



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
SAN JUAN DE LURIGANCHO Y CENTRO DE SALUD 10 DE
OCTUBRE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
HERNÁNDEZ VALLADARES RÓMULO RAFAEL
MALLQUI CARRANZA CAMILA**

ASESOR

MARLENY RUTH LIMAYLLA CHAMORRO

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE SAN JUAN DE LURIGANCHO Y CENTRO DE SALUD 10
DE OCTUBRE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**HERNÁNDEZ VALLADARES RÓMULO RAFAEL
MALLQUI CARRANZA CAMILA**

ASESORA

DRA MARLENY RUTH LIMAYLLA CHAMORRO

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dra. Maria Elena Castro Vallejo

Miembro: Dr. Huby Muñoz Cynthia Legna

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestra familia, en especial a nuestros padres, por su apoyo incondicional desde el inicio de la carrera y en cada desafío que tuvimos que superar.

A nuestras mascotas que nos demuestran su amor acompañándonos.

A Dios que nos ilumina, guía y permite todos nuestros logros.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	29
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	46

RESUMEN

Al iniciar la carrera de medicina lo que todo recién ingresado anhela es vestirse con uniforme de color azul marino y bata por los pasillos del hospital. Poco a poco empieza a superar los primeros años hasta que llega a la práctica clínica, sabiendo que se acerca el momento tan esperado por todo estudiante de medicina, el internado médico.

El internado médico es el año en que los estudiantes de medicina nos dedicamos enteramente a entender el manejo hospitalario, la labor médica asistencial y el trato hacia el paciente. Aprendemos también a trabajar en equipo, a ser responsables con nuestras decisiones y trabajar en muchas otras cualidades que necesitaremos para ser buenos médicos.

Este trabajo muestra experiencias contadas como casos clínicos tanto del Hospital San Juan de Lurigancho como algunas otras del Centro de Salud 10 de Octubre, ambos lugares fueron los escenarios en donde los autores realizaron sus labores como internos de medicina.

ABSTRACT

At the beginning of the medical career what every newly admitted longs for is to dress in a navy blue uniform and gown through the corridors of the hospital. Little by little, he begins to overcome the first years until he reaches clinical practice, knowing that the long-awaited moment for all medical students, the medical internship, is approaching.

The medical internship is the year in which medical students dedicate themselves entirely to understanding hospital management, medical care work and patient treatment. We also learn to work as a team, to be responsible with our decisions and to work on many other qualities that we will need to be good doctors.

This work shows experiences recounted as clinical cases both from the San Juan de Lurigancho Hospital and some others from the 10 de octubre Health Center, both places were the scenarios where the authors carried out their work as medical interns.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURI
GANCHO Y CENTRO DE SALUD 10 DE OC

AUTOR

RÓMULO RAFAEL HERNÁNDEZ VALLAD
ARES

RECUENTO DE PALABRAS

12998 Words

RECUENTO DE CARACTERES

69998 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

148.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 13, 2023 12:13 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 13, 2023 12:14 PM GMT-5

- **4% de similitud general**

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

- 4% 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
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



DRA. MARLENY RUTH LIMAYLLA CHAMORRO
ASESORA

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3441-0329>

INTRODUCCIÓN

Según la norma vigente por pandemia nuestro año debe llevar 5 meses en un hospital y 5 meses en un centro de salud para así concluir luego de 10 meses el internado médico. Para ello se debe haber pasado por las 4 rotaciones principales en esos 5 meses de hospital, cada una de ellas con la duración de 1 mes y 15 días aproximadamente.

Comenzamos el internado médico en el Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL) el primer día de junio del año 2022 con muchas expectativas y entusiasmo sin saber bien cuáles serían nuestras funciones en cada una de las rotaciones. Ambos autores realizamos las 4 rotaciones: Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Cirugía General en ese orden. Escogimos esta sede de hospital por tener todas las rotaciones y sub-rotaciones en un mismo lugar, evitándose angustia de convalidar o buscar cupo en varios hospitales diferentes en este corto tiempo como sí pasó con algunos compañeros nuestros. A su vez el HSJL contaba, según nuestra apreciación, con muy buena calidad de profesionales médicos tanto residentes como asistentes que estaban prestos a enseñarnos y a realizar múltiples actividades académicas, no olvidando mencionar el buen ambiente laboral con el que nos recibieron.

Cada una de las rotaciones tenía subdivisiones, en Pediatría: Neonatología, Atención inmediata al recién nacido, Hospitalización y Emergencias pediátricas; en Medicina Interna: Hospitalización y Emergencias; Ginecología y Obstetricia: Hospitalización de ginecología, Alojamiento conjunto, Emergencias gineco obstétricas y sala de parto. Finalmente pasamos por Cirugía que se dividía en: Hospitalización de cirugía y traumatología, sala de operaciones (SOP 1 y SOP 2), Emergencias Traumatológicas y Emergencias de Cirugía General.

En el transcurso del tiempo nos adaptamos e íbamos adquiriendo nuevas capacidades que el trabajo médico asistencial requería, aprendimos a ver al paciente como un todo, a trabajar en equipo como parte del personal de salud intentando brindar lo mejor de nosotros en la visita médica, elaboración de

historias clínicas, evoluciones, curaciones, atenciones y demás actividades, todo en beneficio del paciente. Simultáneamente cada una de las rotaciones involucran actividades académicas como exposiciones y exámenes continuos que servían para complementar lo aprendido en los servicios.

Tuvimos la oportunidad de ver gran variedad de casos clínicos. A continuación ambos autores narramos nuestra experiencia con los casos clínicos que consideramos más interesantes para el presente trabajo.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Esta etapa nos ayuda a poner en prueba lo estudiado y llevarlo a la vida real, donde el paciente no es sólo los síntomas y signos que presenta sino también una persona que necesita atención, soluciones y empatía. Cada paciente es diferente, por ende la enfermedad incluso siendo la misma, se manifiesta de diferente manera en cada uno.

El internado nos ayuda a ver una variedad de casos clínicos, es ahí donde adquirimos destreza y aprendemos a desenvolvemos en distintos escenarios, consolidar los conocimientos nos será de vital importancia para nuestra vida como médicos.

A continuación presentaremos casos clínicos de las distintas rotaciones, 4 casos por rotación. Las historias compartidas en este trabajo fueron conocidas por ambos autores durante los 10 meses de experiencia hospitalaria y en el primer nivel de atención. En el capítulo tercero nos dedicamos a realizar un análisis e interpretación de cada uno de los 16 casos con su respectivo manejo aprendido.

I.1. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1

Gestante de 31 años con 18 semanas 4/7, según ecografía del primer trimestre, llega a la emergencia con una ecografía obstétrica donde se evidencia oligohidramnios moderado, niega sangrado transvaginal, niega movimientos fetales, refiere pérdida de líquido hace 4 días de regular intensidad. Al examen el orificio cervical externo e interno se encuentran cerrados.

Observando la ecografía obstétrica podemos ver los siguientes resultados:

- Biometría fetal: diámetro biparietal (DBP 41.4 mm), longitud femoral (LF 27.5 mm), circunferencia cefálica (CC 164.7 mm) y circunferencia abdominal (CA 160 mm).
- Ponderado fetal 311.5 gr
- Placenta corporal anterior, con grosor de 23.2 mm, grado I/III

- Líquido amniótico: no se encuentra líquido amniótico, ILA 0 mm

Se decide hospitalizar a la paciente para continuar con estudios, se solicita un hemograma completo donde se observa una hemoglobina de 6.1 gr/dl, test de Fern negativo, RPR y VDRL negativo. No se evidencian movimientos fetales ni latidos cardiacos, por tal motivo se decide solicitar pruebas cruzadas para una transfusión de sangre.

En primera instancia se había programado una extracción del producto mediante legrado uterino. Se le administró primera dosis de misoprostol 200 ug vía vaginal generando contracciones uterinas frecuentes, intensas y dolorosas, por tal motivo la paciente no deseó que se le coloque la segunda dosis de misoprostol. La evolución fue favorable post legrado uterino, respondió al tratamiento para la anemia severa, refiere leve dolor a nivel de hipogastrio que mejora con los analgésicos. Es dada de alta a las 48 horas por buena evolución.

Caso clínico N° 2

Primigesta de 40 semanas 6/7, según ecografía del primer trimestre, de 20 años llega a la emergencia del hospital por presentar contracciones uterinas de regular intensidad, niega pérdida de líquidos, niega sangrado vaginal y refiere sentir movimientos fetales.

Se revisa su tarjeta de control prenatal y en los exámenes podemos observar que tiene 2 pruebas rápidas de VIH, una del 10 de agosto del 2022 con resultado negativo pero la segunda prueba tomada el 12 de octubre del 2022 sale con resultado positivo. Por lo que se programa para cesárea electiva más indicación de zidovudina 300 mg tableta por vía oral, además de completar los exámenes prequirúrgicos, en donde incluye una nueva prueba rápida de descarte para VIH.

La operación transcurre con normalidad, nace un recién nacido con APGAR 9/9 con líquido meconial fluido de escasa cantidad. Paciente pasa a sala de recuperación y posteriormente a piso de hospitalización, y se dejan las siguientes indicaciones:

- NPO por 6 horas luego dieta completa
- Cefazolina 1 gramo ev. cada 8 horas

- Ácido tranexámico 1 gramo ev. cada 8 horas por 3 dosis
- Metamizol 2 gramos cada 8 horas y tramadol 100 miligramos condicional a dolor intenso
- No lactancia materna hasta evaluación de los resultados de las nuevas pruebas por el servicio de infectología

El resultado de la nueva prueba rápida fue negativa y resto de exámenes dentro de los parámetros normales. Las indicaciones que dejó infectología fue iniciar lactancia materna exclusiva debido a que la primera prueba fue un falso positivo. Paciente sale de alta a las 48 horas con su próxima cita a una semana postparto para reevaluación por la obstetra.

Caso clínico N° 3

Paciente de 40 años gestante de 32 semanas de edad gestacional, según ecografía del primer trimestre, llega a la emergencia por presentar dolor tipo ardor y prurito en zona genital, asociado a un aumento de volumen hace 7 días. También refiere que presenta lesiones a nivel del tórax y en las palmas de las manos, de tipo vesículas que se ulceran.

