



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2022-2023 EN EL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA Y EL CENTRO DE SALUD
SANTIAGO DE SURCO**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JOSE ANTONIO HUALLIPA REYNA**

**ASESOR
URSULA MARIA PAREDES MARTINEZ**

**LIMA - PERÚ
2023**



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2022-2023 EN EL
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA Y EL CENTRO DE SALUD
SANTIAGO DE SURCO**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JOSE ANTONIO HUALLIPA REYNA**

**ASESORA
DRA. URSULA MARIA PAREDES MARTINEZ**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres que me han apoyado en todos mis proyectos, y a mi novia que ha sido mi soporte en gran parte de la carrera.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EL INTERNADO	13
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA PERSONAL....	20
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

RESUMEN

Introducción: En el presente trabajo se redacta la experiencia durante el internado médico desarrollado en el Hospital María Auxiliadora y en el Centro de Salud de Santiago de Surco. El internado médico, viene a ser el 7° año y último peldaño de la carrera de medicina humana, en donde el alumno de medicina humana pone en destreza sus habilidades y conocimientos obtenidos en los 6 años previos.

Objetivo: La formación del interno de medicina como futuro médico dentro de las sedes hospitalarias, debido a que esta etapa lo prepara para los casos clínicos de mayor complejidad y reales.

Desarrollo: Debido a la pandemia por COVID-19, las directivas del internado médico cambiaron, debido a la posible aglomeración de internos en los hospitales, se abrieron los establecimientos de salud de primer nivel, donde el interno tuvo la oportunidad de realizar una rotación de 5 meses en un establecimiento de salud, en el cual tuvo la oportunidad de conocer cómo es el primer contacto entre la población y el sistema de salud del país.

Conclusiones: Durante la etapa realizada en el medio hospitalario el interno pudo hacer rotaciones en las cuatro especialidades médicas grandes que vienen a ser: pediatría, medicina interna, cirugía y ginecología-obstetricia. Por otra parte, el interno pudo desenvolver un papel de promoción y prevención en el establecimiento de primer nivel, además de conocer, diagnosticar y tratar las patologías más comunes que aquejan a la comunidad.

Palabras Clave: apendicitis, aborto incompleto, quiste hidatídico, tuberculosis

ABSTRACT

Introduction: In the present work, it summarizes the experience during the medical internship developed in the Maria Auxiliadora Hospital and in the Santiago de Surco Health Center. The medical internship is the 7th year and last step of the human medicine career, where the human medicine student puts into practice their skills and knowledge obtained in the previous 6 years.

Objective: The training of the medical intern as a future doctor within the hospital setting, since this stage prepares him for the most complex and real clinical cases.

Development: Due to the COVID-19 pandemic, the directives of the medical internship changed, due to the possible agglomeration of interns within the hospitals, the first level health establishments were opened, where the intern had the opportunity to carry out a 5-month rotation in a health facility, where he had the opportunity to learn about the first contact between the population and the country's health system.

Conclusions: During the stage carried out in the hospital environment, the inmate was able to rotate in the four major medical specialties that are: pediatrics, internal medicine, surgery and gynecology-obstetrics. On the other hand, the intern was able to develop a role of promotion and prevention in the first level establishment, in addition to knowing, diagnosing and treating the most common pathologies that afflicts the community.

Keywords: appendicitis, incomplete abortion, hydatid cyst, tuberculosis

NOMBRE DEL TRABAJO

TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO
2022-2023 EN EL HOSPITAL MARÍA AU
XILIADORA Y EL CENTRO DE SALUD SAN

AUTOR

JOSE ANTONIO HUALLIPA REYNA

RECuento DE PALABRAS

7345 Words

RECuento DE CARACTERES

39927 Characters

RECuento DE PÁGINAS

32 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

120.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 19, 2023 6:47 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 19, 2023 6:48 PM GMT-5

● 9% de similitud general

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

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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. URSULA MARIA PAREDES MARTINEZ
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3378-5017>

INTRODUCCIÓN

Todos los años miles de estudiantes del último año de medicina humana realizan su internado médico, que representan prácticas pre-profesionales realizadas en los diferentes establecimientos de salud del país (1); este periodo es de suma importancia debido a que el interno de medicina pone en ejercicio sus destrezas y conocimientos adquiridos en los años anteriores, además que es un requisito indispensable para su futura titulación (2).

Debido a la pandemia por COVID-19 el internado médico tuvo que cambiar de normativas, esto con motivo de proteger a los internos (3). Por tal motivo, se optaron horarios fijos, capacitación en temas de bioseguridad enfocados en COVID-19 y sobre todo la incorporación de rotaciones en establecimientos del primer nivel de atención, esto con motivo de poder evitar aglomeraciones en las sedes hospitalarias, evitando de esta manera la propagación del virus.

