

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITAL DE LIMA
ESTE - VITARTE, 2023 - 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

WENDY LUCERO LOMA HEMBRACIO

ASESORA

KATY MAUREEN CABRERA VILLANUEVA

LIMA- PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA

HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITAL DE
LIMA ESTE - VITARTE, 2023 - 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

WENDY LUCERO LOMA HEMBRACIO

ASESORA

Dra. KATY MAUREEN CABRERA VILLANUEVA

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

- Dr. ESPINOZA TARAZONA EDGAR KELVIN
- Dra. QUISPE CASAS ROSA LUZ
- Dr. ROJAS OLIVERA HUGO EFREND

DEDICATORIA

En reconocimiento a la fortaleza y apoyo inquebrantable de mis padres y hermana, quienes han sido un faro luminoso en mi viaje académico, dedico este logro con gratitud sincera. Su amor incondicional y apoyo constante han sido las fuerzas motrices que iluminaron cada paso de mi educación.

AGRADECIMIENTO

Quiero manifestar mi sincero agradecimiento a mi asesora por su constante entrega y guía, aspectos fundamentales en la elaboración de este proyecto.

Además, siento una sincera gratitud hacia el Hospital de Lima Este - Vitarte (HLEV) por su generosidad al brindarme las posibilidades que posibilitaron el acceso a las historias clínicas para el desarrollo de este escrito, demostrando ser un aliado indispensable en la consecución de nuestros objetivos.

ÍNDICE

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	14
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	26
FUENTES DE INFORMACIÓN	27

RESUMEN

El internado médico, correspondiente al último año de la formación de un estudiante de medicina, constituye una etapa crucial en la que se aplican los conocimientos adquiridos a lo largo de los años académicos. Durante este periodo, se adquieren habilidades técnicas para la atención y manejo de pacientes en diversos hospitales del Perú. **Objetivo:** Documentar las experiencias derivadas de las rotaciones en los servicios principales del Hospital de Lima Este - Vitarte, así como el aprendizaje obtenido. Reforzar conocimientos y desarrollar habilidades esenciales para una atención adecuada. **Materiales y método:** Se registraron un total de 8 casos clínicos vistos en las principales cuatro rotaciones durante los 10 meses de internado, en los cuales, se describieron diferentes patologías y el manejo que se dieron. **Resultados:** En la rotación en Medicina Interna se presentaron casos, el primero paciente con lumbago con ciática, y el segundo paciente con celulitis en miembro inferior. En la rotación en Ginecología y Obstetricia se presentan casos de trabajo de parto pretérmino y embarazo ectópico. En la rotación en Pediatría se presenta un caso de faringoamigdalitis aguda y crisis asmática. Por último, en la rotación en Cirugía General, un caso de apendicitis y uno de colecistitis aguda. **Conclusiones:** Este periodo ha sido fundamental para nuestro desarrollo personal y profesional, brindando conocimientos y relaciones interpersonales fructíferas que, a corto plazo, nos conferirán la confianza necesaria para desempeñarnos de manera diligente en la práctica médica, siempre priorizando el bienestar del paciente.

Palabras claves: Internado médico, Casos clínicos, Responsabilidad médica, Habilidades, Desarrollo personal y profesional.

ABSTRACT

The medical internship, corresponding to the last year of a medical student's training, constitutes a crucial stage in which the knowledge acquired throughout the academic years is applied. During this period, technical skills are acquired for the care and management of patients in various hospitals in Peru. **Objective:** Document the experiences derived from rotations in the main services of the Hospital de Lima Este - Vitarte, as well as the learning obtained. Strengthen knowledge and develop skills essential for proper care. **Materials and Methods:** A total of 8 clinical cases were recorded in the main four rotations during the 10 months of hospitalization, in which different pathologies and management were described. **Results:** In the Internal Medicine rotation, cases were presented, the first patient with lumbago with sciatica, and the second patient with cellulitis in the lower limb. In the rotation in Gynecology and Obstetrics there are cases of preterm labor and ectopic pregnancy. One case of acute pharyngotonsillitis and asthmatic crisis was presented in the Pediatric rotation. Finally, on rotation in General Surgery, one case of appendicitis and one case of acute cholecystitis. **Conclusions:** This period has been fundamental to our personal and professional development, providing knowledge and fruitful interpersonal relationships that, in the short term, will give us the confidence to perform diligently in medical practice, always prioritizing the well-being of the patient.

Keywords: Medical internship, Clinical cases, Medical responsibility, Skills, Personal and professional development.

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE, 2023 - 2024	WENDY LUCERO LOMA HEMBRACIO

RECuento DE PALABRAS
7814 Words

RECuento DE CARACTERES
43987 Characters

RECuento DE PÁGINAS
38 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO
116.3KB

FECHA DE ENTREGA
Mar 11, 2024 10:39 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME
Mar 11, 2024 10:40 AM GMT-5

● 14% de similitud general

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



KATY MAUREEN CABRERA VILLANUEVA
DNI: 07883392
Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2866-2936>

INTRODUCCIÓN

El internado médico representa un periodo fundamental en el cual los estudiantes de medicina, tras completar los estudios teóricos de años anteriores, poseen la oportunidad de fijar los conocimientos obtenidos y desenvolver habilidades y pensamiento clínico en el entorno hospitalario, ya sea en el primer o segundo nivel de atención.

Asimismo, constituye un periodo muy anhelado por los estudiantes de medicina, ya que les brinda la oportunidad de aplicar de manera integral lo aprendido en ciencias básicas, clínicas y quirúrgicas. Durante las diversas rotaciones por los hospitales, experimentan por primera vez el rol de médicos, enfrentándose directamente al cuidado de los pacientes. Aunque reconocen que habrá noches de desvelo, estas se perciben como una recompensa dulce al saber que están haciendo lo mejor por sus pacientes durante las guardias. A pesar de ser una etapa agotadora, los estudiantes la consideran sumamente productiva y enriquecedora.

Esta fase incluye rotaciones por los principales servicios de atención médica, como Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Durante estas rotaciones, el interno de medicina obtiene experiencia en la aproximación y atención del paciente, participa en el proceso de diagnóstico, elabora planes de trabajo flexibles adaptados a la evolución de cada paciente y realiza el seguimiento necesario para su recuperación. Además, se adquieren conocimientos prácticos sobre el funcionamiento interno de un hospital, incluyendo el correcto manejo de formularios y documentos esenciales para mantener un historial adecuado del paciente.