Se le solicita exámenes de laboratorio como hemograma completo, examen de orina, prueba rápida de VIH y sífilis, PCR para descartar viruela del mono. Se hospitaliza a la paciente hasta esperar resultados de laboratorio, se inicia con un tratamiento empírico antibiótico sospechando de vaginosis bacteriana y tratamiento sintomático por una posible causa viral, tal como se muestra a continuación:

- Clindamicina 600 miligramos ev. cada 8 horas
- Ceftriaxona 2 gramos ev. cada 24 horas
- Aciclovir 200 miligramos vo. cada 4 horas
- Ketoprofeno 100 miligramos ev. cada 8 horas

Los resultados mostraron PCR positivo para viruela del mono y el resto de los exámenes sin alteraciones, se pide una interconsulta a infectología para manejo por su especialidad. Respondiendo que se continúe con el tratamiento

instaurado y se hará una reevaluación en 48 horas.

Debido a la progresión favorable de la paciente, se le retira la ceftriaxona y se continúa con el resto de los medicamentos. La infectóloga acude a la reevaluación de la paciente y menciona que el tratamiento puede continuar por el servicio de infectología de manera ambulatoria, dándole de alta a la paciente.

Caso clínico N° 4

Paciente mujer de 35 años llega al servicio de urgencias del Centro de Salud 10 de octubre refiriendo temperatura elevada hace 2 días asociado de dolor lumbar, náuseas y vómitos. Nos muestra la tarjeta control de la gestación donde podemos observar que tiene 22 semanas de edad gestacional según ecografía del primer trimestre, además de 2 controles prenatales.

Como antecedentes la paciente menciona infecciones urinarias recurrentes durante los últimos meses con un tratamiento irregular que no completa debido a supuesta mejoría de los síntomas.

Se procede con el examen físico encontrando lo siguiente:

- General: aparente regular estado general, nutricional e hidratación
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores ni ruidos agregados
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Abdominal: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo, con punto renoureteral izquierdo positivo
- Renal: puño percusión lumbar izquierda positiva

Se le solicita examen de orina, hemograma completo para apoyo al diagnóstico de una infección urinaria en el embarazo, además de pasar a la paciente a sala de observaciones donde se quedará por unas horas hasta esperar los resultados de laboratorio.

Los resultados del hemograma muestran leucocitosis con desviación izquierda y en el examen de orina se observa 60-80 leucocitos por campos. Con estos resultados obtenidos se inicia tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona 1 gramo cada 24 horas.

La paciente es dada de alta después de administrar el medicamento y acude al centro de salud los días siguientes para continuar con el tratamiento diario.

I.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1

Paciente mujer de 76 años llega a la emergencia por aumento de dolor del miembro inferior derecho a nivel de dorso del pie, que inició con una vesícula llena de contenido líquido, acompañado de aumento de volumen en el dorso del primer dedo del pie y sensación de alza térmica luego de reventar la vesícula con un palito de dientes. La paciente menciona que el malestar empezó cuando rozó su pie con una madera mientras caminaba.

Como antecedentes tenemos que fue diagnosticada hace 6 meses de Diabetes Mellitus y se encuentra en tratamiento irregular con metformina, además de ser hipertensa desde hace 2 años en tratamiento mal controlado con losartán.

En el examen físico se encuentra que la paciente está con una presión arterial de 185/90mmHg, administrándole captopril vía sublingual, la lesión a nivel del dorso del pie se encuentra eritematosa y aumentada en volumen, afebril y resto de los sistemas sin alteraciones. También se le solicitó las siguientes pruebas: hemograma completo, PCR, ecografía de partes blandas. A la espera de los resultados, la paciente fue hospitalizada para iniciar tratamiento endovenoso.

Inicia el tratamiento para el diagnóstico de Celulitis de miembro inferior con Oxacilina 2 gramos EV cada 4 horas, Clindamicina 500 miligramos EV cada 8 horas, Tramadol 100 miligramos más Dimenhidrinato 50 miligramos EV cada 8 horas y Losartán 50 miligramos cada 12 horas. Los resultados de los exámenes de laboratorio mostraron una leucocitosis con desviación izquierda, PCR positivo y en la ecografía de partes blandas no se observa compromiso muscular.

Es evaluada diariamente. Enfermería en el cuarto día de hospitalización reporta secreción purulenta a través de la herida, por lo que se decide cambiar el esquema antibiótico, solicitar un nuevo hemograma y una radiografía de miembros inferiores para descartar compromiso óseo.

En la radiografía no se observan alteración ósea, hemograma control muestra leucocitosis con desviación izquierda pero que ha disminuido sus valores en comparación con el hemograma previo.

Al décimo día de hospitalización se decide el alta, ya que la paciente se encuentra afebril, con disminución del volumen del pie y la intensidad del dolor. Se deja manejo ambulatorio y curaciones diarias.

Caso clínico N° 2

Paciente varón de 84 post operado de glioma cerebral hace 8 meses es traído a la emergencia por su hija debido a que su padre tiene dificultad respiratoria y disminución de la saturación desde la noche anterior. Al momento del examen el paciente se encuentra dormido, no responde al llamado, la hija refiere que su padre es usuario habitual de oxígeno suplementario en casa a 4 litros/minuto. A la auscultación se escuchan roncales difusos en ambos hemitórax y leve disminución del murmullo vesicular.

Antecedentes:

- Hipertensión arterial: en tratamiento irregular con Losartán 25 mg cada 24 horas

Paciente ingresa a hospitalización del servicio de medicina interna con los siguientes diagnósticos: insuficiencia respiratoria, neumonía asociada a la comunidad e hipopotasemia. Se decide iniciar el siguiente tratamiento:

- Ceftriaxona 2 gramos, Clindamicina 600 miligramos, Omeprazol 40 miligramos, Hidrocortisona 100 miligramos, N-acetilcisteína y oxígeno suplementario para mantener saturación mayor a 92%.
- Reponer potasio

Al segundo día de hospitalización, paciente tolera destete de oxígeno, con evolución estacionaria y pronóstico reservado. Se añade Bromuro de Ipratropio 2 puff cada 6 horas y Dexametasona 8 miligramos cada 8 horas, además de controlar las funciones vitales y mantener la cabecera de la cama a 45 grados.

Al quinto día de hospitalización el paciente se encuentra despierto, en regular estado general, no habla con el personal asistencial, tolera vía enteral, sin apoyo

ventilatorio, hemodinámicamente estable. Durante la visita se decide plantear el alta en los días siguientes según de resultados de los exámenes de laboratorio y evolución del paciente.

Entre el sexto y octavo día de hospitalización se inicia terapia física y rehabilitadora con ejercicios respiratorios como parte del manejo hospitalario, además se decide iniciar tolerancia oral, la cual responde favorablemente. Los resultados de laboratorio de control estuvieron dentro a los parámetros normales, por tal motivo el paciente es dado de alta al noveno día de hospitalización, recalando a la familia la importancia de un control adecuado y manejo de las comorbilidades de su familiar.

Caso clínico N° 3

Paciente varón de 45 años, con antecedente de cirrosis hepática, acude a la emergencia del hospital San Juan de Lurigancho, acompañado de su esposa, refiriendo que desde hace 3 horas antes del ingreso inicia cuadro caracterizado por vómitos con coágulos de sangre en cantidad de aproximadamente 3 vasos. Paciente luce en mal estado general, desorientado, pálido y está despierto pero somnoliento.

Antecedentes:

- Cirrosis hepática diagnosticado hace 3 años
- Alcoholismo crónico desde los 15 años
- Hipertensión arterial desde hace 2 años en tratamiento con losartán

Al examen físico se observa un llenado capilar mayor a 2 segundos, regular estado general, murmullo vesicular pasa con normalidad, ruidos cardiacos disminuidos en intensidad y a nivel del abdomen se palpa el hígado aumentado de tamaño. Los exámenes de laboratorio mostraron una hemoglobina en 10.2 gr/dl, hematocrito en 33 %, aumento de bilirrubinas a predominio indirecto y transaminasas elevadas. Se colocan dos vías periféricas para controlar la volemia, además de administrar ocreotide para controlar el sangrado más ciprofloxacino para evitar complicaciones como peritonitis bacteriana.

Una vez estabilizado el paciente, se solicita una endoscopia para valorar el estado del sangrado mediante la clasificación Forrest. Dando un resultado de

IIB, que significa sangrado reciente con coágulo adherido, debido a que no se observa sangrado evidente al momento de la evaluación se decide hospitalizar al paciente para observar en los días posteriores y decidir un mejor manejo.

Dos días después de hospitalización, paciente en condiciones estables es referido a un hospital de mayor complejidad para un manejo endoscópico reparador, dando de alta por nuestro servicio de medicina interna.

Caso clínico N° 4

Paciente mujer de 18 años llega al servicio de urgencias del Centro de Salud 10 de Octubre, presentando mareos y náuseas que progresan a vómitos en 5 oportunidades 5 horas antes del ingreso, asociado a cefalea intensa en región temporal izquierda y fotofobia. Refiere leve dolor en hipogastrio de intensidad 3/10, niega síntomas urinarios ni otras molestias al momento de la anamnesis.

Familiar de la paciente menciona que presenta episodios migrañosos desde los 14 años sin tratamiento. Refiere que hace 10 días presentó molestias urinarias con una resolución rápida con ayuda de analgésicos automedicados. Niega antecedentes de proceso o síntomas respiratorios actuales.

Al examen físico:

- General: aparente regular estado general, de hidratación y nutrición, llenado capilar menor a 2 segundos, afebril.
- Tórax y Pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no estertores agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Genitourinario: punto renoureteral derecho positivo y puño percusión lumbar negativo.
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, BRUDZINSKI (-), KERNIG (-)

Se le solicita exámenes en módulo de urgencias, hemograma y examen completo de orina sospechando en un cuadro infeccioso urinario.

