

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
CENTRO DE SALUD COMAS Y HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
JUAN ALONSO JAQUE BRIOS

ASESOR
RONAL CACHI JURADO

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 DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO
DE SALUD COMAS Y HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA
HOZ 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

JUAN ALONSO JAQUE BRIOS

ASESOR

DR. RONAL CACHI JURADO

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo en primer lugar a Dios por permitirme gozar de vida y salud, también por brindarme las fuerzas necesarias para lograr esta nueva meta.

A mi padre por siempre haber confiado en mí y ser mi más claro ejemplo de vida y profesionalismo, a mi madre por su amor infinito y por los cafés a las 4 de la mañana, a mi hermana por su apoyo constante en todo momento.

A mi novia Natalia por ser mi soporte en todo momento y tener las palabras exactas para ayudarme a afrontar cualquier problema.

A toda mi familia por su cariño incondicional. Y especialmente a mi abuela Fermina, en el cielo, que siempre creyó en mi persona y soñó con verme convertido en médico.

Juan Alonso Jaque Bríos

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater, la Universidad San Martín de Porres, por permitirme ser parte de esta casa estudios y por los años de excelente formación académica y profesional que me dieron la oportunidad de conocer gente excelente, entre compañeros y doctores.

Al Centro de Salud Comas y su amable personal, que me recibieron y guiaron de la mejor manera en los primeros cinco meses de internado médico, donde pude rotar por los servicios de Medicina Interna y Pediatría. Gracias por enseñarme el tan noble trato y compromiso en el primer nivel de atención y pasión por la vida humana.

Al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que fue mi segunda sede de internado médico durante cinco meses donde pude rotar por Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Pediatría. A su diverso y capacitado personal médico y asistencial quienes compartieron conocimientos, experiencias y apoyo académico de manera desinteresada que me ayudó a forjar mi carácter y desempeño frente a situaciones complejas.

ÍNDICE

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

RESUMEN

El internado médico es la etapa final de prácticas de la carrera de medicina humana, donde se realiza una serie de rotaciones en las distintas áreas como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología-Obstetricia y Cirugía General en este caso de los centros de salud designados por la universidad, tales como Centro de Salud Comas y Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; con una duración de 10 meses, donde se reforzaron conocimientos, basado en el trato directo del interno con el paciente, proyectado a resolver patologías aplicando conocimientos adquiridos en los años transcurridos esperando una evolución favorable. Todo ello con la finalidad de ser reconocidos como médicos profesionales. En el presente informa se detallará los dos centros de rotación, se especificarán tareas designadas por los residentes y médicos asistentes a cargo del área correspondiente, tomando en cuenta las fortalezas y debilidades que se presentaron durante el proceso; a su vez se describirán con profundidad ciertos casos clínicos seleccionados.

Objetivo: Describir la importancia y forma adecuada de manejo de casos clínicos durante la etapa del internado de medicina.

Materiales y métodos: Como material de estudio se consideró a los pacientes que acudieron por atención al Centro de Salud Comas y Hospital Lanfranco La Hoz, específicamente la cantidad de dos casos clínicos por área de rotación comprendidos de junio 2022 a marzo 2023.

Resultados: Medicina Interna: Caso n°1: Femenina de 24 años acude con disuria, fiebre presenta diagnóstico definitivo de Infección de tracto urinario alta. Caso n°2: Varón de 40 años acude con tos, disnea y dolor torácico, presenta diagnóstico de Neumonía adquirida en la comunidad. Cirugía General: Caso n°1: Paciente de sexo masculino acude con síndrome doloroso abdominal agudo presenta diagnóstico definitivo de Apendicitis Aguda. Caso n°2: Mujer de 64 años refiere dolor abdominal en constantes oportunidades durante 10 meses, presenta diagnóstico de Colecistitis crónica calculosa. Ginecología - Obstetricia: Caso n°1: Gestante de 32 años acude con cefalea y dolor tipo contracciones presenta diagnóstico de preeclampsia. n°2: Paciente femenina de 53 años refiere sangrado uterino anormal presenta diagnóstico de miomatosis uterina. Pediatría: Caso n°1: Paciente de 2 años presenta deposiciones líquidas en más de 3 oportunidades, presenta diagnóstico de enfermedad diarreica aguda. Caso n°2: Recién nacida de 38 semanas con 40 horas de vida con pobre reflejo de succión y coloración amarilla en cara y tórax presenta diagnóstico de ictericia neonatal por lactancia materna fallida.

Conclusiones: El internado es la última etapa de la carrera de medicina humana, en el cual cada estudiante logró afianzar conocimientos, que se obtuvieron de manera experiencial, esenciales para el desarrollo profesional.

ABSTRACT

The medical internship is the final stage of professional practices in the human medicine career, where a series of rotations are carried out in different areas such as Internal Medicine, Pediatrics, Gynecology-Obstetrics and General Surgery, in this case in health centers designated by the university, such as Comas Health Center and Carlos Lanfranco La Hoz Hospital; with a duration of 10 months, where the knowledge was reinforced, based on the direct treatment of the intern with the patient, designed to solve the pathologies by applying the knowledge acquired in the years that have elapsed, waiting for a favorable evolution. All this with the purpose of being recognized as professional doctors. In this report, the two rotation centers will be detailed, tasks designated by the residents and attending physicians in charge of the corresponding area will be specified, taking into account the strengths and weaknesses that arose during the process; In turn, certain selected clinical cases will be described in depth.

Objective: Describe the importance and appropriate way of managing clinical cases during the medical internship stage.

Materials and methods: As study material, the patients who came for care at the Comas Health Center and Lanfranco La Hoz Hospital will be required, specifically the number of two clinical cases per rotation area divided from June 2022 to March 2023.

Results: Internal Medicine: Case n°1: A 24 years old female with dysuria, fever, presents a definitive diagnosis of upper urinary tract infection. Case n°2: A 40 years old man presented with cough, dyspnea, and chest pain, with a diagnosis of community-acquired pneumonia. General Surgery: Case n°1: Acute male patient with acute abdominal pain syndrome presents a definitive diagnosis of Acute Appendicitis. Case n°2: A 64 years old woman reports abdominal pain on constant occasions for 10 months, she presents a diagnosis of chronic calculous cholecystitis. Gynecology – Obstetrics: Case n°1: A 32 years old pregnant woman with headache and contraction-type pain presented with a diagnosis of preeclampsia. n°2: A 53 years old female patient reports abnormal uterine bleeding and is diagnosed with uterine myomatosis. Pediatrics: Case n°1: A 2 years old patient presented liquid stools on more than 3 occasions, presented with a diagnosis of acute diarrheal disease. Case n°2: A 38 weeks old newborn with 40 hours of life with a poor sucking reflex and yellow coloration on the face and thorax presents a diagnosis of neonatal jaundice due to failed breastfeeding.

Conclusions: The internship is the last stage of the human medicine career, in which each student had managed to consolidate knowledge, which was obtained experientially, which were essential for professional development.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL CENTRO DE SALUD COMAS Y HOS
PITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 20
22**

AUTOR

JUAN ALONSO JAQUE BRIOS

RECuento DE PALABRAS

11765 Words

RECuento DE CARACTERES

66665 Characters

RECuento DE PÁGINAS

48 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

123.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 20, 2023 4:48 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 20, 2023 4:50 PM GMT-5

● **11% de similitud general**

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 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



Dr. Ronald Cachi Jurado
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8770-3850>

INTRODUCCIÓN

El internado médico en el Perú es la última etapa de formación en el estudiante de medicina, en el cual se pone en práctica todos los conocimientos adquiridos previamente, logrando así desenvolverse en el ámbito hospitalario y fortaleciendo la relación médico-paciente. Esta etapa es trascendental para la formación del profesional de salud, preciso a que conllevaba una gran responsabilidad, no solo con la universidad o establecimiento de salud en el cual nos desenvolvemos, sino también con los pacientes, ya que son estos los que nos brindan su confianza para ayudar a enfrentar las dolencias que los aquejan, y que nos permiten darnos cuenta de que no solo se trata enfermedades, si no personas.

El presente informe describe el trabajo de suficiencia personal realizado por un interno cuya rotación se llevó a cabo en el Centro de Salud Comas y el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz desde Junio del 2022 hasta Marzo del 2023, pese a que significó un gran reto el iniciar esta etapa, luego de haber pasado circunstancias como la pandemia por COVID 19 y el cambio de estrategias de enseñanza y aprendizaje, como las clases virtuales y el no haber ejecutado prácticas clínicas de manera presencial, pude acoplarme de manera rápida al ritmo de trabajo de los centros de salud, adoptando nuevas costumbres como el uso diario de los equipos de protección personal (EPP) y el poco contacto con los pacientes, que nos serviría como método de barrera para ayudar a prevenir el contagio de esta enfermedad. En los primeros 5 meses de internado médico pude desenvolverme de manera fluida por las distintas áreas que tenía el Centro de Salud Comas, principalmente en los consultorios de Medicina General donde se atendían 15 citas programadas en el turno mañana y 15 citas para el turno tarde, habiendo oportunidades en las que autorizaba atender casos adicionales dependiendo de la necesidad del paciente, también se logró hacer desarrollar actividades en el Laboratorio clínico del establecimiento, tomando muestras y dando lectura a resultados analizados previamente; alrededor de un mes se rotó por el servicio de vacunación y otro mes por el programa de control de tuberculosis, ambas de manera interdiaria. En la segunda mitad del internado, pude extender las prácticas médicas por 5 meses, en el Hospital Carlos

Lanfranco La Hoz, ubicado en Puente Piedra, donde nos distribuirían a los internos de medicina por los cuatro servicios en un periodo de rotación de 1 mes y 1 semana, aquí nos brindarían un horario de ingreso y salida según la especialidad en que nos encontremos.

