



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA EN EL
HOSPITAL DE HUAYCAN Y EL CENTRO DE SALUD DE SAN
ANTONIO DE PEDREGAL EN EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
VICTOR MIGUEL CEDANO MANG**

**ASESOR
JOSÉ WAGNER LÓPEZ REVILLA**

**LIMA- PERÚ
2023**



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL DE
HUAYCAN Y EL CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO DE PEDREGAL
EN EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
VICTOR MIGUEL CEDANO MANG**

**ASESOR
MC. JOSÉ WAGNER LÓPEZ REVILLA
DNI: 41120342**

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A las 4 mujeres que decidieron criarme este esfuerzo realizado durante tanto tiempo se los debo a ellas, por ser mi motor y guía.

A mi padrino lucho y mi tío calin quienes me aconsejaron en el ámbito académico para poder lograr ser un gran profesional.

A los doctores con los que tuve la fortuna de conocer en mis rotaciones por dedicar su tiempo a trasmitirme sus conocimientos.

Victor Miguel Cedano Mang

ÍNDICE

	Págs.
INDICE	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	4
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	20
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACION	33
ANEXOS	37

RESUMEN

Introducción: Esta última etapa de la carrera de medicina humana conocida como internado médico, donde nuestros conocimientos adquiridos durante toda la carrera se ven plasmados. El internado trascurrió en 2 etapas, realizada en el centro de salud San Antonio de pedregal y ultima se realizó en el hospital de Huaycán. Este trabajo y como se aplicaron los conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera.

Objetivo: Este trabajo relatar las actividades académicas que se vivió en las distintas rotaciones. Se pudo lograr apoyar al personal médico, para tener una buena y oportuna atención a los pacientes llegando a diagnósticos y tratamientos adecuados.

Materiales y métodos: Se expondrán casos clínicos en cada rotación combinando casos vistos en el centro de salud como en el hospital. Se describe el manejo realizado a los pacientes combinando nuestros conocimientos, las normativas del MINSA y la espertis de los médicos asistentes encargados de cada rotación.

Resultados: Medicina Interna. Caso n.º1: Paciente mujer de 30 años llega a emergencia refiriendo dolor abdominal a nivel del epigastrio asociado con náuseas y vómitos; presentando el diagnóstico definitivo de pancreatitis aguda. Caso n.º2: Paciente varón de 55 años ingresa a emergencia por referir dolor intenso con signo de flogosis en miembro superior derecho; presenta diagnóstico de celulitis. Pediatría. Caso n.º1: Paciente varón de 3 años de edad es traído a consultorio externo del centro de salud San Antonio de Pedregal en estado de agitación, presentando signos de tos seca, disnea leve, una disminución en el murmullo vesicular con de estridor laríngeo y presencia de tiraje; presenta diagnóstico de *Crup* o laringotraqueitis aguda. Caso n.º2: Paciente varón de 8 meses de edad llega al centro de salud de San Antonio de Pedregal presentando SAT, disnea y dificultad a la succión; presenta diagnóstico de bronquiolitis. Ginecología y obstetricia. Caso n.º1: Paciente femenina de 22 años acude a consultorio externo refiriendo prurito vaginal y molestia al orinar, a la inspección presenta secreción verdosa mal oliente y enrojecimiento vaginal; presenta diagnóstico de Tricomoniasis vaginal. Caso n.º2: Paciente Mujer de 33 años

gestante de 13 semanas con 3 días llega a emergencia presentando dolor a nivel de fosa iliaca derecha e hipogastrio y sangrado vaginal; presenta diagnóstico de aborto retenido. Cirugía general. Caso n.º1: Paciente masculino de 28 años es traído a emergencia presentando dolor en epigastrio irradiándose a fosa iliaca derecha sumado con fiebre; presenta diagnóstico de apendicitis aguda. Caso n.º2: Paciente masculino de 52 años sufre un accidente de tránsito es traído a emergencia por trauma en cabeza y perdida de conocimiento; presenta diagnóstico de traumatismo encéfalo-craneano leve.

Conclusiones: El internado medico es la última etapa de la carrera de medicina, esta permite al estudiante desarrollar habilidades necesarias para el desarrollo máximo de su carrera profesional, es así que el rotar todas las especialidades médicas con los médicos especialistas al lado permite tener una experiencia más fructífera favoreciendo la correcta atención de los pacientes.

Palabras claves: medicina, internado médico, casos clínicos.

ABSTRACT

Introduction: This last stage of the human medicine career known as a medical internship, where our knowledge acquired throughout the career is reflected. The internship took place in 2 stages, held at the San Antonio de Pedregal health center and the last one at the Huaycán hospital. This work and how the knowledge learned throughout the career was applied.

Objective: This work relates the academic activities that were experienced in the different rotations. It was possible to support the medical personnel, to have good and timely care for patients, reaching diagnoses and adequate treatments.

Materials and methods: Clinical cases will be presented in each rotation, combining cases seen in the health center and in the hospital. The management performed on patients is described, combining our knowledge, MINSA regulations and the expertise of the attending physicians in charge of each rotation.**Keys Word:** Rotations, medical internship, clinical cases, Huaycán hospital, health center san antonio de pedregal.

Results: Internal Medicine. Case no. 1: A 30 year old female patient arrives at the emergency room referring abdominal pain at the level of the epigastrium associated with nausea and vomiting; presenting the definitive diagnosis of acute pancreatitis. Case no. 2: A 55 year old male patient was admitted to the emergency room reporting intense pain with a sign of phlogosis in the right upper limb; He has a diagnosis of cellulitis. Pediatrics. Case no. 1: A 3 year old male patient was brought to the outpatient clinic of the San Antonio de Pedregal health center in an agitated state, presenting signs of a dry cough, mild dyspnea, decreased breath sounds with laryngeal stridor and presence of circulation; presents a diagnosis of Croup or acute laryngotracheitis. Case no. 2: An 8 month-old male patient arrives at the San Antonio de Pedregal health center presenting SAT, dyspnea, and difficulty sucking; presents a diagnosis of bronchiolitis. Gynecology and Obstetrics. Case no. 1: A 22 year old female patient attended the outpatient clinic reporting vaginal itching and discomfort when urinating. Upon inspection, she presented a foul-smelling greenish discharge and vaginal redness; presents a diagnosis of vaginal trichomoniasis. case no. °2: Patient 33 year old woman pregnant for 13 weeks and 3 days arrives at the emergency room

presenting pain at the level of the right iliac fossa and hypogastrium and vaginal bleeding; presents a diagnosis of missed abortion. General Surgery. Case no. 1: A 28 year old male patient was brought to the emergency room presenting pain in the epigastrium radiating to the right iliac fossa added with fever; He is diagnosed with acute appendicitis. Case no. 2: A 52 year old male patient suffered a traffic accident and was brought to the emergency room due to head trauma and loss of consciousness; He presented a diagnosis of mild brain injury.

Conclusions: The medical internship is the last stage of the medical career, it allows the student to develop the necessary skills for the maximum development of his professional career, so rotating all the medical specialties with the specialist doctors allows to have an experience more fruitful by favoring proper patient care.

Keywords: medicine, medical internship, clinical cases.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL DE HUAYCAN Y EL CENTRO DE SALUD DE SAN ANTON

AUTOR

VICTOR MIGUEL CEDANO MANG

RECuento DE PALABRAS

11318 Words

RECuento DE CARACTERES

63542 Characters

RECuento DE PÁGINAS

46 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

221.2KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 7:03 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 7:04 PM GMT-5

● 17% de similitud general

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



JOSE W. LOPEZ REVILLA
DNI 41120342
CMP 41703
ORCID: 0000-0003-0614-7284

INTRODUCCIÓN

El internado 2022-2023 con duración de 10 meses fue dividido en 2 partes con inicio el 1 de junio del 2022 y culminando el 31 de marzo del 2023. La primera realizada en el centro de salud san Antonio de Pedregal y la última parte en el hospital de huaycan ambos pertenecientes a la DIRIS Este.

El centro de salud de San Antonio de Pedregal es categoría I-3, ubicado en el distrito de Lurigancho en la provincia de Lima, departamento de Lima y pertenece a la DIRIS Este a la microred de Chosica I; y es clasificado por el MINSA como centro de salud o centro médico. EL objetivo del C.S. es poder brindar una atención optima, impulsando la salud a través de la prevención.

Hospital de Huaycán es un hospital del MINSA catalogado como II-1 el objetivo de dicho hospital es garantizar una atención adecuada, eficiente y oportuna en diversas especialidades. Los servicios en los cuales rote para realizar mi labor académica fueron en los servicios de medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología.

