menos 30 minutos antes del procedimiento

Resultados de exámenes auxiliares

Grupo y factor O+, en el hemograma se encuentra leucocitosis de 16 000 y PCR de 7.9, pruebas rápidas solicitadas todas con resultado negativo

Hallazgos operatorios

Se realiza apendicetomía laparoscópica donde se encuentra liquido purulento solo en cuadrante inferior derecho de aproximadamente 200cc, apéndice retrocecal de aproximadamente 8 x 2 x 1 perforado en su 1/3 proximal con la base en buen estado. Se deja un dren Penrose y se envió pieza operatoria a anatomía patológica para estudio.

Evolución postoperatoria

Paciente fue trasladado a unidad de recuperación anestésica, estable, donde se inicia cobertura antibiótica con ciprofloxacino y metronidazol, además de analgesia con metamizol. Después de 6 horas es trasladado a pabellón de cirugía general, estable, sin complicaciones, se le mantuvo en NPO por 3 días, sin ninguna complicación de por medio, en su cuarto día postoperatorio paciente aun estable, con cobertura antibiótica en su cuarto día con ciprofloxacino y metronidazol comienza con tolerancia oral por la mañana avanzando a dieta liquida amplia por la noche del cuarto día. En su quinto día postoperatorio con evolución favorable, se prueba dieta blanda exitosamente, ruidos hidroaéreos presentes y leve dolor, propio del procedimiento, se retira drenaje y se decide dar de alta con antibióticos hasta completar 7 días y analgésicos. Además, se le da cita de control en 1 semana y se le informa que debe recoger resultados de anatomía patológica en 3 semanas para ser evaluada en consultorio.

1.2 Rotación de Ginecología – Obstetricia

Caso clínico n.º 1:

Nombre y apellidos: M. E. K.

Sexo: Femenino

Edad: 28 años

Dirección: El agustino

Relato

Tiempo de enfermedad: 10 años

Signos y síntomas principales: Masa en ambas mamas, dolor punzante en ambas mamas

Paciente proveniente de consultorio externo de mastología, refiere presencia y crecimiento de masas en ambas mamas desde hace 10 años, se asocian a dolor no cíclico de tipo punzante con valor en escala de EVA de 4/10, añade que el dolor no calma al reposo. Se comprueba que ambas masas son benignas a través de ecografía realizada en consultorio externo congruente con fibroadenoma bilateral. Nunca presentaron secreciones ni cambios de coloración. Paciente acude a nuestra institución para remover masas a través de intervención quirúrgica.

Antecedentes

Obstétricos: Menarquia a los 13 años, pubarquia a los 13 años, telarquia a los 14 años, régimen catamenial 3/30, niega inicio de relaciones sexuales, fecha de última regla 28/03/24, no usa métodos anticonceptivos, fórmula obstétrica G0 P0000

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Familiares: Niega

Funciones vitales: PA: 105/70 FC: 80 FR:18 SAT: 98% T°37.0 C

Examen físico

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no ruidos

agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, no ingurgitación yugular

Mamas: En la mama derecha se aprecia aumento de volumen en cuadrante superior externo, el borde inferior de la masa limita con zona periareolar, sin cambios de coloración. A la palpación se evidencia masa solida de aproximadamente 5cm, de bordes regulares, levemente dolorosa a la palpación, móvil. En la mama izquierda también se haya aumento de volumen en cuadrante inferior externo, este no limita la zona periareolar, no hay cambio de coloración. A la palpación se encuentra masa de aproximadamente 3cm con bordes regulares, no dolorosa a la palpación, móvil. Al hacer presión en los pezones no se evidencia ningún tipo de secreción. No se encuentran adenopatías axilares.

Abdomen: plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, matidez en hipocondrio derecho conservada, ruidos hidroaéreos presentes

SNC: Despierta, localizada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Fibroadenoma bilateral

Plan de trabajo

- Pase a hospitalización en pabellón de ginecología
- Firmar consentimiento informado para tumorectomía bilateral
- Se solicita perfil preoperatorio: electrocardiograma, radiografía de tórax, hemograma completo, perfil de coagulación, examen de orina, urea, creatinina, glucosa basal, grupo y factor sanguíneo; serología para VIH, sífilis y hepatitis b.
- Interconsulta a anestesiología y cardiología para riesgos quirúrgicos correspondientes.
- Control de funciones vitales

Resultados de exámenes de laboratorio

Se encuentra grupo sanguíneo y factor O+, hemoglobina en 12.7, urea en 25.59, creatinina en 0.81, glucosa basal en 91.46, examen de orina con valores negativos para infección del tracto urinario, la serología para VIH, sífilis y hepatitis b resultado negativa para las 3 enfermedades. En cuanto a la radiografía de tórax no se encuentran signos de procesos inflamatorios, infecciosos o infiltrativos.

El electrocardiograma fue evaluado por cardiólogo quien lo califica como RQ I, en cuanto a la interconsulta por anestesiología paciente fue catalogada en ASA I y apto para sala de operaciones.

Paciente accede a realizarse la intervención quirúrgica firmando consentimiento informado. Queda a espera de turno en sala de operaciones.

Hallazgos operatorios 12:20 – 13:15

Diagnostico preoperatorio: Fibroadenoma de mama bilateral

Diagnostico post operatorio: Fibroadenoma de mama bilateral

Operación realizada: Tumorectomía bilateral

- Se extrae tumoración de mama derecha de aproximadamente 5cm de bordes definidos de superficie lisa.
- Se extrae tumoración de mama izquierda de aproximadamente 2cm de bordes definidos con superficie lisa.

Tras la extracción no se dejan drenes, se hace el cierre por planos y posterior a esto se envían ambas piezas operatorias a anatomía patológica.

Evolución postoperatoria

La paciente permanece estable al salir de sala de operaciones y a su traslado a la unidad de recuperación post anestésica donde se inicia metamizol y ceftriaxona por vía endovenosa, se da la indicación de mantenerla en NPO por 6 horas y tras esto intentar tolerancia oral. Tras 2 horas (15:20) del procedimiento es trasladada de vuelta a pabellón de ginecología donde se mantiene con funciones vitales estables, ventilando espontáneamente, afebril y refiriendo leve dolor cerca de la zona operatoria. A las 19:00 se prueba la tolerancia oral satisfactoriamente, tras esto paciente descansa estable por el resto de la noche. A sus 17 horas del post operatorio la

paciente evoluciona favorablemente, mantiene funciones vitales estables, no refiere dolor y tolera alimentos. Al examen físico se aprecia leve secreción serosa que moja las gasas levemente, se realiza curación de herida con cambio de gasas. Tras esto es evaluada por ginecólogo del departamento de mastología, quien le da de alta al cumplir las 24 horas del postoperatorio sin complicaciones, dejando como tratamiento ibuprofeno 400mg cada 8 horas por 3 días y cefuroxima 500mg cada 12 horas por 5 días. Además, se le da cita de control por consultorio de mastología en 3 días. Se le informa también a la paciente que el resultado de anatomía patológica debe ser recogido personalmente en 3 semanas en el área correspondiente del hospital.

Caso clínico n.º 2

Nombre y apellido: M. C. L

Edad: 32

Sexo: Femenino

Dirección: Santa Anita

Talla 1.50m Peso 57kg

Relato

Tiempo de enfermedad: 2 días

Signos y síntomas principales: Dolor abdominal y sangrado vaginal

Paciente gestante de 7 semanas por ecografía ingresa por emergencia en silla de ruedas acompañada por su pareja. La paciente refiere que hace 2 días evidencia flujo de color marrón oscuro que mancha su ropa interior a esto se le añade dolor intenso en hipogastrio. Al día del ingreso este flujo aumenta en cantidad, razón por la cual acude a la emergencia del hospital.

