



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO EN EL PERIODO 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

PEDRO LUIS HORNA VILCA

ASESOR

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
PEDRO LUIS HORNA VILCA**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E. Ramón Romel Silva Romero

DEDICATORIA

Dedicado a Dios por darme fortaleza para continuar en el buen camino de mi preparación y a mis padres por sus sacrificios y esfuerzos, forjándome valores, amor y cariño hacia mi profesión.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su apoyo incondicional para el desarrollo del presente trabajo.

ÍNDICE

	Págs
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	13
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	20
CONCLUSIONES	23
RECOMENDACIONES	24
FUENTES DE INFORMACIÓN	25

RESUMEN

El trabajo presentado a continuación resume las experiencias y logros que se obtuvieron en el séptimo y último año de la carrera profesional de Medicina Humana que se llevó a cabo en el Hospital San Juan de Lurigancho. Las actividades se desarrollaron en las unidades hospitalarias de: medicina interna, cirugía general, ginecología – obstetricia y pediatría, donde se adquirieron habilidades y destrezas, conocimientos y aptitudes en las actividades médico-quirúrgicas y humanísticos. Los casos presentados a continuación se eligieron por preferencia personal, por la importancia de estos en la formación académica y por su atribución en la consolidación de conocimientos. Se presentan 8 casos clínicos en los cuales refleja la consolidación de conocimientos con el manejo de los pacientes desde el ingreso a emergencia hasta el alta médica, en donde se realiza la anamnesis, examen físico, exámenes auxiliares, diagnóstico y tratamiento.

También expuso el ambiente laboral en pandemia, como esta situación afecto el desempeño del último año académico, como se pudo superar las dificultades y como se aprovechó la estancia en el centro de salud. Se adquirió las competencias mínimas necesarias para un médico general, que está a puertas del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.

ABSTRACT

The report presented below summarizes the experiences and achievements that were accomplished in the seventh and last year of the professional career in Human Medicine that took place at the Hospital San Juan de Lurigancho. The activities were developed in the hospital units of: internal medicine, general surgery, gynecology – obstetrics and pediatrics, where skills and abilities, knowledge and aptitudes were acquired in medical-surgical and humanistic activities. The cases presented below were chosen by personal preference, for their importance in academic training and for their attribution to the consolidation of knowledge. Eight clinical cases are described which it reflects the consolidation of knowledge with the patient's management from emergency admission to medical discharge, where anamnesis, physical examination, auxiliaries test, diagnosis and treatment are performed.

Also, the work environment in Pandemic, was exposed, how this condition affects the performance of the last academic year, how the difficulties could be overcome and how took advantage of the stay at the health center. The minimum necessary skills were acquired for a general practitioner, who is about to start the Rural and Urban Marginal Health Service.

INTRODUCCIÓN

El internado de medicina humana en el país, es de suma importancia debido a que es una etapa en la que el estudiante consolida y aplica conocimientos adquiridos en los años previos de su formación académica. Se realiza en el séptimo y último año de la carrera, el propósito es integrar al estudiante al equipo de salud profesional.

La función básicamente consta de realizar una detallada historia clínica del paciente al ingreso al nosocomio, identificar los signos y síntomas para una correcta atención, estar a cargo de los tramites de pruebas de ayuda al diagnóstico, realizar la evolución diaria y seguimiento clínico del paciente, todo esto bajo la supervisión del médico residente y del médico asistente a cargo del servicio.

Se realizó el internado médico en el establecimiento de salud Hospital San Juan de Lurigancho, institución que brindó al inicio del internado médico en el 2020 una inducción a sus nuevos internos, que constó en una presentación por parte del equipo profesionales que integraban la oficina de docencia, y parte de los médicos asistentes que cumplían funciones como tutores, posterior a esto, se detalló nuestras funciones, reglas, horarios, normas de conducta y expectativas en la formación de los internos de medicina humana, finalizando con la visita de las distintas instalaciones del hospital.

La rotación al inicio del internado comenzó en la especialidad de pediatría, la situación nacional en ese momento pre pandemia, encontraba a un país con una economía estable, y con proyecciones para un mayor crecimiento como país en todos los aspectos, sin embargo, el sector salud se encontraba olvidado, con hospitales viejos, falta de materiales y laboratorios especializados, camas, ventiladores, médicos mal remunerados y un aseguramiento es salud con muchas falencias, en este contexto el servicio de pediatría contaba con un alto flujo de pacientes en el servicio de emergencia y se contaba con aproximadamente 12 camas de hospitalización para

pacientes pediátricos, además englobaba el servicio de neonatología en el cual se contaban con aproximadamente 9 camas de hospitalización y el índice de partos era de 20 a 30 por día. Se dieron todas las condiciones para un adquirir las habilidades tanto clínicas como prácticas en estos dos importantes servicios, que permitirán un adecuado desenvolvimiento como médico general en la etapa del servicio rural y urbano marginal en salud (**SERUMS**).

A mediados de abril del 2020 exactamente el 15, el gobierno declara cuarentena total debido a la pandemia por el COVID 19, la situación nacional cambio radicalmente, producto de la cuarentena, muchas personas se quedaron sin trabajo o sin poder trabajar de manera particular, afectando a sus familias, la gente era forzada a trabajar de casa y a este gran impacto a la economía se le sumo los estragos de la terrible pandemia, que encontraba un sistema de salud debilitado. Este contexto tan complejo hizo imposible el inicio del internado, donde solamente se realizaron actividades académicas de manera virtual por parte de la Universidad de San Martín de Porres, fue a mediados de noviembre donde se pudo retomar nuevamente las actividades hospitalarias.

Al retomar las actividades en el Hospital San Juan de Lurigancho las condiciones fueron totalmente distintas, ya que en esta oportunidad contábamos con un horario que contemplaba el cumplimiento de 15 días laborales y 15 días libres por mes, con 6 horas laborales al día, de lunes a sábados y con un máximo de 2 guardias al mes, estas medidas fueron tomadas para salvaguardar la salud de los estudiantes de último año de medicina (1). Sin embargo, este contexto sumado a la disminución de flujo de pacientes en los diferentes servicios, por las medidas de confinamiento y el temor de contagio de la población, redujo de manera considerable la cantidad y variedad de casos que llegaban a emergencia y a hospitalización, sumado a esto las intervenciones quirúrgicas se realizaban solo en casos de emergencia, imposibilitando en muchos casos el poder entrar a sala de operaciones.