El internado inició en el C.S San Antonio de Pedregal el 1 de junio del 2022 con una guía introductoria por el centro de salud a cargo del jefe del establecimiento donde se brindaron las pautas principales y se presentó a los integrantes del centro. El centro cuenta con dos médicos generales, los cuales me enseñaron el manejo del paciente en el área de consultorio como los protocolos y lineamientos que sigue el MINSA (buen llenado de FUA, formatos de referencia, uso del REFCON, el llenado adecuado de la historia clínica, llenado de recetarios, etc.). Tuvo que utilizar mis conocimientos especialmente de medicina interna y pediatría para apoyar a los doctores en su jornada diaria cuando rotaba con ellos en sus consultorios, con el objetivo de manejar las principales patologías que llegaban al servicio. Finalizando mis labores en el centro de salud el 31 de octubre del 2022.

Di comienzo a mi último periodo de internado el 1 de noviembre del 2022 en el hospital de Huaycán. Se inició con una breve introducción con los jefes de cada servicio, los cuales nos dieron las reglas principales para tener un ambiente

laboral óptimo en los diferentes servicios; se nos informó que, al no haber residentes en el hospital, íbamos a trabajar directamente con un médico especialista. En el hospital rote junto con los médicos asistentes, tuve que utilizar mis conocimientos aprendidos al largo de la carrera para poder apoyar y demostrar el dominio de los casos que se me presentaban en las 4 rotaciones que realice las cuales fueron medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y cirugía en ese respectivo orden.

La primera rotación fue en el área de medicina interna donde estuve a cargo junto con el médico asistente de turno del área de emergencia, hospitalización y unidad de vigilancia intensiva (uvi). En el sector de emergencia se podía contemplar que los casos de COVID-19 no disminuían pese a la vacunación y medidas preventivas, pero sí se evidenciaba la disminución en la tasa de letalidad (1).

La segunda rotación lo hice en el área de pediatría, cumpliendo mis funciones en las áreas de consultorio externo, emergencia pediátrica y neonatología en dicho servicio cuentan con áreas de alojamiento conjunto y en el centro obstétrico se evalúa al recién nacido con el objetivo de poder evaluar adecuadamente y asegurar la óptima evolución del RN desde su APGAR al nacimiento hasta su posterior alta.

La tercera rotación fue en el área de ginecología y obstetricia quizás uno de los servicios más importantes del hospital según palabras de los directivos del hospital, puesto que cualquier pérdida o error en este servicio implicaría un aumento en el índice de pobreza (2) (3). Los servicios donde rote fueron el área de emergencia, sala de ecografía, consultorios externos, centro obstétrico y patológico. En esta rotación no solo estuve rotando al lado de los médicos asistentes sino con las licenciadas de obstetricia que de igual modo que los ginecólogos nos brindan conocimientos y técnicas que aprendieron a lo largo de su carrera que nos ayudaran a ser mejores profesionales y sobre todo mejores seres humanos.

Mi cuarta y última rotación fue en el área de cirugía donde el área de cirugía general y traumatología se habían unido ambas especialidades trabajaban

sinérgicamente, lo cual favorece a un mejor desempeño de estas áreas, debido a que la gran mayoría de pacientes de la zona que llegan a emergencia son accidentes de tránsito o caídas por lo cual tienen heridas abiertas con fracturas, dislocaciones, etc. Los servicios cuentan con las áreas de emergencia, consultorio externo, hospitalización y sala de operaciones. A lo largo de esta rotación siempre fuimos apoyados y guiados por los médicos especialistas de estas áreas los cuales nos permitieron aprender, mejorar y sobre todo fortalecer nuestro temple tomando decisiones complicadas ante emergencias que se deben solucionar en cuestión de minutos.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El séptimo año de todo estudiante de medicina en Perú conocido como internado médico, donde todo lo aprendido en los 6 años de estudios divididos en 3 años de ciencias básicas donde aprendemos los principios y los conceptos básicos que nos abrirán las puertas en nuestra travesía como médicos, y luego comienzan los 3 años finales la etapa de clínica donde nuestros conocimientos se ven plasmados en pacientes y donde aprendemos a desenvolvernos en el ambiente hospitalario.

Esta última etapa de la carrera nos enseña no solo a diagnosticar sino ver los diagnósticos más frecuentes que nos enfrentaremos en nuestra vida cotidiana como médicos, además nos brinda la posibilidad de ver diferentes tratamientos enfocados y personalizados para cada tipo de paciente. Este último año de la carrera se puede evidenciar como los médicos asistentes nos dejan que tomemos las decisiones siempre con su vigilancia y en caso de cometer un error corregirnos a tiempo para aprender de nuestros errores sin lastimar a nadie, lo que favorece nuestro crecimiento como profesionales de la salud.

Haciendo énfasis en el hospital de Huaycán se me pudo dar la facilidad de ingresar a su base de datos y ver los casos clínicos que han llegado al hospital lo cual permitió poder apreciar las patologías más frecuentes de la zona. En dicho hospital nos permite desenvolvernos con mas fluidez en los procedimientos médicos al no haber residentes nuestro trabajo es guiado y supervisado directamente con los especialistas lo que conlleva a una participación más activa en las actividades médicas, favoreciendo nuestro aprendizaje en el ámbito practico. En medicina interna se realizó AGAS, atención a pacientes intoxicados, colocación de sonda nasogástrica, tratamiento con reposición de líquidos a pacientes con deshidratación moderada o severa, paracentesis, evolución de los pacientes hospitalizados y resolución de las emergencias del servicio. En pediatría se realizó atención al recién nacido, controles pre natales, esquema de vacunación, orientación de la adecuada lactancia materna; en el área de emergencia tratábamos a pacientes menores de 16 años realizando una adecuada evaluación, rehidratación y de no ser

posible internamiento a los pacientes con evidencia de deshidratación sin tolerancia oral, aplicación de corticoides por medio de la aerocámara. En cirugía general y traumatología realizamos suturas entre las más comunes las subdérmicas e intradérmicas, colocación de sondas FOLEY, colocación de yesos y férulas, curación de heridas, retiro de puntos y manejo de pacientes politraumatizados. Al no contar con residentes los internos podíamos ingresar a SOP en múltiples oportunidades si el primer asistente estaba de acuerdo para apoyarlo en las diversas cirugías entre las más comunes la Apendicetomía, colecistectomía y hernioplastias. En ginecología se realizó tactos vaginales, ecografías trasvaginales como abdominales a las gestantes, un control perinatal, atención de partos eutócicos, legrados, AMEU, cesárea y algunas emergencias ginecológicas entre las más frecuentes rupturas de membranas y amenazas de aborto.

1.1 Casos clínicos de Medicina interna

Caso clínico n.º1

Paciente mujer de 30 años con las siglas MEY acude a emergencia en compañía de su madre, refiere tener un dolor abdominal hace aproximadamente 5 horas que ha ido en aumento sin asociación con la comida, al momento de la evaluación se aprecia un dolor a nivel de epigastrio sin irradiación, en la escala de EVA 8/10, asociado a náuseas y vómitos en tres oportunidades, no tolerando vía oral, no refiere SAT (sensación de alza térmica), niega cefalea, niega vómitos y mareos. Sin antecedentes de importancia. Niega RAM (reacción alérgica medicamentosa), Niega antecedentes patológicos.

Se procede a evaluar al paciente por parte del médico asistente de turno y el interno, donde se encontraron las siguientes funciones vitales FC 98x', FR 18x', SaO2 97%, T 36.7°C. Al examen físico: Piel: T/H/E, llenado capilar <3'', no ictericia, no edemas; Respiratorio: MV pasa bien en ACP, no estertores agregados; Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, no soplos agregados; Abdomen: Distendido, RHA ausentes, dolor localizado en epigastrio de moderada intensidad que sin irradiación; SNC: LOTEP (lucido, orientado en tiempo, espacio y persona), Glasgow 15/15, sin signos meníngicos.

El plan de trabajo que se planteó en el área emergencia fue iniciar Analgesia con Hidratación (NaCL 0.9%) y luego hacer reevaluación con los exámenes de laboratorio, Se comienza el tratamiento con:

1. Tramadol 100mg EV, Dimenhidrinato 50 mg EV, Ranitidina de 50 mg EV, en NaCL 0.9 x 100 CC.
2. Na CL 1000 CC > 500 CC a chorro, 500 cc 45 gotas.

Los exámenes de laboratorio que fueron pedidos en primera instancia fueron: Hemograma completo, examen de orina, PCR, Glucosa, Urea, Creatinina, Amilasa, Lipasa. Además, se solicitó una ecografía abdominal, debido a que se quería descartar el posible diagnóstico de una Pancreatitis aguda.

Paciente refiere continuar con el dolor abdominal sin mejora del dolor aparentemente, se administra ketoprofeno 50 mg en NaCl 0.9 x 100 CC.

Los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados fueron Hemoglobina 12, Leucocitos 14 000, Hematocrito 35, PCR 0.30 mg/dl, Glucosa 80, Urea 24, Creatinina 0.90, Amilasa 2760 IU/L y Lipasa 7670 UI/L. En la ecografía, Vesícula biliar: distendido mide 58x30 mm, paredes engrosadas de 5 mm con edema mural, se observan múltiples litiasis en su interior de hasta 11 mm, Páncreas: no visible como conclusión: Colecistitis Aguda litiásica.