El internado médico para el presente año se realizó en dos establecimientos de salud de la siguiente manera; 5 meses en el Hospital María Auxiliadora y los otros 5 meses en el Centro de Salud de Santiago de Surco.

El Hospital María Auxiliadora, fue creado el 3 de diciembre de 1973 y viene a ser un establecimiento de salud de tercer nivel, de alta complejidad y referencia en la parte de Lima Sur (Barranco, Chorrillos, Surco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, Lurín, etc); además es un hospital de referencia para hospitales ubicados en las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Junín (4).

En la actualidad el nosocomio se encuentra ubicado en la Av. Miguel Iglesias N°968, esquina con la Av. Los Héroes en el distrito de San Juan de Miraflores, limitando con el distrito de Villa María del Triunfo, cuenta con diversas entradas; siendo la más importante la estación “María Auxiliadora” de la Línea 1 del Metro Lima y Callao.

El Centro de Salud de Santiago de Surco, actualmente posee una categoría de I-3 y llega a corresponder a la DIRIS de Lima Sur. Se tiene en cuenta que el presente establecimiento de salud tiene la obligación de respaldar la integridad de la población promoviendo la salud mediante medidas preventivas y

promocionales. El Centro de Salud de Santiago de Surco actualmente se ubica en el Jr. Daniel Cornejo 182, en el distrito de Santiago de Surco y cuenta con los servicios de medicina, enfermería, obstetricia, psicología, nutrición, asistente social, laboratorio y farmacia (5).

Finalmente, se debe tener en cuenta que el internado médico sigue cursando por una etapa débil y con restricciones debido a la pandemia por COVID-19, no obstante, la pandemia también ha fortalecido los establecimientos del primer nivel de atención promoviendo medidas de prevención y promoción, lo que antiguamente era desarrollado pobremente en un ámbito hospitalario del internado médico.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico viene a ser para los estudiantes del último año de medicina humana una etapa donde pueden demostrar su potencial ya sea poniendo a pruebas sus destrezas, conocimientos y habilidades, o repotenciándolas.

Los internos de medicina juegan un papel importante en los establecimientos de salud, ya que son los que se encuentran en contacto diario con los pacientes, ya sea evolucionando sus condiciones médicas y/o teniendo listo sus órdenes para las diferentes pruebas a realizar, entre otras. Del mismo modo, también recae sobre el interno un tema administrativo, ya que en muchas ocasiones es el encargado de acelerar procesos, administrar procesos y/o simplemente agendarlos para que el paciente pueda llevarlos a cabo.

Días antes del inicio del internado médico, los internos acuden a diversas charlas que son necesarias para el correcto desenvolvimiento de este durante los 10 meses que dura el internado. Hoy en día las diferentes charlas han centrado su eje principal en los temas de bioseguridad y más aún en los temas de bioseguridad por COVID-19, de esta manera se evitan contagio y/o ausencias que pueden afectar el correcto desenvolvimiento de los pacientes.

El desarrollo del internado se realiza en las cuatro grandes áreas de la medicina como vienen a serlo, medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y cirugía.

1. MEDICINA INTERNA

El servicio de medicina interna, en muchas ocasiones llega a ser el más demandante, debido a que por su misma naturaleza esta especialidad radica en poder conocer todo el funcionamiento fisiológico del paciente, para poder llegar a dar con los diagnósticos de manera precisa y adecuada.

Durante la rotación en esta especialidad el interno debe manejar datos de concepción, epidemiológicos, diagnósticos y tratamiento, debido a que el interno es el encargado de una cantidad de pacientes durante esta rotación, en donde el interno tendrá que velar por sus evoluciones diarias, las solicitudes de exámenes complementarios, entre otras cosas.

En hospitalización de medicina interna y/o en consultorio de esta misma, muchas veces transitan casos de otras especialidades afines tales como; cardiología, neurología, neumología, nefrología, reumatología, hematología, endocrinología, etc.

2. PEDIATRÍA

Dentro del ambiente hospitalario encontraremos que el servicio de pediatría se divide en una zona de emergencias, hospitalización y/o consulta externa, mientras tanto en el ambiente del centro de salud este servicio se puede de dos maneras, pacientes pediátricos a los cuales se le agrega una patología y requieren su pronto tratamiento y/o pacientes pediátricos que se encuentran aparentemente sanos y recurren al puesto de salud para sus controles de crecimiento y desarrollo.

Dentro del servicio de pediatría también se encontrará la especialidad de neonatología, la cual comprende de los recién nacidos de 0 a 28 días, esta especialidad se observa con mayor frecuencia en la sala de parto debido a la atención inmediata que realiza el interno.

3. CIRUGÍA GENERAL

El servicio de cirugía general sirve para que el interno demuestre sus capacidades, destrezas y habilidad al momento de realizar un procedimiento. Dentro de este servicio se pueden observar diversas patologías tales como; apendicitis aguda, coledocolitiasis, quemaduras, entre otros.