Esta etapa se desarrolló en el Hospital de Lima Este – Vitarte desde el 1 de abril hasta el 31 de enero, siendo realizado 8 meses en hospital y 2 meses en un centro de salud, a disposición de la universidad.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante el período de prácticas clínicas, llevadas a cabo en el Hospital Lima Este-Vitarte (HLEV), se logró recopilar las diversas experiencias que se detallan a continuación.

1.1 Rotación en Medicina Interna

Caso Clínico n.º1

Paciente masculino de 60 años que acude a la emergencia del HLEV acompañado de hija, presentando desde hace 3 días un dolor intenso en la región lumbosacra, el cual provoca una limitación funcional severa. Este refiere laborar en el rubro de la construcción, y que este mal inició luego de levantar bloques de ladrillo por varias horas. Ampliando la historia, indica que es la cuarta vez que presenta este episodio en los últimos 2 meses. Niega algún otro síntoma asociado.

Antecedentes:

- Diabetes *mellitus* tipo 2 según indican los familiares (detectado hace 10 años en su centro de salud, sin tratamiento).

Examen Físico:

PA: 127/71 mmHg, FC: 75 x', FR: 20 x', T 36.7 °C

- Paciente en REG, REH, REN.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil y simétrico, no masas palpables.
- Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2".
- TyP: Murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos hemitórax (AHT), no estertores audibles.
- Cardiovascular: RCR de regular intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, RHA presentes (5 por minuto), blando, depresible y sin signos de peritonismo.
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no signos de focalización, Escala de Glasgow 15/15.

- Soma: Lasegue (+)

Impresión Diagnóstica:

- Lumbago con ciática

Plan de Trabajo:

Se indica diclofenaco 75 mg/ 3ml intramuscular (IM) c/24h por 3 días, asociado a orfenadrina 60 mg /2ml IM c/24h por 3 días, posterior rotar a vía oral condicional a dolor en las noches. Además, hidroxocobalamina 1 mg/2 ml cada 7 días por 3 semanas.

Se solicita Hemoglucotest, donde se obtiene resultado de 170 mg/dl, luego de tomar desayuno hace 3 horas; por lo que, se le da indicaciones dietéticas y ejercicios. Se solicita interconsulta con Terapia Física para definir conducta recuperativa. Se explica y recomienda medidas ergonómicas para el correcto ejercicio de su oficio.

Paciente pasa por consultorio externo de Medicina Física y Rehabilitación, siguiendo diez sesiones de fisioterapia recuperativa, mejorando paulatinamente y reiniciando sus actividades con la ergonomía adecuada para evitar nuevas lesiones o el deterioro de esta.

Caso Clínico n.º2

Paciente masculino de 48 años, acude a emergencia de Medicina interna del HLEV, con una enfermedad que data de 5 días de evolución. Este refiere haber sufrido contusión a nivel de cara anterior de pierna izquierda con tronco de madera. Al día siguiente, empieza a notar un crecimiento en el volumen y temperatura de la zona, añadiéndose signos de flogosis en un área de 20 x 15 cm. A su vez, niega sensación de alza térmica, niega limitación funcional. Paciente refiere que por consejo de su vecina estuvo ingiriendo Cefalexina 500 mg y Paracetamol 1 gr una vez al día, y al no notar una mejoría, decide aplicarse hojas de llantén sobre la lesión. Al día siguiente, empeora severamente, notando múltiples vesículas ampollasas, por esta razón acude al nosocomio antes mencionado.

Antecedentes:

- Hipertensión arterial, según refiere familia en tratamiento con Losartan cada 12h.
- Lesión por arma de fuego en abdomen y pierna izquierda en 1994 y 2019.

Examen Físico:

PA 140/85 mmHg, FC 78 x', FR 21 x', T 36.4°C

- Paciente ingresa en silla de ruedas en REG, REH, REN.
- Cabeza: Normocéfalo, ojos simétricos, pupilas CIRLA, boca y mucosas húmedas.
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis.
- TyP: MV pasa bien en AHT, no se detectan estertores a la auscultación.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Globuloso, RHA presentes (4 por minuto), blando, depresible, sin dolor que se perciba a la palpación superficial ni profunda.
- Miembro Inferior Izquierdo: Se visualiza lesión eritematosa de 20 x 10 cm, con aumento de volumen, temperatura elevada en zona, dolor a la digitopresión con edema y signos de flogosis, así como múltiples lesiones ampollosas.
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Impresión Diagnóstica:

- Celulitis de Miembro Inferior Izquierdo

Plan de Trabajo:

Se indica ingreso a sala de observación de emergencia y se solicita hemograma, PCR cuantitativo, bioquímica sanguínea, perfil hepático, perfil de coagulación y HbA1c.

Se inician tratamiento antibiótico con oxacilina 2 gr endovenoso cada 4 horas diluido de NaCl 0.9% 100cc. Al recibir los resultados de laboratorio, se obtiene lo siguiente: Hemograma: Hb 13.0 g/dL, leucocitos 22.28 x 10³/uL, neutrófilos

18.72 x10³/uL, Examen de orina sin alteraciones, glucosa en ayunas 120 mg/dl, resto de exámenes de laboratorio dentro de lo normal.

Evolución: Transcurriendo el primer día, el paciente es evaluado presentando evolución estacionaria por lo que se decide ampliar cobertura antibiótica con clindamicina. Asimismo, se nota lesiones descamativas interdigitales en pie izquierdo, por lo que, se decide agregar clotrimazol en crema tópica al 1% cada 8 horas. Paciente presenta evolución favorable, al 7^{mo} día de hospitalización se solicita exámenes de control con resultados dentro de valores normales. Se indica el alta al 8^{vo} día de hospitalización con control por consultorio externo de medicina interna en 5 días.

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico n.º1

Segundigesta de 30 años (G2 P0010) quien ingresa por la emergencia al HLEV, a las 23 horas, indicando que 10 horas antes de venir al nosocomio, empieza a sentir contracciones de manera esporádica, con pérdida de mucosidad que se agrava al transcurso del tiempo, por lo que decide ir a emergencia. Niega haber perdido líquido, ni sangrado y percibe movimientos fetales.