Con los exámenes auxiliares y el examen físico, se determinó los siguientes diagnósticos de: Síndrome Doloroso Abdominal, Pancreatitis Aguda, Colecistitis Aguda.

Manejo en observación: NPO, NaCl 0.9% x1000 cc > 60 gotas, Ranitidina 50 mg c/8h EV, Tramadol 100mg, Dimenhidrinato 50 mg, NaCl 0.9 x100cc c/8horas EV, CFV cada 6 horas y solicitar perfil hepático.

En su primer día en el área de observación, paciente refiere náuseas con mareos, niega vómitos, niega SAT, deambulación no asistida, paciente refiere dolor en epigastrio que se irradia a región dorsal, diuresis presente, deposiciones (-).

Funciones Vitales: FC 80, FR 16 x, PA 110/60, SATO2 98%, T°37.2 °C, HGT: 117 (realizado a las 10 pm), HGT: 96 (realizado a las 6 am).

Al examen físico: Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación, Piel y mucosas: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no ictericia, no edemas. Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos con buena intensidad, sin soplos patológicos, IY (-), Abdomen: Leve Distensión, RHA (+), Blando/Depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio según escala de dolor 5/10, no signos peritoneales.

Se solicitan pruebas de laboratorio de seguimiento. Perfil Hepático: Albumina: 4.1 gr/ dl, GGT: 333.8 U/L, Fosfatasa Alcalina: 209.6 U/L, BT 3,81 mg/dl, BD: 1.64 mg/dl, BI 1.97 mg/ dl.

Se plantean los siguientes diagnósticos: 1. Pancreatitis Aguda Biliar, 2. Patrón colestásico, 3. Colecistitis Aguda.

El plan de trabajo para este paciente fue NPO, CL Na 0.9% 1000cc > I III, Dextrosa 5% 1000cc, Cl Na 20% Ampo, CL k 205 Amp > II, IV, Ranitidina 50mg c/ 8h EV, Tramadol 100 mg, Dimenhidrinato 50 mg, CL Na 0.9 x 100 cc> EV C/ 8 horas, CFV + BHE, 7. HGT C/8horas.

La paciente estuvo en observación de medicina interna con las indicaciones terapéuticas y plan de trabajo mencionado, con una mejoría clínica, el dolor abdominal fue disminuyendo en intensidad, se solicitó examen auxiliar, PCR y se encontraba menor a 1 gr/dl , se decide inicio progresivo de tolerancia oral con una dieta líquida, la paciente lo tolera, no refería nauseas, no vómitos, diuresis presente, deposiciones presente; por lo cual se procede a indicar alta con indicaciones médica donde se le informa que debe sacar cita para evaluación en 3 días por consultorio externo de medicina interna además se le añade interconsulta a Nutrición y a consultorio externo cirugía general para su tratamiento de Litiasis vesicular ya que este fue el causante de la Pancreatitis aguda.

Caso clínico n.º2

Paciente varón de 55 años con las siglas JAO acude al servicio de emergencia debido a un dolor intenso con flogosis en miembro superior derecho de inicio hace 4 días, refiere que hace aproximadamente 2 días lo golpeo el retrovisor de un bus, el paciente relata que al inicio solo sintió un leve dolor en el hombro, que

calmo al auto medicarse en la farmacia, el paciente no recordaba los medicamentos que se le administraron vía intramuscular y tópica. Al día siguiente el dolor había empeorado donde evidenciaba un aumento de volumen y movilidad limitada del miembro afectado por lo cual decide ir al hospital de emergencia.

Refiere antecedente diabetes mellitus tipo 2 desde hace 7 años tratado con metformina 850 mg cada 12 horas, refiere no haber estado tomando su medicación regularmente, niega reacciones adversas a medicamentos, niega antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes familiares de importancia.

Presento las siguientes funciones vitales saturación en 97%, frecuencia respiratoria en 22 respiraciones por minuto, temperatura en 38.7°C, frecuencia cardiaca en 96 latidos por minuto, presión arterial en 120/80 mmHg. Peso de 86 Kg y talla de 162 cm con imc de 32.8 considerado obesidad tipo I.

A la ectoscopia el paciente se encontraba en regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación

Al examen físico:

Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar <2ss, no ictericia, miembro superior derecho con edema y flogosis, doloroso a la palpación sin irradiación.

Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad sin soplos agregados.

Abdomen: RHA (+), Blando/ depresible no doloroso a palpación superficial y profunda.

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15 y sin signos meníngicos.

Se decide hospitalizar al paciente en el área de medicina interna con los siguientes diagnósticos y síndromes: celulitis, Síndrome doloroso y síndrome febril.

Los exámenes auxiliares que fueron pedidos en primera instancia fueron exámenes de laboratorio (Hemograma automatizado, examen de orina, PCR, Glucosa, Urea, Creatinina, Amilasa y Lipasa) y una ecografía de partes blandas.

Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron Hemoglobina 14, Leucocitos 22,500, Hematocrito 35, PCR 0.30 mg/dl, Glucosa 110, Urea 24, Creatinina 0.90, Amilasa 2760 IU/L y Lipasa 7670 UI/L. En la ecografía de partes blandas se evidencio colecciones de laminillas anecoicas insertadas entre los lobulillos graso con apariencia de “empedrado”.

Tener en cuenta que la celulitis es una infección no necrotizante restringida al tejido subcutáneo, hipodermis y fascia superficial sin afección muscular ni articular ni en fascia profunda. Donde los agentes más comunes en esta patología son el *Staphylococcus aerues* y *Streptococos pyogenes*. Los factores de riesgo más comunes son, obesidad, estado inmunológico disminuido o suprimido, insuficiencia venosa, cuerpos extraños (por ejemplo: Placas y clavos endomedulares) y diabetes *mellitus* (5).

Al hospitalizar al paciente se realiza el siguiente plan de trabajo: DC + LAV, colocación de vía periférica, Antibioticoterapia (ceftriaxona), Metamizol EV con NaCL 0.9% en goteo lento y CFV cada 8 horas. El paciente estuvo en el área de medicina interna 24 horas donde se evidencio una mejoría en su estado de salud disminuyendo el dolor y la flogosis del brazo, luego se le realizo interconsultas a traumatología y cirugía general donde los médicos asistentes de dichos servicios decidieron trasladar al paciente e internarlo en su servicio.

1.2 Casos clínicos de pediatría

Los siguientes casos que relatare fueron realizados en el centro de salud de San Antonio de pedregal bajo la supervisión de los médicos asistente que se encontraba en servicio. Si bien el centro de salud I-3 no cuenta con las debidas implementaciones para atender una emergencia pediátrica se nos explico que nuestra función es estabilizar al paciente para poder trasladarlo al hospital más cercano y con mayor capacidad resolutiva que sería en este caso el hospital José Agurto Tello-Chosica. Las urgencias más comunes que pude evidenciar en el servicio fueron bronquiolititis, fiebre, reacciones alérgicas, asma,

deshidrataciones, convulsiones e intoxicación por automedicación de los padres de familia.

Caso clínico n. °1

Paciente varón de 3 años de edad con las siglas MCC es traído por sus padres los cuales llegan gritando al centro de salud exigiendo que los atiendan, luego que pasan a consultorio externo nos refieren un tiempo de enfermedad de 2 días, los padres relatan que el paciente empezó con una tos seca y leve disnea, por lo cual deciden auto medicarlo sin recordar los medicamentos administrados, al día siguiente el menor de edad empeora su cuadro por lo cual deciden llevarlo al centro de salud, pese a no ser un centro especializados en emergencia.

Madre del paciente refiere vacunación completa, niega alergias, niega RAM, niega patologías ni hospitalizaciones anteriores.

A la ectoscopia se encuentra en regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.

Funciones vitales: SATO2:95%, T°37.4 °C, frecuencia cardiaca: 130 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 25 por minuto.

Al examen físico:

Piel y mucosas: T/H/E buena coloración, sin presencia de cianosis ni edemas, orofaringe no congestiva,

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos patológicos

Tórax y Pulmón: Disminución del murmullo vesicular, presencia de estridor a la inspiración y espiración en reposo y presencia de tirajes. El paciente presentaba una tos característica conocida como tos “perruna”

Abdomen: RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación profunda sin signos peritoneales

SNC: LOTEP, glasgow 15/15, sin signos meníngeos.

Debido a los signos y síntomas que presenta el paciente se da un diagnostico preliminar el cual es Crup o laringotraqueitis aguda.

El plan de trabajo para el paciente fue la administra dexametasona 10 mg IM STAT y nebulización con adrenalina con aerocámara pediátrica.

El paciente queda en observación por 6 horas, evidenciando mejoría clínica, por lo que es dado de alta, con paracetamol jarabe 13 cc si es que presentara fiebre y se les explica a los padres que ante cualquier signo de alarma debe ir al hospital José Agurto Tello-Chosica al área de emergencia.