El presente informe tiene como objetivo describir la experiencia adquirida en estos 10 meses y la importancia del internado médico en el que se logra fortalecer la correcta toma de decisiones y la consolidación de conocimientos prácticos y teóricos que ayudaran en el futuro profesional de cada médico. Se describen 2 casos clínicos de patologías frecuentes, a elección del autor de los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología- Obstetricia y Pediatría; a su vez la descripción de los centros de salud ya mencionados y el desempeño del autor en estos.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se presentarán dos casos clínicos por rotación en el que pude aprender, desenvolverme y poder manejar durante las 4 rotaciones, sumando parte de mi experiencia durante el internado en el Centro de Salud Comas y el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Parte del manejo médico se llevó a cabo dentro de los 5 primeros meses en el Centro de Salud Comas evidenciando patologías frecuentes que Podrían tratarse en el primer nivel.

La primera rotación en el Hospital de Puente Piedra fue el de medicina interna, en este servicio el horario de ingreso era a las 5:30 am y culminaba a las 2pm, contaba con guardias diurnas una vez por semana con un horario de 6 am hasta las 7pm del mismo día. El área de medicina contaba con un tópico de emergencias, un área designada para observación y dos ambientes de hospitalización divididos según su resultado de muestra de covid 19.

Caso clínico N° 1

Paciente DAEJ, de 24 años, de sexo femenino, procedente de Comas, nacida en Lima, estudiante, soltera y de religión católica.

Acude a consultorio por presentar hace 4 días prurito en región genital, asociado a dolor al miccionar, dolor lumbar y fiebre cuantificada en dos oportunidades. Niega otras molestias.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes patológicos: Niega enfermedades previas niega reacción alérgica a medicamentos.

Funciones vitales: 78 x min, FR: 17 x min, PA: 110/70 Sat O2: 98% T: 36.8.

Al examen físico paciente se encuentra en aparente buen estado general, colaboradora, Puño percusión lumbar bilateral positiva, resto de sistemas sin alteración. Se solicita realizar un examen completo de orina encontrándose leucocitos 50-60 por campo, escasos gérmenes, ausencia de hematíes. Después

de reevaluar con estos resultados se le solicita a la paciente realizarse un urocultivo de forma privada debido a que el centro de salud no cuenta con este examen, Y era la manera con la que se podría tener certeza del diagnóstico y a su vez detectar el microorganismo causante de la infección y la sensibilidad o resistencia a los antibióticos. Plan: Se inicia tratamiento vía oral con Levofloxacino 500mg 1 tableta por día cada 24 horas por 7 días, y paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días o condicional a fiebre o dolor. A los 3 días paciente acude a consulta nuevamente con resultados de urocultivo que indican como agente causante a E. Coli, a su vez informan sensibilidad a levofloxacino, Por lo que se decide continuar tratamiento de forma ambulatoria.

Caso clínico N° 2

Paciente JCGT, varón, de 40 años , procedente de Comas, nacido en Callao, independiente, soltero.

Acude a consultorio refiriendo que desde hace 4 días presenta tos seca, que asocia a ingesta de bebidas heladas el día anterior a inicio de síntomas, además refiere dolor torácico y fiebre cuantificada en dos ocasiones. Un día antes del ingreso a consulta refiere sensación de falta de aire y cansancio. Niega contacto con personas contagiadas por COVID -19. Niega náuseas, niega vómitos, niega otras molestias. Antecedentes familiares: Madre con hipertensión arterial, padre sano. Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial en tratamiento, niega reacción adversa a fármacos, niega transfusiones, niega hospitalizaciones previas.

Funciones vitales: 86 x min, FR: 19 x min, PA: 120/70 Sat O2: 97% T: 38.0.

Paciente activo, colaborador, orientado en espacio, persona y tiempo.

Al examen físico: No alteraciones en piel, adecuado llenado capilar, adecuada Piel y TCSC: Tibia / elástica / hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. Tórax y Pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, no tirajes, no uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo con presencia de crépitos del mismo lado. Resto de sistemas sin alteración. Ante la evidencia de una patología pulmonar se decide solicitar prueba COVID-19 por la actual situación sanitaria, hemograma completo, PCR y

rayos X de tórax. Se reevalúa con resultados: Prueba antígeno COVID-19: Negativo, Hemograma: Leucocitos 13000, hemoglobina 15, plaquetas 32000, resto sin alteración. PCR:2.14, la radiografía se observa patrón de condensación pulmonar en el lado izquierdo con aumento de la trama vascular. Teniendo los resultados de laboratorio, imágenes, más la clínica del paciente, se establece el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad sin signos de severidad. Plan: se decide iniciar tratamiento ambulatorio con levofloxacino 750mg 1 tableta cada 24 horas por 7 días por vía oral y paracetamol 1g cada 8 horas por 3 días vía oral para contrarrestar la fiebre. Previo al alta se informa los signos de severidad que debe tener en cuenta como aumento de la frecuencia respiratoria, dificultad para respirar, fiebre persistente o disminución en la saturación de oxígeno.

I.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

La segunda rotación en el Hospital Lanfranco La Hoz fue cirugía general, esta inició el día 09 de noviembre del 2022 y concluyó el 15 de enero del 2023. En esta rotación los internos tenían un horario de acuerdo con el área que se le había asignado. Para el tópico de emergencia se encontraba dividido en dos turnos, el turno mañana iniciando a las 5:30 am hasta las 2 pm, y el turno tarde de 1pm hasta las 8pm, en esta área se realizaban guardias diurnas una vez por semana, aquí se observarían distintos casos como patologías por dolor abdominal, pacientes policontusos por accidentes de tránsito, heridas por mordeduras caninas, heridas por armas blanca o arma de fuego, entre otras, aquí la función del interno era medir las funciones vitales, llenar la historia de emergencia y una correcta historia clínica, así como curaciones o sutura de poca complejidad, siempre siendo supervisados por médicos residentes o especialistas. En este área se valoraba la estabilidad hemodinámica del paciente, si se encontraba estable, la función del interno era la ya antes mencionada además de preparar al paciente, los paquetes quirúrgicos necesarios, lista de medicamentos faltantes, verificar y efectivizar los exámenes de laboratorio o imágenes solicitados, de esta manera el interno “ganaba” su pase de ingreso a sala de operaciones con el paciente; el si en caso el paciente se encontraba hemodinámicamente inestable, y requería de una cirugía de

emergencia esta se priorizaba. Por otra parte en el área de hospitalización el horario de ingreso estaba establecido a las 5 am y culminaba a las 2 pm, la función aquí era la de evaluar diariamente y de manera constante a los pacientes para poder hacer las evoluciones y presentar los casos clínicos en el horario de visita médica. Finalmente, una vez a la semana se realizaba una guardia diurna por el servicio de traumatología, iniciando esta por la realizar la evolución de los pacientes hospitalizados y posterior a esta acudir al tópico de emergencias de esta especialidad, donde se recibían pacientes con luxaciones, fracturas expuestas, entre otras.

Caso clínico N° 1

Paciente FOMG, de 29 años, sexo masculino, procedente de Carabayllo, Lima, nacido en Ica, pintor de profesión, soltero y de religión católica, Acude con un tiempo de enfermedad de 14 horas refiriendo dolor abdominal de gran intensidad que inició en epigastrio y con el pasar de las horas se exacerbó irradiándose hacia la fosa ilíaca derecha, acompañado de fiebre cuantificada en 38,5 refiere además náuseas y vómitos de contenido alimentario en 3 oportunidades, asociado a pérdida de apetito motivo por el cual acude a emergencia.

Antecedentes personales: niega reacción alérgica a medicamentos y fármacos.

Antecedentes patológicos: Niega enfermedades de la infancia, adolescencia y adultez. Antecedentes familiares: Padre y madre sanos, hermano fallecido por accidente de tránsito.