Antecedentes Personales:

- Niega

Antecedentes Ginecológicos:

- Menarquia: 11 años
- Régimen catamenial: 5 x 28 +/- 7 días
- Cantidad: 3 toallas higiénicas diarias
- Método Anticonceptivo: No usa
- Inicio de relaciones sexuales a los 17 años
- FUR: 13/07/2023
- Última relación sexual hace 2 meses
- Ha tenido 3 parejas sexuales en toda su vida
- PAP: No realizado nunca

Antecedentes Obstétricos: G2 P0010

- G1: 2022, aborto a las 7 semanas (AMEU)
- G2: 2023, gestación actual, no planificada.
 - 2 CPN (14-25ss) en C.S Fortaleza
 - 2 CPN (26-32SS) en Hospital de Lima Este Vitarte
 - Ganancia Peso: 13kg IMC: 27.10

Intercurrencias:

- Septiembre, 2023: Amenaza de aborto. Tratamiento: Progesterona vía oral cada 12 horas por 7 días.

Examen Físico:

- PA 105/70 mmHg, FC 80 x', T 36.7°C, FR 17x', SO2 97%
- Piel: THE, llenado capilar <2", no signos de palidez ni edemas.
- TyP: MV pasa en AHT, no ruidos audibles a la auscultación.
- CV: RCR de regular intensidad, no soplos.
- Abdomen: Altura Uterina: 31 cm, Movimientos fetales: ++/+++ , LCF: 140x', SPP: Longitudinal cefálico izquierdo.
- GU: PPL (-) PRU (-)
- SNC: LOTEP, Glasgow 15.

Examen Ginecológico

- Dinámica Uterina: Frecuencia 2/10, Duración 15", Intensidad ++/+++.
- Tacto Vaginal (TV): Incorporación (I) 80%, Membranas (M): Íntegras, Dilatación (D): 4 cm, Altura de Presentación (AP): -3, Posición de cérvix: Posterior.
- Pelvis ginecoide

Diagnóstico de Ingreso:

- Gestante de 35 4/7 semanas de gestación en fase activa de trabajo de parto.
- Trabajo de Parto Pretérmino

Plan de Trabajo:

- Se solicita TNST (Test No Estresante): Reactivo
- NaCl 0.9% 500 ml de hidratación a chorro.
- Reevaluar a las 4 horas o según evolucione paciente.

- Se solicita: Prequirúrgicos, PCR, examen de orina.

Reporte del Parto: Paciente de 30 años, G2P0010, que pasa a expulsivo a las 6 am, que al tacto vaginal I 100%, D: 10 cm, M: Rotas, AP: +1. Recibiéndose a un recién nacido de sexo masculino de 2830 gr, APGAR /9, edad gestacional de 36 semanas.

Puerperio: Puérpera inmediata mantiene signos vitales estables, útero a +1 cm de cicatriz umbilical, loquios hemáticos en regular cantidad. Al siguiente día con evolución favorable, e involución uterina -1 cm por debajo de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos, mamas con buena producción de leche.

Impresión Diagnósticas a los 2 días:

- Puérpera mediata de parto vaginal

Indicaciones al Alta: Sulfato ferroso 1 tableta c/24h por 30 días, paracetamol 1 gr condicional a dolor.

Caso Clínico n.º2

Paciente femenina de 28 años, indica en emergencia que desde hace 2 días refiere dolor de intensidad 7/10 en fosa iliaca izquierda e hipogastrio que se asocia a sangrado vaginal. Niega otros síntomas.

Antecedentes Personales:

- Hábitos Nocivos: Fuma 6 cigarrillos diarios de lunes a viernes y 1 cajetilla los fines de semanas desde hace 5 años.

Antecedentes Ginecológicos:

- Menarquia: 10 años
- Régimen catamenial: 4/28
- Cantidad: 4 toallas higiénicas diarias
- Menstruación de temporalidad regular
- FUR: 13/06/2023 (hace 07 semanas)
- MAC: Método de barrera (preservativo)
- Inicio de relaciones sexuales a los 15 años
- Última relación sexual hace 3 semanas aproximadamente
- Ha tenido 6 parejas sexuales

Antecedentes Obstétricos: G2 P0020

- G1: 2022, aborto a las 7 semanas por legrado uterino
- G2: 2021, aborto a las 8 semanas por legrado uterino

Examen Físico:

PA 110/70 mmHg, T° 37.2, FC 75 x', FR 15 x', Peso 67 kg, Talla 165 cm

- Piel: THE, llenado capilar < 2", palidez +/+++.
- TyP: MV pasa en AHT, no ruidos agregados.
- CV: RCR de regular intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA presentes (4 por minuto), blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda e hipogastrio, no se palpan masas, sin signos de irritación peritoneal.
- GU: PPL (-) PRU (-)
- SNC: LOTEP, Glasgow 15.

Examen ginecológico

- Tacto Vaginal: Cuello uterino cerrado y no doloroso a la palpación.
- Especuloscopia: Restos hemáticos, no presenta sangrado activo.

Impresión Diagnóstica:

- Síndrome Doloroso Abdominal: DC Embarazo Ectópico
- DC Anemia

Plan de Trabajo:

Se hospitaliza a paciente y se solicita exámenes complementarios: Hemograma (Hb 10.6, leucocitos 10700, bastonados 0%, plaquetas 284000), Perfil de Coagulación (TP 15", TTPa 27", fibrinógeno 393), Bioquímica (glucosa 103, urea 16, creatinina 0.7), Serológicos (Sífilis, VIH, Virus de la Hepatitis B: No Reactivo), Uroanálisis (hematúrico, turbio, densidad 1095, pH 7, no leucocituria), B-HCG de 3226 mUI/mL. Además, una ecografía transvaginal donde se aprecia útero en anteversoflexión, a nivel del cuerno izquierdo saco gestacional de 30x15 mm, en el cual, en su interior se observó lámina embrionaria sin actividad cardiaca; ovarios sin alteraciones, y no presencia de líquido libre.

Se plantea monitoreo continuo, control de funciones vitales, canalización de vía intravenosa con catéter N.º 18 e inicio de infusión de solución salina 0,9 %. Se informa a la paciente sobre el diagnóstico, opciones terapéuticas, y se llega a una decisión consensuada de manejo médico con metrotexato.