Se le indica hidratación endovenosa con NaCl al 0.9%, dimenhidrinato 50 miligramos ev. y ranitidina 50 miligramos ev. No se le agrega analgésicos porque la madre le brindó paracetamol 1 gramo vo. poco antes de llegar a la emergencia.

Alrededor de dos horas después los resultados de hemograma mostraron lo siguiente: hemoglobina: 12.0 gr/dl, leucocitos: 18000 $10^3/\mu\text{L}$, Hto: 37%. Segmentados: 87%. Examen de orina: 3-5 leucocitos por campo, 0-3 hematíes por campo.

La paciente presenta mejoría sintomática, persistiendo leve malestar general y refiere sentirse cansada. Al ver hemograma sugerente de infección se decide pedirle un urocultivo y luego de obtenida la muestra médico de turno decide iniciar con antibioticoterapia con ceftriaxona 1 gramo ev. una vez al día por 3 días.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N° 1

Paciente varón de 83 años proveniente del servicio de urología, por presentar dificultad para orinar, sensación de seguir orinando posterior a la micción y chorro urinario débil desde hace aproximadamente 2 años. Inicialmente con un inicio insidioso y curso progresivo, que han ido incrementando sus síntomas en los últimos meses.

El paciente ha estado llevando controles por consulta externa y cuenta con las 2 últimas ecografías vesico prostáticas:

- (18/06/22): 1. Vejiga con una pared engrosada de 7.5 mm de espesor, no se evidencian cálculos, divertículos o ureteroceles, presenta flujo premiccional de 150 cc, 2. Próstata de volumen aumentado con contornos regulares, estructura interna hipoecogénica heterogénea, con medidas de 45 x 52 x 61 mm (L, AP y T). Dando un diagnóstico según el médico radiólogo de hipertrofia prostática de grado III/IV.
- (19/11/22): 1. Vejiga con paredes engrosadas de la mucosa vesical sin lesiones proliferativas, contenido anecogénico. Se observa una sonda vesical. 2. Próstata de volumen aumentado con una dimensiones de 67 x 51 x 67 mm (L, AP y T), con un volumen de 123 cc y con un parénquima homogéneo.

Plan: Pasar a sala de operaciones para proceder con una APTV (adeno-miomectomía prostática transvesical)

Diagnósticos:

- Preoperatorio: Hiperplasia benigna de próstata + sonda Foley
- Post operatorio: Hiperplasia benigna de próstata + sonda Foley

Mediante una incisión infraumbilical y disección por planos, se le realizó una cistostomía más adeno-miomectomía. Se le dejó una sonda Foley de N° 28 y se infla globo vesical con 70 cc. Finalmente se procede a cerrar por planos. Paciente progresa favorablemente con los síntomas, es dado de alta y actualmente se encuentra en controles periódicos por consulta externa.

Caso clínico N° 2

Paciente masculino de 78 años llega al servicio de emergencia refiriendo dolor abdominal intenso, asociado a náuseas y vómitos desde hace 1 hora. Pasa a observaciones mientras se le hace una historia clínica más detallada y se esperan los resultados de los exámenes auxiliares.

Se realiza una anamnesis extensa y el paciente refiere dolor abdominal de tipo cólico en epigastrio que se irradia a la región precordial, con EVA 7/10, asociado a náuseas y vómitos.

- Antecedentes: fumador 2 veces/semana, alcohol 1 a 2 veces/semana
- Examen físico general: funciones vitales estables, peso 55 kg, talla 1.54 cm. Sin alergias a medicamentos o alimentos.
- Examen físico por sistemas: en el abdomen se evidencia RHA presentes, dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo. Resto de examen sin alteraciones.

Los resultados del hemograma completo arrojan una hemoglobina de 5 gr/dl, perfil bioquímico dentro de los rangos normales. Se le solicita una tomografía y con los resultados se observa una tumoración gástrica compatible con una neoplasia maligna avanzada.

Plan de trabajo:

- Solicitar pruebas cruzadas para transfusión de paquetes globulares
- También una interconsulta a neumología para riesgo neumológico

Tratamiento:

- Dieta líquida amplia
- NAACL 0.9% 1000 cc —XXX gotas
- Metamizol 1 gramo cada 8 horas
- Dimenhidrinato 50 miligramos ev. cada 8 horas
- CFV (control de funciones vitales)

Después de corregir la hemoglobina a niveles óptimos para ingresar a la sala y contar con todos los exámenes pre quirúrgicos solicitados, se decide entrar a sala de operaciones.

La cirugía que se realizó fue una laparotomía exploratoria, gastrectomía subtotal a título paliativo con resección de colon transverso, además de una gastroenteroanastomosis de tipo Billroth II y una anastomosis colo-colónica T-T. Los hallazgos operatorios fueron los siguientes:

- Tumoración dependiente de antro u parte distal del cuerpo del estómago, que infiltra serosa y compromete el meso colónico e infiltra los vasos cólicos medios.
- Se identifican micro nódulos aparentemente metastásicos en mesocolon, peritoneo visceral, duodeno, epiplón y repliegue parietocólico derecho.

El paciente toleró la cirugía sin complicaciones, sólo refiriendo dolor en zona operatoria. Varios días de post operado fue referido al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para continuar sus controles y realizar exámenes complementarios.

Caso clínico N° 3

Paciente mujer de 41 años llega un domingo por la noche a la emergencia, refiriendo dolor abdominal en hemiabdomen inferior que se irradia a mesogastrio. Paciente refiere que los síntomas no son recientes, empezaron 1 año antes

caracterizado por dolor abdominal generalizado de leve intensidad, presencia de tumoración palpable a nivel del flanco derecho y baja de peso de aproximadamente 10 kilogramos en 3 meses.

Se decide hospitalizar a la paciente para ampliar estudios, solicitando perfil de coagulación, marcadores tumorales como CEA (antígeno carcino embrionario), hemograma completo y perfil bioquímico de rutina.

Con los resultados obtenidos se opta por operar a la paciente, la cirugía programada fue una laparotomía exploratoria realizando una hemicolectomía radical derecha más resección en cuña de estómago con anastomosis ileo transversa.

Los hallazgos operatorios fueron los siguientes:

- Tumoración de 12 x 10 cm que compromete ángulo hepático de colon que infiltra estómago, con retracción serosa y que está muy adherido al páncreas y duodeno.
- Ganglios metastásicos de aproximadamente 3 cm en meso de colon derecho que compromete base de la vena y arteria mesentérica, y cólica media derecha.
- No signos de carcinomatosis, no metástasis hepática.

Plan posoperatorio:

- Nada por vía oral (NPO) más sonda nasogástrica a gravedad (SNG)
- Dextrosa 5% 1000 cc + KCL 20% 1 ampolla + NACL 20% 2 ampollas
- Ceftriaxona 2 gramos ev cada 24 horas
- Metronidazol 500 mg ev cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg ev cada 24 horas
- Ácido tranexámico 1 gramo ev cada 8 horas
- Metamizol 2 gramos ev cada 8 horas
- Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg + NACL 0.9% 100 cc ev cada 12 horas.

En su día 3 de postoperatorio se inicia tolerancia oral, con una clínica favorable, respondiendo bien al tratamiento. Paciente sólo refiere dolor en sitio operatorio

y eliminación de gases.

En el quinto día operatorio enfermería reporta 150 cc de vómitos con contenido bilioso, por lo que se detiene la tolerancia y se indica nada por vía oral, así mejorando hasta el día 9, día en el que se inicia nuevamente tolerancia oral por mejoría de los síntomas. Posterior a varios días de clínica estable, la paciente es dada de alta del servicio de cirugía y es referida al INEN para continuar con sus controles y exámenes complementarios.

Caso clínico N° 4

Paciente mujer de 29 años que llega al servicio emergencia por dolor abdominal en hipogastrio de moderada intensidad desde hace aproximadamente 1 día, incrementando el dolor notablemente horas antes del ingreso. Adicionalmente refiere vómitos en dos oportunidades, inapetencia y “sentirse caliente todo el día anterior”.

En el examen físico se encontró el abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, signo de Mc Burney dudoso (+/-) y signo de Rovsing positivo (+). También se observó secreción abundante de color amarillenta a través de la vagina, por lo que decide hacerle una ecografía transvaginal para descartar patología ginecológica.

La ecografía muestra resultados negativos para patología gineco-obstétrica. Por lo cual se le solicitó exámenes prequirúrgicos para hospitalizar y abordar el cuadro de abdomen quirúrgico.

El reporte operatorio fue el siguiente:

- Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria más apendicectomía y la colocación de un dren laminar.
- Diagnóstico postoperatorio: Peritonitis generalizada por apendicectomía aguda complicada.
- Hallazgos: apéndice cecal de 10 x 1.5 cm, gangrenado en toda su extensión, de posición paracecal ascendente. Líquido purulento de aproximadamente 200 cc en toda la cavidad y ciego con la base indemne.

La paciente toleró la cirugía y la evolución fue muy favorable. Fue dada de alta a los 4 días postoperatorios sin presentar ninguna complicación. Se le explica

que debe acudir a sus controles por consulta externa para observar la herida del sitio operatorio y su retiro de puntos correspondientes.

I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N° 1

Llega una niña de 8 años, con antecedentes de asma mal controlada y vacunas incompletas, acude a la emergencia de pediatría presentando 2 días continuos de tos y fiebre de un día, el día de ingreso presenta dificultad respiratoria.

Paciente en regular estado general, FR 32 por minuto, FC 122 por minuto, saturación de oxígeno de 94% y temperatura de 37.0°C, piel tibia, a la auscultación se escuchan roncros difusos, sibilancias inspiratorias y espiratorias.

Con lo que se plantea los siguientes diagnósticos:

- Crisis asmática
- Asma bronquial
- Descartar neumonía

El plan de trabajo en la emergencia fue la siguiente:

- Dexametasona fosfato 2 ml. 4mg/2ml inyección → 8 mg. IM stat
- Bromuro de Ipratropio 200 dosis 2 mcg. → 4 puff cada 10 minutos por 2 horas.
- Salbutamol 100 ug/dosis aerosol → 4 puff cada 10 minutos por 2 horas.
- NaCl 0.9% 100 ml → infusión ev.
- Salbutamol 10 ml 5mg/ml en frasco → 20 gotas de salbutamol + 5 ml. de suero fisiológico por 3 veces
- Metilprednisolona 500 mg inyección → 80 mg ev.
- Solicitar hemograma completo, proteína c reactiva (PCR), radiografía de tórax.