Al examen físico:

Funciones vitales: FC: 100x min FR: 19x min T: 38.5 PA: 115/60

A la ectoscopia: paciente en regular estado general,

Examen físico: Paciente se encontraba lúcido, orientado en persona espacio y tiempo, colaborador al examen físico, escala Glasgow: 15 puntos

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca derecha, signo de Mc Burney positivo, signo de Rovsing positivo, Blumberg positivo. resto del examen físico en condiciones normales. Se sospecha de apendicitis aguda, por lo que se le solicitan los exámenes correspondientes para descartar esta patología. Se le indica NPO e ingresa al paciente al área de observación para comenzar la hidratación. Se revalúa con exámenes solicitados: Hemograma:

hemoglobina 10,2, hematocrito 35% y leucocitos de 16900, plaquetas 250000. la ecografía abdominal concluye signos de inflamación apendicular. Una vez completados los exámenes prequirúrgicos y evaluado por los servicios de anestesiología y cardiología, se le administra 1 g de Cefazolina vía endovenosa y se ingresa al paciente a sala de operaciones para realizarle una apendicectomía convencional abierta. En los hallazgos encontramos un apéndice de posición paracecal ascendente externa de aproximadamente 2.5 por 9 cm, supurada en toda su extensión, meso ancho y base indemne, se concluye con el diagnóstico post operatorio de apendicitis aguda supurada, el paciente toleró el acto quirúrgico y pasó a sala de recuperación, posteriormente a hospitalización. se decide dar de alta al paciente al día siguiente por presentar una evolución favorable sin interferencias explicándole signos de alarma y los cuidados que debería tener, solicitándole que acuda a una cita por consultorio externo en 7 días para reevaluación y retiro de puntos.

Caso clínico N° 2

Paciente CANR, de 64 años, sexo femenino, procedente de Puente Piedra, Lima, nacida en Lima, casada y religión católica. Paciente refiere que hace 10 meses acudió al hospital Collique por presentar Dolores abdominales, donde se le realizó una ecografía, con resultados sugestivo a litiasis vesicular, indicándole que el tratamiento era quirúrgico, refiere además que no se realizó la cirugía por temor a complicaciones por su edad. hace 3 meses presentó nuevamente dolor abdominal de moderada a severa intensidad localizado en hipocondrio, el mismo que se irradiaba hacia la región lumbar, acompañado de náuseas y vómitos de con de contenido alimentario, que asocia a la ingesta de comidas grasas. Debido a los constantes episodios y la insistencia de sus familiares acude a este nosocomio para ser evaluada por el servicio. Paciente cuenta con la ecografía realizada en nosocomio antes mencionado. Antecedentes familiares: Hermana operada de colecistitis crónica calculosa. Antecedentes patológicos: Niega transfusiones previas, niega hospitalizaciones previas, niega reacción alérgica a medicamentos y comidas.

Examen físico: Paciente en aparente regular estado general, colaboradora con el interrogatorio y el examen físico, lúcida, orientada, escala Glasgow 15 puntos. Abdomen: No disendido, ruidos hidroaéreos conservados, blando, depresible,

no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales. Resto de examen físico en condiciones normales. se decide realizar una ecografía abdominal la cual nos revela una vesícula biliar de 72x 32 mm, de morfología sacular, pared de 2 mm, anecoica, se evidencia en su interior una imagen lítica de 6 mm, páncreas, bazo y riñones conservados en tamaño y ecogenicidad. Concluyendo con el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa. se decide realizar los exámenes prequirúrgicos y programar para cirugía electiva según disponibilidad de sala de operaciones. Días después es llamada por el servicio de cirugía general para realizar la intervención, se le hospitaliza a la paciente indicando NPO, hidratación por vía endovenosa, 1gr de Cefazolina pre SOP y control de funciones vitales. Se ingresa a quirófano para realizar la Colelap, donde se le realiza 3 incisiones de más o menos 1 centímetro que servirían para la introducción de trocares e identificar hallazgos, encontrándose una vesícula biliar de 8 x 4 cm, paredes delgadas, bilis clara, con presencia de cálculo en su interior de más o menos 5 cm , arteria y conducto cístico único. El diagnóstico post operatorio fue el mismo, colecistitis crónica calculosa. Paciente toleró muy bien el acto quirúrgico y pasó a hospitalización donde no mostró complicaciones, 24 horas después de su estancia hospitalaria se evalúa la paciente y se le indicó el alta médica explicando signos de alarma y el tratamiento domiciliario junto con la nutrición correcta que debía llevar. Se le indica además que debe acudir nuevamente por consultorio externo en 7 días para retiro de puntos y evaluación.

I.3. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

La tercera rotación del internado dio inicio el 16 de enero del 2023 y concluyó el 22 de febrero del mismo año, el lugar establecido para esta rotación fue el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. El horario establecido para esta rotación fue de 5am a 1pm en el turno mañana y 1pm a 8pm en el turno tarde, en casos de hospitalización; y de 5am a 8pm en casos de guardia diurna.

El área de ginecología constaba de un tópico de emergencia, una zona de alto riesgo obstétrico, un centro de dilatación y puerperio, una sala de partos, un área de procedimientos, un área de hospitalización compartida entre pacientes post operadas de patologías ginecológicas y alojamiento conjunto.

El tópico de emergencia se encontraba en un lugar muy cercano a la puerta de

ingreso del nosocomio en el cual se encontraba un médico asistente, un médico residente de tercer año, un médico residente de segundo año, un médico residente de primer año, dos internos de medicina humana y personal de obstetricia. En esta área el interno era el encargado de elaborar la historia clínica, previa evaluación de la paciente, con guía de los residentes.

El área de alto riesgo obstétrico era un área de mayor énfasis y cuidado, en el que el interno se encargaba de monitorizar constantemente a las gestantes y tener al día, controles, ecografías y el resto de los exámenes a solicitud, así como de tener listo los paquetes faltantes para ingreso a SOP si fuese necesario. En el área de dilatación y puerperio el interno era el encargado de realizar el monitoreo materno fetal y abrir el partograma con ayuda del personal de obstetricia en caso la gestante haya iniciado el trabajo de parto, una vez completada la dilatación la gestante ingresaba a sala de partos.

En el área de hospitalización constaba de 25 camas para post operadas y 10 camas hospitalarias para puérperas; el interno era el encargado de tomar las funciones vitales, evaluar a las pacientes, verificar el tono uterino, así como las curaciones en casos de herida operatoria, los tactos vaginales en puérperas, a la vez tener al día los exámenes de laboratorio de control post alumbramiento; para poder realizar una adecuada evolución y presentar los casos clínicos de las pacientes en las visitas con los médicos asistentes del servicio. Posterior a la visita, a las pacientes en condición de alta se les explicaban los signos de alarma y las distintas opciones de métodos anticonceptivos que serían de elección.

Caso clínico N° 1

Paciente ECQ de 32 años, sexo femenino, gestante, procedente de Puente Piedra, Lima y nacida en La Libertad, ama de casa, conviviente y de religión católica. Acude a emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, refiriendo cefalea frontal y dolor tipo contracciones uterinas desde hace aproximadamente siete horas antes de su ingreso, de inicio insidioso y curso progresivo. Niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido amniótico, niega epigastralgia, niega escotomas, niega fiebre, niega otras molestias. Refiere llevar sus controles prenatales en el actual nosocomio.

Antecedentes personales: Niega reacción alérgica a medicamentos y fármacos.

Antecedentes patológicos: Niega enfermedades de la infancia, adolescencia y

adulterez. Antecedentes familiares: Padre fallecido sin causa conocida y madre con hipertensión arterial.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia: 15 años. Régimen Catamenial: 4/30 días. Inicio relaciones sexuales: 18 años. Andría:03. Niega métodos anticonceptivos. Niega dismenorreas, niega dispareunias.

Antecedentes obstétricos: G3P2002

G1: Año 2009, recién nacido de sexo femenino, de peso 4800gr, parto por cesárea en Clínica Santa Rosa.

G2: Año 2014, recién nacido femenino, de peso 3100gr, nacido de parto eutócico, en Hospital Marino Molina.

G3: Actual (2023) Gestación planificada.

Al examen físico:

Funciones vitales: FC: 84x min FR: 18x min T: 37.1 PA: 140/90

Peso: 69 kg Talla: 146 cm IMC: 28.1

A la ectoscopia: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación

Examen regional:

Piel, Tejido celular subcutáneo y anexos:

Corazón: Ruidos cardiacos de buena intensidad, buen tono, rítmicos, no se auscultan soplos

Torax y pulmones: Tórax simétrico, Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares sin presencia de ruidos agregados.

Mamas: Blandas, simétricas, no dolorosas, no secretoras.

Abdomen: Globuloso por útero grávido, ocupado por feto único.

Altura uterina: 33cm, Situación- posición-presentación: Longitudinal cefálico izquierdo. Latidos cardiacos fetales: 142x min, Dinámica uterina: 2 /10/+++ / 30"

Exámen ginecológico:

Dilatación: 02cm, Incorporación: 75%, Membranas ovulares: Integras

Altura de presentación: -3

No se observa pérdida de líquido, no se observa sangrado.

Pelvimetría: adecuada, pelvis ginecoide, compatibilidad feto-pélvica.