En este servicio, se podrán encontrar áreas de emergencia, sala de operaciones, consultorio externo y hospitalización. Por otro lado, en el área de centro de salud, se pueden encontrar casos contra referidos de los hospitales ya sea para su limpieza de la herida operatoria, cambio de sonda, curaciones por mordeduras caninas y/o quemaduras.

4. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dentro del centro hospitalario en este servicio se pueden encontrar salas de hospitalizaciones ya sea para gestantes de alto riesgo y/o de bajo riesgo, además, se pueden hallar sala de operaciones, sala de recuperaciones, sala de

hospitalización y tópico de emergencia, en donde se tiene una primera valoración del paciente.

Por otro lado, dentro del servicio de ginecología y obstetricia llevado a cabo en el centro de salud se pudieron adquirir conocimientos sobre los métodos anticonceptivos (Planificación familiar), controles prenatales, enfermedades de transmisión sexual, prevención en salud sexual y reproductiva, entre otros. Por lo que es de suma importancia la asistencia a este servicio, ya que de esta manera más adelante el interno no podrá tener percances al momento de la administración de métodos de planificación familiar.

CASO 1. MEDICINA INTERNA

1. Anamnesis: Paciente de 82 años de sexo masculino fue llevado por sus hijos a emergencia debido a que su padre presenta pérdida de conocimiento que duró aproximadamente 1 hora, acompañado de sialorrea y defecación. Al despertar el paciente se encontraba desorientado y con disartria. Además, presentaba asterixis en mano derecha y cefalea. El hijo refiere que hace un tiempo atrás el paciente sufrió una caída espontánea, recuperándose minutos después.

Funciones biológicas: Apetito (Conservado), sed (Conservado), sueño (Normal), orina (Normal) y deposiciones (Normal).

2. Antecedentes familiares y/o personales

Paciente menciona que es diabético desde hace 12 años y se controla con Metformina 850mg cada 24 horas, además es hipertenso desde hace 15 años y se controla con Losartán 20mg cada 24 horas.

3. Examen físico

T°: 36.5 °C P/A: 120/90 FC: 80x' FR: 18x' SAT: 98%

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. Amplexación adecuada.

CV: RCR de BI. No soplos auscultables.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda ni superficial.
No se palpan masas. RHA (+).

GU: PPL (-) y PRU (-)

SNC: Glasgow 15/15. Presenta disartria y letargia

4. Plan: Se hospitalizó al paciente para realizarle diversos exámenes, entre ellos se solicita una TAC cerebral para descartar un accidente cerebrovascular de origen isquémico o hemorrágico, sin embargo, el paciente no mostraba daño en el parénquima cerebral, ni en estructuras adyacentes. El paciente evolucionó favorablemente; al realizarse una interconsulta con neurología lo catalogan como un accidente transitorio isquémico, por lo que al paciente se le mencionó medidas preventivas y a los hijos se les instruyó de cómo actuar en dichos momentos.

5. Impresión diagnóstica

Ataque isquémico transitorio

CASO 2. MEDICINA INTERNA

1. Anamnesis: Paciente de sexo femenino de 25 años fue ingresada al hospital por presentar un dolor tipo "cinturón" (8/10 en EVA) ubicado predominantemente en el hipocondrio izquierdo y derecho. Además, mencionó que se le presentó escalofríos, náuseas y vómitos en 4 ocasiones siendo de contenido líquido.

Funciones biológicas: Apetito (Aumentado), sed (Conservada), sueño (Conservado), orina (Conservado) y deposiciones (Conservada).

2. Antecedentes familiares y/o personales

Fue intervenida de colecistitis calculosa hace 2 años. Niega otros antecedentes.

3. Examen físico

T°: 37.9 °C P/A: 110/70 FC: 87x' FR: 24x' SAT: 98%

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. Amplexación adecuada.

CV: RCR de BI. No soplos auscultables.

ABD: Blando, depresible. Doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de los hipocondrios.

GU: PPL (-) y PRU (-)

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

4. Plan: La paciente pasó a ser hospitalizada y se le colocó una vía EV, se procedió a hidratar a la paciente y se le administró Hioscina 20 mg y Dimenhidrinato 50 mg STAT. Mientras se le solicita una ecografía de abdomen superior, hemograma, enzimas pancreáticas y perfil de coagulación. En la ecografía abdominal se pudo observar meteorismo intestinal aumentado, para los exámenes de laboratorio se pudieron apreciar los niveles de amilasa y lipasa excesivamente altas. Por lo que se administra para el intenso dolor 2 g EV de Metamizol STAT y Omeprazol 40 mg, además se le colocó en NPO. La paciente evolucionó favorablemente con su terapia farmacológica de hidratación más electrolitos, Ceftriaxona 2 g EV cada 24 horas. La paciente al pasar los días evolucionó favorablemente.