Se administra Metotrexato (50 mg/m^2) 87 mg IM según superficie corporal y se propone nuevas mediciones de B-HCG para el 4º y 7º día luego de haberse aplicado la monodosis de metrotexato, en el cual, se encuentran resultados de B-HCG al 4º día en 2 678 mUI/mL y al 7º día en 2110 mUI/mL, Además, se pide un nuco control ecográfico donde no se encuentran variaciones a la inicial. Se da de alta a paciente con cita por consultorio externo de ginecología y obstetricia en una semana para seguimiento de B-HCG y se explica signos de alarma.

1.3 Rotación en Pediatría

Caso Clínico n.º1

Paciente de sexo masculino de 7 años acompañado de un familiar (abuela), quien refiere que su nieto desde hace 5 días manifiesta un intenso dolor de garganta, fiebre de 38.7°C e hiporexia desde hace 3 días, por lo que, decide darle paracetamol 10 ml cada 8 horas, sin embargo, no nota mejoría, motivo por el cual acude a nosocomio.

Antecedentes:

- Niega

Examen físico:

FC 80 lpm, FR 19 rpm, T° 38.7, SatO2 97%, Peso 20 kg, talla 121 cm

- Cabeza y Cuello: Masas palpables, blandas y móviles de aprox. 15mm en ambas regiones retroauriculares.
- Orofaringe: se visualiza secreción amarillenta que cubre amígdalas, las cuales se encuentran hipertróficas, faringe congestiva.
- TyP: MV pasa en AHT, no se auscultan ruidos añadidos.
- CV: RCR de intensidad buena, sin soplos.
- SNC: Reactivo a estímulos, Glasgow 15/15.

Impresión Diagnóstica:

- Faringoamigdalitis Aguda de origen bacteriano

Plan de Trabajo:

No se solicita exámenes auxiliares por cumplir criterios de CENTOR modificado. Se indica manejo ambulatorio y metamizol 500 mg intramuscular dosis única más medios físicos

Se reevalúa a paciente luego de 1 hora, presentando evolución favorable temperatura de 36.5°C. por lo que se indica el alta.

Indicaciones Médicas de alta: Dieta blanda, Ibuprofeno 100mg/5ml dar 10 ml cada 8 horas (después del desayuno, almuerzo y cena) por 3 días, Penicilina Benzatínica ½ ampolla (600.000 UI) IM a dosis única, Paracetamol 100mg/5ml dar 12 ml condicional a fiebre, se explica signos de alarma y control en 1 semana por consultorio externo de pediatría.

Caso Clínico n.º2

En la emergencia del HLEV se recibe a un niño en edad escolar (10 años) y con antecedente de asma, quien acude acompañado de su padre por presentar desde hace 12 horas dificultad respiratoria, secreción nasal y tos seca. Madre refiere haber administrado 2 puff de salbutamol, logrando una mejoría. No obstante, durante la noche (6 horas antes de ingreso) despierta hasta en 3 ocasiones por sensación de falta de aire, nuevamente requiriendo el uso del broncodilatador, sin embargo, no mejora, por lo que, decide acudir a emergencia.

Antecedente Personales:

- Asma: Diagnosticado hace 1 año. Última crisis hace 3 meses. Uso de salbutamol inhalado solo durante crisis.

Antecedentes Familiares:

- Mamá: Rinitis Alérgica
- Papá: Asma
- Hermano mayor de 12 años: Asma

Examen Físico:

FC 100 x', FR 34 x', T° 36.7 °C, SatO2 92%. Peso 29 kg, Talla 130 cm

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis.
- TyP: Tiraje subcostal y retracción supraclavicular. MV pasa disminuido en ambos hemitórax, se ausculta sibilantes difusos en inspiración y espiración, sonoridad conservada.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Globuloso, RHA + (5 por minuto), blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

Impresión Diagnóstica

- Crisis Asmática Moderada

Plan de Trabajo

Se procede a iniciar terapia broncodilatadora con: salbutamol 6 puff cada 20 minutos en 3 ciclos, y prednisona vía oral 30 mg. Se coloca a cánula binasal para mantener saturación >92%.

Al finalizar el tercer ciclo de salbutamol se evalúa al paciente, estando la FR en 32 por minuto, sibilantes difusos y saturación en 93%, por lo que se inicia salbutamol nebulizado y bromuro de ipratropio 3 puff cada 20 minutos en 3 ciclos.

Al volver a reevaluar al paciente en 1 hora aproximadamente, se obtiene una FR de 20 x', no se detecta esfuerzo respiratorio, sibilantes escasos y SatO2 de 96%, dejando al menor en observación por 1 hora antes de ser dado de alta.

Finalmente, se explica los signos de alarma y se da de alta con indicación:

- Salbutamol inhalado 2 puff cada 4 horas por 2 día, luego 2 puff cada 6 horas y finalmente 2 puff cada 8 horas.
- Continuar prednisona 30 mg VO por 3 días más.
- Control por consulta externa de neumología.

1.4 Rotación en Cirugía General

Caso Clínico n.º1

Paciente masculino de 18 años acude a emergencia refiriendo que desde la mañana (hace 8 horas) presenta dolor abdominal a predominio de fosa iliaca derecha de intensidad 7/10 que al inicio se encontraba en mesogastrio, náuseas que no llegan a vómitos, pérdida del apetito, por lo que, acude a emergencia del HLEV.

Antecedentes:

- Niega

Examen Físico:

PA 120/75 mmHg, FC 82 x', FR 21 x', T 37.5°C

- Paciente en REG, REN, REH, lúcido, ventila espontáneamente.
- Piel: THE, llenado capilar <2", no ictericia, no cianosis.
- TyP: MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados.
- CV: RCR de regular intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: RHA presentes (5 x'), blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Mc Burney (+)
Rebote (-)
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión Diagnóstica:

- Síndrome Doloroso Abdominal: Abdomen Agudo
 - DC Apendicitis Aguda

Plan de Trabajo:

Se solicita hemograma en el cual observamos leucocitosis con desviación a la izquierda (leucocitos 18 000, Ab 0%, Segmentados 84%). Además, se añaden exámenes prequirúrgicos (bioquímica, serológicos, examen de orina). Ecografía abdominal inferior muestra signos ecográficos sugestivos de apendicitis aguda.