Se decide pasar a observación con los diagnósticos de Tercigesta de 36.6 semanas por ecografía de primer trimestre, fase latente de labor de parto, alto riesgo obstetrico: cesareada anterior 1 vez, trastorno hipertensivo del embarazo a descartar preeclampsia, y periodo intergenésico largo. Se evidencian

presiones arteriales oscilando entre 135/90 y 143/90, en las continuas tomas por parte del personal. Se le solicita exámenes pre quirúrgicos (hemograma completo, grupo sanguíneo y factor RH, tiempo de coagulación y sangría, glucosa, úrea, creatinina, examen de orina) exámenes serológicos, perfil hepático, bilirrubina total y fraccionada, dosaje de ácido sulfosalicílico, electrocardiograma más riesgo quirúrgico, prueba antígeno covid 19 y ecografía obstétrica.

Se reevalúa con resultados: GS y fRH: A+, T. coagulación: 7.00 seg, T. Sangría: 2.30 seg. Hemograma: Hb: 12.5 Hto: 37.7 Plaquetas: 271 000

Úrea: 21.8, creatinina: 0.46: DHL: 206.4 TGO:24.4, TGP:10.3, Glucosa:90, Creatinina, bilirrubina total: 0,89 BD:0.14, BI: 0,75, ácido sulfosalicílico: POSITIVO 1+, Examen de orina: proteinas en orina +

Ecografía obstetrica: Ponderado fetal: 3700 gr, Líquido amniotico anormal, ILA:3mm, conclusión: Gestante 37.4 semanas por bienestar fetal, oligohidramnios.

Tratamiento: Se inicia como tratamiento nada por via oral, hidratación con cloruro de sodio 9% 1000cc a 15 gotas por minuto, nifedipino 10 mg via sublingual si la presión arterial es mayor a 160/110mm Hg, Ceftriaxona 2mg via endovenosa pre sala de operaciones, razurado de zona genital, vendaje de miembros inferiores, control de funciones vitales y se programa para centro quirúrgico por cesárea de emergencia.

Se le realizó una cesárea segmentaria transversa iterativa, donde se extrajo un feto único vivo, sin complicaciones. La paciente toleró acto quirúrgico sin interurrencias, pasando luego de la intervención a unidad de recuperación post anestesia y posteriormente junto a su menor hijo al área de alojamiento conjunto donde la paciente no presento complicaciones durante su estadía en el nosocomio, ni tomas de presiones por encima de los valores estándares normales, a las 48 horas de hospitalización post cirugía se le expide el alta explicandole signos de alarma y solicitando un control posterior por consultorio externo.

Caso clínico N° 2

Paciente VPRY de 53 años, sexo femenino, procedente de Carabayllo, Lima y nacida en Huaraz- Ancash, independiente, conviviente, de religión cristiana y

conocida por el servicio. Acude por consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, refiriendo sangrado vaginal anormal desde hace aproximadamente 03 años, que se asocia a dolor en región pélvica, que se incrementa al tener relaciones sexuales. Refiere además haber acudido con anterioridad a un consultorio médico particular donde se le realizó una ecografía transvaginal con resultado sugestivo de miomatosis uterina, en el que no continuó el tratamiento por problemas económicos. Funciones biológicas se encuentran normales, sin alteraciones, niega reacción adversa a medicamentos y comidas, niega antecedentes personales patológicos, niega además antecedentes familiares.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia: 13 años. Régimen catamenial: Irregular. Inicio relaciones sexuales: 15 años. Andría: 01. Niega métodos anticonceptivos. Niega dismenorreas, dispareunias: SI

Antecedentes obstétricos: G2P2002

G1: Año 1992, recién nacido de sexo femenino, de peso 3200gr, parto por cesárea por pelvis estrecha en Hospital San Bartolomé

G2: Año 1996, recién nacido masculino, de peso 3900gr, nacido de parto por distócico por cesárea anterior 1 vez y pelvis estrecha, en Hospital Sergio E. Bernales.

Al examen físico:

Funciones vitales: FC: 91x min FR: 19x min T: 36.5 PA: 110/60

Peso: 61 kg Talla: 150 cm IMC: 27.1

Examen físico :

Paciente en aparente regular estado general, activa, cooperadora al examen, deambula sin dificultad. Orientada en tiempo, persona y espacio.

Abdomen: No distendido, peristalsis audible, con presencia de ruidos hidroaéreos, blando, depresible, se palpa masa en hemiabdomen inferior dolorosa a la palpación, de aproximadamente 9x9 cm de bordes no delimitados con exactitud, de aspecto duro.

Examen ginecológico: Útero en posición anteversoflexo de mas o menos 12 cm de bordes irregulares, cérvix fibromuscular posterior cerrada de mas o menos 2 cm. Se plantea realizar una ecografía pélvica con resultado: Útero anteversoflexo con imagen tumoral heterogénea de 101x 99mm con halo periférico en cara posterior del útero (FIGO 5). Conclusión: Miomatosis uterina. Se reevalúa con ecografía planteando el diagnóstico de Miomatosis Uterina,

posteriormente se solicita exámenes pre quirúrgicos con resultados: Grupo sanguíneo y factor RH: A+, Hemograma:Hemoglobina 13.0, hematocrito:38.3, Leucocitos: 5.00,Plaquetas 263000, resto sin alteraciones. Tiempo de coagulación: 6.30, Tiempo de sangría:2.30, TTPA: 28.8, TP: 13.4, INR: 1.04, Bioquímica: Glucosa: 78.3 mg/dL Creatinina: 0.69 mg/dL, Úrea: 31.2 mg/dL. Se decide programar ingreso a centro quirúrgico para Histerectomía vaginal total. Diagnóstico post operatorio: Miomatosis Uterina. Hallazgos: Útero de mas o menos 16 cm con mioma adherido de mas o menos 10 cm.

Paciente tolero acto quirurgico sin complicaciones, paso a sala de recuperacion post anestesia y posteriormente a hospitalización. Permaneció sin interurrencias y fue dada de alta a las 48 horas.

I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Esta fue la última rotación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, tuvo inicio el 23 de febrero y terminó el 31 de marzo, día de la clausura y fin del internado médico. El área de pediatría contaba con un tópico de emergencia equipado con un centro de traumashock, un área de observación y una zona hospitalización para niños y adolescentes. También se rotó por la subespecialidad de Neonatología, donde el autor pudo prestar servicios por la Unidad de Cuidados Intermedios y alojamiento conjunto. En el tópico de emergencias se realizaban las guardias diurnas del servicio, con un horario de 7 am a 7pm, aquí se recibían distintas patologías en conjunto con un médico especialista de guardia, dos médicos residentes y un médico general encargado de triaje. El área de hospitalización constaba de 12 camas, en donde, la función del interno era realizar las evoluciones de los pacientes en conjunto con el residente de turno, previa a la visita médica. Por otra parte, en el área de neonatología el interno era el encargado de realizar la atención al recién nacido supervisado por el residente de turno, a su vez llenar la historia clínica perinatal y completar la evaluación durante las primeras dos horas de vida, así mismo en alojamiento conjunto sería el encargado de verificar la evolución del recién nacido, completando los balances hídricos y delta de peso.

Caso clínico N° 1

Paciente femenina de 2 años acude a emergencia de Hospital Carlos Lanfranco La Hoz traída por su madre, quien hace referencia que desde el día anterior al ingreso, paciente cursa con deposiciones líquidas sin moco y sin sangre de 3 a 4 veces por día, el día del ingreso se le agrega malestar general y disminución del apetito. La última deposición fue una hora antes de su ingreso, motivo por el cual decide traerla a este nosocomio. Niega fiebre, niega otras molestias.

Funciones vitales: FC: 110x min, FR: 22 x min, T: 37°C, peso 12kg

Examen físico: Paciente en aparente regular estado general, colabora con el examen, responde a estímulos y obedece órdenes.

Piel tibia, elástica, no signo de pliegue, no signos de deshidratación.

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial, ni profunda, no signos peritoneales.

Demás sistemas sin alteraciones.

Realizada la exploración física por sistemas, adicional al relato de la madre, se plantea el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda y se propone el siguiente plan de trabajo: Iniciar la tolerancia oral con sueros de rehidratación oral y pase observación.

Se reevaluó a las dos horas, luego a las tres horas y la menor presentó buena tolerancia oral, sin evidencia de vómitos ni arcadas, por lo que se le indica el alta médica con tratamiento en su domicilio y se explican signos de alarma que deberá tener en cuenta como elevación de alza térmica mayor a 38°C, deposiciones por más de 10 veces al día, vómitos persistentes mayor a 4 veces al día, dificultad para respirar, etc.

Caso clínico N° 2

Recién nacido a término, sexo femenino de 38 semanas peso adecuado para la edad gestacional, con 40 horas de vida. Se encuentra en alojamiento conjunto

con su madre en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, durante la visita diurna, la madre refiere poca producción de leche, y que el recién nacido tiene poco reflejo de succión con dificultad para agarrar el pezón, por lo que le da de lactar cada 3-4 horas aproximadamente, que a su vez genera dolor en la mama.