5. Impresión diagnóstica

Pancreatitis aguda

CASO 3. PEDIATRÍA

1. Anamnesis: Paciente de 10 años 8 meses con las iniciales K.V.P, fue traída al Hospital María Auxiliadora por emergencia. La madre refiere que la menor empezó hace una semana con tos que inicialmente fue productiva y posteriormente se convirtió en seca y que se asociaba a decaimiento. Además, la madre refiere que en 2 ocasiones la menor presentó sensación de alza térmica (SAT) y que resolvía espontáneamente. En los últimos días la madre notó que el apetito ha disminuido y un día antes del ingreso la menor presenta un cuadro con hemoptisis de regular cantidad (3/4 de una taza), siendo traída al nosocomio.

Funciones biológicas: Apetito (Disminuido), sed (Conservada), sueño (Aumentado), orina (Aumentado) y deposiciones (Conservada).

2. Antecedentes familiares y/o personales

Personales: Vivienda de material noble donde convive con 5 familiares en 2 habitaciones. No refiere otro antecedente de importancia.

Familiares: Madre contrajo tuberculosis pulmonar hace 13 años. Papá aparentemente sano. Tío contrajo "gripe" hace 2 semanas.

3. Examen físico

T°: 36.4 °C P/A: 90/60 FC: 107x' FR: 18x' SAT: 98%

Peso: 32.5 Kg Talla: 152 cm IMC: 14.1

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN

Piel y TCSC: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis. No edemas.

TYP: Leve tiraje subcostal. MV pasa disminuido en el HTI, auscultándose crepitantes en el mismo hemitórax

CV: RCR de BI. No soplos auscultables.

ABD: Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas. RHA (+).

GU: PPL (-) y PRU (-)

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

4. Plan: Se le ingresó a la paciente asegurando una vía permeable y se le administra NaCl 0.9% y se le brinda Paracetamol 500 mg VO PRN a T°>37.5°C. Inmediatamente se le solicitó a la paciente un hemograma, PCR, radiografía de tórax, prueba de tuberculina y un BK seriado en esputo, heces y contenido gástrico.

En la radiografía de tórax se observó un foco de consolidación derecho a nivel de la silueta cardíaca. En el hemograma se llegó a evidenciar leucocitosis (15.500u/L), anemia leve (10.3g/dL) y PCR alto (112). A la prueba de tuberculina el paciente formó una pápula de 14mm, por lo que se observó que la paciente estuvo expuesta a la tuberculosis, iniciándole una terapia para TBC sensible, pasado los días evolucionaba favorablemente y las pruebas de BK seriados en esputo salieron positivas para TBC sensible, por lo que se mantuvo el esquema. Dándole de alta para que pueda continuar su tratamiento y control por consultorio externo.

5. Impresión diagnóstica:

Hemoptisis

D/C Tuberculosis pulmonar

CASO 4. PEDIATRÍA

1. Anamnesis: Paciente de sexo femenino de 12 años procedente de Mariscal Gamarra, provincia de Grau, departamento de Apurímac, es llevada por sus padres a la emergencia al nosocomio con un tiempo de enfermedad aproximada de 3 semanas, que inició con tos y dolor torácico. La paciente manifiesta que hace 2 semanas antes del ingreso los síntomas se asociaban a una SAT (No cuantificada) y 1 semana antes del ingreso se le suma dificultad respiratoria, motivo por el cual acude inmediatamente al hospital Guillermo Díaz de Vega, en dicho hospital se le solicita una tomografía donde se observa un quiste hidatídico complicado en la base del pulmón izquierdo y otro quiste hidatídico en la base del pulmón derecho, por lo que el hospital solicita una referencia a un nosocomio con mayor posibilidad resolutoria, siendo trasladada inmediatamente al Hospital María Auxiliadora.

2. Antecedentes familiares y/o personales

Niega antecedentes de importancia, niega crianza de animales

3. Examen físico

T°: 38 °C P/A: 100/70 FC: 85x' FR: 19x' SAT: 97%

Peso: 42 Kg Talla: 140 cm IMC: 21.42

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa disminuido en los 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo y 1/3 del hemitórax derecho.

CV: RCR de BI. No soplos auscultables.

ABD: Blando, depresible. No doloroso. RHA (+)

GU: PPL (-) y PRU (-)

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

4. Plan: Paciente ingresó al Hospital María Auxiliadora, se le canalizó, pasándole NaCl 0.9%. Al tener una tomografía con la ubicación de ambos quistes, se le solicitó una radiografía de tórax de control, donde se ubicaron una masa radiopaca en base del HTD y una de consolidación en base del HTI, existiendo un leve borramiento de la silueta cardiaca compatible con derrame pleural. En la analítica se encontró PCR (1.4), hemograma (12.1gr/dL), leucocitos (8.852u/L). Paciente ingresó a sala de operaciones en donde se consiguió extraer ambos quistes completos, sin ningún sobretiempo. Paciente fue trasladada a sala de recuperación post operatorio con un diagnóstico favorable. Se le administró durante su hospitalización Levofloxacino 500 mg VO cada 12 horas, Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas, Albendazol 200mg VO cada 12 horas después de alimentos. La paciente evoluciona favorablemente por lo que se le brinda el alta teniendo control por consultorio externo de cirugía cardiovascular y torácica en su hospital cercano.