Con la clínica y resultados obtenidos (Alvarado: 8) se decide pasar al paciente a SOP para apendicectomía laparoscópica, donde se encuentra como hallazgo un apéndice cecal de aproximadamente 8 x 2 cm en posición subcecal, supurada en su 2/3 externo con base y ciego en buen estado. Luego de 2 días hospitalizado, se da de alta al paciente con tratamiento analgésico y con cita por consultorio externo de cirugía en 5 días.

Caso Clínico n.º2

Paciente femenino de 38 años refiere desde hace 12 horas presenta dolor intenso en hipocondrio derecho (8/10), vómitos, pérdida de apetito, fiebre, motivo por el cual ingiere dos pastillas de paracetamol 500 mg, sin embargo, no mejora, así que acude al Hospital de Lima Este, Vitarte.

Antecedentes:

- Litiasis vesicular: Diagnosticada hace 1 año.

Examen Físico:

PA 110/70 mmHg, FC 90 x', FR 20 x', T 38°C, Peso 70 kg, Talla 155 cm

- Paciente ingresa en silla de ruedas en REG, REH, REN, facie dolorosa, lúcida.
- Piel: THE, llenado capilar <2", no ictericia.
- TyP: Simétrico con amplexación conservada, MV pasa en AHT, sin ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, sin soplos.
- Abdomen: RHA +, depresible, blando, globuloso, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho. Murphy (+)
- SNC: Glasgow 15/15, sin signos meníngeos, ni focalizaciones.

Diagnóstico Presuntivo:

- Síndrome Doloroso Abdominal: Abdomen Agudo
 - DC Colecistitis
- Litiasis Vesicular por HCL
- Obesidad

Plan de Trabajo:

Se solicita prequirúrgicos, hemograma donde se observan leucocitosis (Leucocitos 15 000, Segmentados 51%, Ab 0%), perfil hepático sin alteraciones y ecografía abdominal superior donde se observa colédoco de 3 mm, pared vesicular engrosada y múltiples litos en vesícula siendo en más grande de 9 mm.

Con resultados obtenidos, se indica escopolamina, dimenhidrinato, metamizol e hidratación, mientras se prepara a paciente para ingreso a SOP para una colecistectomía laparoscópica. Luego de 2 días, paciente es dada de alta con analgésicos, antibióticos, frutenzima y control por consultorio externo de cirugía en 1 semana.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Hospital de Lima Este - Vitarte (HLEV)

El Hospital de Lima Este - Vitarte (HLEV) se encuentra en el distrito de Ate, específicamente a nivel de la Av. José Carlos Mariátegui 364, en la provincia de Lima, departamento de Lima. Este hospital está bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud (MINSA) y se clasifica en la categoría III-E, dentro de la DISA IV Lima Este. Su hospital de referencia es el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Los servicios que brinda el Hospital de Vitarte incluyen a las 4 rotaciones antes descritas, medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría; así también, cuenta con una variedad de servicios de especialidad como reumatología, traumatología, cirugía pediátrica, neurología, neurocirugía, cirugía de cabeza y cuello, gastroenterología, cirugía cardiovascular, entre otras, y una Unidad de Vigilancia Intensiva.

En su estructura organizativa, presenta departamentos como cuidados críticos, apoyo al diagnóstico y tratamiento, médico quirúrgico, y enfermería, todos subordinados a una Dirección General. El establecimiento fue creado mediante el Decreto de Urgencia N° 032-2020 para abordar la emergencia por la COVID-19, especializándose en la atención de casos intensivos de esta enfermedad. A pesar de ser un establecimiento de salud nuevo, el HLEV cuenta con el equipamiento necesario y está debidamente acondicionado (1).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Medicina Interna

Caso Clínico n.º1

El lumbago se define como una sensación de dolor que limita en diferentes proporciones la movilidad en algunas ocasiones, con o sin afectar extremidades inferiores (2). Este problema suele ser el mal que causa mayor cantidad de años de discapacidad en el mundo (3). Este puede presentarse acompañado de inflamación del nervio ciático, el cual va a producir un dolor que el paciente refiere llega hasta la punta del pie y provoca una sensación de “electricidad” hasta la región donde parte el dolor (lumbar). La inflamación de este puede comprobarse mediante la maniobra de Laségue, que de ser positiva nos indicara un Lumbago con ciática.

En los últimos años, varios estudios epidemiológicos de especialistas han concluido que existe una serie de movimientos que provocan alteraciones biomecánicas que afectan al equilibrio y ocasionan esta lesión.

Estos pueden ser:

- Flexión anterior
- Flexión en torsión
- Trabajo físico extenuante a repetición, en medio de vibraciones
- Trabajo con posturas muy estáticas

Para esta patología, el manejo principal es el alivio del dolor, recomendándose AINEs y reposo absoluto de 5 a 7 días. Se sugiere añadir complementariamente relajantes musculares por la noche y en caso presentar neuralgia del ciático, añadir corticoides de 3-5 días e hidroxocobalamina (vitamina B12).

En el caso presentado, el paciente presentó clínica característica de lumbalgia con ciática, recibiendo medicación antes mencionada, se le sugirieron medidas de ergonomía para no empeorar la lesión, terapia física de Medicina de rehabilitación.

Caso Clínico n.º2

Una infección aguda como la celulitis, afecta a partes blandas y es a causa del ataque de bacterias por medio de algún orificio de entrada en el tejido blando, que afecta a tejido blando, y que en algunas ocasiones puede provocar un daño linfático irreparable (4). Etiológicamente el *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus* suelen ser los agentes más contaminantes (5). Existiendo más tipos de microorganismos, pero que se presentan en situaciones especiales como inmunosuprimidos (*E. coli*, *pseudomona aeuruginosa*), picaduras, etc.

Clínicamente se va a manifestar en la piel lesionada por un trauma, úlcera, herida y en casos particulares, piel sana. De inicio empezará con calor, aumento de volumen, dolor, eritema y linfangitis. Teniendo como característica más saltante los bordes poco definidos de la zona.

En numerosos casos, los pacientes no suelen aparentar enfermedad, pero pueden aparecer síntomas tales como escalofríos, malestar general, taquicardia y hasta fiebre.

Para el tratamiento se suelen emplear medicamentos como la Dicloxacilina (25-50mg /kg al día en 4 dosis) por vía oral; Cefazolina, Oxacilina, Clindamicina por vía parenteral. En el caso el paciente presente alergia a la Penicilina, se debe emplear Eritromicina o Clindamicina.