El año 2021 es muy importante para todos los profesionales de la salud, la pandemia encontró a un país con muchas falencias, solo algunos grupos tienen acceso a servicios de salud de calidad, muchas familias luchan para llegar a fin de mes con pocos ingresos, deficientes condiciones de vivienda y educación, menos oportunidades de empleo, desigualdad, y no tienen acceso a entornos seguros de agua y aire limpios. Los médicos, ante la difícil situación en que se vive, deben demostrar que la salud es el principal sector en el que el país debe invertir, adaptándonos a los cambios, al uso de tecnologías móviles y la telemedicina, estos cambios deben poner al paciente en el centro y comprometerse en el cuidado integral del mismo.

El presente trabajo plasma la consolidación de 7 años de estudios, demostrando capacidad teórica y práctica, además describe la realidad nacional antes y durante la pandemia, que tocó afrontar como internos de medicina, adaptándose al cambio y superando dificultades. Se realiza además una reflexión crítica de las experiencias obtenidas en el centro de salud.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es una etapa muy importante para la carrera de medicina humana, forma parte del plan de estudio de la profesión, siendo este la fase final de los estudios de pregrado en donde los alumnos deben consolidar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los semestres previos. Las actividades se desarrollan en las unidades hospitalarias se denominan “áreas de rotación” las cuales son: medicina interna, cirugía general, ginecología – obstetricia y pediatría, donde se deben desarrollar habilidades y destrezas, conocimientos y aptitudes en las actividades médico-quirúrgicas y humanísticas para la atención al paciente consolidando su propio conocimiento.

Se logro la consolidación de conocimientos previos y la adquisición de nuevos conocimientos que nos permitirá identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médico, quirúrgicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud como los ejes más importantes. Esto nos permitirá aplicar los principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención. En el presente capitulo se expondrán los casos clínicos de mayor relevancia personal en el internado medico de las cuatro especialidades: medicina interna, cirugía general, ginecología – obstetricia y pediatría.

Gestante de 37 años ingresa al área de emergencia de obstetricia, procedente de San Juan de Lurigancho, presentando contracciones uterinas hace

aproximadamente unas 8 horas, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido y percibe movimientos fetales. Como antecedentes gineco obstétricos refiere 3 gestaciones, un parto eutócico, una pérdida y un hijo vivo, no recuerda su fecha de última regla, una edad gestacional por ecografía de primer trimestre de 37 semanas 3/7, como antecedentes patológicos es una cesareada anterior por macrosomía fetal (Peso :4.300g) hace 8 años aproximadamente, niega antecedente familiares patológicos. Al examen físico abdominal, altura uterina de 38 cm, feto se encuentra en longitudinal cefálico derecho, latidos cardíacos fetales en 130 por minuto, movimientos fetales presentes y contracciones uterinas esporádicas. En el examen genitourinario no se evidencia sangrado transvaginal, ni pérdida de líquido, al tacto vaginal cérvix dehiscente 1 pulpejo de dedo, anterior y blando, altura de presentación en -4 con membranas fetales integra.

Se solicita exámenes de laboratorio, con los siguientes resultados, creatinina sérica de 0.80, hemoglobina de 11.3, hematocrito de 34.8, recuento de plaquetas de 285 000 y leucocitos en 8610. Además, se le solicita una ecografía obstétrica y un test no estresante con resultado reactivo, en la ecografía obstétrica resulta con un peso fetal estimado de 4203 gr y un perfil biofísico ecográfico de 8/8 y una edad gestacional de 39 semanas por biometría fetal.

Se sabe que un feto grande para la edad gestacional (GEG): Peso fetal estimado (PFE) superior al percentil 97 para una edad gestacional determinada y macrosomía es el neonato con peso al nacimiento superior a los 4000 g., sea cual sea la edad gestacional.^{2,3} La paciente en este caso contaba con factores de riesgo para macrosomía, como un hijo previo de más de 4000g, un IMC materno pregestacional en rango de obesidad, pero no antecedentes de diabetes mellitus. Se sabe que los factores de riesgo para esta patología son obesidad materna, diabetes previa, multiparidad, hijo de más de 4kilos previo, ganancia ponderal gestacional elevada, edad materna de más de 35 años y factores fetales, el sexo masculino y edad gestacional avanzada.⁴

El diagnóstico se confirmó mediante la realización de una ecografía obstétrica que arrojó un PEF de 4203g que es superior al percentil 97 para una edad

gestacional determinada, esto sumado a una altura uterina de 38 cm y factores de riesgo, se la catalogo como macrosomía fetal, por lo tanto se pasó a la paciente a observación para un adecuado monitoreo materno fetal ante el alto riesgo de las complicaciones que conllevan esta patología, por la edad gestacional en la biometría fetal de 39 semanas, las contracciones uterinas y una altura de presentación en -4.³

Otro caso muy interesante que se presentó en la especialidad de gineco obstetricia fue una gestante de 36 años que ingresa al área de emergencia, acompañada de familiar, procedente de San Juan de Lurigancho presentando contracciones uterinas hace aproximadamente una 1 hora, refiere sangrado vaginal, niega perdida de líquido y percibe movimientos fetales. En antecedentes obstétricos refiere 4 gestaciones, 3 partos eutócicos, ninguna perdida y 3 hijos vivos, edad gestacional por ecografía de primer trimestre de 38 semanas, niega antecedente familiares patológicos, refiere ser consumidora de tabaco hace 5 años. Al examen físico abdominal, altura uterina de 34 cm, a la palpación útero hipertónico de consistencia leñosa, feto se encuentra en longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales en 120 por minuto, movimientos fetales presentes y contracciones uterinas presentes. En el examen genitourinario se evidencia sangrado transvaginal rojo oscuro, sin pérdida de líquido, al tacto vaginal, cérvix anterior, cuello uterino dilatado en 2 cm, blando y altura de presentación en -3 con membranas fetales integra.

Se le pidió exámenes de laboratorio entre ellos, urea, creatinina, hemograma completo, grupo sanguíneo y factor, perfil de coagulación, tiempo de protrombina, y perfil hepático. Los resultados fueron, creatinina sérica de 0.70, hemoglobina de 13, hematocrito de 44.8, recuento de plaquetas de 296 000 y leucocitos en 9080, un tiempo de protrombina e INR dentro de los valores de normalidad por lo que se descartó una complicación muy grave de esta patología que es la coagulación intravascular diseminada. Ante unos latidos cardiacos en el límite mínimo para una bradicardia fetal, un examen físico que indicaría un útero hipertónico y sumado a su anamnesis, se sospechó

inmediatamente de un desprendimiento prematuro de membrana, por ello se decidió pasar a la paciente a observación, pedir todos los exámenes pre quirúrgicos, un control de latidos cardiacos fetales cada 5 minutos y un examen cardiotocográfico (test no estresante) que resulto en no reactivo, con unos latidos cardiacos fetales en disminución.