La paciente ingresa a hospitalización después de la terapia de rescate con

oxígeno por cánula binasal, sin embargo la enfermera reportó dificultad respiratoria y una saturación de oxígeno de 92%. Por lo que se decidió pasar a la máscara con reservorio a 10 litros, se administra sulfato de magnesio endovenoso en bolo Se inicia con tratamiento empírico para neumonía con azitromicina 400 mg. vía oral cada 24 horas.

La paciente mostró mejoría de síntomas a los 3 días de hospitalizada gracias al tratamiento brindado y al apoyo oxigenatorio. Por tal motivo se decide alta y se brindan indicaciones al padre.

Caso clínico N° 2

Padre de familia trae a su hija de 10 años a la emergencia refiriendo que 15 minutos antes del ingreso su niña presentó movimientos generalizados en todos sus extremidades, acompañados de sialorrea, retroversión ocular y pérdida de conciencia con una duración de 10 minutos.

Cuenta como antecedentes un evento similar hace 4 años, asociado a una discusión entre los padres. Fue hospitalizada en esa oportunidad por 1 día.

Al examen físico la niña se encuentra desorientada, obedece órdenes, pupilas isocóricas y foto reactivas. En aparente regular estado general, ventilando espontáneamente, resto de los sistemas sin alteraciones.

Ingresa a hospitalización pediátrica con el siguiente plan de trabajo:

- Nada por vía oral
- NaCl 0.9% → 30 cc. por hora
- Diazepam 10 mg ev. condicional a convulsiones, pasar lento y diluido
- Oxígeno medicinal, por cánula binasal para mantener una saturación mayor a 92%.
- Se solicita hemograma, PCR, examen de orina, AGA, glucosa y prueba COVID

En los resultados de los exámenes se observa leucopenia en $3000 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR positivo, glucosa en 87 gr/dl, COVID-19 negativo y resto de exámenes sin alteraciones. Por tal motivo, se decide hacer una interconsulta a neurología respondiendo lo siguiente:

- Se solicita una tomografía cerebral (TAC cerebral) con contraste

- Administración de diazepam 0.3 mg/kg condicional a crisis convulsiva

Paciente permanece hospitalizada 3 días a la espera de los resultados. Los cuales fueron normales por lo que se decide el alta y se le recalca a la familia la importancia de llevar un control neurológico periódicamente.

Caso clínico N° 3

Acude a emergencia una madre con su niño de 6 meses de edad por presentar desde hace 3 días rinorrea y tos, apareciendo fiebre 1 día antes del ingreso que cedió con paracetamol. Madre refiere que por las noches la tos se intensifica y ha disminuido la lactancia.

Cuando se le hizo la ampliación de la anamnesis, la madre mencionó que su hijo 6 días antes del ingreso, presentó lesiones en la boca y la lengua de color blanquecino, lo cual fue tratado por un pediatra en una clínica particular pero no recuerda el nombre de los medicamentos recetados. Además menciona que tiene su esquema de vacunación incompleto.

En el examen físico el paciente se encuentra en regular estado general, se observan tirajes intercostales y aleteo nasal, a la auscultación se escuchan sibilancias inspiratorias. Resto de aparatos y sistemas se encuentran sin alteraciones.

Paciente pasa a hospitalización con las siguientes indicaciones:

- Lactancia materna supervisada
- Dextrosa 5% + electrolitos → 40 cc/hora
- Nebulizar con suero fisiológico al 3% → 3 cc cada 4 horas
- Salbutamol 100 microgramos → 2 puff con aerocámara cada 2 horas
- Cánula binasal a 2 litros por minuto + permeabilizar fosas nasales
- Se solicita radiografía de tórax, hemograma completo y PCR

Se obtienen los resultados de los exámenes: hemograma muestra leucocitosis de $14000 \times 10^3/\mu\text{L}$ a predominio de linfocitos, PCR negativo y en la radiografía de tórax se observa atrapamiento de aire más infiltrado intersticial difuso. Dando una impresión diagnóstica de bronquiolitis.

En su día de hospitalización número 2 se le retira el apoyo oxigenatorio, continúa con lactancia materna supervisada y la terapia instaurada al inicio de la hospitalización. De esa manera continúa hasta el día 5 de hospitalización donde el paciente denota mejoría de los síntomas y se le indica alta.

Caso clínico N° 4

Niña de 10 meses en los brazos de su madre acude al HSJL en la madrugada por fiebre alta y deposiciones líquidas, pero menciona que sólo le dieron medios físicos y le recomendaron bañarla en casa. Sin embargo; tras la negativa de atención en el hospital, acude al centro de salud a las 10 de la mañana siendo atendida por la médico de urgencias, la cual le da metamizol intramuscular para controlar la fiebre y sintomáticos digestivos por las deposiciones líquidas sospechando de una gastroenteritis viral. Y es dada de alta del servicio de urgencias pero se le explica a la madre de la paciente que en caso de persistir los síntomas acuda en la tarde al centro de salud.

Llega al servicio de urgencias del centro de salud 10 de Octubre alrededor de las 5 de la tarde refiriendo persistencia de síntomas, se encuentra irritable, con temperatura de 40°C desde hace 5 días que no cede con paracetamol ni metamizol, continua con deposiciones líquidas y se agrega disminución de la lactancia.

Con el médico de urgencias de la tarde se decide solicitarle un hemograma completo y examen de orina para descartar foco de la fiebre. Encontrándose los siguientes resultados:

- Hemograma: hemoglobina de 10.1 gr/dl, leucocitos de 18.300, segmentados 78, linfocitos 11.
- Examen de orina: color amarillo, aspecto turbio, linfocitos > 100 por campos, gérmenes (+), piocitos (+).

Con dichos hallazgos se planteó una referencia al HSJL, debido a la poca capacidad resolutoria, no contando con médico pediatra ni área de hospitalización.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Realizamos nuestro internado en el hospital San Juan de Lurigancho y en el Centro de Salud 10 de Octubre durante 10 meses continuos desde el 01 de junio del 2022 hasta el 31 de marzo del 2023.

El hospital San Juan de Lurigancho se ubica en la Av. Canto Grande 1542, a la altura del paradero 11, distrito San Juan de Lurigancho, departamento de Lima. El hospital es reconocido oficialmente como tal desde el 08 de Julio del 2005, perteneciendo a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro, incrementando su cobertura y capacidad resolutive, pues el hospital antes fue un Establecimiento de Salud fundado el 22 de febrero de 1976. Actualmente se encuentra en categoría II-2 aprobado con Resolución Directoral N° 004-2010 DISA-IV-LE.

El hospital tiene como visión “ser un hospital líder en la prestación de servicios de salud, impulsor de un modelo innovador de atención especializada, que brinde atención integral y de calidad, con adecuada infraestructura, equipos de alta tecnología, con desarrollo en docencia e investigación, que promueva la seguridad y salud en el trabajo, con inclusión social y que cuente con recursos humanos competentes y comprometidos, que contribuyan al desarrollo humano de la población”.

Como visión tiene la de “ser un órgano desconcentrado del MINSA, categorizado de mediana complejidad, nivel II-2, que brinda servicios de cuidado integral a través de la población, con oportunidad, calidad y calidez humana, contamos con equipos biomédicos modernos y recursos humanos capacitados”. Debido a la pandemia el HSJL implementó una sede temporal anexo en el parque zonal Huiracocha con una capacidad de 200 camas de hospitalización siendo utilizado desde Julio de 2020. Se mantenía constante monitoreo, sistema activo de referencia y contrarreferencia de esta sede anexa con el Hospital.

Luego de 5 meses en el nosocomio ambos autores nos dirigimos a completar el internado médico en el “Centro de Salud 10 de Octubre”, ubicado en Sebastián

Pagador 15453, distrito de San Juan de Lurigancho, departamento de Lima. Según el Plan Operativo Institucional (POI) este centro pertenece a DIRIS Lima Centro, adoptando su visión y misión como propia.

Durante la pandemia el centro de salud tuvo que adaptarse a varios cambios según la situación que vivía el país, muchos de los trabajadores pasaron a la modalidad de trabajo remoto debido a sus condiciones de salud, se habilitó un módulo de urgencias exclusivamente para atender a pacientes COVID-19, las principales áreas de prevención (CRED, planificación familiar en obstetricia, etc) fueron suspendidas temporalmente,

En el centro de salud rotamos en consultorio médico con distintos médicos en consulta externa, también por el área de nutrición, programa de tuberculosis, programa de inmunización, participamos en campañas de salud y atención de urgencias hasta el día 31 de marzo del 2023, día final de nuestro internado médico.

Hemos recopilado tres casos clínicos vistos en el centro de salud, de Ginecología, Medicina interna y Pediatría. No incluimos casos de cirugía puesto que no se cuenta con la capacidad de resolución para este tipo de patologías, si en caso se identificaban pacientes quirúrgicos a la hora del examen físico éstos eran referidos al hospital.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III. 1. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1

El líquido amniótico cumple un rol esencial en el desarrollo de la vida intrauterina del feto, se encarga de protegerlo de posibles golpes, posee propiedades antibacterianas y se encarga del almacenamiento de nutrientes (1).

El volumen del líquido amniótico se mide a través del ILA (también llamado índice del líquido amniótico), el cual es el método más utilizado y consiste en sumar los espacios mayores de los cuatro cuadrantes del abdomen de la madre (2).

Una disminución en el volumen del ILA puede ser explicado fisiopatológicamente por un déficit en la función placentaria (3). No obstante, en un estudio realizado por Farfán et al., se concluyó que la primera causa de oligohidramnios es la ruptura prematura de membrana (4). Se considera una disminución cuando la sumatoria de los cuatro cuadrantes sale menor a 5 centímetros, el cual predispone a complicaciones fetales, neonatales y maternas (3).