Antecedentes

Obstétricos: Menarquia a los 13 años, régimen catamenial 5/30, fecha de última regla hace 7 semanas, inicio de relaciones sexuales a los 17 años, parejas sexuales: 8, nunca uso métodos anticonceptivos. Fórmula obstétrica G5 P1031

G1 (2012) Cesárea por feto podálico PF: 2600gr

G2 (2018) Aborto provocado termino en AMEU

G3 (2020) Aborto provocado termino en AMEU

G4 (2023) Aborto retenido termino en AMEU

G5 (2024) Actual

Familiares: Niega

Quirúrgicos: Cesárea en el 2012

Patológicos: Niega

Funciones vitales: 104/63 FC: 86 FR: 19 T°:36.8 SAT: 97%

Examen físico en emergencia a las 02:41 a.m.

Piel y faneras: Turgente, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, ruidos hidroaéreos conservados.

Genitales externos: Se evidencia escaso sangrado color marrón proveniente del canal vaginal que mancha la ropa interior

Especuloscopia: Sangrado vaginal escaso de color marrón

Tacto vaginal: Cérvix cerrado, largo, posterior, sin cambios

SNC: Despierta, localizada en tiempo, espacio y persona

Procedimientos realizados en emergencia

Se le realiza ecografía obstétrica donde se encuentra útero incrementado en tamaño, endometrio ocupado por saco gestacional, dentro de él se observa embrión de 27.7cm sin presencia de latido cardiaco fetal.

Impresión diagnóstica

- Aborto retenido

Plan de trabajo

- NPO
- Vía salinizada
- Cloruro de sodio al 0.9% 1000 (l)

- Misoprostol 400 microgramos TV y 400 microgramos VO
- Se solicita hemograma completo, grupo y factor sanguíneo, perfil de coagulación y serología para VIH, sífilis y hepatitis b
- Control de funciones vitales y observación de signos de alarma
- Se da pase a hospitalización en alto riesgo obstétrico “C”

Examen físico en pabellón de ginecología, sector de alto riesgo obstétrico “C” a las 5:30 a.m.

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos hemitórax, no se hallan rales

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles

Mamas: simétricas, no masas

Abdomen: blando, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en hipogastrio

Genitales externos: No se encuentra sangrado vaginal ni presencia de flujo

Especuloscopia: no se realiza

Tacto vaginal: cérvix posterior, largo, cerrado, OCE y OCI sin cambios, se palpan las dos tabletas de misoprostol administradas en emergencia sin partir, casi disueltas por completo, ultima administración hace 3 horas.

Genitourinario: PPL (-) PRU (-)

Resultados de exámenes solicitados

Dentro de los exámenes a destacar se encuentra un grupo y factor B+, hemoglobina en 11.6, serología para VIH, sífilis y hepatitis b negativas para las 3 enfermedades solicitadas, resto de valores solicitados dentro de rangos normales.

Plan de trabajo en hospitalización

- Firmar consentimiento informado para aspiración manual endouterina.

- Azitromicina 1gr vía oral previo al procedimiento

Reporte de procedimiento 8:40 a.m. – 9:06 a.m.

Previa asepsia y antisepsia, se coloca especulo esterilizado, se realiza pinzamiento del labio anterior con pinza Pozzi. Se realiza histerometría con medida de 9cm, tras esto se realiza bloqueo paracervical con lidocaína. Se realiza aspiración manual endouterina (AMEU). Hallándose:

- Restos endouterinos abundantes, se evidencia embrión con saco gestacional sin mal olor.
- Sangrado aproximadamente de 20cc

Se envía restos para estudio por anatomía patológica.

Evolución post procedimiento

Al culminar el procedimiento paciente permanece en NPO por 2 horas mientras se le controlan las funciones vitales. Presenta evolución favorable, solo refiriendo leve dolor en hipogastrio, lo cual es confirmado tras el examen físico. A las 11:05 a.m. el ginecólogo de turno le da de alta previa charla de planificación familiar donde se le explica que debe esperar al menos 6 meses para intentar quedar embarazada otra vez. Al conversar con la paciente se le ofrece colocación del DIU, implante subdérmico o inyección trimestral; la paciente elige la aplicación de ampolla de acetato de medroxiprogesterona (AMPD) 150mg x 1ml por vía intramuscular la cual se realiza a través del servicio de obstetricia del hospital. Con todo esto la paciente es dada de alta solo con ibuprofeno de 400mg cada 8 horas por vía oral durante 3 días y se le da contrarreferencia a centro de salud de origen para control en 7 días. Además, se le informa que debe recoger resultados de AMEU en anatomía patológica en 3 semanas de manera personal.

1.3 Rotación de Pediatría

Caso clínico n.º 1

Nombre y apellido: J. A. M

Edad: 13 años

Sexo: Masculino

Dirección: El agustino

Responsable: Madre

Peso 62 talla 1:39 perímetro abdominal: 119

Relato

Tiempo de enfermedad: 1 semana

Signos y síntomas principales: Dolor abdominal, estreñimiento y lesiones en región anal.

Paciente acude caminando por emergencia en compañía de su madre la cual refiere que 1 semana antes del ingreso a emergencia este presenta dolor abdominal que se fue incrementando en el transcurso de la semana, se añade reducción en el apetito y disminución del ánimo en las actividades cotidianas. 3 días antes del ingreso menciona que el paciente intenta ir al baño para realizar deposiciones lo cual no logra, además, nota heridas en la región anal con escaso sangrado y dolorosas. Al día del ingreso el paciente presenta intolerancia oral completa con vómitos en 5 a 6 ocasiones a pesar del uso de ondasetron, por lo que fue hospitalizado en el pabellón de pediatría.

Antecedentes

Patológicos: Constipación crónica

Quirúrgico: Niega

Familiares: Madre diabetes mellitus tipo 2

Funciones vitales: PA: 110/70 FC:86 FR:20 SAT: 98% T:37.2

Examen físico

Piel y Faneras: Turgente y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, ojos hundidos, no cianosis

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, no ingurgitación yugular

Abdomen: Distendido, globuloso por panículo adiposo, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad, doloroso a la palpación difusa con mayor intensidad en fosa iliaca izquierda y mesogastrio, matidez global.

Región perianal: Se hallan lesiones de trayecto linear que asemejan las horas 2, 5 y 11 del reloj, eritematosas, superficiales, sin compromiso de la mucosa, no sangrantes.

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni corticales, obedece órdenes.

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal: constipación crónica
- Obesidad
- Anemia leve

Plan de trabajo

- NPO
- Vía salinizada
- Polietilenglicol 17cc cada 12 horas
- Dimenhidrinato 50 mg cada 8 horas
- Balance hidroeléctrico + control de funciones vitales
- Se solicita exámenes de imagen: Radiografía de abdomen
- Se solicita exámenes de laboratorio: Hemograma completo, PCR y glucosa basal

Resultados de exámenes auxiliares

Como resultado en la radiografía se encuentran niveles hidroaéreos patológicos. En los exámenes de laboratorio se encuentran alterados la hemoglobina con un valor de 10.1, se halla leucocitosis de 12 000, PCR en 8.9 y por último se encuentra una glucosa basal con valor de 101.

Se añade al plan de trabajo

- Clindamicina 300 mg IV cada 8 horas
- Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas

Caso clínico n.º 2

Nombre y Apellido: Z.E.C

Edad: 9 años

Sexo: Masculino

Dirección: La Molina

Responsable: Madre

Peso 36 Talla 1.43

Relato

Tiempo de enfermedad: 5 días

Paciente acude por emergencia caminando en compañía de su madre la cual refiere que 5 días antes del ingreso por emergencia refiriendo que su hijo participo de una reunión familiar donde consume comida de un lugar desconocido, tras eso el paciente la misma noche presenta 2 deposiciones liquidas sin sangre ni moco, al día siguiente se agrega fiebre cuantificada en 38.5 ° C la cual cede con paracetamol(no especifica la dosis) 3 días antes del ingreso al persistir las deposiciones liquidas en al menos 4 ocasiones en el día y la fiebre es llevado a consultorio externo particular de pediatría donde le recetan medicamentos que no recuerda mantiene tratamiento hasta el día del ingreso por emergencia, pero los síntomas persisten a esto se le añaden vómitos alimentarios en 3 ocasiones y somnolencia; motivos por los cuales fue traído por emergencia.