Caso clínico n° 2

Una madre acudió al centro de salud con su hijo de 8 meses por presentar sensación de alza térmica, disnea y con dificultad para lactar luego del examen físico se determina el diagnóstico de bronquiolitis. Madre no refieren antecedentes patológicos, ni RAM, antecedentes familiares de relevancia.

A la ectoscopia el paciente tiene regular estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación. Las Funciones vitales fueron: T°38.6 °C, FR:47respiraciones por minuto, FC: 115 latidos por minuto y SatO2:88% con Fio2 de 0.21.

Examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E buena coloración, sin presencia de cianosis ni edemas, orofaringe no congestiva,
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos patológicos
- Tórax y Pulmón: Tórax simétrico sin malformaciones, disminución del murmullo vesicular, presencia de estridor laríngeo y crépitos en ambos campos sin presencia de tirajes.
- Abdomen: RHA (+), blando/depresible, no doloroso a la palpación profunda sin signos peritoneales
- SNC: glasgow 15/15, sin signos meníngeos

El tratamiento fue nebulización con solución salina al 0.9% y el alta médica se planteó el alta médica cuando el paciente tuvo una adecuada tolerancia oral a la leche materna. Se le informo a la madre que ante cualquier señal de alarma debía ir al área de emergencia del hospital más cercano en el caso de Chosica el hospital José Agurto Tello.

1.3 Casos clínicos de ginecología y obstetricia

Caso clínico n.º1

Paciente mujer de 22 años acude a consultorio externo de ginecología por presentar hace 3 días prurito vaginal, secreción verdosa mal oliente, molestias urinarias, enrojecimiento genital.

Antecedentes personales niega enfermedades, alergias a medicamentos, niega antecedentes quirúrgicos.

Obstétricos: Menarquia: 13, 1er R.S: 20, Nro P.S: 2, FUR:13/04/23, MAC: implante su dérmico GOP0000

Funciones vitales: frecuencia cardíaca: 90 x', frecuencia respiratoria 18 x', temperatura 36°C y saturación de oxígeno 98%.

Examen físico: Buen estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición. Piel y Mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no palidez, no ictericia. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardíacos, audibles, no soplos. Mamas: blandas y simétricas, no se evidencia secreciones, no se palpan masas. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, RHA presentes. G.U: PPL (negativo). Genitales Externos: Especulo se observa eritema vulvogenital y el exocervix con hemorragias subepiteliales puntiformes, dando aspecto de fresa. La secreción vaginal es líquida, espumosa y color verde amarillenta, abundante.

Diagnósticos presuntivos: Tricomoniasis vaginal sintomática

Plan de trabajo fue: Administrar antimicrobianos, metronidazol de 500 mg c/12hrs por 7 días.

Evolución: Paciente hemodinamicamente estable, con tratamiento oral ambulatorio, de evolución favorable.

Caso clínico n.º 2

Paciente mujer de 33 años, gestante de 13 semanas con 3 días por ecografía del I trimestre acude al servicio de emergencia de ginecología refiriendo dolor 7/10, según escala EVA, a nivel de fosa iliaca derecha e hipogastrio y sangrado vaginal desde hace aproximadamente 2 horas, niega sensación de alza térmica, niega nauseas ni vómitos. Es llevada a la sala del ecógrafo para realizar una ecografía trasvaginal, en la cual se encuentra un embrión de aproximadamente 12 cm sin actividad cardiaca, por lo que se diagnostica como un aborto retenido. El plan de trabajo a seguir fue llevar al paciente a observación para plantear un posible aspirado manual endouterino (AMEU) y posterior hospitalización con las siguientes indicaciones: dieta blanda, vía salinizada, misoprostol 800ug 2 tabletas una vía vagina y la otra vía oral. Se le toman las funciones vitales: PA 100/70, Pulso 86x', FR 18x', T°37 °C, Peso 60 con una altura de 1.50 dando un IMC de 26.7(sobrepeso) y SatO2 100%.

A la ectoscopia se aprecia un aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional.

Al examen físico:

- Piel: Tibio/elástico/hidratado, llenado capilar <2 segundos.
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados y no se evidencia signo de tiraje
- Cardiovascular: ruido cardiaco rítmico y de buena intensidad no se escuchan soplos
- Abdomen: No distendido, blando/depresible, RHA presentes, doloroso a palpación profunda a nivel de fosa iliaca derecha e hipogastrio sin irradiación. Puntos dolorosos: McBurney (-) Rovsing (-) Rebote (+).
- Tacto vaginal: Cervix posterior cerrado. Útero anteversoflexo +/- 3 cm.
- SNC: LOTEPE, glasgow 15/15 y sin signos meníngeos

Exámenes de laboratorio: Hemograma, ecografía transvaginal, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, Grupo y factor, TC, TS, VIH, RPR, prueba rápida para COVID 19.

Al evaluar los resultados de laboratorio nos dan: Hemoglobina 8.4, Leucocitos 12,700, Plaquetas 236 000, Glucosa 96, Creatinina 0.56, Urea 13.9.

Se le programa a la paciente un AMEU, luego del procedimiento se queda en observación para seguir con la monitorización posterior.

1.4 Casos clínicos de cirugía general

Caso clínico n.º 1

Paciente masculino de 28 años, acude a emergencia refiriendo que hace aproximadamente 5 horas presenta molestia a nivel de epigastrio el cual fue incrementando, el dolor es tipo cólico que duro aproximadamente 2 horas para luego irradiarse a la fosa iliaca derecha haciéndose un dolor tipo punzante, acompañado de náuseas y vómitos (en 3 oportunidades) con contenido alimenticio, diarrea (en 2 oportunidades) sin moco ni sangre además presento fiebre cuantificado de 38°C. El paciente menciona haber tomado un analgésico con el cual el dolor no cedió por lo cual acude al hospital.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: Hace 5 horas. El paciente presenta los siguientes signos y síntomas: Malestar general, Náuseas, Vómitos, Fiebre ligera, Estreñimiento, Hinchazón abdominal, Dolor en la FID.
- Antecedentes: Niega antecedentes patológicos, niega ser alérgico a medicamentos, niega haberse sometidos a cirugías.
- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 100 x, Frecuencia respiratoria: 18x', Temperatura: 38°C, Saturación de oxígeno: 99%, PA: 110/60 mmHg.
- Examen físico: Regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición. Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos. No ictericia, no cianosis, Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados, Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, audibles, no soplos, Abdomen: Globuloso, RHA disminuidos, dolor en hemiabdomen inferior a predominio de fosa iliaca derecha, McBurney

positivo, SNC: Glasgow 13/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Diagnósticos presuntivos: Síndrome doloroso abdominal, d/c abdomen agudo quirúrgico.

A continuación, se plantean los siguientes Diagnósticos diferenciales: Obstrucción intestinal, Invaginación intestinal, Vólvulos intestinales, Adenitis mesentérica, Divertículo de Meckel, Gastroenteritis, Infarto omental.

Plan de trabajo: Se solicita los siguientes exámenes auxiliares: hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación y ecografía de abdomen. Como primer manejo para el paciente se comienza con hidratación con NaCl 0.9% 1000cc + omeprazol 40 mg EV.

Se procede a evaluar al paciente con los resultados obtenidos en laboratorio. Hemograma: Leucocitos: 14.300, Hemoglobina: 11.8, Plaquetas: 204, Abastionados: 4%, Linfocitos: 1236, Glucosa: 112, Urea: 12, Creatinina: 0.42. Perfil de coagulación: Tiempo de coagulación 6.00, Tiempo de sangría: 2.00.

Ecografía abdominal inferior: En FID se evidencia moderada disminución del peristaltismo intestinal, asociada a heterogeneidad y aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica. Se observa masa peristáltica, no compresible, dolorosa a la ecopresión que mida hasta 10mm de diámetro. Además, se evidencia apendicolito de 10mm de diámetro. Presenta liquido anecogénico en cavidad pélvica en un volumen aprox. de 3 CC.

Se encuentra como diagnóstico definitivo Apendicitis Aguda, por lo cual se le programa al paciente para una cirugía.

Informe preoperatorio:

Diagnostico Presuntivo: Apendicitis aguda, Cirugía propuesta: apendicetomía abierta, Cirugías previas y anestesia: Niega, Transfusiones sanguíneas: Niega, Alergia a medicamentos: Niega, Riesgo anestesiológico: ASA I

Informe operatorio:

Operación practicada: Apendicetomía abierta, Diagnostico preoperatorio: Apendicitis aguda complicada, Diagnostico post operatorio: Apendicitis aguda

perforada, Incisión: Transversa en FID, Hallazgos: Apéndice cecal aplastrada por epiplón perforada a nivel de 1/3 medio, Base y ciego sin alteración, Secreción inflamatoria 30 ml en CID. Procedimiento paciente en decúbito dorsal obligado bajo efectos de anestesia general, Asepsia y antisepsia de campo operatorio con clorhexidina 2%, Colocación de campos estériles, Incisión Transversa en FID, Apertura por planos hasta cavidad, Apendicetomía + rafia con seda, Lavado de cavidad con NACL, Se le hizo ligadura de meso apendicular, Se deja solicitud de anatomía patológica, Paciente tolera acto operatorio y pasa a recuperación con signos vitales estables

Plan postquirúrgico:

NPO, NaCl 0.9% 1000cc – 25 gotas por min, Ceftriaxona 2gr cada 24 h, Metronidazol 450 mg cada 8h, Metamizol 1,5 gr cada 8 h, Ranitidina 50 mg cada 8 h y Control de funciones vitales.