Se sabe que el desprendimiento prematuro de placenta, es una urgencia obstétrica, la fisiopatología más importante es la rotura por lesión (isquemia) de los vasos sanguíneos de la decidua basal, produciéndose extravasación sanguínea y formación del hematoma, el cual al crecer producirá mayor separación de la masa placentaria y aumentará los desgarros vasculares, llevándolo a extravasación sanguínea.⁵ Son conocidos los factores de riesgo de esta patología entre ellas y que coinciden con los de las pacientes, se encuentran gestante mayor de 35 años, gestación múltiple y consumo de tabaco.⁶ Otro punto clave fue la presencia de la triada clásica que consta en sangrado rojo oscuro, dolor abdominal acompañado de hipertónía uterina y un registro cardiotocográfico patológico. ⁶ Es por ello que se le cataloga como una urgencia obstétrica y se decidió por la finalización de la gestación de manera inmediata, este tipo de casos desarrolla la agudeza clínica de los internos de medicina que ante la presencia de un abruptio placentae mientras estemos en nuestro servicio rural como médicos generales, estaremos preparados para identificar el cuadro y saber actuar de manera rápida en salvaguarda de la paciente y el feto.

En la rotación de pediatría y neonatología, se pudo observar casos muy interesantes en los que, gracias a la supervisión del médico residente, el interno de medicina pudo atender a algunos pacientes solo, un caso muy particular es de un niño de aproximadamente 6 años de edad que llegó por el servicio de emergencia con su madre, procedente del distrito de San Juan de Lurigancho. Al ingreso pacientes con funciones vitales estables, pero con una temperatura de 38,4 grados, madre refiere que inicio con síntomas 2 días antes, presentando un resfriado, con congestión nasal, posterior se le sumo fiebre asociado a nauseas, niega tos y niega diarreas al día siguiente paciente continua con fiebre y se acompaña de dolor de garganta por lo que es traído

a emergencia. En antecedentes madre niega hospitalizaciones anteriores, niega cirugías previas, niega alergias, y niega alguna otra patología. Al examen físico a nivel respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no sibilantes. A nivel cardiovascular sin alteraciones y abdominal, el abdomen se encontraba blando, depresible, ruidos hidro aéreos presentes y no se palpaban masas. Al examen de la orofaringe se halló exudado amigdalár de color blanquecino e hipertrofia, por lo que inmediatamente se examinó el cuello en busca de adenopatías latero cervicales, sin embargo, no se palpo masas. Posterior al examen físico se le pidió exámenes auxiliares de laboratorio como hemograma completo y un examen de orina para descartar infección urinaria por la fiebre y náuseas del paciente, los resultados fueron una hemoglobina 12 g/dl, plaquetas en 280 000 y una leucocitosis de 12 000, el examen de orina resultó en 5 leucocitos por campo por lo que se descartó una infección urinaria. Debido a la clínica y la leucocitosis se sospechó de una faringitis aguda bacteriana por lo que se evaluó al paciente con el Score de Centor modificado por Isaac. Se sabe que este score tiene 5 criterios que son temperatura mayor de 38 grados, exudado amigdalár, ausencia de tos, adenopatías latero cervicales y la edad; se les da 1 punto a cada uno, y es usado para evaluar la probabilidad de estar ante una faringitis aguda estreptocócica y tiene una sensibilidad de 85% y una especificidad de 92%.⁸ El caso del paciente cumplía con la temperatura mayor a 38 grados, exudado amigdalár, ausencia de tos y la edad de 3 a 15 años por lo que obtuvo 4 puntos y es catalogado como sugestivo de infección estreptocócica.

Un segundo caso en el servicio de pediatría fue un paciente masculino de 5 años de edad que llegó por el servicio de emergencia con su madre, procedente del distrito de San Juan de Lurigancho. Al ingreso presentaba funciones vitales normales, y una temperatura de 39 grados, madre refiere que inicio con síntomas 3 días antes del ingreso, presentando un catarro, congestión nasal, al día siguiente se añade fiebre, niega tos, madre refiere que su hijo se queja de dolor de oído y un frotamiento constante de oído derecho; niega diarreas y vómitos; un día antes del ingreso a emergencia

paciente continua con fiebre y dolor de oído que se asocian a vómitos e irritabilidad, por lo que madre lo decide traer al servicio de emergencia. En antecedentes patológicos, madre niega hospitalizaciones anteriores, niega cirugías previas, niega alergias, y niega alguna otra patología. Al examen físico a nivel respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no sibilantes; el abdomen se encontraba blando, depresible, ruidos hidro aéreos presentes y no se palpaban masas. Al examen del oído mediante la otoscopia se observó abombamiento de la membrana timpánica y una coloración rojo intenso. Posterior al examen físico se le pidió solo un hemograma completo resultando con una hemoglobina 13 g/dl, plaquetas en 260 000 y unos leucocitos en 8000.

La otitis media es una patología que se produce en mayor frecuencia en la edad preescolar, con máximo pico de incidencia entre los 6 y los 24 meses de edad, y luego un pequeño pico entre el quinto y el sexto año de edad. Factores como la anatomía en desarrollo del oído medio y la trompa de Eustaquio, o la alta probabilidad de adquirir viriasis respiratorias a esta edad, explican la razón de esta distribución por edades.¹¹ Se sabe que el mecanismo por el que ocurre una otitis media aguda bacteriana está dado por inflamación de la trompa de Eustaquio por un cuadro respiratorio alto, luego se produce una colonización de la trompa por gérmenes de la rinofaringe, los cuales alcanzan el oído medio.¹¹ El diagnóstico se realiza cumpliendo 3 criterios que son síntomas y signos de inflamación aguda, presencia de exudado en oído medio manifestado por abombamiento timpánico con nivel hidroaéreo y otorrea; y síntomas o signos de inflamación en oído medio, como son la otalgia con síntomas de irritabilidad e interferencia de la actividad normal.¹² El paciente cumplía con los criterios clínicos ya que presentaba fiebre, otalgia y a la otoscopia abombamiento de membrana acompañado de otorrea, por lo que se le diagnóstico una otitis media aguda.