Antecedentes prenatales: No enfermedades durante la gestación, 6 controles prenatales. Antecedentes natales: peso al nacer de 3400 gr, talla al nacer de 50 cm, APGAR 9-9". Lactancia materna exclusiva, vacunas de BCG y HVB, grupo sanguíneo RN: O+, grupo sanguíneo de la madre O+. No antecedentes familiares de importancia. Al examen físico: Recién nacido activo, responde a estímulos. FC: 145 x min, FR: 54 x min, T: 36.5, satO2: 99%, delta de peso de <10%, orina disminuida, poco reflejo de succión. Cabeza: Normocéfalo- Piel y TCSC: Llenado capilar menos a 2 segundos, ictericia en cara, tórax y miembros superiores. Tórax y pulmones y resto de la exploración sin alteraciones. De acuerdo con la exploración física se hace el diagnóstico de Ictericia neonatal a descartar causas fisiológicas, de lactancia materna fallida o síndrome de Crigler Najjar. Se solicita exámenes de bilirrubina total y fraccionada, con resultados: BT:13.70 mg/dL en no rangos de fototerapia y BD: 0,98 mg/dL, que hace referencia a que la hiperbilirrubinemia es a predominio indirecto. Se confirma el diagnóstico de Ictericia neonatal por lactancia materna fallida. Se decide iniciar el plan explicando la importancia de la lactancia materna exclusiva y reforzando las técnicas adecuadas para esta, además se le indica que esta debe ser cada 1 hora y media, así se encuentre dormido el recién nacido, debería despertarlo para alimentarlo. Se evalúa controlan las horas de lactancia mientras se encuentra en alojamiento conjunto y al día siguiente se decide dar de alta, explicando a la madre los signos de alarma e indicando una cita en tres días por consultorio externo.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se menciona en párrafos anteriores, mi persona realizó el internado médico en el Centro de Salud Comas y el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

El Centro de Salud Comas, se encuentra ubicado el Jirón Puno 3ra cuadra, en el distrito de Comas. Es un establecimiento de salud de primer nivel, con categoría I-3, perteneciente a la Dirección de Salud (DIRIS) Lima- Norte, cuenta con los servicios de Medicina General, Obstetricia, Psicología y Odontología, además de áreas de centro de vacunación, laboratorio, un programa para control de tuberculosis, en el cual se le brindaba descarte y llevaría a cabo en conjunto por el personal.

Aquí la función del interno varía según el área en el que se encuentre:

Consultorio: Principalmente sería llenar la ficha única de atención (FUA), realizar una correcta anamnesis logrando asociar la clínica y laboratorios del paciente hacia una patología clínica, si en caso no se contara con el nivel resolutivo o necesitara de algún examen complementario que no se realice en el establecimiento, seríamos los indicados para llenar las actas de referencias y explicar el proceso a los pacientes.

Programa de control de tuberculosis: Los internos seríamos los encargados de realizar campañas de promoción y prevención de enfermedades como tuberculosis y también de brindar el tratamiento diario a los pacientes que lo requieran, en algunos casos la aplicación de inyectables a pacientes con Tuberculosis Multidrogoresistente.

Programa de vacunación: Seríamos los encargados de orientar y explicar a las madres de familia la importancia de la vacunación.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, conocido como Hospital de Puente Piedra, por su ubicación, es un centro de salud de categoría II-2 perteneciente a la DIRIS Lima- Norte, con 43 años de funcionamiento hasta la actualidad. Inicialmente fundado como un puesto de salud, fue reinaugurado como centro materno infantil, posteriormente debido a la demanda de pacientes y la necesidad de brindarles atención, se fue ampliando el área y mejorando en infraestructura, a su vez se sumó la

incorporación de modernas tecnologías y personal capacitado que llevarían a este a convertirlo posteriormente en un hospital. (1)

Este nosocomio sirve de referencia para otros centros de salud pertenecientes a la misma jurisdicción, quienes derivan patologías complejas que sobrepasan a su nivel de resolución. Actualmente cuenta con un aproximado de 109 camas, que se encuentran divididas entre las diversas áreas y especialidades con la que cuenta este establecimiento, en la que la función principal de los internos sería tomar las funciones vitales a los pacientes, hacer un adecuado llenado de historias clínicas, toma de muestras especiales como análisis de gases arteriales, llenado de fichas de contrarreferencias o referencias, curaciones, seguimiento diario en su estancia hospitalaria, evoluciones diurnas y en ocasiones participes de ingreso a centro quirúrgico.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1

El caso descrito se refiere a una paciente con infección del tracto urinario, una afección común que se presenta cuando los microorganismos patógenos como las bacterias o los hongos invaden y proliferan en el tracto urinario. Esta afección es más común en mujeres, especialmente en mujeres embarazadas y se asocia con una amplia variedad de síntomas, desde leves hasta graves.

Existen 3 tipos principales de infecciones del tracto urinario: Bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda. La bacteriuria asintomática se refiere a la presencia de bacterias en la orina sin síntomas evidentes de infección. La cistitis es una infección de la vejiga que puede causar síntomas como dolor al orinar, micción frecuente y urgente, dolor en la pelvis y orina turbia o con mal olor. La pielonefritis aguda es una infección renal que puede causar fiebre, dolor de espalda, náuseas y vómitos y pudiendo ser potencialmente grave.

La E. Coli Es la bacteria más común que causa infecciones en el tracto urinario, pero también puede estar involucradas otras bacterias como Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, Staphylococcus saprophyticus y Enterobacter. Además, en algunos casos, la infección del tracto urinario puede ser de origen fúngico, como en el caso de la Candida spp.

Es importante tratar la infección del tracto urinario, especialmente en embarazadas, ya que puede provocar complicaciones obstétricas. El tratamiento para esta afección incluye el uso de antibióticos o antifúngicos según corresponda, para erradicar la infección y prevenir la recurrencia.

Dentro de los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de infecciones de tracto urinario tenemos las malformaciones urogenitales, las infecciones de transmisión sexual, historia familiar de ITU y frecuencia de relaciones sexuales.

En pacientes con ITU no complicada, se inicia el tratamiento de primera línea con nitrofurantoína 100mg, 1 tableta cada 6 horas, vía oral por 5 a 7 días.

La infección de tracto urinario baja (Cistitis) presenta síntomas leves como tenesmo vesical, aumento de la frecuencia de micción, dolor al miccionar y generalmente no presenta fiebre. El diagnóstico confirmatorio se realizará

mediante un examen de urocultivo, recolectado previamente a la asepsia correcta de la zona; aquí encontraríamos mas de cien mil unidades formadoras de colonias. Además en un examen completo de orina encontraremos bacteriurias, presencia de hematíes, proteínas, nitritos positivos, etc (9).

En la pielonefritis aguda o ITU alta, encontramos síntomas sistémicos como fiebre, dolor lumbar, puño percusión lumbar positiva, acompañados de malestar general, vómitos y náuseas. Estas pueden complicarse ocasionando complicaciones sistémicas como shock séptico o insuficiencia renal (11). El diagnóstico se confirmará con urocultivo con resultado mayor a 100000 unidades formadoras de colonias. Para el tratamiento empírico se administra cefalexina, cefuroxima, ciprofloxacino, entre otros, siempre y cuando la paciente tolere la vía oral; si no tolera la vía oral por consiguiente se hospitalizará para tratamiento por vía endovenosa (8). En el caso mostrado la paciente manifestaba síntomas de una ITU alta no complicada con buena tolerancia oral por lo que el tratamiento se dio de manera ambulatoria con una fluoroquinolona de tercera generación según la guía práctica clínica de Essalud.

Caso clínico N° 2

El siguiente caso trata sobre neumonía adquirida en la comunidad que es una infección respiratoria aguda que puede afectar a las personas de todas las edades, pero es más común en los extremos de la vida, especialmente en mayores de 65 años y niños menores de 5 años. Siendo una patología que no solo se encuentra en los ambientes hospitalarios, sino también en pacientes que no están hospitalizados, afectando el parénquima del pulmón y los alvéolos debido a microorganismos adquiridos en el ambiente. Los síntomas de la neumonía adquirida en la comunidad incluyen tos, fiebre, producción de esputo, disnea, dolor en el pecho y fatiga (19).

El diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad se basa en la presencia de síntomas respiratorios, examen físico y hallazgos radiográficos.