Evolución: el Paciente se encuentra hemodinamicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, afebril, con dolor leve en herida operatoria. Niega nauseas o vómitos. Evolución favorable.

Caso clínico n.º2

Paciente masculino de 52 años, es traído por un paramédico ya que sufre trauma en la cabeza al caer de un vehículo en movimiento con pérdida de conocimiento de pocos segundos y amnesia del hecho, no ha presentado vómitos, ni convulsiones, este trauma ocurrió hace más o menos una hora.

Antecedentes: Hipertensión hace 5 años controlado con antihipertensivos (valsartan de 80mg cada 24 horas VO), hipercolesterinemia: controlado con dieta y atorvastatina de 10 mg cada 24 horas VO, Diabetes *Mellitus* II: niega, Asma: niega, TBC: niega, COVID 19: niega, reacción adversa a medicamentos: niega, hospitalizaciones u operaciones: niega

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 56 x', Frecuencia respiratoria: 19 x', Temperatura: 36°C, PA:140/90 mmHg, Saturación de oxígeno: 96%.

Examen físico:

Paciente alerta se encuentra desorienta en espacio y tiempo. Cabeza presenta hematoma que se extiende de región frontal a región occipital.

Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar >2 segundos. No palidez, no ictericia. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, audibles, no soplos. Abdomen: Blando, depresible. No Doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio. Ruidos hidroaéreos presentes. GU: PPL (-). SNC: paciente activo, irritable con pupilas reactivas a la luz, LOTEPE. Escala Glasgow 14/15. No signos meníngeos ni de focalización. Cabeza y cuello: presenta laceración cefálica frontal derecha suturada

Diagnostico presuntivo: Síndrome doloroso: D/C trauma cefálico leve

Diagnósticos diferenciales: Encefalitis, Meningitis, fractura de base de cráneo

Se le solicitan exámenes auxiliares de laboratorio y de imagen. A la reevaluación se observa lo siguiente resultados: Hemograma: Leucocitos: 8.000, Hemoglobina: 14.8, Plaquetas: 204, Glucosa: 112, Urea: 12, Creatinina: 0.48. Perfil de coagulación: Tiempo de coagulación 6.00, Tiempo de sangría: 2.00. Radiografía de cráneo: no se observan ninguna fractura en los huesos parietales, frontal u occipital.

Se plantea como Diagnóstico Definitivo: Traumatismo encéfalo-craneano leve

El plan terapéutico: Control de signos vitales y observaciones de signos de alarma por 1hrs. Tolerancia oral después de la hora

EVOLUCION: paciente se encuentra termodinámicamente estable, ventila espontáneamente, tolera vía oral, deambula sin limitación, evolución Favorable. Se procede a dar de alta y se le explica los signos de alarma.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El centro de salud San Antonio de Pedregal I-3 donde realice la primera parte de mi internado, está ubicado en Chosica en la avenida Alfonso Ugarte S/N- San Antonio De Pedregal Lima, Lima-Lurigancho. El objetivo del centro es promover la salud e integridad de las personas, promoviendo la salud mediante actividades con la comunidad, lo cual favorece a un acercamiento más directo con sus pobladores, lo cual ayuda a tener tratamientos efectivos, lo que se traduce en un mejor sistema de salud. El centro de salud cuenta con los servicios de medicina general, odontología, farmacia, servicio de obstetricia, área de tuberculosis, servicio de CRED a cargo de enfermería, laboratorio y servicio de nutrición.

El hospital de Huaycán fue donde se realizó la última parte de mi internado, dicho hospital está categorizado como un hospital de nivel II-1, ubicado en Av. José carlos Mariátegui 15479 en el distrito de Ate Vitarte, tienen como objetivo dar una adecuada atención a los pacientes no solo de la localidad de Huaycán sino cualquier paciente que este por la zona, ya que cuenta con las áreas de atención de consultas externas, atención de hospitalización, atención de emergencia e intervenciones quirúrgicas. El hospital está centrado en salvaguarda la salud y la vida de todos los pacientes sin discriminación con esta misión en mente, podemos apreciar el manejo oportuno y eficiente que tienen los servicios del hospital con el apoyo del área de investigación y docencia, la unidad ecológica y de salud ambiental. El hospital cuenta con los principales servicios divididos en departamentos como son: El Departamento de Medicina cuenta con los siguientes servicios: servicio de Medicina Interna, Gastroenterología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Neumología. El Departamento de Cirugía cuenta con los servicios de Cirugía General, de Oftalmología, Urología Traumatología y Ortopedia. El Departamento de Pediatría tiene servicios de Pediatría y Neonatología. El Departamento de Ginecología y Obstetricia poseen todos los servicios y equipamientos para estas áreas. El Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico tiene servicio de Anestesiología y centro quirúrgico además de un servicio de Recuperación Post Anestésica y Reanimación como servicios de Cirugía Ambulatoria. El hospital de Huaycán por pertenecer a la DIRIS Lima-Este y al ser un establecimiento de salud II-1 su

hospital de referencia es el Hospital Nacional Hipólito Unanue de nivel III-1 y en caso de emergencias pediátricas el instituto nacional salud del niño, utilizando la ley de emergencia podíamos referencias a nuestros pacientes al hospital que tuviera más disponibilidad en caso que nuestros hospitales de referencia no contaran con la disponibilidad esperada.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

El internado es el último año de la carrera de medicina en donde el estudiante se encargará de aplicar todo lo aprendido, en esta etapa rotará por los servicios principales como medicina interna, ginecología, pediatría y cirugía para así poder completar con su formación como médico general. En esta etapa es indispensable tener todos los conocimientos básicos bien definidos para poder aplicar la práctica junto a los pacientes, ya que existe cierta responsabilidad con ellos, la supervisión conjunta de los especialistas o médicos asistentes asignados en las diferentes áreas permitirá al interno desarrollar más sus capacidades.

3.1 Medicina interna

Caso clínico n.º 1

Se trata del caso de una paciente mujer de 30 años que llega a emergencia del servicio de medicina interna refiriendo un dolor intenso en abdomen que se asocia a náuseas y vómitos, sin tolerancia oral. Al momento del examen físico se le solicitan exámenes auxiliares de laboratorio y de imagen, los cuales no conllevan a diagnosticar una pancreatitis aguda causada por la litiasis vesicular localizada determinada al momento de los resultados de los exámenes auxiliares. La pancreatitis es una enfermedad pélvico-inflamatoria del páncreas que también afecta a los tejidos cercanos y distantes. Las causas más comunes en nuestro medio son causadas por las colelitiasis y el consumo desmedido de las bebidas alcohólicas. Su aparición clínica más frecuente es el dolor abdominal intenso enfocado en el hemiabdomen superior usualmente se tiende a irradiar a la espalda. Los exámenes auxiliares más comunes que solicitamos son: amilasa, lipasas, hemograma completo, PCR y tomografía axial computarizada o ecografía (4). El manejo de la pancreatitis aguda se basa principalmente en la reanimación con líquidos, se recomienda hacerlo lo antes posible. Los cristaloides son la opción preferida en reanimación (anexo 1). Siempre teniendo en cuenta en dejar al paciente en NPO, además tenemos que tener sumo cuidado en estos pacientes al poder cursar con vómitos excesivos, reducción de la ingesta oral o extravasación del tercer espacio, por lo cual debemos tener un

manejo para el dolor y las posibles complicaciones que se pueden presentar en estos pacientes, evaluaciones periódicas para una mejor evolución. (5)

Caso clínico n.º 2

En el caso presentado el paciente de 55 años llega al área de emergencia de medicina interna por presentar un dolor intenso y flogosis con limitación funcional en miembro superior derecho, luego de haber recibido un golpe en el hombro. El paciente tiene factores de riesgo como la diabetes y obesidad. Luego de los exámenes clínicos y auxiliares se determina el diagnóstico de una celulitis en dicho miembro. Tener en cuenta que la celulitis es una infección no necrotizante restringida al tejido subcutáneo, hipodermis y fascia superficial sin afección muscular ni articular ni en fascia profunda. Donde los agentes más comunes en esta patología son el *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. Los factores de riesgo más comunes son, obesidad, estado inmunológico disminuido o suprimido, insuficiencia venosa, cuerpos extraños (por ejemplo: Placas y clavos endomedulares) y diabetes *mellitus* (6). Según las guías prácticas se menciona que no existe la prueba GOLD para llegar al diagnóstico de la celulitis, que el diagnóstico es puramente clínico, con el examen físico y la anamnesis y datos epidemiológicos. Sin embargo, también cabe mencionar que en pacientes con factores de riesgo como en el caso mencionado puede empeorar el cuadro. Debemos realizar como protocolo exámenes auxiliares como un hemograma automatizado completo, cultivo y raspado de piel del área afectada y de ser posible un estudio de imagen (7). El tratamiento habitual para pacientes con celulitis es con antibioterapia vía oral y de no reaccionar o presentar una limitación funcional rotar a una terapia endovenosa. No olvidar del tratamiento no farmacológico como es la elevación del área afectada. Dentro de los medicamentos implementados usamos corticoides combinada con penicilina y antiinflamatorios no esteroideos (AINES) dentro de los más usados el ibuprofeno siempre adecuándolo al tipo de pacientes podemos utilizar la clasificación de Eron para pacientes con infecciones en la piel y tejidos blandos (8) (anexo 2).