En la especialidad de Cirugía General, se pudieron observar muchos casos de apendicitis y colecistitis, siendo unas patologías muy prevalentes en el

distrito. Paciente masculino de 23 años de edad que llegó por el servicio de emergencia traído por familiar, procedente del distrito de San Juan de Lurigancho. Al ingreso presentaba un pulso de 90 por minuto, una temperatura de 38.6 grados, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, y una presión arterial de 110 mmHg sistólica con diastólica en 80 mmHg. Paciente refiere que inicio con síntomas 1 día antes del ingreso, presentando dolor abdominal a nivel del mesogastrio que no irradiaba, acompañado de náuseas, niega vómitos, niega diarrea, transcurridas unas hora se añade fiebre, y el dolor que a un principio se localizaba en mesogastrio migro a la fosa iliaca derecha, paciente refiere haber tomado pastillas para el dolor, logrando ceder por unas horas, sim embargo el dolor aumenta hasta provocar una dificultad para caminar y movilizarse , asociado a náuseas y vómitos, por lo que paciente decide acudir al servicio de emergencia. Como antecedentes niega haber sido hospitalizado, niega cirugías previas, no es alérgico a ningún medicamento; en antecedentes patológicos, niega enfermedades, padre sufre de hipertensión arterial.

Al examen físico a nivel respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no sibilantes; el abdomen a la palpación se encontraba rígido, no depresible, presencia de abdomen en tabla y resistencia muscular, no se palpaban masas. Se encontraban presentes dolor localizado en el punto de Mc Burney, además signo de Blumberg positivo y signos de Rovsing positivo. Al encontrar signos clínicos de un abdomen agudo sumado a la anamnesis del paciente se sospechó inmediatamente de una apendicitis aguda, por lo que se pidió exámenes de laboratorio para confirmar la sospecha. Los resultados fueron una hemoglobina de 13 mg/dl, hematocrito de 40.3, leucocitosis de 16000, presencia de desviación izquierda con 5% de bastonados, además se le pidieron todos los exámenes pre quirúrgicos ante una posible indicación de cirugía de emergencia. La escala de Alvarado es un score útil para el diagnóstico de apendicitis donde se evalúa 8 ítems que son dolor que migra a cuadrante inferior derecho, anorexia, nausea o vómitos, dolor en cuadrante inferior derecho, dolor al rebote en cuadrante inferior derecho, fiebre de más de 37.5 grados, leucocitosis de más

de 10 000 y desviación izquierda; dando un total de 10 puntos, en donde un puntaje igual o mayor a 7 puntos te indica la presencia de apendicitis aguda y además se recomienda la conducta quirúrgica, es decir la apendicetomía laparoscópica.¹⁴ El paciente tuvo un puntaje de 10 puntos, por lo que se decidió derivarlo a observación en espera para el ingreso a sala de operaciones.

Paciente femenino de 37 años de edad que llegó por el servicio de emergencia traído por familiar, procedente del distrito de San Juan de Lurigancho. Al ingreso presentaba un pulso de 87 por minuto, una temperatura de 36.6 grados, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, y una presión arterial de 100 mmHg sistólica con diastólica en 80 mmHg. Paciente refiere que inicio con síntomas 2 día antes del ingreso, presentando dolor abdominal a nivel del hipocondrio derecho que no irradia, posteriormente se agrega nauseas, niega vómitos, niega diarrea, transcurridas una hora se añade fiebre, un día antes del ingreso a emergencia contabiliza una temperatura de 39 grados, malestar general y se acompaña con náuseas y vómitos por lo que el paciente decide acudir al servicio de emergencia. Como antecedente refiere haber sido hospitalizado en el 2015 por un accidente de tránsito, niega cirugías previas, no es alérgico a ningún medicamento; en antecedentes patológicos, niega enfermedades.

Al examen físico a nivel cardio vascular presentaba ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; a nivel respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no sibilantes; el abdomen a la palpación se encontraba blando depresible, dolor en hipocondrio derecho a la palpación superficial y profundo, no se palpaban masas. Se halla signo de Murphy positivo, no se hallan signos sugestivos de peritonitis como abdomen en tabla o defensa muscular. Se sospecho de una colecistitis aguda por el examen físico abdominal y por la presencia de fiebre lo que se pidió exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal.

Se sabe que la colecistitis aguda es una inflamación de la vesícula biliar que ocurre por una obstrucción del conducto cístico en presencia de un cálculo de colesterol. La inflamación al inicio es estéril posteriormente se produce una infección bacteriana que ocurre como un evento secundario.¹⁷

El diagnóstico se realiza en base a los criterios diagnósticos de Tokio del 2018 donde se dividen los criterios en signos locales de inflamación como signo de Murphy, masa o dolor en cuadrante superior derecho; signos sistémicos de inflamación como fiebre, proteína c reactiva mayor de 3 miligramos por decilitro y leucocitos mayor de 10,000; por último, una imagen patológica sea ecografía o gammagrafía. Hay certeza diagnóstica cuando están presentes tanto un signo local de inflamación más un signo sistémico más una imagen positiva.¹⁸

El resultado del hemograma del paciente fue una leucocitosis de 14000 y una proteína c reactiva de 5mg/dl; en la ecografía abdominal se halló una pared vesicular mayor de 4 milímetros, y el signo ecográfico de doble pared. Los resultados de los exámenes auxiliares sumado al dolor en el cuadrante superior derecho sumado a la fiebre se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda y se deriva al paciente al servicio de observación.

En la especialidad de medicina interna, se presentó paciente femenino de 58 años de edad que llegó por el servicio de emergencia traído por familiar. Al ingreso presentaba un pulso de 81 por minuto, una temperatura de 36.9 grados, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, y una presión arterial de 125 mmHg sistólica con diastólica en 76 mmHg. Paciente refiere que inició con síntomas 4 horas antes del ingreso, presentando dolor abdominal localizado en epigastrio que irradia hacia la espalda, asociado a náuseas y a vómitos, niega diarrea, niega fiebre por lo que el paciente decide acudir al servicio de emergencia. Como antecedente patológico la paciente presenta obesidad con un índice de masa corporal de 35, no refiere haber sido hospitalizado, niega cirugías previas, no es alérgica a ningún medicamento y niega enfermedades.

Al examen físico presenta regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición; a nivel cardio vascular presentaba ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; a nivel respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no sibilantes; el abdomen a la palpación se encontraba blando, depresible y doloroso a la palpación en el epigastrio, los ruidos hidroaéreos presentes; la puño percusión lumbar negativa y puntos renoureterales negativos. Por examen físico y anamnesis, se sospecha de una pancreatitis aguda por lo que se le solicita exámenes de laboratorio, entre ellos, un hemograma completo, perfil hepático, urea, creatinina, y amilasa sérica y además se solicitó una ecografía abdominal.