Antecedentes

RAM: Niega

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Familiares: Niega

Epidemiológicos: Caso confirmado de dengue a 3 cuadras del paciente

Funciones Vitales: PA: 90/60 FC: 111 FR: 20 SAT: 99% T: 38. 7

Examen físico

Piel y faneras: Turgente, deshidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, ojos hundidos, signo del pliegue positivo, mucosas secas, no

cianosis.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa adecuadamente por ambos campos pulmonares no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no soplos audibles, no ingurgitación yugular.

Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos conservados, doloroso a la palpación difusa, no visceromegalia

SNC: Somnoliento, obedece órdenes al despertar, orientado en tiempo espacio y persona

Impresión diagnóstica

- Enfermedad diarreica aguda con deshidratación grave
- Hiponatremia leve
- Anemia leve

Diagnóstico diferencial

- Descartar Dengue

Plan de trabajo

- CI Na 0.9% 1000 ml en 30 minutos, luego 2500 en 3 horas
- Metamizol 1gr cada 8 horas
- Balance hidroeléctrico + control de funciones vitales
- Prueba de detección NS1 para dengue
- Se solicita exámenes de imagen: Ecografía abdominal
- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo, PCR, electrolitos y reacción inflamatoria en heces.

Resultados de exámenes auxiliares

En la ecografía abdominal no se signos relevantes de enfermedad; en cuanto a los exámenes de laboratorio se halla un valor de hemoglobina en 10.1, hematocrito en 45 %; el PCR se encuentra elevado con valor de 2.1; dentro de los electrolitos se halla una reducción leve en el sodio con valor de 134.2; por último, la reacción inflamatoria en heces es negativa. Prueba NS1 para dengue Negativa.

1.4 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Nombre y Apellido: R. A. M

Sexo: Masculino

Edad: 41 años

Dirección: Santa Anita

Peso: 97kg Talla: 1.67

Relato

Tiempo de enfermedad: 7 días

Signos y síntomas principales: Dolor en pierna derecha, aumento de volumen en miembro afectado y cambio de coloración en zona afectada.

Paciente acude en silla de ruedas acompañado por su hijo. Paciente refiere que hace 7 días mientras hacía deporte sufre un golpe contuso en la pierna derecha sufriendo dolor en escala de EVA 5/10 a la deambulacion y al reposo de 3/10 compra Naproxeno en farmacia cerca de su casa el cual toma por 2 días cada 12 horas. 5 días antes del ingreso a emergencia paciente refiere que el dolor se mantenía en la misma intensidad aun así vuelve a practicar deporte sufriendo un segundo golpe contuso en la misma zona tras esto el dolor a la deambulacion se incrementa a 7/10 y al reposo 4/10, repite tratamiento con naproxeno. 1 día antes del ingreso por emergencia refiere preocupación debido a que la zona de la pierna afectada crece en volumen además de sentirlo caliente a esto se le añade que la zona que recubría el aumento de volumen presentaba una escara color negruzca. El día del ingreso el paciente acude refiriendo dolor a la deambulacion de intensidad 8/10 en escala de EVA y negando fiebre. Pasa a hospitalización en pabellón de Medicina Interna

Antecedentes

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Familiares: Padre con Diabetes Mellitus tipo 2

Funciones vitales: PA: 110/70 FR: 20 FC: 78 SAT: 97% T°: 37.3

Examen físico

Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, se observa escara necrótica sobre aumento de volumen en pierna derecha de bordes delimitados, no indurada, inmóvil, caliente, dolorosa a la palpación y eritematosa.

Tórax y Pulmón: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, ni ingurgitación yugular.

Abdomen: Globuloso por panículo adiposo, blando y depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos conservados.

SNC: Despierto, localizado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

En el hemograma se encuentra leucocitosis de 13000 a predominio de neutrófilos. PCR 6.3 y glucosa en 119. Se realiza ecografía de partes blandas donde se encuentra liquido en la zona afectada congruente con pus.

Impresión diagnostica

- Celulitis en pierna derecha
- Absceso cutáneo en pierna derecha
- Descartar Diabetes Mellitus

Plan de trabajo

- Dieta blanda hipoglúcida
- Vía salinizada
- Cefazolina 1g IV cada 8 horas
- Drenaje y cultivo de secreción de absceso
- Solicitar Hemoglobina glicosilada

Caso clínico n.º 2 Medicina interna

Nombre y Apellido: J. R. C

Sexo: Masculino

Edad: 53

Dirección: El agustino

Peso 79kg Talla: 1.67 m

Relato

Tiempo de enfermedad: 20 días

Signos y síntomas principales: Cambio de coloración en primer dedo del pie izquierdo, secreción por herida en el mismo lugar y dificultad para la deambulación.

Paciente acude por emergencia apoyándose en familiar para caminar, refiere que hace 20 días se incrusta un clavo en el primer dedo del pie izquierdo mientras trabajaba, no le da demasiada importancia y continua sus labores recibiendo antibióticos por vía intramuscular en farmacia cerca a su casa, a medida que avanzan los días nota que la zona de la lesión se empieza a tornar color parduzco por lo que 10 días antes del ingreso acude a centro de salud donde es atendido por personal no médico que realiza escarectomía y le da antibióticos orales, paciente no refiere ninguna mejoría y presenta dificultad a la deambulación, refiere que con el pasar del tiempo la lesión vuelve a tornarse parduzca y seca, al día del ingreso el paciente acude debido a que la lesión se tornó de color negruzco y expedía mal olor. Es internado en pabellón de medicina interna para tratamiento.

Antecedentes

Patológicos: Hipertensión arterial hace 20 años en tratamiento irregular con losartán 1 vez al día. Diabetes mellitus hace 20 años en tratamiento irregular con metformina de 850mg 1 vez al día.

Quirúrgicos: Niega.

Familiares: Padre y Madre con hipertensión arterial y diabetes mellitus en tratamiento.

Funciones vitales: PA 100/60 FR 21 FC 91 SAT 98% T° 37.1

Examen físico

Piel y faneras: Turgente, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosas hidratadas, se observa escara necrótica de aproximadamente 2x2cm a la altura de la falange proximal del pie izquierdo

en el primer dedo en la base de este, sin signos de flogosis. Eritema en todo el pie izquierdo hasta la región maleolar no hay presencia de ampollas, al tacto hay calor localizado, pero no dolor.

Tejido celular subcutáneo: Se observa aumento de volumen en todo el pie izquierdo comprometiendo hasta la región maleolar, no frémitos.

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, pulsos pedio izquierdo +/+++ derecho ++/+++

Abdomen: Globuloso por panículo adiposo, blando y depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos conservados.

SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares

En los exámenes de laboratorio se encuentra leucocitosis de 15 000 a predominio de neutrófilos, PCR 10.3 y glucosa basal en 231. Al realizar ecografía Doppler arterial del miembro afectado se encuentra ondas monofásicas en la arteria pedia, pero no se hallan signos de estenosis arterial. En la radiografía se observa aire al nivel de la lesión.

Impresión diagnóstica

- Diabetes mellitus con complicaciones tardías
- Pie diabético IDSA GRADO 3 / PEDIS 3
- Hipertensión arterial por antecedente de historia clínica
- Descartar nefropatía diabética
- Descartar retinopatía diabética

Plan de trabajo

- Dieta blanda hipoglúcida e hiposódica
- Vía salinizada
- Terapia antibiótica con imipenem 500mg IV cada 6 horas
- Suspender metformina e iniciar insulina NPH 16 UI por la mañana y 8 UI por la noche
- Losartán 50mg cada 12 horas
- Curación de herida

- Solicitar urea, creatinina y proteinuria en orina de 24 horas
- Interconsulta a traumatología para determinar tratamiento quirúrgico
- Interconsulta a oftalmología para descartar retinopatía diabética

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

Esta última etapa de formación profesional tuvo su inicio el 1 de abril del 2023 y culminó 31 de enero de 2024 para una duración total de 10 meses.