3.2 Pediatría

Caso clínico n.º1

Paciente pediátrico de 3 años de edad es traído por sus padres al consultorio externo del centro de salud de San Antonio de Pedregal. Cuando se examina al paciente determinamos tratarlo como laringotraqueitis aguda o más conocida en nuestro medio como *Crup*. Es una enfermedad respiratoria comúnmente vista en menores de 3 años en un rango de edad de aproximadamente 5 meses a 3 a 4 de año. Esta patología tiende a afectar el tracto respiratorio especialmente en la laringe y/o tráquea. Se ve un aumento de esta afección en las estaciones donde temperatura tiende a disminuir y la humedad a aumentar. La presentación clínica más habitual en estos pacientes es la sinusitis que tiende a progresar, el estridor laríngeo, la sibilancia a la auscultación y la característica que lo tiende a diferenciar de otras patologías respiratorias es la famosa tos “perruna” (9). Podemos solicitar una ayuda diagnóstica como la radiografía de cuello con tórax, pero no es muy común puesto que con el examen físico y la ectoscopia casi siempre se llega al diagnóstico. El tratamiento que solemos plantear suele ser la hidratación, el uso de dexametasona VO (preparación con solución de sacarosa combinada con el corticoide) o IM si el paciente no tolera la vía oral, sumado con el tratamiento oxigenatorio a flujo bajo 5L por minuto para que la saturación se mantenga por encima de 96%; no olvidar que al nebulizar debemos monitorizar las funciones vitales cada hora. Si el paciente presenta riesgo a agravarse o tiene signos de gravedad debemos plantear la hospitalización (10).

Caso clínico n.º 2

En este caso la madre acude al centro de salud de San Antonio de Pedregal con su hijo de 8 meses luego del interrogatorio y el examen físico se determina el diagnóstico de bronquiolitis. La bronquiolitis se considera una enfermedad crónica de las vías respiratorias bajas caracterizada por dolor respiratorio, pródromos catarrales, sibilancias y/o crepitación. Es más frecuente en niños menores de 12 meses y en el 20% de los hospitales en planta de pediatría, de los cuales el 15% requiere ingreso en planta de pediatría. Esta patología está afectada en un 70-80% por el virus respiratorio sincitial (VSR), seguido de rinovirus, parainfluenza, virus influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus. Las

enfermedades respiratorias son un problema de salud en nuestra población, con más de 2,3 millones diagnosticadas en 2017 (11). La bronquiolitis a menudo se desarrolla en el verano templado, como los meses de abril a septiembre. Tiene un cuadro clínico que comienza dentro de los 3 a 5 días de los síntomas de las vías respiratorias superiores, como tos persistente con fiebre, y puede volverse difícil de obtener a medida que avanzan los días. En el examen físico son comunes taquipnea, retracciones subcostales, intercostales y supraclaviculares, sibilancias y/o estertores (12). La guía menciona que la apnea puede ser un síntoma importante de cáncer. Diarrea caracterizada por una enfermedad persistente que incluye sibilancias y estertores en niños menores de 2 años antes de que los síntomas de las vías respiratorias superiores persistan durante 3 y 5 días; En algunos casos, pueden presentarse síntomas de dificultad respiratoria como taquipnea, congestión nasal y opresión en el pecho (13).

3.3 Ginecología y obstetricia

Caso clínico n.º1

En el caso presentado es una paciente femenina de 22 años, sexualmente activa, que acude a consultorio de ginecología por presentar prurito vaginal intenso, secreción verdosa mal oliente, molestias urinarias y enrojecimiento genital. Antecedentes personales sin importancia, antecedentes obstétricos uso de método anticonceptivo. Sus funciones vitales se encuentran en los rangos normales, al examen físico buen estado general, buen estado de hidratación y buen estado de nutrición. Al examen físico genitales externos se usó un espejo en el cual se observó un eritema vulvogenital y el exocervix con hemorragias subepiteliales puntiformes, dando un aspecto de fresa. Se observa una secreción verdosa y mal oliente abundante. Por el cual su diagnóstico definitivo es de Tricomoniasis, por el cual recibe tratamiento antimicrobiano. Las infecciones vaginales son una de las causas más frecuentes de consultas ginecológicas dentro de estas infecciones podemos encontrar a la vaginitis candidiasica, tricomoniasica y la vaginosis bacteriana. Según su epidemiología la Tricomoniasis vaginal es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente, en la cual se aproxima que 5 millones de mujeres la padecen, tiene un 25% de incidencia a nivel mundial. La transmisión de este parasito es netamente sexual, lo más preocupante de esta infección es que se ha visto relacionada al incremento de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los factores de riesgo más asociados a esta infección es el uso de dispositivo intrauterino, consumo de tabaco y número de parejas sexuales (14). Cuando esta infección se diagnostica durante la gestación se relacionado a un incremento de la rotura prematura de membranas, parto pre-término y bajo peso al nacer (15). Según la etiología este parasito es un protozoo móvil, anaeróbico, de forma ovoide. Las manifestaciones clínicas a veces no son tan sensibles ni específicas, el 50% es asintomáticos. La sintomatología aparece dentro del 5to y 28vo día, las manifestaciones clínicas más frecuentes están el aumento de la secreción vaginal, que es mal oliente, enrojecimiento de la mucosa vaginal, prurito vaginal y dispareunia. Para poder hacer un buen examen físico se solicita el uso de un espejo donde podrás observar pequeñas úlceras rojas en la pared vaginal “fresa”, la secreción vaginal es de un aspecto

amarillenta- verdosa y espumosa. El diagnóstico es el examen fresco de secreción vaginal, en el cual te permitirá ver a este parásito flagelado. Este examen tiene una sensibilidad de 70%. Respecto al tratamiento de esta enfermedad es que todas las mujeres deben ser tratadas así sean sintomáticas o asintomáticas, lo más óptimo es que la paciente reciba un tratamiento sistémico en el cual constara de metronidazol de 500mg dos veces al día por 7 días. Para la prevención de la Tricomoniasis se debe incluir en el tratamiento a la pareja sexual de la paciente infectada, abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta la curación de este (16) (17).

Caso clínico n. °2

En este caso de una mujer de 33 años que llega a emergencia del servicio de ginecología y obstetricia, siendo una gestante de 13 semanas con 3 días por ecografía de I trimestre que viene con dolor abdominal y sangrado vaginal, se logra evidenciar un aborto retenido luego de haber realizado la ecografía trasvaginal. Se categoriza como aborto retenido cuando el producto no tiene movimiento cardíaco y no puede ser eliminado espontáneamente. Este suceso puede ser causada por distintos orígenes como son la mola completa o parcial, tumores trofoblasticos o coriocarcinomas y más habitualmente por malformaciones de origen cromosómicos. Usualmente cuando se trata de un aborto nuestro manejo es expectante pero cuando el embrión no logra salir y sea espontáneamente o usando misoprostol se deberá realizar un aspirado manual endouterino comúnmente conocido como AMEU (18).