5. Impresión diagnóstica

Quiste hidatídico pulmonar

CASO 5. CIRUGÍA GENERAL

1. Anamnesis: Paciente de 26 años, de sexo femenino ingresa al hospital por emergencia debido a que presenta desde hace aproximadamente 10 horas dolor a nivel de la fosa iliaca derecha (EVA: 7/10), que se asocia a SAT, náuseas y anorexia. La paciente menciona que el dolor empezó a nivel periumbilical y fue migrando hacia la posición actual.

2. Antecedentes familiares y/o personales:

Madre con DM2 desde hace 5 años, es tratada con metformina 850mg c/24hrs.

3. Examen físico

T°: 38 °C P/A: 100/70 FC: 96x' FR: 21x' SAT: 98%

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.
Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.
TYP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. Amplexación adecuada.
CV: RCR de BI. No soplos auscultables.
ABD: Blando, depresible. Doloroso a la palpación profunda a nivel de la FID. Signo de McBurney (+). Signo de Rovsing (-). Signo del Psoas (-)
GU: PPL (-) y PRU (-)
SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

4. Plan: Se ingresó a la paciente colocándole una vía endovenosa donde se le pasa NaCl 0.9% a razón de 20 gotas por minuto, además se le prescribe 1 g de Metamizol, 500 mg de Dimenhidrinato EV STAT. La paciente es puesta en NPO para poder ser evaluada y preparada para cirugía.

Se le solicitó hemograma, PCR, examen de orina, serología para ITS y una ecografía abdominal. Al recibir los resultados de laboratorio, se observó leucocitosis (13500u/L), hemoglobina (12.8gr/dL), PCR 1.2mg/dL. A nivel de serología para VIH, VHB y sífilis los resultados fueron negativos. La ecografía fue concomitante con un aumento de tamaño de la pared apendicular. Se le realizó el riesgo quirúrgico a la paciente teniendo como resultado un ASA 1, se prepara a la paciente para SOP administrándole Ceftriaxona 2 g cada 24 horas y Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.

La paciente ingresó a SOP donde se le realizó una apendicectomía laparoscópica, se encontró al apéndice en una posición paracecal, sin mayores complicaciones. La paciente tolera adecuadamente el post operatorio y la vía oral por lo que fue dada de alta 24 horas post operatorio.

5. Impresión diagnóstica

Apendicitis aguda

CASO 6. CIRUGÍA GENERAL

1. Anamnesis: Paciente de 63 años, de sexo masculino. Refiere acusar dolor abdominal tipo cólico a nivel del hipocondrio derecho y epigastrio desde

aproximadamente 7 meses. Además, menciona que el dolor cede con AINES y se encuentra acompañado de náuseas, SAT vómitos e ictericia.

Funciones biológicas: Apetito (Disminuido), sed (Conservada), sueño (Normal), orina (Normal) y deposiciones (Disminuida).

2. Antecedentes familiares y/o personales

Apendicectomía hace 40 años, sin complicaciones.

3. Examen físico

T°: 37.7 °C P/A: 100/70 FC: 92x' FR: 16x' SAT: 97%

Peso: 63 Kg Talla: 153 cm IMC: 26.9

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". Presenta ictericia (+/+++)

TYP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. Amplexación adecuada.

CV: RCR de BI. No soplos auscultables.

ABD: Blando, depresible. Doloroso a nivel de hipocondrio derecho. Signo de Murphy (+).

GU: PPL (-) y PRU (-).

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEP. Glasgow 15/15

4. Plan: Se hospitalizó a la paciente, se le administró solución fisiológica de NaCl 0.9%, además de Metamizol 1 g EV STAT y Dimenhidrinato 500mg EV STAT. Se le solicitó hemograma completo, examen de orina, ecografía, transaminasas y bilirrubina. Los resultados que se obtuvieron manifestaron un patrón obstructivo, en la ecografía abdominal se observaron presencia de litos dentro de la vesícula y engrosamiento de la pared vesicular.

Se procedió a programar a la paciente para poder realizarle una colecistectomía laparoscópica. Se realizó la operación y la paciente evolucionó favorablemente, por lo que fue dada de alta a los 2 días post operatorio.

5. Impresión diagnóstica

Colecistitis crónica

CASO 7. GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA

1. Anamnesis: Gestante de 18 años, es traída al establecimiento de salud por emergencia debido a que presenta sangrado abundante y un dolor intenso a nivel de la zona pélvica. Menciona que según su ecografía tiene 9 semanas de gestación (G1P0000). Niega alguna automedicación y/o procedimiento.