En el presente caso, se llegó al diagnóstico en base al cuadro clínico, debido a que en la anamnesis nos proporcionan información valiosa que nos permite dirigirnos al diagnóstico que finalmente es confirmado por la evolución favorable con la medicación recomendada.

3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º1

Estamos tratando a una mujer de 27 años con 35 semanas de gestación, que ingresa debido a una emergencia a causa de contracciones, por lo que, se establece como diagnóstico Trabajo de Parto Prematuro.

El parto prematuro (<37 semanas de gestación) es una carga mundial considerada uno de los principales factores de riesgo de mortalidad neonatal (menores de 5 años) y está asociado con efectos a corto y largo plazo, como falta de crecimiento, discapacidad intelectual y mental, y aparición temprana de enfermedades crónicas, entre otras (6).

Para la evaluación diagnóstica es importante valorar la dilatación del cérvix, si es ≥ 3 cm respalda que la paciente se encuentre en trabajo de parto prematuro. Se debe estimar la existencia y cantidad de sangrado uterino. Casos como placenta previa o DPP (Desprendimiento Prematuro de Placenta) pueden provocar un parto prematuro. También, es importante valorar el estado de la membrana, si se encuentra intacta o rota (RPM) mediante métodos estándar. En la mayoría de los casos, la dilatación y el borramiento del cuello uterino se estima por medio del examen digital, luego de que los antecedentes y los exámenes físicos, de laboratorio y de ultrasonido, según corresponda, hayan excluido la placenta previa y RPM. También, es útil el uso del ultrasonido transvaginal para la evaluación del cuello uterino. Un cuello uterino corto (<30 mm) antes de las 34 semanas de gestación predice un mayor riesgo de parto prematuro en todas las poblaciones, mientras que un cuello uterino largo (≥ 30 mm) tiene un alto valor predictivo negativo de parto prematuro (7).

Las intervenciones farmacológicas propuestas para prolongar el embarazo incluyen el uso de fármacos tocolíticos (como nifedipino o indometacina) para inhibir las contracciones uterinas, así como antibióticos en casos de ruptura prematura de membranas, para tratar la infección bacteriana intrauterina. Los agentes terapéuticos que actualmente se cree que están claramente asociados con mejores resultados neonatales incluyen los corticosteroides prenatales (<34 semanas de gestación) para la maduración de los pulmones fetales y otros sistemas de órganos en desarrollo, y el uso específico de

sulfato de magnesio (<32 semanas de gestación) para la neuroprotección fetal (7).

Caso Clínico n.º2

La paciente llega a emergencia con un cuadro doloroso en fosa iliaca izquierda e hipogastrio asociado a sangrado vaginal. Se cuenta con la tríada que es clásica para un embarazo ectópico (dolor abdominal, retraso menstrual y sangrado vaginal). Así como también factores de riesgo (hábito de fumar y antecedente de dos abortos sometidos a legrado). Con resultados de B-HCG y ecografía y la paciente encontrándose hemodinámicamente estable, se impresiona que nos encontramos ante un caso de embarazo ectópico no complicado.

El embarazo ectópico es cuando el óvulo fecundado no se encuentra revestimiento uterino normal, mayormente, está ubicado en las Trompas de Falopio. La incidencia aumenta ante la presencia de múltiples parejas sexuales, aborto (sometidos a legrados o aspiración manual endouterina), antecedente de embarazo ectópico, cirugía tubárica previa y hábitos nocivos como el tabaco (8).

La paciente a menudo se queja de dolor pélvico o abdominal asociado de sangrado vaginal. Se debe evaluar las funciones vitales para determinar la estabilidad hemodinámica. El diagnóstico se hace mediante la medición sérica de B-HCG, que está aumentada, y la ecografía transvaginal donde se observa un saco gestacional con o sin saco vitelino o embrión dentro de una ubicación ectópica (8,9).

Para el manejo de un embarazo ectópico, la guía del INMP (10) indica:

Tratamiento Médico: Metotrexato por vía intramuscular 50 mg por m².

- Criterios: Paciente hemodinámicamente estable, masa anexial <3,5 cm de diámetro no evidencia de actividad cardiaca embrionaria, B-HCG <5000 mUI/mL, y ausencia de patologías que contraindiquen el uso de este medicamento.

Tratamiento Quirúrgico (laparoscopia o laparotomía): Necesario cuando los pacientes presentan sangrado intraperitoneal, síntomas que nos orienten a la

presencia de una masa ectópica rota en curso o se encuentra hemodinámicamente inestable. Puede ser salpingostomía o la salpingectomía según el compromiso tubárico y el deseo de fertilidad.

La guía indica para el manejo médico por vía IM con metotrexato (el usado con esta paciente), a dosis única: 50 mg/m² y luego valorar B-HCG al 4to y 7mo día, verificando que esta haya descendido en más del 15%. En caso el descenso sea menor al esperado, se debe repetir una segunda dosis o considerar manejo quirúrgico (11).

3.3 Rotación en Pediatría

Caso Clínico n.º1

Esta es una de las causas más frecuentes de consulta médica en todo lugar, las infecciones de vía respiratoria como la faringoamigdalitis en niños tiene como uno de sus posibles causales al estreptococo betahemolítico del grupo A, que recientemente tuvo un aumento de casos nuevos en niños. Esto debido a que uno de sus factores de riesgo son los extremos de la vida (menores de 5 y mayores de 65) (12)

Refiriéndonos a los síntomas, pueden aparecer una gran variedad de signos y síntomas para esta enfermedad, teniendo como los principales a la fiebre, vómitos, dolor de cabeza, inflamación en orofaringe, petequias palatinas, exantemas, etc. Así mismo, también es posible que pueda aparecer mal estado general y escalofríos (13).

Para identificar adecuadamente la faringoamigdalitis aguda, se pueden emplear escalas como la de CENTOR. Explicando que esta es usada con pacientes con odinofagia y la probabilidad de cultivo positivo para esta escala es de 56-75%.

En el caso de este paciente en edad pediátrica, presenta síntomas que afectan a la vía respiratoria, como la odinofagia e hiporexia. Evaluando en la orofaringe secreción de color amarillo, de característica congestiva, evidenciando la producción de un cuadro posiblemente bacteriano. Por ende, se indican antibióticos según tratamiento empírico.