3.4 Cirugía general

Caso clínico n.°1

En el servicio de cirugía, el paciente masculino de 28 años que ingreso a emergencia por un dolor abdominal tipo cólico con un tiempo de evolución de 6 horas mostrando una sintomatología de dolor abdominal, fiebre, náuseas y vómitos. Sus funciones vitales al ingreso eran inestables, ya que tenía una temperatura elevada, antecedentes personales sin importancia. En el servicio de cirugía se determina como diagnóstico definitivo Apendicitis Aguda. Como ayuda para el diagnóstico se solicitaron exámenes como un hemograma en el cual se aprecia leucocitosis, también se solicita una ecografía en donde se aprecia un

apendicolito de 10mm de diámetro, liquido anecogénico en cavidad pélvica en volumen aprox. De 3cc. Por lo que Posteriormente el médico especialista determina que este debe ser programado lo más antes posible para sala de operaciones. La apendicitis aguda se encuentra en una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico, la incidencia de esta patología se encuentra dentro de la segunda década y la cuarta década de vida. Según la epidemiología de esta, es más frecuente en el sexo masculino siendo 1.3:1 entre hombres y mujeres (19). Una de las teorías que explica su aparición es porque algunos no ingieren mucha fibra en su dieta, y esta ocasiona que haya una mayor presión intracolica con formación de fecalitos, por lo cual llevaría a una obstrucción de la luz apendicular produciendo un proceso inflamatorio agudo de importancia. Dentro de las causas más frecuentes, se encuentran los fecalitos, en primer lugar, la hiperplasia linfoidea y por ultimo parásitos intestinales. El diagnóstico para la apendicitis aguda es exclusivamente clínico, por ello es necesario realizar una correcta historia clínica, y hacer una buena exploración física para que puedan acertar con el diagnostico; en la práctica clínica usamos la escala de Alvarado (anexo 3) como un apoyo para concebir un adecuado plan terapéutico para los pacientes y poder descartar o confirmar nuestra sospecha diagnostica de apendicitis aguda. Es muy importante hacer un diagnóstico precoz ya que si no se hace hay una posibilidad de incrementar la morbimortalidad (20). La apendicitis tiene una etapa inicial donde el dolor se incrementa en un tiempo de 12 a 24 horas, este se presenta en un 95% de los pacientes. Otro de los síntomas más frecuentes en los adultos es la anorexia 60%. El 25% de los pacientes acuden a la emergencia por presentar un dolor en el cuadrante inferior derecho. Al momento de hacer la inspección en estos pacientes se puede notar que ellos tienen una posición antalgica, también la hay una elevación de la temperatura de 37.5 a 38 °C. la palpación abdominal muestra un rebote positivo. Dentro de los puntos dolorosos se encuentra el punto de Mc Burney que se encuentra dentro de la unión del tercio medio con el inferior al trazar una línea imaginaria entre el ombligo y la cresta iliaca derecha. El signo del obturador se puede evidenciar cuando se flexiona la cadera y se coloca la rodilla en Angulo recto, realizando una rotación interna de la extremidad inferior. Dentro de los exámenes de laboratorio la manifestación más común es la elevación de los leucocitos a 15,000 mm³ y elevación del PCR. Otro examen auxiliar es el ultrasonido o la

ecografía consta de la visualización de una imagen tubular, que se localiza en la fosa iliaca derecha, con un diámetro transversal mayor de 6mm y una pared engrosada mayor de 2 mm. El tratamiento para la apendicitis es quirúrgico y el uso de antibióticos en el pre y post operatorio debe ir según sea el microorganismo (21).

Caso clínico n. °2

En siguiente caso es un paciente masculino de 52 años que es traído por personal asistencial, refiriendo que tuvo un golpe fuerte en la cabeza, que fue producto a una caída de un vehículo en movimiento, presento pérdida del conocimiento de pocos segundos y de la memoria del accidente. Niega náuseas y vómitos. Este paciente cuenta con algunos antecedentes de importancia como Hipertensión arterial controlada y actualmente se encuentra en tratamiento para hipercolesterinemia. Sus funciones vitales se encuentran dentro de los rangos normales, al examen físico paciente desorientado, Glasgow 13/15, no signos meníngeos, no signos de focalización. se le solicitaron algunos exámenes auxiliares y de imágenes, las cuales fueron un hemograma en el cual no se evidencio ninguna anormalidad y una Radiografía de cráneo en la cual no mostraba ninguna fractura. No se pudo solicitar una TAC ya que el centro de complejidad del establecimiento de salud era bajo, pero con el correcto examen físico que se le realizo al paciente se pudo determinar que estábamos frente a un TEC leve, por lo cual se lo mantuvo en observación por unas 2 horas, para posterior empezar con la tolerancia oral y dar el alta correspondiente según se la evolución del paciente. El traumatismo craneoencefálico cerrado es una de las consultas más frecuentes en la emergencia en todos los centros hospitalarios tanto de baja y alta complejidad (22). La evaluación y el manejo en los pacientes que sufren esta patología es muy importante ya depende mucho de la disponibilidad de la tecnología del establecimiento y la experiencia del médico tratante. La clasificación de los TEC es en leve, moderado y severo, en el que se considera severo aquel que presenta una escala Glasgow menor o igual a 8, TEC moderado se clasifica a un Glasgow 9 – 12 y TEC leve a un Glasgow 13 – 15. El TEC leve presenta menos complicaciones en cuanto a diagnosticarlo, pero se debe tener en cuenta que en algunos pacientes puede presentarse con daño intracraneal o sin daño intracraneal. El único objetivo que debe tener frente a

esta patología es disminuir el riesgo de mortandad, también de prevenir el daño neurológico por lesiones potencialmente evolutivas. Para poder identificar un traumatismo exclusivo cerrado y menor, debe tener las siguientes características como pérdida de conocimiento pasajera, menos de un minuto, amnesia pos trauma, convulsión breve inmediata después del traumatismo, cefalea, estado de conciencia normal, examen neurológico normal, vómitos después del traumatismo. Para poder clasificar si tu paciente con TEC debe recibir tratamiento ambulatorio o hospitalarios debes tener las siguientes manifestaciones (23). Cuando nos hay pérdida de conocimiento ni convulsiones y el examen inicial es normal. Pues la observación será en domicilio, pero no debes olvidar explicar a tu paciente que a cualquier signo de alarma debe acercarse a la brevedad a cualquier establecimiento de salud. Otra manifestación es cuando el paciente se encuentra con pérdida de conocimiento breve y también se observa convulsión breve en el momento del trauma, amnesia del episodio, cefalea y vómitos o letargia, edad mayor de 2 años, examen físico normal, estado de conciencia normal. En estos casos los pacientes que presentan pérdida de conocimiento de breve duración se debe considerar como un factor de riesgo de injuria intracraneana, es por ello que se considera la observación clínica debe ser una de las conductas a seguir más importantes, es recomendable que en estos casos se deba hacer una orden para una tomografía axial computarizada (24).

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Mi internado medico la última etapa como estudiante de medicina, esta fue dividida en dos etapas una en un centro de salud y la otra en el hospital.

El internado comenzó en el 1 de junio en el centro de salud de San Antonio de pedral en el distrito de Chosica donde iba a rotar las especialidades de medicina general y pediatría, mi horario era de lunes a sábado desde las 8 am. hasta las 2 pm. Durante 10 meses. Mi labor era apoyar a las actividades del centro de salud no solo en el ámbito de consultorio sino en las distintas áreas que necesitaran apoyo, siendo participe de actividades de prevención de salud, teniendo un mejor acercándome a la población lo cual ayuda a tener un tratamiento más eficaz e individualizado para cada paciente.

La otra etapa del internado fue en el hospital de Huaycán comenzó el 1 noviembre con una jornada de lunes a domingo para completar mis 150 horas en cada rotación que iba a tener las cuales eran en el área medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, y cirugía, aunque cada área solicitaba más horas para los internos por la afluencia de pacientes por lo cual fui programado en aproximadamente 250 horas en cada rotación, pero todo sea con el afán de convertirme en un mejor médico y sobre todo en un gran profesional.

El primer servicio que rote fue medicina interna en el cual atendía el área de emergencia, UVI, hospitalización y el área de observación. Realizaba guardia diurna de 7 am. a 7pm. y nocturnas de 7 pm a 7 am. Pude realizar curaciones a los pacientes hospitalizado y múltiples procedimientos como tomar AGAs, poner sondas naso gástricas, toracentesis, entre otros.

Mi segunda rotación fue en el servicio de pediatría donde pude atender el área de emergencia, consultorios externos, área hospitalización conjunta y área de neonatología. Mi jornada académica en el servicio podían ser diurnas o nocturnas, aprendí el manejo del recién nacido y cómo actuar frente a emergencias pediátricas.

La tercera rotación fue el servicio de ginecología y obstetricia, donde apoye en áreas como consultorio externo, área de emergencia, centro obstétrico y patológico, el área de ecografía y el área de hospitalización. En el servicio atendí

partos eutócicos como cesárea, realización de AMEUs o legrados, controles ginecológicos, monitorización fetal, entre otras actividades.

Mi cuarta y última rotación fue en el servicio de cirugía que estaba combinado con el servicio de traumatología donde pude atender el área de emergencia, consultorio externo y hospitalización. En este servicio entre reiteradas veces a sala de operaciones para apoyar al médico asistente, realicé suturas con apoyo de los cirujanos pude mejorar mis técnicas en los distintos tipos de suturas y aprendí colocar la sonda Foley usualmente eran pacientes con globo vesical. Al momento de pasar visita médica en el área de hospitalización tenías que llegar con 2 horas de anticipación debido a la gran cantidad de pacientes que se hospitalizaban en esa área.