Comencé la primera parte de esta experiencia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue o mejor conocido por los pacientes como el Hospital Bravo Chico tomando ese nombre en base a la Resolución Magisterial N°1492 del 28 de mayo del año 1943 que declaró el Fundo "Bravo chico" de utilidad pública. El nosocomio se encuentra ubicado en el distrito de El Agustino en Lima, Perú. En la Avenida Cesar Vallejo 1390. Es un hospital de alta complejidad nivel III-1, cumple la función de ser la cabeza de la red de Lima - Este, tomando los casos más complejos que son referidos de los distintos centros de Salud pertenecientes a la DIRIS Lima Este (1). Cuenta con una amplia carta de médicos especialistas; también posee múltiples áreas de Emergencia separadas por especialidad de fácil acceso para el paciente como son el área de emergencia traumatológica ubicada directamente al entrar por la puerta N° 2 de Emergencia, además de recalcar la presencia del Centro de Excelencia para atención de Tuberculosis el cual funciona las 24 horas del día cumpliendo su labor en la detección oportuna de esta enfermedad tan común en nuestro medio.

Los pacientes reciben un trato empático por parte del personal administrativo y sus profesionales de la salud, además de brindarles un enfoque multidisciplinario que puede ser cubierto gracias al gran número de especialidades con las que cuenta el hospital.

La función del interno recae en ser el primer contacto del paciente al llegar a pabellón o emergencia, se nos encarga el llenado de la historia clínica, evolución del paciente de acuerdo con lo que se realice día a día, elaboración de interconsultas y culminar con la realización del alta del paciente con su respectiva contrarreferencia según sea necesario. En ciertas áreas como cirugía general, el interno realizara curaciones de heridas, suturas, retiro de

puntos e incluso drenaje de abscesos todo esto bajo la supervisión de médicos residentes o asistenciales. En el área de Ginecología y Obstetricia, se nos encarga en el área de centro obstétrico la atención de parto bajo la supervisión del médico asistencial, residente u obstetra para priorizar la seguridad de la paciente y del neonato. Por último, en Medicina interna se nos asigna realizar procedimientos como toracocentesis, paracentesis, punciones lumbares y toma de gases arteriales siempre de la mano de un médico asistencial que pueda guiarnos durante el procedimiento.

Como segunda parte del internado, formé parte del centro de salud Virgen del Carmen - La Era; este es un centro de salud categoría I-3 ubicado en Lurigancho en el departamento de Lima, forma parte de la DIRIS Lima Este, aquí se brinda atención integral junto a los médicos asistenciales formando parte del primer nivel de atención, donde también realizábamos visitas domiciliarias a pacientes que no pueden llegar al centro de salud, debido a algún tipo de discapacidad. En caso de que algún paciente necesitara atención especializada, este era referido al Hospital José Agurto Tello en Chosica.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Cirugía General

Caso clínico n.º 1: colecistitis crónica calculosa

Esta enfermedad se define por la presencia de litos en la vesícula biliar estos causaran traumatismos dentro de la vesícula cuando es estimulada por la ingesta de comidas altas en carbohidratos o grasas, creando inflamación en las paredes, estos cuadros que generan intenso dolor son llamados cólicos biliares, los cuales inflamaran la pared de la vesícula, si un paciente sufre de constantes episodios de este cuadro pueden desarrollar una inflamación crónica de la pared, al llegar a ser mayor a 6mm se puede catalogar a esa vesícula con litos como una colecistitis crónica calculosa (2).

Si bien esta enfermedad es asintomática, en la gran mayoría de casos, el paciente se hace propenso a desarrollar cuadros de intenso dolor a la mínima ingesta de una comida copiosa; además, la presencia de litos dentro de la vesícula puede traer consigo complicaciones debido a la estimulación de esta, siendo que es posible que los litos pueden atorarse dentro de distintos conductos o esfínteres de la vía biliar causando obstrucciones; la inflamación continua de la pared en ciertas ocasiones puede también predisponer al paciente a que esta se calcifique, lo que provoca una condición llamada vesícula en porcelana, que se relaciona directamente con cáncer vesicular (3).

El tratamiento consiste en realizar una colecistectomía laparoscópica, procedimiento que permite un abordaje que logrará un tiempo de recuperación corto, de modo que el paciente puede reintegrarse rápidamente a sus labores habituales. El cuidado posquirúrgico consta de mantener al paciente en NPO 6 horas después del procedimiento para luego reiniciar de manera progresiva la alimentación con una dieta blanda hipograsa, este régimen debe continuarse por al menos 30 días, con respecto al uso de antibióticos se usarán como profilaxis al menos 1 hora antes de comenzar la intervención quirúrgica y se mantendrán en el caso de que durante el

procedimiento hubiera algún tipo de contaminación como una perforación que justifica continuar con su uso. El manejo del dolor se puede lograr con analgésicos no opiáceos; por último, el paciente puede ser dado de alta tras 8 horas de observación siempre y cuando no haya ninguna complicación. Se debe enviar la pieza operatoria a anatomía patológica para el estudio de alteraciones histológicas que indicarían malignidad (4).

Casco clínico n.º2: apendicitis complicada

Dentro de este caso clínico, tenemos una apendicitis aguda, enfermedad con un evento distintivo que es la obstrucción de luz del apéndice, dentro de las causas de este suceso se encuentra a la hiperplasia linfoide que es más común en niños, en el grupo adulto lo más resaltante suele ser secundario a fecalitos (5), también, debido a parásitos como enterobius vermicularis o trichuris trichura (6), por ultimo las neoplasias podría generar una apendicitis (5).

El diagnóstico de la apendicitis aguda es clínico, se puede apoyar de estudios de laboratorio y corroborar con imágenes como la tomografía computarizada. La sintomatología de esta enfermedad suele comenzar, en la mayoría de los casos, como un dolor epigástrico; este, a medida que pasan las horas, se moviliza hacia el mesogastrio para terminar en la fosa iliaca derecha; el dolor sea migratorio como fue explicado anteriormente o de instauración directa en la fosa iliaca derecha siempre debe estar presente; este es un síntoma cardinal de la apendicitis siempre que sea de posición habitual, esto no se cumple en casos de posición retroileal o pélvica. Otro síntoma es la anorexia; el paciente refiere no sentir apetito y aun si lo tuviera, no descarta el diagnostico; por último, puede aparecer fiebre leve que suele instaurarse alrededor de las 12 horas del inicio de los síntomas; estos tres síntomas ya mencionados forman parte de la triada de Murphy, que se suele presentar en más de la mitad de los casos de apendicitis (7).

Dentro del examen físico, la exploración abdominal es la que mayor importancia toma; sabemos ya que el dolor es infaltable dentro de una apendicitis. Tendremos signos que nos indicaran que nuestro diagnóstico es

acertado como el dolor en el punto de Mcburney signo clásico de una apendicitis, pero en nuestro caso clínico observamos la presencia de lo que se llaman signos peritoneales como son el signo de Rovsing y el signo de Blumberg conocido también como rebote (7). Se tienen dos escalas actualmente para cerciorar el diagnóstico como son la escala de Alvarado modificada y últimamente la escala de RIPASA; cualquiera de estas dos escalas puede ser usada para aliviar sospechas en un diagnóstico de apendicitis aguda; la gran ventaja de ambas es que puede ser usada por residentes e internos y mantienen una gran fidelidad al diagnóstico (8).

El tratamiento es apendicetomía laparoscópica y podría realizarse en su defecto una cirugía abierta, pero está demostrado que el abordaje laparoscópico, a pesar de ser relativamente más costoso, ofrecerá al paciente una recuperación pronta y reducirá las posibilidades de una dehiscencia de la herida quirúrgica. Incluso, en casos complicados suelen presentar los que acuden a emergencia con un tiempo de enfermedad mayor a 24 horas (9).