En un ensayo aleatorio de niños con faringitis el dolor se resolvió en 48 horas en el 80% de los niños tratados con ibuprofeno. Además, dado su estrecho espectro, bajo costo y eficacia en la prevención de la insuficiencia respiratoria aguda, la penicilina es el fármaco de elección para el tratamiento de la faringitis por *Streptococcus pyogenes*. La amoxicilina es una suspensión más apetecible que la penicilina V y es igualmente eficaz cuando se utiliza en una dosis única diaria (50 mg/kg, máximo 1000 mg) durante 10 días. La penicilina G benzatínica se puede administrar como inyección intramuscular (IM), si el niño pesa < 27 kg: 600.000 U en dosis única, y si pesa ≥ 27 kg: 1,2 millones de U IM en dosis única, esto en caso de no estar seguro del cumplimiento de la medicación. En pacientes con alergia a la penicilina, se tiene como opciones a la clindamicina o macrólidos como la azitromicina (14).

Caso Clínico n.º2

En este caso clínico, nos encontramos frente a una crisis asmática, la cual es una de las principales causas de ingreso al servicio de emergencias, relacionándose con una mala adherencia al tratamiento y la exposición a factores desencadenantes, como a alérgenos o humo del tabaco. Se caracteriza por la manifestación de episodios de progresiva o repentina dificultad respiratoria, asociado a tos o sensación de opresión en el pecho (15).

Al examen físico, se aplica el *Pulmonary Score* de Asma (16). El cual arroja una puntuación de 5, que significa que estamos ante una crisis asmática moderada. No obstante, se obtiene una saturación por debajo de 94%, ya se traduce como una crisis moderada. En este caso para el manejo se utilizan B2 agonistas como medida de primera línea, teniendo como elección al salbutamol. Si nos encontramos ante una crisis moderada, debemos iniciar con 6-8 puff cada 20 minutos y reevaluar 15 minutos posteriores al último ciclo. En el hipotético caso que el manejo no de los resultados esperados, podemos añadirle terapia con bromuro de ipratropio (2 puff c/20 minutos) y luego de 15 minutos de la última aplicación, reexaminar al paciente.

En el caso de este paciente se inicia una terapia con 6 puff de broncodilatador B2 agonista cada 20 minutos, sin embargo, a la reevaluación persiste la crisis, por lo que se decide añadir bromuro de ipratropio e indicar salbutamol nebulizado, con el cual, al acabar el tercer ciclo se logra controlar la crisis, únicamente dejándolo en observación por 1 hora, previo al alta. Tras todo ello, se recomienda dar corticoides por vía oral de 3 a 5 días, es por lo que en este caso se indica prednisona a dosis de 1 mg/kg/día por 3 días (17).

3. 4 Rotación en Cirugía General

Caso Clínico n.º1

La apendicitis es la inflamación del apéndice vermiforme. El cual, es un órgano pequeño y tubular que forma parte del sistema digestivo y se encuentra conectado al ciego. Su ubicación típica es en el cuadrante inferior derecho del abdomen, pero puede variar de una persona a otra. Esta patología es una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico y una de las principales razones por las cuales acuden a emergencia (18).

Etiológicamente, se suele deber a una obstrucción de la luz debido a diversos factores como la presencia de un apendicolito o tumores, como los carcinoides, también puede deberse por parásitos intestinales o hipertrofia del tejido linfático. Cuando hay una obstrucción de esta, provoca que la presión intraluminal e intramural incremente, ocasionando oclusión de vasos pequeños y estasis linfática. Una vez obstruido, hay un mayor compromiso tanto linfático y vascular, por lo que, la pared apendicular se torna isquémica y posteriormente necrótica (19).

El diagnóstico es principalmente clínico y laboratorial, teniendo como principales síntomas la presencia de dolor abdominal a predominio de fosa iliaca derecha, hiporexia, náuseas y vómitos, o signos como Mc Burney, Rovsing entre otros. Con respecto al laboratorio, clásicamente se puede encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda, y aun aumento de PRC. Ante cualquier duda, se puede hacer uso de la ecografía, que nos puede mostrar un diámetro >6mm, sin embargo, que sea operador dependiente o en casos de pacientes obesos, se consideran limitantes (19, 20).

Sobre el manejo, los pacientes hospitalizados deben recibir hidratación, analgésicos y antibióticos intravenosos a la espera de la cirugía. El manejo estándar será la apendicetomía, la cual puede ser laparoscópica y abierta, no obstante, se prefiere laparoscópica debido a su menor tasa de incidencia de infección de herida operatoria. Además, se ha observado que los pacientes post cirugía laparoscópica poseen una menor demanda de analgésicos postoperatorio y una disminución de la estancia hospitalaria (19,21).

Caso Clínico n.º2

El caso nos narra a una paciente del sexo femenino de 38 años, la cual indica fiebre, vómitos y dolor intenso (8/10) en hipocondrio derecho, el cual se evidencia en el examen físico. Se va a clasificar como diagnóstico definitivo de colecistitis aguda según la guía de Tokio.

La colecistitis aguda se refiere a la inflamación de la vesícula biliar. El mecanismo fisiopatológico de la colecistitis aguda es la obstrucción del conducto cístico. Esta condición puede estar asociada con la presencia de cálculos biliares (litiásica) o sin estos (alitiásica), resultante de la estasis y la isquemia de la vesícula biliar, que luego causan una inflamación local en la pared de la vesícula biliar. También puede clasificarse como aguda o crónica (22).

Los pacientes generalmente refieren dolor abdominal, principalmente en el cuadrante superior derecho o epigastrio. Característicamente, el dolor de la colecistitis aguda es constante e intenso y suele ser prolongado, puede estar irradiado al hombro ipsilateral o a la espalda. Clínicamente se suele presentar en conjunto a fiebre, náuseas, vómitos y anorexia. A menudo hay antecedentes de ingestión de alimentos grasos una hora o más antes de la aparición inicial del dolor (22,23).

Para el diagnóstico hacemos uso de pruebas laboratoriales y de imágenes, como la ecografía, la cual me dará el diagnóstico ante la presencia del engrosamiento (>4mm) de la pared vesicular, líquido perivesicular y el signo de la doble pared que nos indica edema (22).