Se sabe que las dos causas más frecuentes (80%) son los cálculos en la vesícula biliar (colelitiasis) y el consumo excesivo de alcohol. Los cálculos de la vesícula producen pancreatitis al moverse hacia el conducto biliar y atascar la salida del páncreas hacia el intestino. El alcohol tiene un efecto tóxico directo y también puede producir pancreatitis crónica.²⁰

El diagnóstico se realiza mediante el análisis de las enzimas pancreáticas en sangre (amilasa o lipasa), que casi siempre están elevadas en la pancreatitis aguda. Otros procesos pueden producir dolor abdominal y aumento de enzimas pancreáticas, y hay pancreatitis agudas que cursan con niveles normales de enzimas pancreáticas, por lo que en algunos casos puede ser necesario realizar una tomografía axial computarizada (TAC o TC) del abdomen, si existe duda. Esta prueba es además la más adecuada para valorar posteriormente el grado de necrosis del páncreas y otras complicaciones a nivel del abdomen. La ecografía del abdomen permite ver si hay cálculos en la vesícula, pero puede no verse bien el páncreas.²¹

Los resultados de la amilasa resultaron en 2362, donde un resultado mayor de 80 unidades/litro esta fuera del rango normal, además la ecografía abdominal arrojó como resultado un cálculo en la vesícula biliar sin colecistitis

y calculo en el conducto biliar sin colangitis, por lo que se diagnosticó a la paciente como una pancreatitis aguda. Se derivó a la paciente al servicio de observación y se le recetó escopolamina, metamizol, omeprazol, hidratación con suero fisiológico, dimenhidrato y tramadol.

Paciente masculino de 36 años de edad que llegó por el servicio de emergencia. Al ingreso presentaba un pulso de 95 por minuto, una temperatura de 38.9 grados, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, y una presión arterial de 120 mmHg sistólica con diastólica en 86 mmHg. Paciente refiere que inició con herida en región posterior de tobillo izquierdo 3 días antes del ingreso, presentando dolor localizado, que se agregó luego eritema e hinchazón, 2 días antes del ingreso paciente presentó fiebre asociado a náuseas, niega diarrea. Paciente refiere que herida incremento de tamaño y el dolor aumento de intensidad por lo que él decide acudir al servicio de emergencia. Como antecedente patológico no presenta patologías previas, no refiere haber sido hospitalizado, niega cirugías previas, no es alérgica a ningún medicamento y niega enfermedades. Al examen físico presenta regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición; a nivel cardiovascular presentaba ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; a nivel respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no sibilantes; el abdomen a la palpación se encontraba blando, depresible y no doloroso a la palpación en el epigastrio, los ruidos hidroaéreos presentes; a nivel de miembro inferior se presenta herida de unos 5 centímetros de extensión por 2 centímetros de ancho en región posterior de tobillo, presentaba eritema, dolor y signos de flogosis.

La celulitis es una de las infecciones más comunes de piel, es aguda bacteriana y afecta la dermis superficial y profunda; la lesión inflamatoria está caliente, enrojecida con bordes difusos. El principal agente es el *S. aureus*, pero existen otros agentes como: el *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*)

grupo A, entre otras, Entre los factores de riesgo, tenemos: los personales, alergia, historia de traumas, golpes, escoriaciones, fisuras, enfermedades asociadas (atopia, diabetes mellitus, micosis superficiales, onicomicosis) y factores ambientales.²³

El diagnostico se realiza en base a la anamnesis y la clínica, generalmente hemograma en cualquiera de los síndromes descritos presenta, generalmente, leucocitosis con desviación izquierda. El Gram de la lesión tomada podría revelar la presencia de cocos grampositivos en racimos o cocos grampositivos en fila (*S. pyogenes*). En algunos casos, se podrá ver cocos o bacilos gramnegativos o flora mixta (infección por anaerobios).²³

En este caso se pidieron exámenes auxiliares, entre ellos: hemograma completo, urea, creatinina, y una ecografía de partes blandas.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Se realizó el internado médico en el Hospital San Juan de Lurigancho, un centro de salud de mediana complejidad, nivel II-2, ubicado en la Avenida Canto Grande a la Altura del Paradero 11. La institución tiene una población asignada de 104,303 habitantes y una demanda de 1 millón de habitantes esto debido a que es el único nosocomio de la zona. ²⁵

La población objetivo pertenecen a la jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Este IV, brindando atención de calidad a personas aseguradas al Seguro Integral de salud y también a las que no cuentan con este. La institución cuenta con cinco unidades y diez servicios: Consulta Externa y Hospitalización, Medicina, Cirugía y Anestesiología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Odontología, Enfermería, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento. ²⁶

El COVID-19 ocasionó un fuerte impacto en todos los estudiantes de ciencias de la salud, en caso de los internos de medicina, muchos centros de salud decidieron no reiniciar actividades por el riesgo al contagio, por lo que muchos tuvieron que realizar su último año de estudio en un centro de salud y otros continuaron en el mismo hospital donde comenzaron. En el caso de los internos del Hospital San Juan de Lurigancho, debido a este contexto, los casos de hospitalización en la especialidad de cirugía se redujeron de 14 camas a aproximadamente 6 camas, observando menor variedad de

patologías, además las cirugías realizadas eran solo emergencias, por lo que no permitió de que el interno adquiriera la experiencia de entrar a una sala de operaciones.

El Hospital San Juan de Lurigancho cuenta con las 4 especialidades básicas, servicio de diagnóstico por imágenes y de laboratorio. Sin embargo, al ser el único nosocomio del distrito de San Juan de Lurigancho llegan al servicio de emergencia gran variedad de patologías que necesitan un manejo más especializado, y exámenes auxiliares más complejos, como es la tomografía computarizada o la resonancia magnética, y de especialidades como oftalmología, neurocirugía o cirugía cardiovascular, que necesitan ser referidos a hospitales de mayor complejidad como el Hospital Dos de Mayo, Hospital Loayza o el Hospital del Niño.

Los pacientes que deben ser referidos a hospitales más complejos básicamente son pacientes que han sufrido un traumatismo encéfalo craneano que requiera el manejo de un neurocirujano y la realización de una tomografía, en el caso de pacientes pediátricos, un niño con una patología cardíaca que necesita un manejo por un médico especialista en cirugía cardiovascular.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

El manejo que se aplicó en la paciente gestante de 37 años con un diagnóstico de feto grande para la edad gestacional, el manejo en emergencia fue, preparar a la paciente para una cesárea de emergencia, se indicó no comer ni beber nada, preparar una vía endovenosa, para recibir suero fisiológico y cefazolina 2gr endovenoso 30 minutos antes de entrar a sala de operaciones como profilaxis, además se le pidió todos sus exámenes pre quirúrgicos con carácter de urgencia, este proceder médico, está sustentado en las guías de manejo internacionales. Este tipo de casos en donde hay una edad gestacional de 39 semanas de edad gestacional por biometría fetal, con un peso mayor 4 kilos, el algoritmo de manejo según el protocolo de macrosomía fetal del hospital universitario Clinic Barcelona recomienda la finalización de la gestación para evitar las complicaciones más peligrosas que son la rotura uterina, hemorragia post parto, distocia de hombros o incluso la muerte neonatal.³ Sumado a la presencia de contracciones uterinas y por ser un feto fuera de pelvis, el manejo que se optó fue el correcto, por ello se tuvo un recién nacido con Apgar al minuto y a los 5 minutos de 9 puntos, con líquido amniótico claro y de adecuada cantidad, sin mayores complicaciones.