3.2 Rotación de Ginecología – obstetricia

Casco clínico n.º 1: Fibroadenoma de mama

En el caso clínico propuesto se nos presenta a una paciente que comienza a notar un aumento de volumen en los senos, esto lo hace a través de un autoexamen de mama, esto hace denotar en la paciente el autocuidado que tiene por si misma siendo que este método de prevención secundaria es de gran ayuda para que la paciente entre en conciencia y pueda acudir a la revisión por un profesional de la salud; si bien no en todos los casos el autoexamen de las mamas es hecho correctamente, dentro de la consulta médica se podrá instruir a la paciente a como realizarlo adecuadamente, puesto que gran parte de la población femenina no lo realiza solamente por el hecho de no saber cómo realizarlo(10).

La paciente en cuestión es una mujer menor de 40 años sin factores de riesgo para desarrollar una neoplasia maligna de mama, esto sospecha toma más

base durante el examen físico al encontrarse que las masas son duras, de bordes regulares, móviles, no traccionaba el pezón, la preocupación de la paciente se centraba en el aspecto que estas tumoraciones generaban y en el dolor que causaba en especial en lado derecho puesto que la masa era de mayor tamaño. Esto además de la sintomatología física puede crear a su vez ansiedad debido a la posibilidad de que la lesión no se benigna sino maligna (11). Para el diagnóstico se necesita una buena anamnesis y exploración física, tras esto los exámenes de imagen ayudaran a la confirmación del diagnóstico, en la paciente se realiza una ecografía mamaria, en la cual se encontraría imágenes de bordes regulares, con ecos en su interior y signo de elasticidad de nódulo benigno cuando se presiona con el transductor. La razón por la cual en primera instancia no se ordena una mamografía es porque la densidad propia de la mama en una paciente joven podría ocultar al fibroadenoma (12).

La razón de la extirpación quirúrgica se dio debido a la molestia que le generaba a la paciente, el dolor y la ansiedad que le causaba el crecimiento de los tumores, además del hecho que la paciente refirió que desde que noto el crecimiento anormal en sus senos, se le recomendó seguimiento ecográfico cada 6 meses, al no encontrarse una reducción espontanea del cuadro es que la paciente decide optar por la decisión quirúrgica (11).

Caso clínico n.º 2: Aborto incompleto

Un aborto es el cese espontáneo o inducido de cualquier embarazo antes de que se cumplan las 22 semanas de gestación y que el feto pese menos de 500 gramos; también puede ser subdividido en aborto precoz si es que se da antes de la semana 12 o tardío, si se da después de la décimo segunda semana hasta la vigésimo segunda semana (13).

En este caso clínico, tenemos una paciente que se encuentra en su 7ma semana de gestación, la cual presenta un aborto peligroso esto la convierte en una paciente de alto riesgo obstétrico puesto que es una causa de gran morbimortalidad materna (14). La historia clínica forma parte crucial del diagnóstico, datos como el inicio del sangrado, su cantidad, síntomas

asociados a hipovolemia y la fiebre nos hacen notar que el seguimiento de las funciones vitales es necesario en estas pacientes, más aún en este caso que es un aborto inducido; el dolor también es común dentro de este cuadro se localiza generalmente en hipogastrio e incluso se puede irradiar hacia la zona pélvica. En el caso de la paciente al tener menos de 14 semanas de gestación tiene la opción del tratamiento médico o el tratamiento mediante aspiración al vacío, siendo que la paciente ya había usado medicación para provocar el aborto, se tomó la decisión de realizar un AMEU (15).

Este procedimiento cuenta con ventajas como tener una eficacia próxima al 100 %, la anestesia se aplica de manera local y puede ser hecho de manera ambulatoria; se puede usar frente a distintos tipos de aborto e incluso puede tomar biopsia de endometrio. El procedimiento tiene que ser realizado con la asepsia adecuada, se comienza insertando un espejito para una visualización adecuada y también para realizar la infiltración del anestésico local, se usará lidocaína infiltrándola según como se encuentre posicionado el útero, si fuera anteverso, se hará en dirección de las agujas del reloj a la hora 12, si fuera retroverso se hará a las 6, además de infiltrar también en relación de horas 2, 4, 8 y 10; luego de este paso se realizará la medición con histerómetro hasta llegar a fondo uterino, este paso es crucial para evitar complicaciones como la perforación del útero, tras esto se usará el dispositivo de aspiración al vacío con una cánula adecuada respecto al tamaño del útero insertando esta 1cm menos del tamaño medido previamente; se realiza el aspirado hasta que ya no quede nada dentro de cavidad uterina, se recomienda que siempre el contenido aspirado se envíe a anatomía patológica puesto que puede existir ausencia de tejido trofoblástico (15).

Al acabar la paciente, tiene que quedar en observación por lo menos 1 hora controlando sus funciones vitales; si no existen complicaciones, se le debe dar una charla educativa en cuanto a anticoncepción también hacerle saber que puede presentarse sangrado escaso en los siguientes días (14-15).

3.3 Rotación de Pediatría

Caso clínico n.º 1: Constipación crónica

La constipación crónica viene a ser la reducción del número de ocasiones en las que un paciente evacua, también puede presentarse como retención de heces, el hecho de que al momento de evacuar presente dolor, heces de duras con gran tamaño o incluso la pérdida de la continencia fecal. Si bien es una enfermedad multifactorial, en su gran mayoría se causa por un tema funcional que se debe a un miedo a la evacuación debido a que esta genera dolor, por ende, no defecara perpetuando este ciclo se obtiene lo que conocemos como constipación crónica. Estas actitudes generan, a la larga, complicaciones como problemas psicológicos, alteración de la microbiota intestinal, traslocación bacteriana y fisuras anales (16).

La mejor herramienta diagnóstica será un buen examen físico, historia clínica donde se deben ahondar temas como la dieta, el habito evacuatorio y las características de las heces para este último la escala de Bristol ayuda al pediatra a que el padre pueda a explayarse adecuadamente siendo que esta escala es de fácil uso para los profesionales de la salud. Por otro lado, se tiene que usar también los criterios de Roma IV según la edad del paciente donde la presencia de dos o más de sus criterios hace el diagnóstico del estreñimiento funcional (17).

La razón de añadir antibióticos al tratamiento fue debido a que el paciente presento como hallazgo de laboratorio un PCR incrementado en conjunto con leucocitosis, esto hace posible la presencia de una infección bacteriana procedente de una traslocación, esto se debe a que el tubo digestivo es hogar de diferentes bacterias, estas al cruzar el epitelio llegan a los ganglios mesentéricos. Al suceder esto la flora intestinal cambia notablemente al punto de poder encontrarse en ella nuevos microorganismos como *estreptococos*, *escherichia coli*, *estafilococos* y *klebsiella*. Este sobrecrecimiento anómalo creado por la traslocación puede generar lesiones en la mucosa y submucosa al dañar directamente los mecanismos encargados de la absorción en el tracto gastrointestinal así mismo facilitando

que la traslocación sea mas extensa. Para la corrección de esto se deberá brindar un tratamiento que pueda combatir la infección bacteriana, pero se debe tratar primariamente la causa, que en el caso del paciente es la constipación crónica (18).

El tratamiento para este cuadro de constipación, en su gran mayoría, se soluciona con fármacos y educación al paciente como a sus padres para evitar que estos cuadros no se repitan, pero, en ciertas ocasiones, cuando el tratamiento médico fracasa, la cirugía se vuelve una opción, pero solo en casos extremos (19). Este paciente padece de un estreñimiento de larga data a esto hay que agregarle que para el gran peso que presentaba (62 kg) los medicamentos en dosis pediátricas no le hacían efecto, con esto en mente se planteó el tratamiento a dosis de adulto basándonos en la guía de práctica clínica con lo que se decidió una desimpactación con polietilenglicol por vía oral, tras lograr desimpactar satisfactoriamente al paciente se pasó a la fase de mantenimiento con el mismo fármaco a dosis de adulto con un cuidado en el balance hidroelectrolítico, ajustando la cantidad de tomas, según el ritmo evacuatorio y estado hídrico. A medida que el paciente fue evacuando con más frecuencia se le explico a los padres que este tratamiento cuenta con dos fases más siendo la siguiente al del destete y por último el seguimiento. Con respecto al destete se explicó que este seria de forma gradual en un tiempo de hasta 12 meses, por último, tras suspender por completo el laxante se tendría que hacer seguimiento del paciente de manera rutinaria (20).