Para establecer el diagnóstico es importante realizar una correcta anamnesis identificando factores de riesgo como edad mayor a 65 años, antecedentes patológicos como diabetes o cardiopatías, además de una correcta exploración

física, evidenciando síntomas sistémicos como taquicardia, taquipnea o temperatura mayor a 38° (20). En el examen físico por regiones podemos encontrar disnea, presencia de uso de musculatura accesoria a la observación, y ruidos agregados al examinar tórax y pulmones, como crepitantes matidez y disminución del murmullo vesicular. Los exámenes de laboratorio también son útiles para identificar y confirmar el diagnóstico, entre estos tenemos: El hemograma completo donde podemos encontrar una leucocitosis con desviación a la izquierda y/o leucopenia, y un PCR alterado que nos indicaría una respuesta inflamatoria sistémica. La radiografía de tórax es una herramienta importante en el diagnóstico de la neumonía, ya que puede mostrar infiltrados alveolares o intersticiales y derrame pleural, Además, el CURB-65 es una escala de evaluación de la gravedad de la neumonía que utiliza factores como confusión mental, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad para determinar la necesidad de hospitalización y tratamiento adecuado (7). Por otro lado, el índice de severidad para neumonía también conocido como PSI, es un sistema de puntuación que tiene en cuenta variables como enfermedades concomitantes, datos demográficos, hallazgos en exámenes diagnósticos y examen físico para predecir riesgo de mortalidad y la necesidad de hospitalización, ambas son escalas importantes para la evaluación de la neumonía y pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas.

El tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad depende de la gravedad de la enfermedad, la edad del paciente y la causa subyacente de la neumonía en general, los pacientes con neumonía leve a moderada pueden ser tratados con antibióticos orales, como amoxicilina, claritromicina o amoxicilina más ácido clavulánico, si presenta evolución favorable continuar el tratamiento por 5 a 7 días. Mientras que aquellos con neumonía grave requieren hospitalización y tratamiento con antibióticos endovenoso(6).

En el caso expuesto se tuvo como referencia la guía de práctica clínica mexicana en la que indica tratamiento de pacientes ambulatorios con macrólidos fluoroquinolonas o doxiciclina, y como antibióticos alternativos a la amoxicilina clavulanato o betalactámicos, previa evaluación de las comorbilidades del paciente.(12)

Es importante prevenir la neumonía adquirida en la comunidad a través de medidas de higiene respiratoria, como lavarse las manos con frecuencia,

cubrirse la boca al toser o estornudar y evitar contacto cercano con personas enfermas. También es recomendable vacunarse contra las causas de la neumonía como la vacuna anti neumocócica y la vacuna contra la influenza.

III.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N° 1

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice vermiforme, que se presenta como la causa más común de abdomen agudo y es la indicación principal de urgencia quirúrgica abdominal en todo el mundo. esta condición puede afectar a cualquier persona, pero ocurre con más frecuencia en la segunda y tercera década de la vida, y durante el segundo trimestre de la gestación, sin diferencia de género. (3)

Los síntomas más comunes de la apendicitis aguda incluyen dolor abdominal que se intensifica con el tiempo y migra hacia el cuadrante abdominal inferior derecho, junto con anorexia, náuseas, vómitos, constipación o diarrea y fiebre que se presenta después de 6 horas del inicio del cuadro. El diagnóstico se establece principalmente por el examen físico y se pueden encontrar signos clínicos positivos como el de Mcburney el de Rosving y el de Blumberg entre otros. Además los resultados de los exámenes de laboratorio como el hemograma completo con leucocitos mayor a 10000 y PCR, por más de 1.5 miligramos también son muy útiles para el diagnóstico de apendicitis aguda.

La escala Alvarado es una herramienta de evaluación de la probabilidad diagnóstica que se utiliza para determinar el riesgo de apendicitis aguda. Un puntaje de 7 a 10 indica un alto riesgo y se recomienda realizar una apendicectomía, mientras que en un puntaje de cuatro a 6 indica un riesgo intermedio y es indicativo de hospitalización y una evaluación por 12 horas. Si el puntaje se mantiene igual después de ese tiempo se recomienda la apendicectomía. Un puntaje de 1 a 3 indica bajo riesgo y el paciente puede optar por ser observado o regresar al establecimiento si no presenta mejoría sintomática.(4)

En resumen, la apendicitis aguda es una afección común que requiere una evaluación cuidadosa por parte de un médico. El diagnóstico se establece principalmente mediante examen físico y análisis de laboratorio, con la ayuda de la escala Alvarado y así poder determinar el riesgo de apendicitis aguda y decidir el adecuado tratamiento.

El pulso de estudios imagenológicos tiene una alta probabilidad para guiar al

diagnóstico aquí se recomienda realizar una ecografía abdominal por su bajo costo y alta sensibilidad sin embargo si el diagnóstico no es preciso se recomienda considerar una tomografía computarizada o una resonancia magnética abdominal; En caso de gestantes lo ideal sería realizar una resonancia magnética abdominal por su alto nivel de sensibilidad y especificidad.

Es importante destacar que el uso de antibióticos en la apendicitis aguda no complicada sigue siendo tema de controversia en la práctica clínica. Algunos estudios sugieren que, en casos seleccionados de apendicitis aguda no complicada, el tratamiento con antibiótico puede ser una alternativa a la cirugía lo que se conoce como tratamiento médico conservador. Este enfoque puede ser útil en pacientes seleccionados, como aquellos con contraindicaciones para la cirugía o que prefieren evitarla, sin embargo, se requiere más investigación para establecer claramente los criterios de selección para el tratamiento médico conservador y para determinar la seguridad y eficacia a largo plazo de este enfoque. En general, la cirugía sigue siendo el tratamiento estándar para la apendicitis aguda. La vía laparoscópica es la vía de elección en casos de apendicitis aguda no complicada, peritonitis localizada, en adultos mayores y gestantes, por el rápido tiempo de recuperación y el poco estrés que se le causa al paciente, en el caso que no se contara con lo que necesario para poder realizar este tipo de cirugía, se tendría que optar por la vía abdominal abierta. En casos de peritonitis generalizada lo recomensable es evitar el uso de drenes intraabdominales, e iniciar el tratamiento conservador en casos de masas apendiculares, en caso de plastrones es recomendable la apendicectomía diferida (4). 02 horas previa al inicio de la cirugía es recomendable la profilaxis con antibióticos, Cefazolina 1gr por vía endovenosa. (5). El uso de antibióticos post cirugía es independiente de la gravedad de la apendicitis, en casos no complicados, no se recomienda usar tratamiento antibiótico, en casos de apendicitis aguda complicada se sugiere iniciar Ciprofloxacino o Metronidazol durante 5 a 7 días dependiendo del estado del paciente.

Caso clínico N° 2

El caso propuesto fue de una paciente diagnosticada de colecistitis crónica calculosa. La colecistitis crónica calculosa es una inflamación crónica de la

pared de la vesícula biliar que se produce como resultado de la presencia de cálculos, litos, o piedras en la vesícula. Los síntomas suelen ser leves y se caracterizan por dolor en el hipocondrio derecho o epigastrio así como por distensión abdominal en algunos casos pueden presentarse cólicos biliares y otros síntomas más graves como fiebre náuseas y vómitos (14).

La litiasis biliar es la causa más común de la colecistitis crónica calculosa aunque también pueden contribuir otros factores como la duración y el grado de la obstrucción en la vesícula biliar. en algunos casos la colecistitis crónica calculosa puede ser asintomática y solo se detecta incidentalmente durante exámenes de diagnóstico por imágenes.

La cual es colecistitis aguda es una inflamación aguda de la vesícula biliar que puede estar causada por una obstrucción de los conductos biliares una infección bacteriana o una combinación de ambos, suele encontrarse el signo de Murphy a la palpación, que se refiere a un examen específico que se realiza en el cuadrante superior derecho del abdomen para evaluar la posible presencia de inflamación de la vesícula biliar, este signo se caracteriza por la presencia de dolor durante la inspiración profunda lo que lleva a la interrupción de la misma debido a la sensibilidad que produce en la zona afectada. Para establecer el diagnóstico de colecistitis aguda hacemos uso de la guía de Tokyo, Donde un signo de inflamación sumado a un signo sistémico nos acercaría a una sospecha diagnóstica y un signo local de inflamación más 1 sistémico más un hallazgo de imagen confirmaría el diagnóstico.

En el caso descrito de la paciente se siguió la guía de práctica clínica de Essalud y se realizó una colecistectomía laparoscópica programada lo que redujo el riesgo de infección del sitio operatorio y disminuyó el tiempo de hospitalización. es importante seguir las recomendaciones de los profesionales de salud y realizar un seguimiento adecuado después del procedimiento para garantizar una recuperación completa

III.3. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1

La preeclampsia es un síndrome multi sistémico específico del embarazo, se

presenta después de la semana 20 de gestación durante el parto o en las dos semanas posteriores a este. Se caracteriza por una presión sistólica mayor a 140, y mayor a 90 en relación con la presión diastólica en dos tomas separadas por al menos seis horas, con la gestante sentada, descansada aproximadamente 10 minutos (2), presencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas o un ratio de proteínas/creatinina mayor igual a 0,3 mg. Dentro de los criterios de severidad podemos encontrar la presión arterial mayor a 160/90 mm Hg, proteinuria mayor a 5 mg en 24 horas, creatinina mayor a 1,2 mg, oligoanuria, y presencia de otros síntomas y signos como cefalea con escotomas, epigastralgias, náuseas, vómitos o patologías de la coagulación, reflejos osteotendinosos elevados(10). Esta patología es de etiología desconocida siendo una de las mayores causas de muerte materna en el Perú como factores de riesgo asociados tenemos antecedentes de hipertensión familiar, antecedentes de hipertensión en embarazos anteriores, obesidad, diabetes mellitus, gestación múltiple, periodo intergenésico largo, raza negra, entre otros. Para hacer un correcto diagnóstico se solicitan exámenes auxiliares como: Hemograma, proteinuria en 24 horas, perfil de coagulación, perfil renal y hepático, con el fin de descartar síndrome de HELLP, complicación que se caracteriza por una anemia microangiopática hemolítica, observándose esquistocitos o bilirrubina indirecta mayor a 1,2 miligramos por decilitro, aumento de las transaminasas TGO/TGP mayor a 70 UI o el DHL mayor a 600 UI, a su vez una plaquetopenia menor a 100000. Como prueba complementaria se deben realizar test de bienestar fetal (13).