CONCLUSIONES

1. Esta última etapa en la carrera del estudiante de medicina es fundamental, ya que gracias a ello el interno puede desarrollar más capacidades y así ayudar a su formación académica, ya que es guiado junto a especialistas en los diferentes servicios de rotación.
2. El interno de medicina durante el internado desarrolla esa responsabilidad con sus pacientes y ayuda en su relación médico –paciente.
3. Los diagnósticos establecidos por los internos conjuntamente con sus asistentes o médicos residentes le ayudan fomentar mayor seguridad y una mejor toma de decisión frente a los diferentes casos presentados.
4. La identificación rápida de pacientes de alto y bajo riesgo te permite brindar al paciente un correcto tratamiento y manejo.
5. El hospital de Huaycán a pesar de ser un hospital de baja complejidad y no contar con todas las especialidades, permite experimentar a sus internos las experiencias necesarias para que puedan enfrentarse a la situación real de nuestro Perú.

RECOMENDACIONES

- Unos de los factores más importante en el internado es el respeto que todo personal de salud de tu hospital merece médicos, residentes, técnicos, enfermeros, vigilantes conductores, obstetras, etc. Para que así puedas conseguir un buen ámbito laboral y puedas desempeñar todas tus habilidades de la mejor manera.
- Es fundamental que durante el internado tu hospital deba tener un espacio adecuado para el interno como comedores, aulas de estudio y áreas de descanso. ya que es primordial que el interno cuente con estas áreas y así puede ejercer mejor sus actividades.
- Se debe contar con reparto adecuado de equipos de protección personal para el interno, ya que dentro de sus funciones es atender directamente al paciente por lo cual estará expuesto a muchos riesgos.
- Durante el internado es necesario que los médicos y residentes que se encuentran en los diferentes servicios donde serás asignado, pongan en práctica tus habilidades y despejen todas tus dudas para que así puedas desenvolverte con mayor confianza en tus diferentes rotaciones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. López Lucy, Portugal Walter, Huamán Karen, Obregón Cristian. Efectividad de vacunas COVID-19 y riesgo de mortalidad en Perú: un estudio poblacional de cohortes pareadas. An. Fac. med. [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Abr 12]; 83(2): 87-94. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832022000200087&lng=es. Epub 09-mayo-2022. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i2.21531>.
2. IPE. Evolución de la pobreza regional 2004-2021 | Tablero interactivo | IPE [Internet]. Instituto Peruano de Economía. 2022 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ipe.org.pe/portal/evolucion-de-la-pobreza-regional-2004-2021/>
3. La mortalidad materna en Perú se redujo un 51 % en primer semestre de 2022 [Internet]. SWI swissinfo.ch. 2022 [citado el 13 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.swissinfo.ch/spa/per%C3%BA-maternidad_la-mortalidad-materna-en-per%C3%BA-se-redujo-un-51---en-primer-semestre-de-2022/47696210
4. Vera Carrasco Oscar. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2011 [citado 2023 Abr 13]; 17(1): 47-59. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100009&lng=es.
5. Vera Carrasco Oscar. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2011 [citado 2023 Abr 17]; 17(1): 47-59. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100009&lng=es.
6. Celulitis bacteriana y la piel edematosa, caliente o con ampollas [Internet]. Medicina y Salud Pública. [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en:

- <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/infectologia/celulitis-bacteriana-y-la-piel-edematosa-caliente-o-con-ampollas/18737>
7. Benaiges A. Concepto, clasificación y tratamiento de la celulitis. *Offarm* [Internet]. el 1 de mayo de 2003 [citado el 13 de abril de 2023];22(5):78–88. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-concepto-clasificacion-tratamiento-celulitis-13047748>
 8. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. el 1 de marzo de 2019 [citado el 17 de abril de 2023];110(2):124–30. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253>
 9. Arroba Basanta ML. Laringitis aguda (Crup). *An Pediatr (Barc)* [Internet]. el 2 de junio de 2003 [citado el 13 de abril de 2023]; 01:55–61. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-laringitis-aguda-crup--articulo-13054787>
 10. Vista de Actualización en crup viral para médicos de atención primaria | *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos* [Internet]. [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/126/220>
 11. Chirinos-Saire Y, Reyna-García R, Aguilar-Huauya E, Santillán-Salas C. Virus respiratorios y características clínico-epidemiológicas en los episodios de infección respiratoria aguda. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. el 1 de febrero de 2021 [citado el 17 de abril de 2023];101–7. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/6346>
 12. Navarro Gutiérrez Julio, Roque-Quezada Juan Carlos, Virú-Flores Horus, Alburquerque-Melgarejo Joseph, Saldaña Diaz Claudia Veralucia. Factores asociados a bronquiolitis en pacientes menores de 2 años atendidos en un hospital de referencia del Perú. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2022 Apr [cited 2023 Apr 17]; 49(1): 21-26. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032022000100021&lng=en.
<https://doi.org/10.31698/ped.49012022004>.

13. Huaypar FESC, Jugo Rebaza , Aliaga Calderón. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS. resolución magisterial. Lima,Peru: Minsa, Lima; 2019. Report No.: 556. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
14. Carrada-Bravo T. Tricomoniasis vaginal. Informe de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2006;53(3):151-156.
15. Gülmezoglu AM, Azhar M. Interventions for trichomoniasis in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2011 [citado el 17 de abril de 2023];(5). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000220.pub2/full/es>
16. Santos Diéguez I. Tricomoniasis, una visión ampliada. Iatreia [Internet]. 28 de marzo de 2014 [citado 17 de abril de 2023];27(2):199-205. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/14078>
17. Cancelo Hidalgo MJ, Cancelo Hidalgo C, Chavida García F. Vaginitis por Trichomonas. Semergen [Internet]. el 1 de marzo de 2005 [citado el 14 de abril de 2023];31(3):121–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-vaginitis-por-trichomonas-13072712>
18. 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 2023 Abr 17] ; 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>.
19. Tejada-Llacsá Paul J., Melqarejo-García Giannina C.. Incidencia de apendicitis aguda y su relación con factores ambientales, Perú, 2013. An. Fac. med. [Internet]. 2015 Jul [citado 2023 Abr 17] ; 76(3): 253-256. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000400005&lng=es.

20. Herrera CL, Joffe FJ, Llamas PLE. Errores en el diagnóstico de apendicitis aguda en ancianos. Estudio de un caso clínico y revisión de la literatura. *Cir Gen.* 2016;38 (3):149-157. doi:10.35366/70349
21. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Rev.méd. sinerg.* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 14 de abril de 2023];4(12): e316. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>
22. Rojas Medina , Arias Coronel ME. Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013. tab., graf., map. Lima: MINSA, Lima, Perú; 2013. Report No.: ISBN.
23. Cam Páucar Juan Luís. Manejo inicial del paciente con trauma craneoencefálico e hipertensión endocraneana aguda. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2011 Ene [citado 2023 Abr 17] ; 28(1): 39-45. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000100007&lng=es.
24. PREGO PETIT JAVIER. Guía de atención del paciente con traumatismo encéfalocraneano leve. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2001 Nov [citado 2023 Abr 14]; 72(Suppl 1): S63-S67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492001000500011&lng=es.

ANEXOS

Anexo 1

Tipos de cristaloides	
Lactato de Ringer	<p>se asocia con una reducción de los niveles de PCR.</p> <p>Tiene un efecto antiinflamatorio útil en pacientes con pancreatitis aguda</p>
Cloruro de sodio 0.9%	<p>Contiene 154 meq de Na y Cl.</p> <p>Amplio uso para reponer agua y electrolitos</p> <p>Útil en estado hiperglicemicos y estados hiperosmolares</p>
Solución glucofisiologica	<p>Mezcla de dextrosa al 5% y solución salina al 0.9%</p> <p>Proporciona un aporte calórico y electrolítico</p> <p>Útil en shock hipovolémicos y en ajuste de ácido base</p>

Anexo 2

Clasificación de Eron			
Clase 1	Afebril y saludable.	Tto. Por Via oral.	Manejo ambulatorio.
Clase 2	Febril y enfermo pero sin comorbilidades.	Tto. Por via Intravenosa.	Observación por 48 y plantear manejo hospitalario.
Clase 3	Apariencia alterada o con al menos comorbilidades,	Tto. Por via Intravenosa.	Manejo hospitalario.

	también se considera si la infección amenaza la pérdida de una extremidad.		
Clase 4	Síndrome séptico o bien la vida del paciente corra peligro.	Tto. Intravenoso con/sin debridamiento quirúrgico.	Manejo hospitalario.

Anexo 3

Escala de Alvarado	
Migración del dolor	1
Anorexia	1
Nausea/vomito	1
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo del rebote positivo	1
Fiebre	1
Leucocitos	2
Desviación a la izquierda de neutrófilos	1

9-10 puntos: dx confirmatorio de apendicitis

>7 puntos: alta probabilidad diagnóstica de apendicitis

6-5 puntos: mantener al paciente en observación y considerar un estudio de imagen

<4 puntos: baja probabilidad diagnóstica de apendicitis