En el presente caso se encontró una paciente con un ILA de 0 centímetros poniendo en riesgo el bienestar fetal como sucedió en el caso en mención, no se encontraron movimientos fetales ni latidos cardiacos. Se había producido un aborto diferido por una ruptura de la bolsa amniótica y su pérdida de todo el líquido en su interior.

Caso clínico N° 2

El VIH es también llamado virus de inmunodeficiencia humana, originado principalmente por 2 cepas que son VIH-1 y VIH-2. Estos van a generar una extensa variedad de síntomas clínicos que pueden ser desde un portador sin síntomas hasta procesos fatales como en el caso de los pacientes que se encuentren en estadio SIDA (5).

Es por eso la importancia de intervenir y prevenir la infección de VIH en las gestantes, debido a que una infección en la gestación trae consigo un riesgo

elevado de consecuencias perinatales fatales, como hemorragia postparto, prematuridad y elevada mortalidad (6).

En caso estemos frente a una gestante con el diagnóstico positivo a VIH en sus controles prenatales, trabajo de parto o postparto, el manejo debe incluir múltiples disciplinas como intervención médica, apoyo psicológico, obstétrico y apoyo social (7).

En el caso mencionado llega una gestante de 40 semanas con contracciones uterinas, revisando sus controles anteriores se percatan que había un tamizaje de VIH positivo, por lo cual genera en todo el personal asistencial un estado de alerta y se le solicita una nueva prueba de descarte. Mientras tanto se espera el resultado, se decide hacer una cesárea electiva de manera preventiva para evitar una transmisión vertical, además de contraindicar la lactancia materna hasta tener los resultados. La prueba salió negativa, esto asegura el desarrollo de un control postnatal sin problema, debido a que se había tratado de un resultado falso positivo.

Caso clínico N° 3

La viruela del mono, también conocida como viruela africana o viruela símica, es una zoonosis (infección proveniente de un animal). Según las investigaciones la primera vez que se aisló fue en 1958 en Dinamarca, debido a unos estudios realizados con primates asiáticos con la finalidad de estudiar las vacunas para la poliomielitis (8).

La presentación típica de la viruela del modo se divide en fases pero en general suelen aparecer erupciones en la piel similar a la varicela, exantemas, pústulas, compromiso general, cefalea y linfadenopatía (9).

Si bien es cierto que es una enfermedad relativamente nueva, los estudios acerca de la relación entre la viruela del mono y la gestación no está muy profundizada, se considera a las gestante un grupo de riesgo el cual amerita un control estricto en su evolución y que la transmisión puede ocurrir a través de la placenta causando viruela símica congénita (10).

En el presente caso llega una gestante de 32 semanas de edad gestacional con clínica sugestiva de vaginosis bacteriana y unas lesiones dérmicas que hacen

sospechar en viruela del mono, por tal motivo se solicita tratamiento empírico para la infección vaginal y se procede a tomar una prueba de tamizaje para la infección viral. Si bien es cierto que no hay un tratamiento establecido para la viruela del mono, la infectóloga del hospital indicó iniciar aciclovir más tratamiento sintomático, control estricto de la progresión de la enfermedad y relacionarlo con el embarazo que estaba próximo a concluir.

Caso clínico N° 4

La infección del aparato urinario, también conocida por sus siglas ITU, se denomina así cuando existen microorganismos patógenos en la vía urinaria, la cual puede o no presentar sintomatología (11). El diagnóstico se hace principalmente con la historia clínica donde en la anamnesis la paciente explica sus síntomas urinarios como: disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria, etc. El diagnóstico se realiza mediante el examen de orina, hemograma y en algunos casos urocultivo.

Durante la gestación es muy frecuente que la gestante acude a consulta externa por molestias urinarias, es importante conocer que puede afectar la salud de la madre e influir directamente en la evolución de la gestación, pudiendo ocasionar complicaciones como prematuridad, retardo en el crecimiento intrauterino e incremento en la mortalidad perinatal (12).

La infección del tracto urinario se puede clasificar según su ubicación, pudiendo ser alta o baja, sintomática o asintomática (13). Se denomina bacteriuria asintomática cuando una paciente no presenta síntomas de infección urinaria pero se le detecta una concentración bacteriana mayor a 10^5 elevado a la 5 en potencia UFC/ml en 1 o 2 agentes de microorganismos (11).

El tratamiento inicial se hace en base a las guías clínicas, refiriendo que debe ser un tratamiento empírico que puede variar según el urocultivo y antibiograma. Los medicamentos que se encuentran dentro de los criterios de seguridad tenemos a los betalactámicos, nitrofurantoína, fosfomicina, entre otros (14). En el presente caso a la paciente se le administró ceftriaxona 1 gramo ev. cada 24 horas debido a los altos niveles de leucocitos en el examen de orina, el tratamiento fue adecuado porque es una cefalosporina que está incluida en los fármacos betalactámicos.

III.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1

La celulitis es una infección cutánea y subcutánea causada principalmente por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. Es una inflamación de límites indefinidos, con signos locales como flogosis, de inicio agudo y que se asocia a fiebre o sensación de alza térmica (15). Su principal diagnóstico diferencial es la erisipela, de la cual no siempre se logra diferenciar fácilmente, siendo ésta una infección más superficial y bien delimitada, usualmente acompañada de fiebre alta y compromiso linfático. La celulitis de por sí es frecuente en los pacientes inmunocompetentes sin embargo tiene ciertos factores de riesgo predisponente, por ejemplo: obesidad, insuficiencia venosa crónica, tiña interdigital, en el caso del paciente Diabetes Mellitus que le otorga al paciente el estado de inmunodepresión y a la vez dificulta la cicatrización de heridas (16).

En el caso de la paciente se decide hospitalizar por presentar comorbilidades y presentar tratamiento irregular con una probable diabetes descompensada y una crisis hipertensiva al momento del ingreso.

Los antibióticos más utilizados al manejar celulitis por vía oral son las cefalosporinas de primera generación como la cefalexina y como alternativa se puede usar clindamicina, amoxicilina más ácido clavulánico o trimetropim sulfametoxazol. Si fuera hospitalizado el paciente como en este caso, se opta por oxacilina, cefazolina, ampicilina sulbactam o clindamicina y como alternativa amoxicilina más ácido clavulánico. En general el tratamiento antibiótico dura al menos 5 días pudiéndose ampliar si es que lo amerita el paciente (17).

Caso clínico N° 2

Este paciente es un caso de insuficiencia respiratoria crónica reagudizada por

neumonía.

La insuficiencia respiratoria crónica agudizada sucede cuando se exagera la enfermedad pulmonar que el paciente ya tenía previamente. En este caso clínico la hija refiere que el paciente es portador de oxígeno de manera habitual diaria, lo cual nos da a entender que ya presentaba hipoxemia, desaturando si no usaba oxígeno. La insuficiencia crónica se debe hospitalizar si al paciente le es imposible mantener una PaO₂ mayor o igual de 55 mmHg con oxigenoterapia ambulatoria, complicaciones infecciosas, cardíacas o hemodinámicas, signos de hipercapnia, etc (18).

El tratamiento de la insuficiencia respiratoria es el tratamiento de la causa, además de medidas de soporte como: administración de oxígeno, ventilación no invasiva o invasiva.

En este caso el tratamiento fue dirigido en primera instancia a la neumonía, el tratamiento antibiótico empírico para pacientes con neumonía adquirida en la comunidad que son manejados en el intrahospitalario y tienen criterios de severidad moderada o comorbilidades es ceftriaxona 1-2 gramos EV. En caso presenta fracaso con B-lactámicos o si hay serología positiva para Mycoplasma sp. Chlamydia o Legionela se recomienda agregar eritromicina, claritromicina o azitromicina (19).

Caso clínico N° 3

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la que se produce desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz, el sangrado que se origina debajo de éste se denomina hemorragia digestiva baja.

La etiología es variada, se debe principalmente a úlcera péptica gastroduodenal comprendiendo hasta la mitad de todos los casos, seguido por el síndrome de Mallory Weiss con el 20%, Erosiones gástricas y duodenales un 10%, malformaciones vasculares y neoplasias como últimas etiologías (20). En este caso el paciente presenta antecedente de alcoholismo lo que lo puede llevar a cirrosis hepática e hipertensión portal, lo que condiciona un aumento de gradiente venosa hepática y circulación colateral la cual es evidenciada como várices esofágicas, la ruptura de las várices esofágicas da lugar a HDA, esta

ruptura variceal se asocia al grado o severidad de la cirrosis (21).

Los síntomas están en función al volumen de la pérdida sanguínea, la expulsión de la sangre puede ser en el vómito como hematemesis siendo de un rojo rutilante o como “posos de café” al haber estado en contacto con jugos gástricos o también mediante las heces como melena.

El tratamiento según la guía del ministerio de Salud, consta primero en determinar si el paciente está estable, si es así se debe realizar el índice de Glasgow Blatchford (IGB) para ver si el paciente está en alto o bajo riesgo de presentar complicaciones, si el paciente tiene un IGB mayor o igual a dos se inicia con bomba de protones como omeprazol 80 IV miligramos en bolo seguido de 40 miligramos cada 12 horas o infusión de 8 miligramos por hora como recomendación antes de la endoscopia diagnóstica, la cual debe llevarse a cabo prontamente. En pacientes con HDA por várices esofágicas se recomienda la ligadura con bandas, si éstas no son suficientes para controlar el sangrado o no se dispongan en el momento, se deberá utilizar escleroterapia (22).

Caso clínico N° 4

La paciente en este caso acude al centro de salud, se percibe poco colaboradora al brindar información, su madre refiere sólo náuseas y vómitos continuos asociado a cefalea.

Lo primero que hicimos fue interrogar en privado a la paciente buscando ampliar la anamnesis preguntándole su fecha de última menstruación y si tenía relaciones sexuales con o sin protección, la respuesta de la paciente fue que no había tenido relaciones aún y su FUR era de una semana anterior, razón por la cual se decide no tomar BHCG (gonadotrofina coriónica humana). Importante recalcar que al ser un centro de salud no se tiene disponibilidad constante de reactivos o pruebas de laboratorio.