Caso clínico n.º 2: Enfermedad diarreica aguda

Este cuadro se caracteriza por que los pacientes presentan un numero aumentado de deposiciones por día además de presentar una reducción en la consistencia de estas, son una causa relevante de mortalidad en pacientes menores de 4 años. Puede ser causadas por infección viral, bacteriana o parasitaria; según sus características como la presencia de sangre pueden denominarse disentéricas. La forma de contagio es en su mayoría por el consumo de alimentos en lugares con pobres actitudes higiénicas o consumir agua que no ha sido tratada previamente (21).

El diagnóstico consta de la exploración física y una historia clínica detallada donde se tiene que hacer énfasis en puntos como el inicio de las deposiciones acuosas, la frecuencia de las deposiciones y averiguar que otros síntomas se añadieron a medida evolucionaba la enfermedad como dolor o vómitos; el peso previo al inicio de los síntomas es un factor importante, pero esa información no suele estar presente en la gran mayoría de casos por lo que se debe lograr un estimado con la información que refieren los padres o cuidadores (22). El examen físico tiene que ser lo más exhaustivo posible con énfasis en signos de deshidratación ya que según el grado de esta se procederá al plan de manejo brindado por la guía de práctica clínica, la cual divide a los grados de deshidratación en 3: Enfermedad diarreica sin signos de deshidratación, enfermedad diarreica con signos de deshidratación y Enfermedad diarreica con deshidratación grave, esta última se subdivide ya que tiene un tratamiento en caso se presente con o sin shock. Para evaluar la deshidratación, debemos concentrarnos en el estado conciencia, observar los ojos del paciente, mucosas, la presencia de lágrimas, la sed y, por último, el signo del pliegue. Dentro de estos signos mencionados hay 3 que cobran relevancia extra llamados también signos clave siendo estos el estado de conciencia, la sed y el signo del pliegue; la presencia de estos signos nos indica que el paciente está presentando una deshidratación severa (23).

Nuestro paciente presentaba una deshidratación severa sin shock esto debido a que en su examen físico encontramos un estado de conciencia alterado y signo del pliegue positivo, lo cual nos lleva a emplear el plan C para su tratamiento por lo que se procedió a colocar una vía salinizada para administrar 30ml/kg en los primeros 30 minutos tras esto colocamos 70ml/kg en un lapso de 2 horas y 30 minutos, con esto el estado clínico del paciente cambio favorablemente, no requirió de otro ciclo de hidratación, se comenzó a probar la vía oral la cual fue tolerada en cantidades mínimas.

Tras esto, el paciente fue mantenido hospitalizado por dos días más, debido a que si bien las deposiciones acuosas fueron reduciendo en frecuencia y la consistencia fue mejorando, nuestro paciente aun presentaba picos febriles,

esta línea de tiempo aun encajaba en la etapa febril del dengue siendo que esta puede durar de 2 a 7 días, por lo que al sumarle el antecedente epidemiológico cercano a su vivienda, se decidió solicitar serología para dengue al conseguirse resultado negativo el paciente fue dado de alta, puesto que cumplía criterios como una tolerancia oral adecuada y desaparición de los signos de deshidratación (23).

Se toma como posibilidad una infección por dengue debido a lo mencionado anteriormente, puesto que el paciente al momento de la prueba se encontraba en su quinto día de fiebre sin remitir a pesar del uso de antipiréticos, además de haberse confirmado un caso en la cercanía al vecindario del paciente. Bajo esto se podría decir que el paciente era un caso probable de dengue sin signos de alarma, el cual termina siendo descartado por completo al obtener como negativa la prueba solicitada en el plan de trabajo (24).

3.4 Rotación de Medicina interna

Caso clínico n.º 1: Celulitis y absceso

Este caso clínico corresponde a una celulitis, la cual es una enfermedad que afecta a la dermis profunda y también puede comprometer tejido celular subcutáneo en ciertos pacientes puede haber colecciones de pus por debajo del tejido o encapsularse formando un absceso como fue el caso de nuestro paciente, esta presentación determina el desarrollo de síntomas localizados. La gran mayoría de pacientes que acuden por celulitis tienen localización en las extremidades inferiores y existirán ciertos factores capaces de predisponer una infección en la piel como son las dermatomicosis, edemas, episodios pasados de infección en la misma zona, inmunosupresión, obesidad y cualquier lesión que interrumpa con la continuidad de la piel (25).

La presentación clínica de la celulitis es a través de la presencia de eritema en la zona localizada, suele ser dolorosa, hay calor local y edema; en ciertas ocasiones pueden aparecer petequias o lesiones ampollas pero la falta de estas no desestima el diagnóstico. El área que abarca esta infección es

diseminada y no tiene bordes definidos. El diagnóstico se basa en la historia clínica y examen físico, no hay necesidad de pruebas de laboratorio ni exámenes de imagen (25), pero en este caso el paciente contaba con una colección aparente de pus en la lesión razón por la cual se tomó una ecografía hallándose efectivamente pus por debajo de la piel.

Para el tratamiento de la celulitis, se emplea un régimen antibiótico contra *estreptococo pyogenes* y *estafilococo aureus* por al menos 5 días evaluando día a día la evaluación del paciente. Con respecto al absceso, se tiene que realizar cultivo del líquido, posterior a la toma de muestra se procederá con el drenaje del absceso a través de una incisión no mayor a 2 cm para la evacuación del contenido, se tendrá que asegurar de romper posibles tabicaciones que pudieran existir dentro del absceso; después, si es requerido se realizara una debridación; por último, se cubrirá la zona con un apósito estéril, no es necesario dejar drenaje. Se ha demostrado que no es necesario añadir antibiótico terapia en pacientes que solo presentan abscesos aun si el agente fuera un estafilococo resistente a la meticilina; el único punto a favor de agregar terapia antibiótica es que previene la recurrencia de los abscesos (26).

Caso clínico n.º 2: Pie diabético

El pie diabético es una complicación grave de la diabetes *mellitus*, esta aparece en pacientes que llevan un mal control de su condición sea por una falta de control en regímenes alimentarios, pocos chequeos metabólicos o abandono de tratamiento. El sistema de clasificación de la IDSA está hecho para calificar el grado de compromiso a la hora de la hospitalización que fue usado a la hora del ingreso del paciente; después, para el seguimiento se usó la escala PEDIS que posee un mejor entendimiento para un equipo multidisciplinario; aun así, sigue habiendo una falta de consenso para elegir una escala única o más adecuada para el pie diabético (27).

La neuropatía, un traumatismo con infección secundaria y una insuficiencia arterial, generalmente, causada por oclusión, generan la triada fisiopatológica del pie diabético; esto debido a que un pie con baja o nula

sensibilidad no siente traumatismos externos o, incluso, malos hábitos a la deambulaci3n sumado a la pobre irrigaci3n a la que se encuentra sometido crean un ambiente favorable para una infecci3n invasiva de los tejidos blandos esta si se deja sin cuidado solo seguir3 profundiz3ndose incluso hasta llegar a la osteomielitis. Con esto mencionado, los factores de riesgo m3s relevantes que se asocian a la formaci3n de las úlceras ser3n los mismos que generan la triada ya mencionada; podemos, tambi3n, asociarle la edad, el control de la glucemia, enfermedades concomitantes como la hipertensi3n arterial o dislipidemia y la adherencia al tratamiento para la diabetes (28).