Existen diversos métodos de manejo que incluyen fármacos como:

- . Hidralazina en dosis de 60 a 200 mg por día, usado principalmente en casos de emergencia, ya que el riesgo de hipotensión es muy alto.
- . Labetalol en dosis de 100 a 400 mg por día. Preferiblemente evitarse en pacientes asmáticas o con patología cardíaca, así como en mujeres en labor de parto ya que podría provocar bradicardia fetal.
- . Nifedipino en dosis de 10 a 20 mg hasta 180 mg al día.

En el caso de presencia de criterios de severidad, el tratamiento farmacológico puede consistir en:

- . Hidralazina en bolo inicial de 5 mg IV, con bolos de 5 a 10 mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima hasta de 30 mg.

. Labetalol; 20 mg IV seguido de 40 a 80 mg IV cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220 mg.

. Nifedipino; 10 mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50 mg.

El único tratamiento definitivo de la preeclampsia es la culminación del embarazo. Se recomienda culminar el embarazo en gestantes con preeclampsia y criterios de severidad con más de 37 semanas de edad gestacional como en el caso presentado, para evitar así un sufrimiento fetal y complicaciones posteriores. Es de suma importancia realizar en toda gestante un análisis de preeclampsia precoz en función de la edad gestacional, en gestantes en primer trimestre embarazo, es importante indagar sobre antecedentes personales, tomas de presión y ecografía doppler de arterias uterinas, en el segundo trimestre es importante efectivizar la ecografía doppler en pacientes que no se hayan realizado esta anteriormente. Existe un tratamiento preventivo con ácido acetilsalicílico de 150 miligramos por día entre las semanas 14 y no más de la 16, hasta cumplir las 36 semanas de gestación en pacientes con alto riesgo de preeclampsia

Caso clínico N° 2

La miomatosis uterina es una afección común en mujeres en edad reproductiva hasta en un 70%, pudiendo ser asintomática en la mayoría de los casos, afecta también en un 60% en menores de 40 años, y un 80% de mujeres menores de los 50 años. Sin embargo, cuando se presentan síntomas, estos pueden afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. La hemorragia uterina anormal es el síntoma más común seguido de dolor pélvico, la subjetividad y el efecto de masa en caso de tumoraciones más grandes como en el caso presentado. Es importante diagnosticar esta afectación de manera precoz para evitar complicaciones futuras. El crecimiento de los miomas es relativamente rápido con un aumento del 9% cada 6 meses en relación con su tamaño inicial, este crecimiento puede provocar dolor pélvico crónico y sintomatología urinaria debido a la continuidad del sistema urinario con el útero además el crecimiento de los miomas puede contribuir a la formación de adherencias con el uréter en algunos casos(13).

Es fundamental que las pacientes con miomatosis uterina sean evaluadas y se les haga un seguimiento de manera regular para detectar cualquier incremento de tamaño o cambio en la ubicación de los miomas, en algunos casos como el ahora presentado, es necesario el tratamiento quirúrgico para evitar complicaciones a largo plazo.

Los miomas uterinos son tumores benignos del músculo uterino que pueden causar una variedad de síntomas que incluyen hemorragia uterina anormal y abundante, dolor pélvico y presión sobre la vejiga o el recto, aunque la histerectomía puede ser una opción de tratamiento efectivo, como en el caso planteado, no es la única opción y debería considerarse como último recurso. En el caso que la paciente no desee tener hijos y tenga miomas uterinos los tratamientos conservadores pueden ser buena opción, uno de los tratamientos médicos conservadores más comunes para los miomas es el uso de agonistas de GNRH, que actúan reduciendo los niveles de estrógeno en el cuerpo y pueden disminuir el tamaño de los miomas. Este tratamiento se utiliza como terapia preoperatoria en casos se requiere disminuir el tamaño del mioma antes de la cirugía. Otro tratamiento médico conservador que puede considerarse es el uso de medicamentos anticonceptivos hormonales, como píldoras anticonceptivas o el dispositivo intrauterino liberador de hormonas. Estos medicamentos pueden ayudar a controlar el sangrado menstrual y reducir el tamaño de los miomas. Existen procedimientos quirúrgicos conservadores que pueden ser útiles en casos seleccionados. Por ejemplo, La miomectomía que consiste en la extracción quirúrgica de los miomas preservando el útero en mujeres que deseen continuar su fertilidad. en general la elección del tratamiento sea conservador o radical es de elección de la paciente valorando la edad y el deseo de tener hijos y otros factores individuales

III.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N° 1

La enfermedad diarreica aguda (EDA) en su mayoría se produce por infecciones

asociadas a virus, bacterias o parásitos, de causa multifactorial. Que se define por la presencia de deposiciones mayores a 3 cámaras por día, con un tiempo de duración menos de 14 días. La EDA ocurre a cualquier edad, pero en su mayoría afecta a lactantes y niños menores de 5 años, quienes se encuentran en riesgo de presentar como sepsis, deshidratación e incluso muerte dependiendo la severidad. Esta enfermedad constituye un problema de salud pública en países en vías de desarrollo, siendo una enfermedad auto limitada con distintas etiologías (18).

En el caso propuesto, la paciente contaba con criterios para la definición de enfermedad diarreica aguda, a la evaluación no se encontró signos de severidad o deshidratación, motivo por el cual se decide administrar sales de rehidratación oral como medida de prevención de deshidratación, este manejo se puede comprobar en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la EDA en pacientes pediátricos (15), del instituto Nacional de Salud del Niño, publicada el 2017, en la cual se sugiere el tratamiento con sales de rehidratación oral de osmolaridad reducida, para disminuir y/o prevenir los niveles de deshidratación en menores de 5 años con DEA. En el caso clínico además se demuestra la buena tolerancia oral de la menor.

La Guía de Práctica clínica anteriormente mencionada, sugiere evitar prescribir antibióticos y antieméticos de manera rutinaria en esta patología en menores de 5 años, a su vez, recomienda continuar con la alimentación habitual apropiada para la edad. En el caso clínico planteado, el médico solo recetó sueropediátrico con sales rehidratación oral hasta cesar la diarrea e indicó continuar con la alimentación habitual teniendo en cuenta mejores condiciones higiénicas (15)

Caso clínico N° 2

El segundo caso expuesto en esta rotación trata de una Ictericia Neonatal. La ictericia neonatal es una condición médica común en los recién nacidos, que se caracteriza por una coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al aumento de la bilirrubina en sangre. la progresión de experiencia es céfalo caudal lo que significa que la coloración amarillenta se observa primero en la cabeza y luego se extiende hacia abajo.

El aumento de bilirrubina en sangre puede ser directo o indirecto, dependiendo de la causa subyacente. los valores normales de bilirrubina directa son menor

de 1 mg/dL en el caso la bilirrubina total sea menor a 5mg/dL. Si la bilirrubina total es mayor a 5 mg/dL, la bilirrubina directa sería menor al 20% de la bilirrubina total.

La ictericia neonatal tiene una etiología multifactorial, y las causas pueden variar dependiendo de la edad del recién nacido. durante la primera semana de vida las causas más comunes incluyen la ictericia fisiológica, la falta de aporte calórico, las enfermedades hemolíticas del recién nacido, las infecciones, los cefalohematomas entre otras. Durante la segunda semana de vida las causas más comunes son la poca ingesta de leche materna exclusiva, la hepatitis, los defectos en las vías biliares entre otras causas.

Es importante que los profesionales médicos estén alerta a los signos de ictericia neonatal y realicen un seguimiento cuidadoso de los niveles de bilirrubina en sangre de los recién nacidos. en algunos casos puede ser necesario tratar la ictericia con fototerapia o intercambio de transfusión sanguínea para evitar complicaciones graves. La ictericia neonatal es una condición común en los recién nacidos, especialmente en aquellos prematuros o con bajo peso al nacer. Los factores de riesgo incluyen la prematuridad, el bajo peso al nacer, el RCIU, la colección de sangre extravascular, el inadecuado aporte de leche materna, la incompatibilidad sanguínea y las infecciones.