Luego del examen físico y los exámenes auxiliares se sospechan dos diagnósticos presuntivos:

- Infección de tracto urinario (por leucocitosis con desviación a la izquierda sumado a antecedentes referidos por la madre, sin embargo no presentaba a la actualidad síntoma urinario)

- Migraña por vómitos, náuseas, fotofobia y cefalea intensa pulsátil.

Las cefaleas son de cuatro tipos: primarias, secundarias, dolores faciales y neuralgias craneales. La migraña es un tipo de cefalea primaria, abarca aproximadamente el 25% de las consultas ambulatorias y el 37-48% de los pacientes que acuden a urgencias por cefalea (23).

Se diagnostica mediante la clínica y la anamnesis al tener al menos cinco crisis cumpliendo los siguientes criterios: cefalea de duración más de 4 y menos de 72 horas, que presente dos de las características clínicas principales de cefalea (pulsátil, unilateral, intensidad moderada a severa y conducción a evitar movimiento), que durante el dolor presente náuseas, vómitos, fotofobia o fonofobia, y que no se atribuya a ninguna otra causa (razón por la cual al caso clínico se le pide urocultivo) (24).

Al tratar una crisis aguda migrañosa se debe preguntar si el paciente va a tolerar vía oral o no, en el caso similar al del caso no se pueda usar la vía oral y en el contexto de un centro de salud se sugiere usar AINES por vía intramuscular o endovenosa, usando diclofenaco 75 miligramos o ketorolaco 30-60 miligramos. Si es que el paciente presenta náuseas y vómitos se podría agregar metoclopramida, sin embargo se ha podido ver mejoría de síntomas solo hidratando adecuadamente al paciente (24).

III.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N° 1

Se le denomina hiperplasia prostática a la proliferación de tejido epitelial y tejido estromal de la próstata asociada con el pasar de los años en el hombre. La prevalencia es más alta en pacientes entre las edades de 51 a 60 años de edad, generando molestias urinarias de tipo obstructivas en gran parte de la población a nivel mundial (25).

El tratamiento en la HBP va a depender de la gravedad y frecuencia de los síntomas del paciente para optar por una postura expectante o realizar un tratamiento activo (médico farmacológico o quirúrgico). Con respecto al tratamiento médico tenemos a los fitoesteroides, que son extractos vegetales que

afectan directamente la producción de prostaglandinas causando un efecto antiinflamatorio. Además de eso tenemos a la tamsulosina, que es un medicamento alfa bloqueantes, que tiene la capacidad de disminuir la resistencia a expulsar el chorro urinario (26). Acerca del tratamiento quirúrgico tenemos que la intervención por vía endoscópica transuretral está establecida como el manejo estándar definitivo (27).

En el caso de este paciente viene con una clínica urinaria obstructiva refiriendo un diagnóstico previo de hiperplasia benigna de próstata por el servicio de urología. Se le programa una cirugía para extirpar el adenoma prostático debido a que sus síntomas han ido empeorando a pesar del tratamiento médico instaurado en primera instancia.

Caso clínico N° 2

La neoplasia maligna gástrica continúa siendo un problema sanitario grave a pesar de los avances en la medicina que permiten un diagnóstico oportuno, siendo esta neoplasia el segundo motivo más frecuente de fallecimiento por cáncer a nivel mundial. El tipo de cáncer gástrico más común es el adenocarcinoma, al igual que en la mayoría de los cánceres del tracto digestivo; sin embargo su clasificación es mucho más amplia dependiendo de su localización, su grado de invasión y su histología (28).

El tratamiento en la actualidad se ha establecido en base a brindar un manejo individual, multidisciplinario y multimodal para cada paciente para obtener mejores pronósticos y resultados (29). El tratamiento quirúrgico va a depender si se trata de una neoplasia incipiente o avanzada, en el primer caso actualmente existen dos procedimientos utilizados: la mucossectomía y una resección por endoscopia. En el segundo caso va a depender de la extensión del cáncer, pudiendo desde una gastrectomía simple hasta una gastrectomía radical más linfadenectomía (30).

En el caso presentado se menciona a un paciente de 78 años que llega por presentar dolor abdominal que se irradia a zona precordial y náuseas con vómitos. Se procedió a realizar todos los exámenes correspondientes y se llegó al diagnóstico de un cáncer gástrico avanzado. Como lo mencionamos

anteriormente, en estos casos el mejor tratamiento es quirúrgico, por tal motivo se le realizó una gastrectomía subtotal con resección de colon transverso.

Caso clínico N° 3

La neoplasia maligna de colon es el cáncer más común del aparato digestivo el cual puede situarse desde la válvula ileocecal hasta el recto (31). Los factores etiológicos no están bien definidos pero existe una teoría actual que trata de explicar la fisiopatología mencionando la activación de un oncogén y la disminución de genes inhibidores del desarrollo tumoral, además una edad mayor a 50 años, alimentación alto de grasas animales, antecedentes familiares y según algunas investigaciones han relacionado la etnia afroamericana, hispana o judía como población de riesgo (32).

Otro factor de riesgo muy importante estudiado por varios años es la presencia de pólipos colónicos, los cuales según su clasificación pueden ser tubulares, vellosos o túbulo vellosos. Estos pólipos se han relacionado en gran magnitud con una incidencia aumentada de cáncer colorrectal, es por ese motivo que se recomienda a partir de los 50 años realizarse una colonoscopia preventiva para identificar lesiones premalignas como un pólipo colónico y poder extraerlo antes que sea demasiado tarde (33).

Los síntomas en el cáncer colorrectal son inespecíficos, variables y muchas veces con una clínica obstructiva que va a depender de la localización del tumor para poder identificar si es derecha (melena) o izquierda (rectorragia). Los síntomas pueden incluir malestar abdominal difuso, sensación de masa y cambios en el hábito defecatorio (diarrea o estreñimiento) (34).

Con respecto al tratamiento en la neoplasia maligna colorrectal el manejo de elección es la cirugía radical. Si la afectación se encuentra a nivel del colon derecho la cirugía de elección será una hemicolectomía derecha más extirpación del drenaje linfático de la zona afectada, si se ubica a nivel del ángulo hepático hasta el colon transverso la cirugía de elección será una extirpación del colon derecho extendido, si la localización del cáncer se encuentra a nivel del colon izquierdo o sigmoides se realizará una hemicolectomía izquierda o resección del sigmoides según sea el caso (35).

En el presente caso se trata de una mujer de 41 años con dolor abdominal inferior, tumoración palpable y baja de peso de 10 kg en 3 meses, la cual se le solicitaron varios exámenes por sospechar de una neoplasia a nivel del colon. Con los resultados de los exámenes se decide operar a la paciente pues se confirmó una tumoración colónica a nivel del ángulo hepático derecho, según como indican las guías se realizó una hemicolectomía derecha radical más anastomosis ileo transversa. Una vez extirpado el tumor la paciente debe tener controles mensuales, luego semestrales y después anuales según el desarrollo de la enfermedad, por lo que se decide transferirla al INEN para continuar con sus controles postoperatorios.

Caso clínico N° 4

La apendicitis aguda es la entidad más frecuente en cirugía general, siendo de mayor incidencia entre la primera y tercera década de vida. La causa varía según edades, en niños se debe a hiperplasia de tejido linfoide y en adultos a fecalitos principalmente. Esta patología es un proceso agudo inflamatorio en el cual se afecta el apéndice progresando con el paso de las horas rápidamente, que si no se trata oportunamente con procedimiento quirúrgico se complica como por ejemplo en el caso clínico presentado con peritonitis. La paciente presentaba la clásica triada de Murphy: dolor abdominal, vómitos y fiebre (aunque la paciente lo refiere como sensación de alza térmica) (36).

La peritonitis aguda por apendicitis ocurre cuando pasan alrededor de 12 a 24 horas después del inicio de los síntomas, luego de pasar por las fases de la apendicitis que son 4: congestiva, flemonosa, gangrenosa y finalmente perforada. La principal causa de peritonitis es apendicular en un 19% y tiene como principal agente a microorganismos anaerobios como *Bacteroides fragilis*, se suele presentar con signos peritoneales al ser una respuesta del peritoneo a micro toxinas bacterianas. En el caso de la paciente el diagnóstico previo a la cirugía de peritonitis secundaria por apendicitis era dudoso por no presentar signos peritoneales como Blumberg positivo, abdomen en tabla, o algún grado de resistencia muscular (37).

El tratamiento de elección para apendicitis es apendicectomía laparoscópica, el manejo antibiótico empírico va dirigido contra bacilos gram negativos y

anaerobios principalmente, por lo cual elegiremos ceftriaxona 1-2 gramos ev. por día más metronidazol 500 miligramos ev. cada 8 horas o amoxicilina más ácido clavulánico 1 gramo ev. cada 8 horas. En caso de encontrarse líquido libre debe realizarse un lavado de cavidad y se colocará un drenaje abdominal para evitar la formación de un absceso residual (38).

III.3. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N° 1

El asma bronquial es la enfermedad inflamatoria crónica más común de la infancia, el diagnóstico es principalmente clínico sin embargo si el paciente ya colabora (alrededor de los cinco o seis años) se debería realizar espirometría forzada con prueba de broncodilatación para el diagnóstico definitivo y evaluar el grado de severidad. Para hacer el diagnóstico clínico de asma se necesita uno a más de los criterios como: clínicos (sibilancias, tos seca, sensación de falta de aire, opresión o ruidos en el pecho que se presenten en respuesta a un alérgeno), historia personal o familiar de atopía, patrón obstructivo en espirometría, y el último criterio es que se encuentre mejoría a los síntomas como respuesta al tratamiento con broncodilatadores (39).

Una vez que tenemos el diagnóstico necesitamos clasificarla, se suele usar la Guía Española del Manejo de Asma (GEMA) para clasificarla como episódica ocasional, frecuente, persistente leve, moderada o grave (39).