Posteriormente se pasó a la paciente y al recién nacido a hospitalización para un alojamiento conjunto, donde recibió una adecuada hidratación más uterotónicos por vía endovenosa, analgésicos, se completaron 3 dosis de antibiótico y sulfato ferroso, completado los 3 días de estancia hospitalaria la paciente fue dada de alta médica por el medico asistente.

En el segundo caso el manejo que se siguió fue el más adecuado, estábamos ante una paciente con un diagnóstico probable de desprendimiento prematuro de placenta, por la triada clásica de hemorragia de color rojo oscuro, dolor uterino hipertónico, un registro cardiotocográfico patológico y unos latidos cardíacos de menos de 120 por minuto. El diagnóstico de estos casos se da también, por lo general en el mismo quirófano al objetivar la presencia de un hematoma retroplacentario.⁷ Se tuvo un producto de 37 semanas de edad gestacional, con Apgar al minuto de 5 puntos y a los 5 minutos de 9, el manejo fue el adecuado ya que fue siguiendo las recomendaciones de manejo internacionales y nacionales. La guía del Hospital Universitario Clinic de Barcelona recomienda que en el manejo de un desprendimiento prematuro de placenta con un test no estresante patológico o paciente hemodinámicamente inestable, se indicará la finalización activa mediante cesárea de emergencia.⁶

El manejo realizado al paciente pediátrico catalogado como sugestivo de faringitis aguda estreptocócica fue el recomendado para un puntaje igual o mayor a 4 puntos en los criterios de Centor modificados por Isaac, en el que se sugiere el tratamiento antibiótico para así evitar las complicaciones tanto supurativas como no supurativas entre ellas la fiebre reumática y la glomerulonefritis post estreptocócica.⁹ El antibiótico de primera línea son las penicilinas, sobre todo la amoxicilina. El paciente pesaba 20 kilos, se recomienda dar una dosis de 50 miligramos por kilo por día, por lo que se dio 500mg por vía oral, en jarabe 2 veces al día por 10 días otra opción que también se le hubiese podido dar es la azitromicina 12 miligramos por kilo por día el primer día y el segundo al quinto día 6 miligramos por kilo por día.¹⁰

El segundo paciente pediátrico fue diagnosticado con una otitis media aguda, ante estos casos el profesional de la salud debe seguir un adecuado esquema de tratamiento antibiótico para así evitar posibles complicaciones como meningitis, abscesos subdural o extradural, empiemas, perforación de la

membrana timpánica, mastoiditis o una otitis externa. El manejo ofrecido en el nosocomio fue el recomendado según guías nacionales e internacionales, se le receto el antibiótico de primera línea que es la amoxicilina a una dosis de 80 miligramos por kilo al día, fraccionada en 2 tomas es decir cada 12 horas, por un tiempo de 10 días esto debido a la otorrea que ya la cataloga como severa. Se recomienda como alternativa de tratamiento, frente a una falla del mismo, definida como la ausencia de mejoría clínica de síntomas y signos luego de tres días de tratamiento o el reinicio de síntomas y signos dentro de los primeros siete días de tratamiento en un paciente que experimentó una mejoría clínica, se propone el uso de amoxicilina más ácido clavulánico a dosis de 90mg por kilo al día con 6,4 miligramos de ácido clavulánico por kilo por día, repartidas cada 12 horas por 10 días.¹³

El manejo del primer paciente de cirugía estuvo basado en la escala de Alvarado donde se recomienda la apendicetomía laparoscópica, sumado a la presencia de abdomen en tabla y resistencia muscular que son signos que te deben hacer sospechar de una peritonitis aguda generalizada. Al ingreso a sala se halló un apéndice necrosado en toda su extensión con perforación en base del apéndice, líquido seropurulento en cuadrante inferior derecho del abdomen de aproximadamente unos 200 centímetros cúbicos. Ante estos casos se recomienda una apendicetomía laparoscópica más un drenaje y no se recomienda el lavado de cavidad por riesgo de diseminación, además una adecuada antibioticoterapia donde cubra gram negativos y anaerobios por 5 a 7 días.^{15,16} Se decidió realizar una apendicetomía laparoscópica más un drenaje de líquido purulento y antibióticos por 7 días con ciprofloxacino más metronidazol. En su estancia hospitalaria paciente evoluciono favorablemente, no se registró fiebre postoperatoria y no se presentó infección de sitio operatorio por lo que es dado de alta al completar la antibioticoterapia.

El manejo para el segundo caso presentado de cirugía general se basa en la clasificación de gravedad del consenso de Tokio, donde establecen 3 grados que son leve moderado y severo, se recomienda en casos de colecistitis leve

que tengan menos de 72 horas de evolución la colecistectomía laparoscópica temprana.¹⁹ El paciente fue catalogado como una colecistitis leve debido a que tenía 14000 leucocitos, menos de 72 hora y no presento plastrón, no signos de peritonitis por lo que se decidió programar al paciente para una colecistectomía laparoscópica temprana. Paciente tuvo una evolución favorable, no presento fiebre post cirugía, ni se presentaron complicaciones. Este tipo de casos son de mucho provecho para el interno de medicina ya que adquiere experiencia de un adecuado manejo de estos casos, sabiendo clasificarlos según la gravedad y a partir de ello decidir el tratamiento. El manejo seguido en el Hospital San Juan de Lurigancho fue el correcto siguiendo el consenso de Tokio y los protocolos diagnóstico basados en evidencia.

El manejo de la pancreatitis en el primer caso de medicina se basa en no dar alimentos por boca, aportar abundantes líquidos por vena y administrar medicamentos para aliviar el dolor y los vómitos, es decir es fundamentalmente de soporte. El objetivo principal consiste en limitar la secreción exocrina del páncreas, mantener un estado hídrico óptimo y detectar oportunamente las complicaciones inmediatas y las que a largo plazo se presenten. En la mayoría de los casos, leves o moderados, la institución de un ayuno enteral de 3 a 5 días es suficiente para resolver el cuadro agudo. Sin embargo, en los casos graves el enfermo necesita una vigilancia estrecha en una unidad de cuidados intensivos, recibiendo otros tratamientos como administración de antibióticos para tratar la infección de la necrosis pancreática y alimentación por una sonda colocada en el intestino a través de la nariz (nutrición enteral) o, si no fuera posible, por vena (nutrición parenteral).²² El manejo que se le dio en el servicio de hospitalización al paciente fue el correcto, la evolución fue favorable con el pasar de los días, el dolor cedió y fue dada de alta al tolerar vía oral.