2. Antecedentes familiares y/o personales

Niega antecedentes de importancia

3. Examen físico

T°: 36.9 °C P/A: 100/70 FC: 110x' FR: 22x' SAT: 98%

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN

Piel: T/H/E. LLC<2". Palidez (+/+++)

TYP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. Amplexación adecuada.

CV: RCR de BI. No soplos auscultables.

ABD: Blando, depresible. Doloroso en la zona pélvica.

GU Y TV: PPL (-) y PRU (-). Al tacto vaginal se encuentra sangrado activo, además de coágulos. En la especuloscopia se halla el OCI abierto y presencia de restos.

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTE. Glasgow 15/15

4. Plan: Se internó a la paciente administrándole NaCl 0.9% a chorro, debido a la pérdida de sangre previa que tuvo, además de la presencia de taquicardia compensatoria. Se le solicitó exámenes complementarios tales como hemograma, PCR, examen de orina y una ecografía transvaginal. En la ecografía transvaginal se halla una línea engrosada concomitante con un proceso de gestación, del mismo modo se observa restos en cavidad uterina. Se procede a programar a la paciente para un legrado uterino, el cual se lleva de manera adecuada, la paciente se recuperó favorablemente y fue dada de alta.

5. Impresión diagnóstica

Aborto incompleto

CASO 8. GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA

1. Anamnesis: Paciente de 23 años acude al establecimiento de salud por consultorio externo debido a que presenta un dolor intenso en la zona pélvica. La paciente menciona que este dolor aumenta al momento de tener relaciones sexuales, refiere que tiene múltiples parejas sexuales y muy pocas veces ha usado preservativo. No menciona otra información

2. Antecedentes familiares y/o personales

Niega antecedentes familiares de importancia

3. Examen físico

T°: 36.9 °C P/A: 100/80 FC: 79x' FR: 17x' SAT: 99%

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa.

Piel: T/H/E. LLC<2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. Amplexación adecuada.

CV: RCR de BI. No soplos auscultables.

ABD: Blando, depresible. Doloroso en zona pélvica. RHA (+)

GU Y TV: PPL (-) y PRU (-). Dolor evidente a la movilización del cérvix.

SNC: Paciente consciente y colaboradora. LOTEPE. Glasgow 15/15

4. Plan: Por los signos y síntomas que presentó la paciente se le diagnosticó con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), se le dio conocimiento que el comportamiento con múltiples parejas sexuales y el no uso de preservativo fueron los desencadenantes. Para el manejo debido a que no presenta complicaciones se le brinda una terapia ambulatoria en la cual se usa Doxiciclina 500 mg cada 12 horas por 14 días, Metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días y Ceftriaxona 1 g IM STAT. Se le citó por consulta externa a los 14 días de tratamiento.

5. Impresión diagnóstica

Enfermedad pélvica inflamatoria

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EL INTERNADO

El Hospital María Auxiliadora, viene a ser un hospital de referencia y mayor complejidad en el sector de Lima Sur, específicamente se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores. El presente hospital, recibe referencias de los diferentes establecimientos que se encuentran adyacente a este centro hospitalario, sin embargo, también se ha reportado que reciben referencias de establecimientos de salud de distintas partes del país siendo los departamentos con mayor referencia realizadas los de Ayacucho, Apurímac y Junín.

Al ser un hospital categoría III-1, este hospital cuenta con diversas especialidades y servicios. Dentro del ámbito de la cirugía se encuentran las especialidades tales como; cirugía general, cirugía cardiovascular y de tórax, cirugía plástica, cirugía pediátrica, neurocirugía, cirugía oncológica, cirugía de cabeza y cuello, etc. Del mismo modo cuenta con diversos servicios en el área de medicina interna donde comparten espacio con las diferentes especialidades clínicas tales como; neumología, neurología, cardiología, nefrología, reumatología, hematología, dermatología, entre otras. Por último, también se encuentran los servicios de ginecología-obstetricia, pediatría y los demás afines a la medicina. Los internos de medicina fueron programados para poder rotar en los 4 servicios grandes de la medicina. Dentro de cada servicio existen salas de acuerdo con la condición del paciente, además de sala de operaciones y tópico de emergencia.

El hospital al ser un hospital de corte docente siempre tendrá en cuenta la prevalencia de la enseñanza hacia los internos y/o residentes; esto llega a ser muy beneficioso para el desarrollando del interno, ya que se encuentra en constante actualización sobre los temas académicos.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Caso clínico 1. Ataque transitorio isquémico

1. Definición: Un ataque isquémico transitorio (TIA), es una emergencia médica que se define como un episodio transitorio de la disfunción neurológica debido a una isquemia cerebral focal. Un TIA generalmente tiene la duración menos de 1 hora y puede considerarse como una advertencia seria de un accidente cerebrovascular isquémico inminente, teniendo un pico de riesgo durante las primeras 48 horas de sucedido el accidente (6).