En este caso el paciente presenta una crisis asmática al parecer desencadenada por un cuadro respiratorio. El manejo de urgencias de una crisis es el uso de broncodilatadores buscando reducir el broncoespasmo con rapidez con ayuda también de corticoides sistémicos que disminuyan la inflamación. El oxígeno complementario se indica en crisis graves y en dificultad respiratoria con hipoxemia para mantener una SatO₂ mayor o igual a 92%. Según el algoritmo en urgencias se recomienda para crisis moderadas a graves (categorizado con escalas como el "Pulmonary Score") el uso de oxigenoterapia, salbutamol, bromuro de ipratropio y se sugiere agregar un corticoide oral (40).

Caso clínico N° 2

Las convulsiones son trastornos neurológicos caracterizados por descargas eléctricas repentinas, anormales, excesivas que pueden afectar el funcionamiento del sistema nervioso, sobre todo si son prolongadas y generalizadas, también pueden causar lesiones a nivel del cuerpo propio de los golpes en el evento convulsivo (41).

Un concepto para recordar es que no toda persona que convulsiona padece de epilepsia, debido a que la convulsión a veces es el resultado de un estímulo externo al SNC, como en los casos de convulsiones por fiebre, disminución del oxígeno, abstinencia de bebidas alcohólicas, entre otras (41).

En este caso llega a una paciente de 10 años con una crisis epiléptica probablemente tónica clónica generalizada según lo recolectado en la anamnesis, además refieren un evento similar hace 4 años asociado a una evento estresor. En el examen físico y resultados de la tomografía no se observan lesión orgánica cerebral que explique la causa de este episodio. Es por ese motivo que debemos tener presente las causas más comunes de crisis epilépticas en la etapa infantil como por ejemplo: procesos febriles, traumatismos cerebrales, condiciones tóxicas y trastornos metabólicos (42).

Es de suma importancia elegir adecuadamente el medicamento antiepiléptico teniendo en cuenta su probable agente etiológico, valorar la probabilidad de recurrencias, edad del paciente, analizar las ventajas y desventajas a largo plazo (43). Se cuenta con una gran variedad de medicamentos, siendo los más utilizados los fármacos antiepilépticos clásicos los cuales son útiles para crisis sintomáticas agudas (CSA) como por ejemplo: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína y ácido valproico (44).

Caso clínico N° 3

La bronquiolitis es una de las enfermedades más usuales de las vías respiratorias bajas, eso quiere decir que afecta a vías de pequeño calibre, asociada al grupo etario menor a 2 años. Los signos típicos que podemos encontrar son rinorrea, agitación, sibilancias, tos, signos de dificultad respiratoria, etc (45).

La principal causa es de origen viral, encabezado por el virus sincitial respiratorio (VSR) pero también puede haber otros virus involucrados como rinovirus, adenovirus, influenza, etc. La sintomatología que pueda presentar el paciente no ayuda a diferenciar el agente etiológico (46).

Con respecto al tratamiento es determinante establecer la gravedad del paciente, valorar si hay signos de severa dificultad respiratoria como por ejemplo: aleteo nasal, tirajes intercostales, disociación toracoabdominal, cianosis y sibilancias audibles. También valorar el estado general del niño, valorar su estado nutricional y de hidratación, debido a que el tratamiento consiste en brindar soporte de líquidos, alimentación adecuada, apoyo oxigenatorio en caso presente niveles de saturación por debajo de los valores normales, en casos más severo el uso de broncodilatadores y corticoides (47).

En el caso correspondiente es un lactante de 6 meses que viene con clínica de dificultad respiratoria, secreción nasal acuosa y fiebre. Se le solicita una radiografía de tórax para valorar el compromiso del pulmón y se observa un patrón intersticial. Con toda la información recolectada en base a la clínica del paciente y el examen radiológico, se llega a la conclusión que se trata de una bronquiolitis, brindándole tratamiento médico necesario para los síntomas presentes.

Caso clínico N° 4

La Infección urinaria es una de las enfermedades más comunes en un lactante, no supone gravedad en la mayoría de los casos, sin embargo debemos saber identificarlo y tratarlo con prontitud puesto a que hay ciertas características o factores de riesgo que pueden conducir a una lesión renal incluso permanente.

Una infección urinaria es la proliferación de gérmenes en el tracto urinario que en condiciones normales es estéril. La forma de llegada de bacterias al aparato genitourinario es sobre todo por la vía ascendente, si bien es cierto la mayoría de los casos suceden en el sexo femenino, ésta diferencia se evidencia recién a partir del primer año, siendo el sexo masculino la mayoría en los primeros tres meses.

La diferencia de los síntomas se divide en fase preverbal y verbal de niño, en la fase preverbal del niño como en esta historia clínica el paciente presenta fiebre, dolor abdominal o en flanco, vómitos, letargia o irritabilidad.

Al encontrarnos con un paciente lactante debemos evaluar si amerita ingreso hospitalario, por ejemplo al tener menos de 3 meses de edad por mayor riesgo de bacteriemia y sepsis urinaria, compromiso del sensorio o si luce en mal estado, deshidratación, palidez, disminución de llenado capilar, etc. También no tolerar alimentos o fármacos por vía oral sería condicionante a hospitalizar al paciente (48).

En resumen, debe tener fiebre elevada con más de 38.5° C, la cuál es mantenida hasta por 3 días, haber aislado germen no habitual, PCR elevado en más de 8 a 10 miligramos/decilitro.

Dado a que casi el 75% de las ITU son causadas por *Escherichia coli* se prefiere una antibioticoterapia empírica, luego de un urocultivo previo, con cefalosporina de tercera generación, amoxicilina más ácido clavulánico o un aminoglucósido (49).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La primera rotación fue en el servicio de pediatría el 01 de junio del año 2022 hasta 15 de Julio, en la cual experimentamos por primera vez la atención al recién nacido poniendo en práctica lo aprendido en la virtualidad. La evaluación al neonato debe ser minuciosa y dedicada a encontrar alguna alteración de manera oportuna, como por ejemplo buscar en el examen físico anomalías congénitas, luxación de cadera, contusiones, fracturas, etc. Nos emocionaba los pases de visita al ser nuestros pacientes tan delicados, aprendimos cómo atenderlos desde la llegada al mundo hasta la hora de irse a casa junto a sus madres.

La segunda rotación fue en medicina interna llevada durante 1 mes y medio, iniciado el 16 de Julio hasta fines de agosto, tiempo en el cual pudimos presenciar el final de la vida por primera vez, aprender el manejo multidisciplinario del hospital, pasar por los pases de visita más largos, tener el papel activo como reanimadores al hacer RCP en pacientes críticos, ingresar a realizar procedimientos en área de tuberculosis y en pacientes con comorbilidades.

La tercera rotación correspondió al servicio de gineco-obstetricia, el cual nos sirvió para monitorizar a la gestante en las tres fases del parto, conocer las maniobras para poder atender un parto vaginal, entrar a sala por primera vez participando en cesáreas y también conocer la evaluación de la puérpera hasta la salida del alojamiento conjunto. De igual manera pudimos presenciar cirugías ginecológicas y aprender cómo realizar evaluaciones en las pacientes hospitalizadas.

La última rotación fue en el servicio de cirugía general, se inició el 16 de octubre hasta fines de noviembre, semanas en las cuales iniciamos con las prácticas constantes de suturas; nos volvimos más rápidos y adquirimos destrezas a la hora de suturar todo tipo de partes corporales debido a la elevada demanda de casos, con ayuda de nuestros residentes y aprendiendo al verlos reconocimos fácilmente cuando un caso amerita tratamiento quirúrgico prontamente. Tuvimos la oportunidad de ingresar a sala de operaciones, asistir a los especialistas,

incluso nos permitieron suturar la piel para terminar la cirugía.

Los 5 meses restantes fueron llevados a cabo en el Centro de Salud 10 de Octubre, iniciando a principios de diciembre hasta el 31 de marzo, el cual se encuentra a 10 minutos de la última estación de tren en Bayóvar. Durante esos meses estuvimos rotando periódicamente por los servicios de consulta externa de medicina general, nutrición, inmunizaciones, apoyo en campañas de salud por las calles, programa de tuberculosis, programa de VIH, servicio de urgencias y servicio de obstetricia.

Fue provechoso rotar por el centro de salud para conocer el manejo en el primer nivel de atención y aprender a atender una faringitis aguda, un resfriado común, cuadros de diarreas agudas, etc. Sin embargo, al ser un establecimiento de salud I-3, este presenta diversas limitaciones en el manejo básico como por ejemplo para un servicio de urgencia no contar con hilos de suturas para cortes profundos dificulta la calidad de atención que se puede brindar. Otras limitaciones que presentamos fue no tener servicio de radiología propio y tener que referir los pacientes a otro centro de salud.

CONCLUSIONES

El internado médico es uno de los momentos más esperados para todo estudiante de medicina desde el inicio de su carrera y conforme fueron pasando los años, cada vez lo veíamos más cerca. Sin embargo, el contexto en el cual realizamos el nuestro no fue como lo esperábamos gracias a la pandemia de Covid - 19 que todavía estaba latente en el país, sabíamos que las cosas no iban a ser como antes y ahora debíamos acostumbrarnos a la “nueva normalidad”.

Estos nuevos cambios en la forma de desarrollar el internado incluyeron: plazas no ofertadas por el Seguro Social del Perú (EsSALUD) donde podíamos realizar el internado los años previos a la pandemia, eso llevó a que varios internos tengan que rotar por centros de salud durante 5 meses para no perder prácticas preprofesionales. Otro cambio fue la disminución de horas trabajadas por día la cual estaba dividida en 2 grupos, el primer grupo cumplía con horarios de ingreso a las 7 am hasta la 1 pm y otro con horarios de 1 pm hasta las 7 pm.

A pesar de todas las adversidades más el temor diario para no contagiarnos ni a nuestras familias, consideramos que el año que hemos vivido ha sido el mejor en nuestra etapa de formación. Un año lleno de aprendizajes, desafíos que nos ayudaron a completar nuestra formación, dándonos temple y madurez para afrontar esos mismos problemas más adelante pero con nosotros al mando ya como médicos.