En el caso del segundo paciente de medicina interna los resultados de laboratorio fueron una leucocitosis de 15000, y abastados en 5%; en la ecografía de partes blandas se halló una colección localizada en zona de la herida. Sin embargo, este paciente no tenía ningún factor de riesgo, tampoco alguna enfermedad crónica por lo que se decidió un tratamiento de forma ambulatoria

En los pacientes sin factores de riesgo como: diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, neoplasia, anemia severa, que presentan infección localizada, el manejo es en forma ambulatoria por 7 a 14 días.²⁴ El manejo que recibió fue ambulatorio con dicloxacilina vía oral 4 veces al día por 10 días. En el Hospital San Juan de Lurigancho ante una celulitis en pacientes con factores de riesgo como diabetes mellitus, se decide hospitalizar a los pacientes para recibir antibioticoterapia por vía endovenosa. En estos casos se receta oxacilina 2 gramos endovenoso cada 4 horas, clindamicina 600 miligramos endovenoso cada 8 horas, metamizol 1 gramo endovenoso si presenta fiebre y tramadol de 50 miligramos ante dolor; se cumple con la antibiótico terapia por 7 a 10 días con curaciones diarias de la herida.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Se inicio el internado medico con mucha ilusión y disposición de poder consolidar todos los conocimientos de años pasados, integrarlos y poder aplicarlos en pro de la salud de los pacientes, el comienzo de año en el servicio de pediatría transcurrió en completa normalidad, con gran afluencia de pacientes, con horarios de 7 de la mañana a 5 de la tarde, todos los días de la semana, con aproximadamente 5 a 6 guardias al mes, con un gran respaldo de los médicos residentes y nuestros tutores, que se encargaban de moderar exposiciones diarias de temas de suma importancia.

Las condiciones al inicio eran muy favorables, al punto que interno de medicina podía realizar la atención inmediata del recién nacido, evaluar los cambios fisiológicos que se producen del cambio de vida intra uterina a vida extra uterina, además de la evolución clínica del neonato hasta su respectiva alta médica, así también se encargaba del trámite que conllevaba el pedido de exámenes auxiliares y exámenes de laboratorio.

De misma forma en el servicio de Pediatría, en el área de emergencias la gran afluencia de pacientes permitía observar una variedad de casos y síndromes clínicos, permitiendo la aplicación de conocimientos adquiridos bajo supervisión del médico que se encontraba de turno. En el área de hospitalización, se pudo tener un contacto más cercano con el paciente pediátrico, donde no solo se le brindo atención medica sino también se entablo la relación médico paciente, dándole soporte emocional a niños que por primera vez en su vida estaban en un hospital y todos los días por las

mañanas en la visita médica, se brindaba información importante de la evolución al médico asistente.

Se reanudo el internado médico en el Hospital San Juan de Lurigancho. Retomar las practicas hospitalarias en el contexto de la pandemia fue un cambio totalmente radical, empezando por que nuestros horarios se recortaron en tiempo, para así reducir los niveles de exposición al virus, el número de pacientes que ingresaban tanto a emergencia como a hospitalización se redujeron significativamente, las nuevas normas de convivencia y de distanciamiento también afectaron negativamente a nuestra práctica clínica.

Se presentaron dificultades al inicio de la actividad en el servicio de Gineco Obstetricia, especialidad con la que se empezó luego de la autorización del reinicio del internado médico; sobre todo porque al ser un número menor de internos, ya no se podía acceder al servicio de ginecología, imposibilitando así poder ver patologías ginecológicas, sin embargo, se pudo observar la realización de ecografías a pacientes con patologías ginecológicas. Otro factor negativo fue que se hizo muy complicado el ingresar a sala de operaciones, sin embargo, en algunas ocasiones mediante el permiso del médico asistente se concedió permisos.

En la especialidad de Cirugía General se tuvo un problema similar, hubo una menor cantidad de pacientes que ingresaban a emergencia y a hospitalización por ende un menor número de patologías que se puedan observar. Otro punto muy importante que no solo los internos de medicina nos vimos perjudicados, también los mismos residentes que al solo haber cirugías de emergencia la oportunidad de asistir a operaciones se redujo, sin embargo, bajo la supervisión de los médicos residentes se tuvo la oportunidad de realizar la sutura de heridas de la gran mayoría de los casos que ingresaban al servicio de emergencia.

La última rotación fue en la especialidad de Medicina Interna, en donde al contrario de las otras especialidades, el flujo de pacientes en emergencia no se redujo de igual manera que en las otras especialidades, y en el servicio de

hospitalización es la especialidad que cuenta con el mayor número de camas disponibles. La dificultad que se presentó fue que producto al riesgo de contagio del COVID 19, el examen físico, que es un elemento tan importante en esta especialidad debe realizarse más superficialmente y tratando de reducir los tiempos de contacto con el paciente. Se puso mucho énfasis en la utilización de los equipos de protección personal tanto en el personal de salud como en los pacientes.

CONCLUSIONES

Primero:

El presente trabajo plasmo la consolidación de conocimientos adquiridos en años previos por parte del interno de medicina durante su estancia en los centros de salud realizando las practicas pre profesionales del séptimo y último año de la carrera.

Segundo:

El trabajo expuso la experiencia del internado antes de la pandemia, es decir en un contexto de normalidad, y también expuso como fue el ambiente laboral en pandemia, como esta situación afecto el desempeño del último año académico, como se pudo superar las dificultades y como se aprovechó la estancia en el centro de salud para la adquisición de nuevos conocimientos, tanto teóricos, como prácticos.

Tercero:

El trabajo expone la adquisición de competencias mínimas necesarias para un médico general, que está a puertas del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, donde necesitara aplicar los conocimientos adquiridos durante los 7 años de estudios previos, pero sobre todo aplicar la experiencia adquirida en el internado médico.

RECOMENDACIONES

1.El COVID-19 ha golpeado duramente a todos los países, pero su impacto ha sido más severo en aquellas comunidades que ya enfrentan una vulnerabilidad significativa, que están más expuestas a la enfermedad, por ello se recomienda a los profesionales de la salud brindar un servicio de salud de calidad y más humano a las personas más vulnerables, como parte de las medidas contener la pandemia.