Los s3ntomas dependen del compromiso neurol3gico y vascular que tenga el paciente; si existe compromiso vascular en la infecci3n podr3a no encontrarse ni calor ni dolor, as3 como en casos de neuropat3a no existir3 dolor lo cual suele ser el motivo por el cual el paciente no acude de manera pronta a la consulta m3dica. Tambi3n, puede encontrarse signos sist3micos como fiebre, hipotensi3n o ritmo cardiaco acelerado estos indicaran que la infecci3n est3 esparci3ndose. El diagn3stico es cl3nico y deber3a ser supervisado por un equipo multidisciplinario para el manejo conservador o en su defecto y complicaci3n por un equipo quir3rgico buscando el salvataje de la mayor parte del pie (29).

Para el tratamiento se debe administrar antibi3tico terapia seg3n el contexto del paciente en cuanto a recurrencia del cuadro, uso previo de antibi3ticos, alergia a penicilinas, etiolog3a de la infecci3n y grado IDSA de la úlcera, en base a esto se debe empezar un ciclo de antibi3tico inicial de dos semanas, en caso de que cl3nicamente el paciente se encuentre mejor, pero los signos de infecci3n no est3n cediendo se puede continuar el tratamiento hasta llegar a 4 semanas, a partir de este punto si la infecci3n no se controla hay que evaluar diferentes diagn3sticos y posibilidades terap3uticas. A la par que se recibe el tratamiento antibi3tico se debe realizar curaci3n de la úlcera de manera diaria evaluando con esto la mejor3a o declive del estado de la extremidad en cuesti3n. La cirug3a inmediata como terapia solo se debe realizar en casos con gangrena extensa, infecci3n necr3tica de gran

profundidad, síndrome compartimental o isquemia severa del miembro afectado. Todo paciente que no cumpla estos requisitos debe ser evaluado por un cirujano cardiovascular en primera instancia para obtener una opinión respecto al salvataje o posible intervención quirúrgica por traumatología en caso de amputación (30).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El hospital Nacional Hipólito Unanue atiende a diario a una gran cantidad de pacientes entre consulta externa, hospitalización y emergencia; el hecho de contar con tantas especialidades médicas abre la chance al interno de poder expandir su conocimiento más allá del área donde se encuentra rotando en ese momento.

Dentro del hospital, tuve la oportunidad de rotar en 4 áreas en el hospital siendo la primera cirugía general donde la función del interno en el pabellón consiste en verificar que el paciente cumpla con los requisitos preoperatorios, ayudar en la programación de cirugías electivas y de emergencia, participar activamente en las cirugías de sus pacientes y hacer el seguimiento post operatorio. En el área de Emergencia, la participación del interno es crucial en tópicos de cirugía donde eres parte del primer contacto del paciente que ingresa al hospital, se realizan suturas, curaciones de herida, atención inmediata de pacientes policontusos y formas parte del diagnóstico rápido de emergencias quirúrgicas, todo esto mencionado siempre bajo la supervisión del médico asistencial. Como segunda rotación, fui parte del área ginecología y obstetricia este departamento en pabellón se divide en tres áreas: Enfermedades ginecológicas, alto riesgo obstétrico y centro obstétrico; el interno forma parte de cada una de estas áreas por 21 días siendo parte crucial en la atención del paciente a través de la participación en el seguimiento y procedimientos de las pacientes dentro de pabellón, sala de operaciones o sala de partos. Como tercera rotación forme parte del área de pediatría en este departamento se rotará por 3 áreas siendo estas: pabellón de pediatría, emergencias pediátricas y neonatología. En Pediatría, el interno es asesorado de manera minuciosa por los médicos residentes y asistenciales de la especialidad, siempre priorizando el bienestar de los pacientes y tranquilidad de sus padres. La función del interno en pabellón va más allá de solo el seguimiento al paciente, también tomaremos parte en brindar seguridad y tranquilidad a nuestros pacientes y sus familiares. Por último, mi cuarta rotación fue el departamento de Medicina Interna forme parte del servicio IV sector del pabellón donde tuve a mi cargo pacientes

comunes como del área de aislados, en esta rotación se vive un aprendizaje constante, se nos permite realizar procedimientos como toracocentesis, paracentesis y punciones lumbares; todo bajo la supervisión de nuestros médicos asistenciales.

El personal del hospital no solo es necesariamente personal médico, sino también de enfermería e incluso técnico; dan la opción de poder participar en distintas áreas en el hospital lo que resulta en ambiente laboral bastante agradable donde te dan espacio a la expresión y al sentido de la cooperación.

Luego de una rotación de ocho meses dentro del hospital pase a formar parte del grupo del centro de salud Virgen del Carmen – La Era; allí se instruye acerca de lo importante que es el primer nivel de atención, el personal médico recalca que las patologías que vemos en el hospital realmente son las más complejas y afuera de allí la realidad es distinta, ya no solo se busca curar la enfermedad sino también se tiene que educar al paciente en cómo cuidar de sí mismo. Esta experiencia es la que más se asemejará a estar en el Serums donde el interno pasara de ser estudiante a encargado de la salud de una comunidad; aquí la prevención y promoción de la salud toman un nuevo impacto al ser puestos en la práctica.

CONCLUSIONES

1. La relación médico – paciente toma mucho valor dentro de la atención en salud sea hospitalaria o en el primer nivel de atención; el internado médico enseña a través de la experiencia de los médicos asistenciales cómo llegar al paciente, como hacer que confíe en nosotros, no solo con el paciente sino con sus familiares, los cuales, al sentir confianza plena en su médico, le hacen llegar el mismo sentimiento al paciente.
2. El valor de la responsabilidad, durante esos 10 meses, el interno ya no es solo un estudiante, sino que pasa a ser parte del equipo que atiende al paciente; llena una historia clínica, estará encargado de procedimientos y llevar seguimientos diarios a través de la evolución, si esto no se realiza, el afectado principal será nuestro paciente, por lo que es seguro de admitir es que el interno es pieza fundamental de la atención en salud.
3. Se nos enseña a siempre seguir un diagnóstico, tratamiento y seguimiento en base a la evidencia; todo lo que realizamos está escrito en alguna guía, recomendación o estudio verificado en recomendaciones para lograr darle la mejor atención a nuestro paciente.
4. El interno de medicina al encontrarse dentro de un ambiente lleno de especialidades, puede elegir donde quiere dirigir más su atención, formulando preguntas, solicitando ser parte de procedimientos o incluso apoyar a los especialistas visitando diferentes pabellones durante sus interconsultas; no se les niega ninguna oportunidad de aprendizaje.
5. Dentro del primer nivel de atención al interno de medicina humana se le da la chance de manejar la consulta externa dándole chance a practicar su habilidad interpersonal, tendrá que aprender también manejo administrativo y conocer que la epidemiología del lugar donde labora es importante para conocer posibles diagnósticos con sus respectivos tratamientos