RECOMENDACIONES

Nuestra recomendación hacia los futuros internos es tener buena disposición para aprender, aceptar de buena manera las críticas constructivas, ser proactivos y tener iniciativa para realizar todos los procedimientos encargados, pero sobre todo mantener la humildad y empatía hacia el paciente.

Debería haber una mejor coordinación entre las universidades, los hospitales y entidades correspondientes para que el tiempo de las rotaciones en el hospital y centro de salud sea equitativa para todos los internos, sin importar la universidad.

Consideramos que las rotaciones en el centro de salud son importantes para aprender el manejo en el primer nivel de atención y tener contacto más cercano con el paciente. Sin embargo, sugerimos que el tiempo de rotación en el hospital debe ser mayor en comparación con el centro de salud debido a que al tener una mayor capacidad resolutiva podemos adquirir más conocimiento, darles un tratamiento adecuado a los pacientes y rotar por las diferentes especialidades.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Morgan-Ortiz F, Morgan-Ruiz FV, Quevedo-Castro E, Báez-Barraza J. Anatomía y fisiología de la placenta y líquido amniótico. 2015;5(4).
2. Del Bianco-Abreu E, Reyna-Villasmil E, Guerra-Velásquez M, Torres- Cepeda D, Mejía-Montilla J, Aragon-Charry J, et al. Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. Rev Obstet Ginecol Venezuela. diciembre de 2012;72(4):227-32.
3. Ardila-Villa F, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D. Oligohidramnios aislado y resultante neonatal en embarazos a término. 2017;6.
4. Sante-Farfán G, Silva-Rado E. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue: Tacna 2013-2015. Acta Médica Peru. abril de 2016;33(2):165-6.
5. Sandoval de Mora M, Dommar de Nuccio L, Mosqueda R, Valenzuela F. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en servicios de medicina. Rev Soc Venez Microbiol. diciembre de 2008;28(2):116-20.
6. Loyola F, Ramírez A, Varas A, Loyola F, Ramírez A, Varas A. El embarazo y los efectos que produce en la salud de las mujeres VIH positivas. Rev Chil Obstet Ginecol. diciembre de 2021;86(6):554-62.
7. Mayo Abad D. VIH/SIDA en gestantes. Rev Cuba Obstet Ginecol. diciembre de 2005;31(3):0-0.
8. Franco L. AO, Moreno-Samper D, Chaparro-Mérida NA, Franco L. AO, Moreno-Samper D, Chaparro-Mérida NA. Viruela del Simio. Rev Chil Infectol. 2022;39(4):457-66.
9. Navarrete-Mejía PJ, Velasco-Guerrero JC, Sullcahuaman-Valdiglesias E, Navarrete-Mejía PJ, Velasco-Guerrero JC, Sullcahuaman-Valdiglesias E. Conocimiento sobre viruela del mono en profesionales de la salud, Lima-Perú. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. abril de 2022;15(2):252-5.
10. Velázquez-Cervantes MA, Ulloa-Aguilar JM, León-Juárez M. La viruela del mono y el embarazo: una enfermedad olvidada y su impacto en la salud perinatal. Rev Clin Esp. enero de 2023;223(1):32-9.
11. Echevarría-Zarate J, Sarmiento Aguilar E, Osoreo-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Médica Peru. enero de 2006;23(1):26-31.
12. Cobas Planchez L, Navarro García YE, Mezquia de Pedro N, Cobas Planchez L, Navarro García YE, Mezquia de Pedro N. Gestantes con infección urinaria pertenecientes a un área de salud del municipio Guanabacoa, La Habana. Rev Médica Electrónica. febrero de 2021;43(1):2748-58.
13. Jiménez Bermúdez JP, Carballo Solís KD, Chacón Jiménez NK, Jiménez Bermúdez JP, Carballo Solís KD, Chacón Jiménez NK. Manejo de infecciones del tracto urinario. Rev Costarric Salud Pública. junio de 2017;26(1):1-10.
14. Herráiz MÁ, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. 3 de diciembre de 2005;23:40-6.
15. Fica C A. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. Rev Chil Infectol. 2003;20(2):104-10.
16. Perelló-Alzamora MR, Santos-Durán JC, Fernández-López E. Celulitis moderada-grave que requiere ingreso hospitalario. Criterios de ingreso y antibioterapia empírica.
17. Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrado L, Osorio-Pinzón 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. 9 de septiembre de 2019;23(4):318.
18. Ostábal Artigas MI. Insuficiencia respiratoria aguda o agudizada. Med Integral. 1 de abril de 2001;37(7):291-6.
19. Díaz F. A, Labarca L. J, Pérez C. C, Ruiz C. M, Wolff R. M. Tratamiento de la

- neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rev Chil Enfermedades Respir. abril de 2005;21(2):117-31.
20. Rodríguez Sánchez-Migallón J, López Viedma B, Galván Fernández MD, Alonso Lablanca M, Cabanillas Casafranca M, Rodríguez Sánchez E. ¿Son útiles los Antisecretorios en el manejo de la Hemorragia Digestiva Alta no varicosa? Rev Clínica Med Fam. octubre de 2009;2(8):408-11.
 21. Zumaeta Villena E. Várices esofagogástricas. Acta Médica Peru. enero de 2007;24(1):47-52.
 22. Álvarez PP. GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. Inst Eval Tecnol EN SALUD E Investig - IETSI. diciembre de 2017;27.
 23. Deza Bringas L. La Migraña. Acta Médica Peru. abril de 2010;27(2):129-36.
 24. Toledo JB, Riverol M, Martínez-Vila E, Irimia P. Cefalea en urgencias. An Sist Sanit Navar. 2008;31:75-85.
 25. Robles Rodríguez A, Garibay Huarte TR, Acosta Arreguín E, Morales López S, Robles Rodríguez A, Garibay Huarte TR, et al. La próstata: generalidades y patologías más frecuentes. Rev Fac Med México. agosto de 2019;62(4):41-54.
 26. López-Ramos H, Medina-Rico M, Bastidas D, Lara B, López-Ramos H, Medina-Rico M, et al. Tratamiento farmacológico de la hiperplasia prostática benigna. Revisión de la bibliografía. Rev Mex Urol. agosto de 2018;78(4):321-34.
 27. Blasco Valle M, Timón García A, Lázaro Muñoz V. Abordaje de la hiperplasia benigna de próstata: Actuación Atención Primaria-Especializada. Medifam. marzo de 2003;13(3):13-22.
 28. Cebrián A, de la Concha G, Fernández-Urién I. Cáncer gástrico. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado. 1 de febrero de 2016;12(3):118-27.
 29. Roukos DH. Estado actual y perspectivas futuras en el manejo del cáncer gástrico. Reseñas de tratamientos contra el cáncer. Cancer Treat Rev. 1 de agosto de 2000;26(4):243-55.
 30. Carlos GC. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de julio de 2013;24(4):627-36.
 31. Machicado Zuñiga E, Giraldo Casas RC, Fernández KFE, Geng Cahuayme AAA, García Dumler D, Fernández Concha Llona I, et al. Localización y clínica asociada al cáncer de colon: Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2009 - 2013. Horiz Méd Lima. abril de 2015;15(2):49-55.
 32. Sargent C, Murphy D. Lo que necesita saber sobre el cáncer colorrectal. Nursing (Lond). 1 de agosto de 2003;21(7):8-14.
 33. Rodrigo L, Riestra S. Dieta y cáncer de colon. Rev Esp Enfermedades Dig. abril de 2007;99(4):183-9.
 34. Pointet AL, Taieb J. Cáncer de colon. EMC - Tratado Med. 1 de marzo de 2017;21(1):1-7.
 35. Francisco LK. Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de colon. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de julio de 2013;24(4):645-53.
 36. Vilela Desposorio CD, Cusma Quintana TN. Asociación entre la obstrucción apendicular y el tipo morfológico de apendicitis aguda. Rev Gastroenterol Perú. enero de 2015;35(1):32-7.
 37. González-Ojeda A. Peritonitis secundaria.
 38. Molina J, Rosso-Fernández CM, Montero-Mateos E, Paño-Pardo JR, Solla M, Guisado-Gil AB, et al. Study protocol for a randomized clinical trial to assess 7 versus 14-days of treatment for Pseudomonas aeruginosa bloodstream infections (SHORTEN-2 trial). Stortz J, editor. PLOS ONE. 22 de diciembre de 2022;17(12):e0277333.
 39. García Merino Á, Mora Gandarillas I. Diagnóstico del asma. Pediatría Aten

Primaria. junio de 2013;15:89-95.

40. Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Soc Esp Urgenc Pediatr. 2022;(1):49-61.
41. Gambrell M, Flynn N. Crisis convulsivas. Nursing (Lond). 1 de junio de 2005;23(6):8-13.
42. Francesca Solari B. Crisis epilépticas en la población infantil. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de septiembre de 2011;22(5):647-54.
43. Urrestarazu E, Murie M, Viteri C. Manejo de la primera crisis epiléptica y del status en urgencias. An Sist Sanit Navar. 2008;31:61-73.
44. Mercadé Cerdá JM, Toledo Argani M, Mauri Llerda JA, López Gonzalez FJ, Salas Puig X, Sancho Rieger J. Guía oficial de la Sociedad Española de Neurología de práctica clínica en epilepsia. Neurología. 1 de marzo de 2016;31(2):121-9.
45. Pérez Villena A, García Ruiz S, Sánchez-Bayle M. Bronquiolitis y neumonía. Pediatría Aten Primaria. diciembre de 2010;12(48):575-81.
46. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Bronquiolitis aguda. Pediatría Aten Primaria. junio de 2012;14:45-9.
47. Baquero Rodríguez R, Granadillo Fuentes A. Guía práctica clínica: bronquiolitis. Rev Salud Uninorte. junio de 2009;25(1):135-49.
48. Pacheco-Ríos A, Lezana-Fernández JL, Ibarra-Ríos D, Castillo-Martínez ID, Flores-Munguía A, Peña-Alonso YR. Lactante con neumonía. Bol Méd Hosp Infant México. febrero de 2011;68(1):58-68.
49. Rodríguez JDG, Fernández LMR. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA INFANCIA. 2014;(1):91-108.