2. Etiología y factores de riesgo: Entre los factores de riesgo se incluyen a la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, alcoholismo, entre otros. Una historia previa de accidente cerebrovascular o TIA aumentan las probabilidades el riesgo posterior a padecer de otro ACV o TIA (7).

3. Manifestaciones clínicas: El examen físico suele ser concomitante con alteraciones focales y del lenguaje, estos son los síntomas más comunes que se hallan en los pacientes. Al examen de los nervios craneales se incluyen debilidad unilateral en las extremidades inferiores y superiores de la cara, dificultad para comer, movimiento anormal de la lengua y dificultad en la audición (8).

4. Diagnóstico: Para la evaluación del TIA en primer lugar se debe probar el origen vascular de los síntomas ya sea de forma directa e indirectamente, debido a que esta prueba permite evidenciar una hipoperfusión y/o infarto agudo, además de poder identificar una fuente de origen. También debemos tener en cuenta que las pautas del AHA/ASA 2009 van a incluir en su exploración diagnóstica la implicancia del uso de neuroimágenes, siendo la más recomendada la Resonancia Magnética (9).

5. Tratamiento: El objetivo principal del tratamiento es disminuir el riesgo de ACV o TIA posterior. Se debe tener en cuenta que un tratamiento de TIA oportuno y temprano reduce las posibilidades de padecer un ACV. Se demostró que la combinación de dieta, ejercicio, antiplaquetarios, estatinas y terapia antihipertensiva puede reducir el accidente cerebrovascular subsiguiente en un 80-90 % (10).

Caso clínico 2. Pancreatitis aguda

1. Definición: La pancreatitis aguda es un trastorno inflamatorio del páncreas, siendo una de la principal causa gastrointestinal de ingreso a un centro hospitalario (11).

2. Etiología y factores de riesgo: La etiología más común de una pancreatitis aguda viene a ser la obstrucción de la vesícula biliar, posteriormente viene el alcoholismo y/o pancreatitis a causa fármacos o injurias (12).

3. Manifestaciones clínicas: Entre las principales manifestaciones crónicas que se encuentran en una pancreatitis es el dolor, siendo este intenso y que se irradia a zonas lumbares, por lo que se denomina dolor en cinturón. Además, en muchas ocasiones este dolor se acompaña con síntomas vegetativos como náuseas, vómitos y fiebre (13).

4. Diagnóstico: La realización de una buena anamnesis más exploración física son ejes fundamentales para el diagnóstico de una pancreatitis aguda. Entre los síntomas más comunes y compatibles se encuentra el dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, distensión abdominal, fiebre y dificultad para respirar. Además, es de suma importancia los factores de riesgo para esta patología, como exámenes complementarios para poder solicitar se sugiere la tomografía computarizada (14).

5. Tratamiento: El tratamiento requiere que el paciente ingrese a un estado de NPO, debido a la sobrecarga de las enzimas pancreáticas con las que cursa. Además, es necesario que el paciente requiera una reanimación con fluidos y un manejo con analgesia (15).

Caso clínico 3. Tuberculosis pulmonar

1. Definición: La tuberculosis es una enfermedad causada por bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Esta enfermedad es una de las más antiguas y conocidas por el ser humano, además de ser de una de las principales causa de muerte en el mundo (16).

2. Etiología y factores de riesgo: Entre los factores de riesgo más comunes para la tuberculosis tenemos al hacinamiento, inmunosupresión, entre otros. La

etiología de la tuberculosis se da debido al complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

3. Manifestaciones clínicas: Las manifestaciones clásicas de la tuberculosis viene a ser la baja de peso, tos seca o productiva, hemoptisis, inapetencia, sudoración nocturna, fiebre de predominio nocturno, en muchos casos presentan dolor tipo pleurítico.

4. Diagnóstico: El diagnóstico de la tuberculosis se da mediante aspectos clínicos, exámenes auxiliares como en la radiografía en donde se observará una imagen de consolidación, además una prueba de PPD puede afirmar que el paciente estuvo en contacto con un paciente con TBC y un examen positivo del esputo indica que el paciente padece de TBC (17).

5. Tratamiento: El tratamiento básico para una tuberculosis sensible incluye isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida; tener en cuenta que la isoniazida y la rifampicina constituyen el núcleo básico para el tratamiento de esta patología (18).

Caso clínico 4. Quiste hidatídico pulmonar

1. Definición: La hidatidosis pulmonar es una zoonosis parasitaria que tiene una distribución mundial. En Sudamérica el hospedero definitivo viene a ser los perros y los animales de abasto los hospederos intermedios.

2. Etiología y factores de riesgo: La transmisión ocurre cuando el paciente ingiere los huevos eliminados desde el huésped definitivo, en el ser humano realiza su ciclo de vida y replicaciones. Entre los factores de riesgo se encuentra el consumir carne mal cocida, contacto con animales de campos, disminución de higiene, etc.