RECOMENDACIONES

1. Dentro de la experiencia vivida en el internado médico se puede hacer un hincapié en la necesidad de una introducción al manejo de formularios a llenar dentro del hospital, esto debido a que para un interno que es nuevo en el hospital puede resultar abrumador el tema administrativo, sin una adecuada asesoría es fácil que se pierda una considerable cantidad de tiempo que podría ser usado para actividades académicas dentro o fuera del hospital.
2. Tras haber participado en las áreas de medicina interna, cirugía general, ginecología – obstetricia y pediatría sale a relucir una falta de estandarización del sistema de formularios dentro de cada servicio, esto podría deberse a un diferente flujo de pacientes o cantidad de personal, aun así, es una observación que de ser tomada haría más efectiva la labor de los internos pues no tendrían que aprender cómo funciona el sistema tras cambiar a un nuevo departamento.
3. Se sugiere ampliar el número de capacitaciones prácticas en cursos, por ejemplo: suturas, inyectables o manejo de dosis para todos los internos sin distinción de la especialidad donde se encuentren rotando, siendo que son habilidades que necesitaran usar en su día a día dentro del internado.
4. Por último, el tema de la salud mental siempre será algo a tener en cuenta con los nuevos internos e incluso los que ya llevan tiempo en función, tomar tantas responsabilidades de manera súbita, el constante miedo a equivocarse y la presión del día a día son algunas preocupaciones más notables en esta etapa, un servicio de apoyo psicológico y emocional haría de esto algo más llevadero para los futuros profesionales haciéndoles saber que están siendo velados en ese aspecto por su institución.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Historia - Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2019 [citado 2024 Feb 28]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>
2. Elwood DR. Cholecystitis. Surg Clin North Am. 2008 Dec;88(6):1241-52, viii. doi: 10.1016/j.suc.2008.07.008. PMID: 18992593.
3. Profesional E, Humana M, Silva C, Milagros M, Segovia R, Para Optar El J, et al. Universidad Católica de Santa María Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2023 [citado 2024 Feb 28]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9456bd17-e2d3-4c06-9fb6-c50e04e236ae/content>
4. Cid H. COLECISTITIS CRONICA [Internet]. Disponible en: <https://cirugiasanborja.cl/wp-content/uploads/2019/06/14.-Colecistitis-cronica.pdf>
5. Hernández-Cortez J, Luis J, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz, Jesús David, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano general [Internet]. 2019 [citado 2024 Feb 28];41(1):33–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033
6. Moya Sánchez E1, Pérez Naranjo P1, García Espinosa J. Apendicitis aguda secundaria a infección por Enterobius vermicularis. RAPD Online. 2020;43(4):165-67.
7. Quir C, Med F, Apendicitis U, Massaferro G, Martín J, Marsicano C. APENDICITIS AGUDA Y SUS COMPLICACIONES [Internet]. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Apendicitis_aguda_y_sus_complicaciones_CQFM.pdf
8. Díaz-Barrientos CZ, Aquino-González A, Heredia-Montañón M, Navarro-Tovar F, Pineda-Espinosa MA, Espinosa de Santillana IA. Escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: comparación con la escala de Alvarado modificada. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2018 Apr 1 [citado 2024 Feb 27];83(2):112–6. Disponible en:

<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-escala-ripasa-el-diagnostico-apendicitis-articulo-S0375090618300272>

9. Magaña Mainero P, De Luna Gallardo D, Picazo Ferrera K, Sainz Hernandez JC, Ortiz de la Peña Rodriguez JA. Apendicitis aguda: abordaje laparoscopico versus cirugía abierta; costos y complicaciones [Internet]. Scielo. 2019 Jan [citado 2024 Feb 27]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v41n1/1405-0099-cg-41-01-6.pdf>

10. Meneses R. Programa sobre conocimiento de autoexamen de mama en madres de estudiantes educadores de una institución educativa pública, 2018. Horizonte médico (Impresa) [Internet]. 2022 Jul 7 [citado el 9 de abril del 2024];22(2):e1691–1. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2022000200009

11. Escalona-Peña L, Ramírez-Batista A, Escobar-Zaldívar O. Enfermedades benignas de la mama en pacientes atendidos en el hospital “Guillermo Domínguez López”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2020 [citado 8 Abr 2024]; 45 (6) Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2332>

12. Marreros Grados Jesús Ernesto, Contreras Carrillo Hugo Manuel, García Bernal Luis. Patología benigna mamaria en pacientes del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2013 Jul [citado 2024 Abr 08]; 59(3): 157-160. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300002&lng=es.

13. Vilca Flores PE. Aborto incompleto - Hospital Nivel II-2 MINSA Moquegua 2020 [Internet]. Repositorio Universidad Jose Carlos Mariategui. 2021 [citado 2024 Feb 28]. Disponible en: https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1361/Paola_trab-acad_titulo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Recomendaciones y declaraciones de prácticas óptimas en el continuo del proceso de atención para el aborto [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2022 [citado 2024 Feb 28]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584722/>

15. Bombin Maritchu, Mercado Javiera, Zúñiga Javiera, Encalada Diego, Ávila Joaquín. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Feb 27] ; 84(6): 460-468. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>.
16. Avelar Rodríguez D, Toro Monjaraz EM, Ramírez Mayans JA. Constipación funcional en pediatría: Criterios de Roma IV, diagnóstico y tratamiento. Acta Pediátrica de México. 2018 Jan 16;1(1):81.
17. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, Cañones P, Júdez J; en nombre de la SEPD; la semFYC; la SEMERGEN y la SEMG; Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Guía de práctica clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. (Parte 1 de 2) [Clinical practice guidelines: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: Concept, diagnosis, and healthcare continuity. (Part 1 of 2)]. Aten Primaria. 2017 Jan;49(1):42-55. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2016.11.003. Epub 2016 Dec 24. PMID: 28027792; PMCID: PMC6875955.
18. Chavarriaga Soto J Andrés. Bacteremia secundaria a una traslocación bacteriana, una complicación de la obstrucción intestinal mecánica. Univ. Med. [Internet]. 15 de julio de 2016 [citado 28 de febrero de 2024];57(2). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/17035>
19. Estreñimiento funcional en pediatría, diagnóstico y tratamiento Grupo de Trabajo de Constipación del Comité Nacional de Gastroenterología Pediátrica. Archivos Argentinos de Pediatría [Internet]. 2021 Feb 1;119(1). Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_supl_constipacion_4-1pdf_1607108920.pdf

20. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de constipación en pediatría [Internet]. MINSA; 2018 [citado 2024 Feb 28]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2018/RD-208-2018.pdf>
21. Vigilancia, prevención y control de la EDA [Internet]. CDC MINSA. CDC MINSA; 2022 [citado 2024 Feb 28]. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-prevencion-y-control-de-la-eda/>
22. Manuel J, Porro B, Vecino López R, Murillo R, Clínico H, Carlos S, et al. Diarrea aguda [Internet]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_diarrea_aguda.pdf
23. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico [Internet]. Ministerio de Salud; 2022 [citado 2024 Feb 28]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD+N%C2%B0+000101-2022-DG-INSNSB+DIAGN%C3%93STICO+Y+TRATAMIENTO+DE+DIARREA+AGUDA+INFECCIOSA.pdf>
24. Documento técnico: Plan de prevención y control del dengue julio - diciembre 2023 [Internet]. Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de Salud del Perú; 2023 [citado 2024 Feb 28]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-660-2023-minsa.pdf>
25. Flores R, José Luis Villarroel, Valenzuela F. Enfrentamiento de las infecciones de piel en el adulto. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2021 Jul 1 [citado 2024 Feb 26];32(4):429–41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfrentamiento-infecciones-piel-el-adulto-S0716864021000754>
26. Bisno AL. Skin and Soft Tissue Infections [Internet]. Idsociety.org. 2014 [citado 2024 Feb 27]. Disponible en: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/skin-and-soft-tissue-infections/#PracticeGuidelines>
27. de G, Berenguer Pérez, Miriam, Mosquera Fernández, Abián, María L, Sarabia Lavín, Raquel, Soriano V, et al. Clasificaciones de lesiones en pie diabético II. El problema permanece. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2024

- Feb 27];29(4):197–209. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400197
28. C Nicolás Pereira, Hyunsuk Peter Suh, Joon Pio Hong. Úlceras del pie diabético: importancia del manejo multidisciplinario y salvataje microquirúrgico de la extremidad. *Revista Chilena De Cirugia* [Internet]. 2018 Dec 1 [citado 2024 Feb 27];70(6):535–43. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000600535
29. Arias D, Andrés M, Katherine, Patricia G, Santiago D, Andrea K, et al. Update in diagnosis and treatment: bibliographic review. *Angiología* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Feb 27]; Available from:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400006
30. Senneville É, Albalawi Z, van Asten SA, Abbas ZG, Allison G, Aragón-Sánchez J, Embil JM, Lavery LA, Alhasan M, Oz O, Uçkay I, Urbančič-Rovan V, Xu ZR, Peters EJG. IWGDF/IDSA guidelines on the diagnosis and treatment of diabetes-related foot infections (IWGDF/IDSA 2023). *Diabetes Metab Res Rev*. 2023 Oct 1:e3687. doi: 10.1002/dmrr.3687. Epub ahead of print. PMID: 37779323.