El cuadro clínico puede ser causado por hiperbilirrubinemia indirecta que se caracteriza por una coloración amarillenta clara o anaranjada, o por una hiperbilirrubinemia directa que se caracteriza por una coloración parduzca o verdínica. La encefalopatía por hiperbilirrubinemia en su fase aguda puede causar irritabilidad fiebre convulsiones hipertonía y pobre succión (16)

Para el diagnóstico se requiere tanto la clínica en la que se aprecia aumento de la coloración de la piel, como exámenes de laboratorio como grupo sanguíneo y factor Rh de la madre y del recién nacido, el hematocrito los reticulocitos, el dosaje de bilirrubinas total, bilirrubinas directa e indirecta y la prueba de Coombs directa, entre otras según la sospecha de la causa(17)

El manejo de ictericia neonatal incluye medidas no farmacológicas como la fototerapia, la exanguino transfusión, la hidratación adecuada y manejo de causa de fondo según la guía práctica clínica para la atención del recién nacido. También se requiere un seguimiento regular para detectar complicaciones y

signos de alarma. En el caso presentado la paciente tenía una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto y se descartaron varias causas, pero se identificó como principal una mala técnica de lactancia materna que conllevó a un inadecuado aporte calórico y una disminución acelerada de peso, se estableció además un plan de seguimiento que incluía el refuerzo de la técnica de lactancia, por lo que no se necesitó la fototerapia en este caso (16).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico 2022- 2023 tuvo inicio con algunos inconvenientes, agrupando en los distintos hospitales y centros de salud del Perú a una cantidad considerable de estudiantes de Medicina de séptimo año, regularmente en un horario de 7 de la mañana a 14:00 h de la tarde, en algunas ocasiones este horario tendría variación dependiendo del área o establecimiento de salud en el cual le toque realizar las funciones. Muchas veces se acudía los días domingos, feriados o días festivos a terminar tareas pendientes o evaluar pacientes que se encontraban en estado crítico y que dependían de mayor atención.

Anteriormente la duración del internado constaba de 12 meses en los cuales se rotaban por los servicios de Ginecología Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna por un periodo de 3 meses cada uno, actualmente la problemática para retomar este tiempo inició después de la pandemia COVID-19, la cual paralizó el internado de cientos de estudiantes y por ende se hizo una reestructuración de las normativas para realizar el mismo.

La primera rotación que se realizó tuvo una duración de 5 meses, la decisión de acudir a un centro de salud se dio por las distintas dificultades que tuvo el internado para dar inicio, así como la poca oferta de hospitales, los cuales no se daban abasto para una gran demanda de internos de Medicina.

La problemática que se vivió en los centros Se dio debido a que muchos de estos no contaban con la infraestructura adecuada para atender distintas patologías que aquejaban diariamente, la poca cantidad de médicos y la falta de especialistas, así como la falta de insumos para descarte de patologías.

La segunda rotación del internado se dio en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz un centro de salud, que nos pudo brindar más experiencia a comparación del centro de salud ya que aquí se puso en práctica las cuatro rotaciones básicas de la medicina, pudiendo en ocasiones muchas veces ingresar al área quirúrgica. Este hospital contaba con equipos más sofisticados en comparación con el Centro de Salud Comas, como equipos de rayos X, equipos más sofisticados en el laboratorio, tomógrafos, equipamiento en áreas de trauma shock, entre otros, los mismos que nos ayudarían a descartar patologías.

CONCLUSIONES

El Internado médico es la etapa fundamental para la formación final del alumno como futuro médico, culminando la carrera universitaria aplicando conocimientos adquiridos ganando experiencia en este periodo, por esta razón es indispensable que el interno invierta la mayor cantidad de su tiempo en los centros de salud asignados para consolidarse de manera integral como médico.

Uno de los riesgos a los que se expone el interno son los de contraer enfermedades intrahospitalarias, debido a la gran variedad de patologías que se reciben diariamente, así como el de sufrir accidentes laborales, con los destinos objetos punzocortantes y/o contaminados que se encuentran, por lo que es necesario que los centros de salud capaciten constantemente sobre técnicas de bioseguridad y se exija el uso de equipos de protección personal.

En vista al tiempo laborado, se comprueba la realidad por la que atraviesan los centros de salud hoy en día, siendo deficientes en cuanto a infraestructura, equipamiento, lo que dificultaría el proceso de atención al paciente, asimismo la capacidad de respuesta del personal, obteniendo una baja calidad de atención.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los internos acudir con responsabilidad, tener buen trato e iniciativa para brindar una buena calidad de atención, ya que los pacientes son personas y están confiando sus problemas personales y de salud hacia nosotros, asimismo poner empeño en realizar tomas de muestras, procedimientos o alguna actividad que implique nuestra participación, que sean indicadas por los médicos residentes o especialistas, ya que estas permitirán fortalecer nuestras habilidades y destrezas en base a las experiencias.

Se recomienda también la participación del Estado en brindar más apoyo a los centros de salud ya que muchos de estos cuentan con equipos que se encuentran desactualizados y fuera de servicio, así como también deficiencias en la infraestructura para poder ejercer de manera adecuada la medicina.

Se recomienda ampliar las horas y tiempo de duración del internado, para así lograr una mayor experiencia práctica, que, a su vez, se sumen más actividades académicas como exposiciones, o lectura diarias de artículos actualizados que permitan al interno estar a la vanguardia de las actualizaciones y estudios realizados; estos deberían ser supervisados y asesorados por los tutores asignados.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Reseña histórica- Hospital Carlos Lanfranco La Hoz [Internet] [citado el 12 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.hcllh.gob.pe/resena-historica/>
2. Fundación medicina fetal barcelona. Hipertensión y gestación [Internet]. Medicinafetalbarcelona.org. [citado el 08 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertension-y-gestacion.html>
3. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen [Internet]. 2019 [citado el 09 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033
4. Extensa GENV. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA [Internet]. Gpc-peru.com. [citado el 09 de abril de 2023]. Disponible en: <https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2023/01/GPC-Apendicitis-Version-Extensa.pdf>
5. FICHA TECNICA CEFAZOLINA NORMON 1 G POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE INTRAMUSCULAR EFG [Internet]. Aemps.es. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/64848/FT_64848.html
6. Martínez Vernaza S, Soto Chavez MJ, Mckinley E, Gualtero Trujillo S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Univ Médica [Internet]. 2018 [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392018000400093.
7. Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos D y. T. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Net.pe. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: http://medicinainterna.net.pe/images/guias/GUIA_PARA_EL_MANEJO_DE_LA_NEUMONIA_ADQUIRIDA_EN_LA_COMUNIDAD.pdf
8. Urinary tract infection, antibiotic treatment. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico [Internet]. Org.pe. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n1/a06v23n1>
9. Extensa GENV. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO NO COMPLICADA [Internet]. Gpc- peru.com. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/06/GPC_ITU_Vers_Extensa.pdf
10. Preeclampsia: Características clínicas y diagnóstico [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Infecciones agudas complicadas del tracto urinario (incluyendo pielonefritis) en adultos. [Internet] . [citado 10 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=infeccion%20tracto%20urinario&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
12. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Neumonía adquirida en la comunidad. Instituto Mexicano del seguro social-Dirección de prestaciones medicas [Internet].

[citado el 12 de abril de 2023]; Disponible en:

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/234GER.pdf>

13. Fibromiomas uterinos (leiomiomas): epidemiología, características clínicas, diagnóstico e historia natural. [Internet]. [citado el 14 de abril de 2023]; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=miomatosis%20uterina&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
14. Colecistitis aguda calculosa: características clínicas y diagnóstico. [Internet]. [citado el 14 de abril de 2023]; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20cronica&source=search_result&selectedTitle=1~18&usage_type=default&display_rank=1
15. Resolución Ministerial N 755-2017 MINSA. [Internet]. [citado el 14 de abril de 2023]; Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llq4ky.pdf?v=1535063213
16. Manejo inicial de la hiperbilirrubinemia no conjugada en recién nacidos a término y prematuros tardíos. [Internet]. [citado 14 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-unconjugated-hyperbilirubinemia-in-term-and-late-preterm-newborns?search=ictericia%20neoantal&source=search_result&selectedTitle=2~87&usage_type=default&display_rank=2
17. Etiología y patogenia de la hiperbilirrubinemia no conjugada neoantal. [Internet]. [citado 14 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathogenesis-of-neonatal-unconjugated-hyperbilirubinemia?search=ictericia%20neoantal&source=search_result&selectedTitle=1~87&usage_type=default&display_rank=1
18. Abordaje del niño con diarrea aguda en entornos de recursos limitados. [Internet]. [citado 14 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-settings?search=enfermedad%20diarreica%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
19. Tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos en el ámbito ambulatorio. [Internet]. [citado 14 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-setting?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
20. Descripción general de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. [Internet]. Uptodate.com. [citado 14 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2