Como parte del manejo para calmar el intenso dolor cólico, se indica el uso de analgesia. Y empleando la Guía de Práctica Clínica para el manejo de enfermedades de la vía biliar, el flujograma explica que al sospechar de colecistitis se deben hacer más exámenes e incluso programar para cirugía, la cual según capacidad resolutive se debe realizar, en todo caso referir (24).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante el internado médico, los estudiantes participan en las cuatro grandes rotaciones: pediatría, cirugía general, ginecología y medicina interna. Cada rotación tiene una duración de dos meses, brindando a los estudiantes la oportunidad de acceder a los diversos servicios ofrecidos en cada área. Esta experiencia proporciona una visión integral de la práctica médica y contribuye al desarrollo de habilidades clínicas esenciales.

El crecimiento profesional se ha manifestado en la mejora de nuestras habilidades clínicas, la toma de responsabilidad en la atención al paciente y la capacidad para trabajar en equipo. La interacción cercana con pacientes, bajo la supervisión de profesionales experimentados, ha sido clave en el desarrollo de nuestra empatía y la comprensión de las necesidades individuales de cada persona que confía en el sistema de salud.

No podemos dejar de expresar nuestro agradecimiento al personal del hospital. Su apoyo y orientación constante han sido un pilar fundamental en mi crecimiento. La capacidad de aprender de sus experiencias y conocimientos ha sido una bendición, y estoy agradecida por el entorno de aprendizaje que han creado.

CONCLUSIONES

1. El internado médico no solo representa una etapa de consolidación y adquisición de conocimientos, sino también una oportunidad única para desarrollar habilidades prácticas esenciales. A través de la interacción directa con pacientes y la participación en la toma de decisiones clínicas, los internos fortalecen sus destrezas de diagnóstico y tratamiento, preparándolos de manera más efectiva para los desafíos que surgirán en su futura carrera médica.
2. La colaboración con colegas, enfermeros y otros profesionales de la salud no solo mejora la calidad de la atención brindada, sino que también fomenta un ambiente de trabajo cooperativo y de apoyo mutuo, esencial para el bienestar tanto de los pacientes como del personal médico.

RECOMENDACIONES

1. Una comunicación efectiva sobre horarios y límites es esencial para evitar conflictos innecesarios durante el internado médico. Fomentar un ambiente de respeto mutuo entre colegas promueve la comprensión compartida, facilitando así una colaboración más efectiva en el entorno hospitalario.
2. Es fundamental que los internos durante el internado médico mantengan rigurosamente prácticas de bioseguridad, tales como el correcto uso de Equipos de Protección Personal (EPP), la higiene de manos constante, la adecuada gestión de residuos biopeligrosos, la limpieza regular de superficies y dispositivos médicos, y la participación en programas educativos que refuercen medidas preventivas. Además, deben monitorear su salud, practicar el distanciamiento social, asegurarse de recibir las vacunas pertinentes, colaborar estrechamente con el personal de salud, reportar cualquier situación de riesgo, y priorizar su bienestar personal, incluyendo el descanso adecuado, para fortalecer el sistema inmunológico y reducir el riesgo de fatiga que pueda comprometer la adherencia a las medidas de bioseguridad

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Información institucional [Internet]. Gob.pe. [citado 2024 feb 10]; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heav/institucional>
2. Serguí Díaz M, Gervasi J. La Lumbalgia y sus complicaciones. Medicina de Familia SEMEGEN [Internet]. 2017 Jan 1;28(1):21–41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/esrevista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-dolor-lumbar-13025464>
3. Davis D, Maini K, Taqi M, Vasudevan A. National Center for Biotechnology Information [Internet]. Sciatica - StatPearls - NCBI Bookshelf; 4 de enero de 2024 [citado 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507908/>.
4. Ortiz-Laseg E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Una actualización del tratamiento y manejo de la celulitis. Actas dermo-sifiliograficas [Internet]. 2017;110(2):124–30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/303780916>
5. Valdivia-Beltrán S, Cortéz JA, Caron MA, Cely-Andrade L, Osorio-Perez JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. Infectio [Internet]. 2019 Sep 8;21(2):316. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-
6. Ohuma E, Moller A, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet [Internet]. 2023;402(10409):1261–71. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)00878-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00878-4)
7. Lockwood C. Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment. UpToDate [Internet]. 2023 [citado 12 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical->

findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment#H1331942469

8. Mummert T, Gnugnoli DM. Ectopic Pregnancy [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2023 [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539860/>
9. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ect%C3%B3pico&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H2433238324
10. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2018 [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
11. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado el 18 de febrero de 2024];85(6):697–708. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600697
12. Espadas D, Flor E, Borrás R, Dojois S, Muñiz J. Infección por estreptococo pyogenes en pediatría: desde faringoamigdalitis aguda a infecciones invasivas. Anales de Pediatría. 2020. [citado el 14 de febrero de 2024];80(3):85-91.
13. Pavet D, Piriz R, Cefré J, Rodríguez J. Diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Recomendaciones para el diagnóstico. Revista chilena de infectología [Internet]. 2019. [citado 2024 Feb 12];36(1):69–

77. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182019000100069&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Norton L, Myers A. The treatment of streptococcal tonsillitis/pharyngitis in young children. *Spec Top Pediatr Adenotonsillar Dis.* 1 de julio de 2021;7(3):161-5.
15. Cázares M, Ramírez D, Ochoa M, Medina E, Ornela J. Características clínicas que influyen en la intensidad de la crisis asmática en pediatría. *Aten Fam.* 2021;28(4):269-274. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.4.80597>
16. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) 5.0 [citado 19 de febrero de 2024] Disponible en: <https://www.gemasma.com>
17. Asensi M. Crisis de asma. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2017 [citado el 19 de febrero de 2024]; 19:17–25. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300002
18. Martin R. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. *UpToDate* [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2
19. Jones M, López R, Deppen J. Apendicitis. *StatPearls* [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493193/>
20. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg.*

15 de abril de 2020;15(1):27.

21. Smink D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults. UpToDate [Internet]. 2024 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H9259945
22. Zakko S, Afdhal N. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H18
23. Jones M, Genova R, O'Rourke M. Colecistitis aguda. StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459171/>
24. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis (2019) - GPC [Internet]. GPC – IETSI PERÚ. 2022 [citado el 14 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gpc-peru.com/gpccac>