2.Se recomienda que el Ministerio de Salud (MINSA), como ente rector de la salud en el Perú, establezca estrategias para identificar y abordar la problemática del internado médico en el Perú, creando las condiciones mínimas para un ambiente laboral digno y seguro.

3.Se recomienda plantear una ley o reglamento de prácticas preprofesionales de ciencias de la salud que defina adecuadamente los derechos, horarios y obligaciones de los internos de medicina y que esta pueda ser cumplida adecuadamente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Diario Oficial el peruano. Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la covid -19 [Internet] Lima: Diario Oficial el Peruano ;2020 [Consultado 2021 abr 18]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
2. García-De la Torre JI, Rodríguez-Valdez A, Delgado-Rosas A. Factores de riesgo de macrosomía fetal en pacientes sin diabetes mellitus gestacional. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2016 [consultado 2021 abr 13]; 84(3):164-171. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom163f.pdf>
3. Medicina Fetal Barcelona [Internet]. Barcelona: Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. [citado 2021 abr 13]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf>
4. A. Aguirre Unceta-Barrenechea, A. Aguirre Conde, A. Pérez Legórburu, I. Echániz Urcelay. [Internet]. Bilbao: Asociación Española de Pediatría; 2008 [citado 2021 abr 13]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf
5. V.M.Elizalde-Valdés, A.E.Calderón-Maldonado, A.García-Rillo, M.Díaz-Flores. Abruptio placentae: morbimortalidad y resultados

- perinatales. Rev. med. investig. Univ. Autón. Estado Méx. [Internet] 2015 [consultado 2021 abr 14]; 3(2):109-115. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-pdf-S2214310615000369>
6. Medicina Fetal Barcelona [Internet]. Barcelona: Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. [citado 2021 abr 14]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hematomes%20placentaris.pdf>
 7. De los Ángeles Martos Cano, María Martínez Moya, Silvia Campos Pereiro, Ángel Salcedo Mariña y Tirso Pérez Medina. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina. Prog Obstet Ginecol [Internet] 2018 [consultado 2021 abr 14]; ;61(3):256-260. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n3/09%20PC_Desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta%20normoinsertada%20por%20mutaci%C3%B3n%20heterocigota%20en%20el%20gen%20de%20la%20protrombina.pdf
 8. Pavez Daniela, Pérez Regina, Cofré José, Rodríguez Jaime. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2019 Feb [citado 2021 Abr 14] ; 36(1): 69-77. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000100069&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000100069>.
 9. Diagnóstico y Tratamiento de la Faringitis Estreptocócica Aguda y Prevención de la Fiebre Reumática. Rev Cient Cienc Méd [Internet]. 2009 [citado 2021 Abr 14] ; 12(2): 48-49. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200017&lng=es.
 10. Piñeiro Pérez R, Hernández Martín D, Carro Rodríguez MA, Casado Verrier E, Reques Cosme R, Carabaño Aguado I. Adecuación del diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a las guías actuales. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2016 Dic [citado 2021

- Abr 15] ; 18(72): 317-324. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000400007&lng=es.
11. García Vera C.. Otitis media aguda. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2013 Jun [citado 2021 Abr 15] ; 15(Suppl 23): 49-59. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300006>.
12. Rodríguez Jaime, Pavez Daniela, Pérez Regina, Cofré José. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la otitis media aguda en pediatría. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2019 Ago [citado 2021 Abr 15] ; 36(4): 497-504. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000400497&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000400497>.
13. Santolaya de P M. Elena. Otitis media aguda: Diagnóstico y tratamiento. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2007 Ago [citado 2021 Abr 15] ; 24(4): 297-300. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182007000400006>.
14. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2021 Abr 15] ; 41(1): 33-38. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es. Epub 02-Oct-2020.
15. Dubón Peniche María del Carmen, Ortiz Flores Anahí. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2021 Abr 15] ; 57(4): 51-57. Disponible

en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400051&lng=es.

16. Rodríguez Fernández Zenén. Consideraciones vigentes en torno al diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Abr 15] ; 57(4): e703. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932018000400007&lng=es.
17. Fiorella Molina Coto. Colecistitis Calculosa Aguda: DIAGNÓSTICO Y MANEJO. *Rev. méd. Costa Rica Centroam* [Internet] 2016 [consultado 2021 abr 15]; (618) 97-99. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161s.pdf>
18. Ramos Loza Coral Marina, Mendoza Lopez Videla Jhosep Nilss, Ponce Morales Javier Alejandro. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 16] ; 24(1): 19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es.
19. Quevedo Guanche Lázaro. Colecistitis aguda: Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2007 Jun [citado 2021 Abr 16] ; 46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200013&lng=es.
20. Sanz de Villalobos E., Larrubia Marfil J. M.. Acute pancreatitis. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2010 Sep [citado 2021 Abr 17] ; 102(9): 560-560. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010&lng=es.
21. Sánchez Alejandra Consuelo, García Aranda José Alberto. Pancreatitis aguda. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2021 Abr 16] ; 69(1): 3-10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100002&lng=es.

22. LOSADA M HÉCTOR, MUÑOZ C CÉSAR, BURGOS S LUIS, SILVA A JORGE. Protocolo de tratamiento y resultados de pancreatitis aguda: Estudio de cohorte. Rev Chil Cir [Internet]. 2010 Dic [citado 2021 Abr 17] ; 62(6): 557-563. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000600003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000600003>.
23. Herrera-Arana Víctor, González Jorge, Iglesia-Quilca David. Actualización en el manejo de antibióticos en las infecciones superficiales de piel y partes blandas. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 Ene [citado 2021 Abr 18] ; 23(1): 32-34. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100007&lng=es.
24. Valderrama-Beltrán Sandra, Cortés Jorge Alberto, Caro María Alejandra, Cely-Andrade Leonardo, Osorio-Pinzón Johanna Vanesa, Gualtero Sandra Milena et al. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de las Infecciones de Piel y Tejidos Blandos en Colombia. Infect. [Internet]. 2019 Dec [citado 2021 Abr 18] ; 23(4): 318-346. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922019000400318&lng=en. <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v23n4/0123-9392-inf-23-04-00318.pdf>
- 25.- Hospital San Juan de Lurigancho. Reseña historica [Internet] Lima: Hospital San Juan de Lurigancho; [Consultado 2021 abr 18]. Disponible en: https://www.hospitalsjl.gob.pe/institucional/resena_historica.html
26. Hospital San Juan de Lurigancho. Presentación [Internet] Lima: Hospital San Juan de Lurigancho; [Consultado 2021 abr 18]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/institucional/presentacion.html>