3. Manifestaciones clínicas: Los síntomas más comunes de la hidatidosis pulmonar son causados por el efecto de masa que causa efecto de masa en su volumen ejerciendo la presión en el tejido circundante. Entre los síntomas más comunes encontramos a la tos, dolor torácico y disnea.

4. Diagnóstico: El diagnóstico se realiza mediante exámenes auxiliares, sobre todo de imágenes, tales como una tomografía y/o radiografía pulmonar.

5. Tratamiento: Se realiza una cirugía convencional por toracotomía debido a que es la vía de elección. Posteriormente, se realiza un tratamiento efectivo con Albendazol. (19)

Caso clínico 5. Apendicitis aguda

1. Definición: La apendicitis aguda es un cuadro que se cataloga como una emergencia quirúrgica por abdomen agudo, es una de las emergencias más frecuentes del mundo. Es una inflamación del apéndice que viene a ser un órgano vestigial, ocurriendo de esta manera la obstrucción de la luz.

2. Etiología y factores de riesgo: La fisiopatología de la apendicitis, inicia con una inflamación de la pared apendicular, que continua por una isquemia, perforación e infección generalizada. Se debe tener en cuenta que la obstrucción de la luz es la principal causa del desarrollo de esta patología. Esta obstrucción puede deberse a fecalitos, cálculos, hiperplasia linfoide, proceso infeccioso, etc

3. Manifestaciones clínicas: El paciente puede cursar con dolor intenso a nivel de la región periumbilical que emigra a la fosa iliaca derecha, además esta patología cursa con síntomas vegetativos como náuseas, vómitos, sensación de alza térmica y anorexia.

4. Diagnóstico: El diagnóstico se puede realizar de manera clínica y/o con ayuda de imágenes. Se puede utilizar la escala de Alvarado que nos ayuda a poder derivar a un paciente a cirugía o no. Del mismo modo, la ecografía nos ayuda a ver el grosor de la pared dándonos un diagnóstico sugestivo de apendicitis, sin embargo, el gold estándar viene a ser la tomografía.

5. Tratamiento: El tratamiento definitivo de la apendicitis es la cirugía, siendo el abordaje laparoscópico la mejor opción para el paciente, debido a la poca invasión y a su rápida recuperación. (20)

Caso clínico 6. Colecistitis crónica

1. Definición: La colecistitis crónica, viene a ser una patología común. Esto se debe a la persistencia de cálculos en la vesícula biliar, los cuales no pueden ser expulsados o no fueron extraídos.

2. Etiología y factores de riesgo: La mayoría de los casos se da por la aparición de la litiasis biliar, además los dos factores que predominan para que el cuadro se cronifique son el grado de obstrucción y la duración de la obstrucción.

3. Manifestaciones clínicas: En muchas ocasiones suele ser asintomático, no obstante, el dolor abdominal agudo es constante en el hipocondrio derecho y tiene una duración mayor de 5 horas, que se irradia normalmente a la espalda y se acompaña frecuentemente de náuseas, vómitos y SAT.

4. Diagnóstico: El diagnóstico se integra por el interrogatorio, exploración física, estudios de imágenes y laboratorio. Entre los estudios de imágenes el ultrasonido es de elección.

5. Tratamiento: El manejo de la colecistitis se da mediante la cirugía, debido a que se debe extraer a la vesícula biliar para de esta manera evitar las obstrucciones que pueden desencadenar el cuadro, posteriormente se realiza una protección con antibióticos y analgésicos. (21)

Caso clínico 7. Enfermedad inflamatoria pélvica

1. Definición: La enfermedad pélvica inflamatoria es una infección aguda subclínica que afecta al tracto genital superior de las mujeres. Esta patología puede afectar al útero parcialmente y/o en su totalidad.

2. Etiología y factores de riesgo: Esta patología suele aparecer cuando las bacterias ascienden desde la vagina y el cérvix al tracto genital superior. De esta manera colonizan la región formando una infección y un proceso inflamatorio, así se forma un exudado purulento que afecta principalmente a la mucosa tubarica.

3. Manifestaciones clínicas: Existen múltiples manifestaciones clínicas en esta patología, pueden llegar a ser asintomáticas hasta producir un cuadro de abdomen agudo. El dolor abdominal es el síntoma más común, este dolor es intenso en el cuadrante inferior.

4. Diagnóstico: El diagnóstico se realiza mediante la realización de una buena anamnesis y examen físico. En la anamnesis se debe incluir adecuadamente los antecedentes ya que un factor de riesgo de cuidar es la cantidad de parejas sexuales y el realizar relaciones sexuales sin protección.

5. Tratamiento: Para el tratamiento se puede usar una combinación de ciertos antibióticos entre los que destacan la ceftriaxona, doxiciclina y metronidazol. (22)

Caso clínico 8. Aborto incompleto

1. Definición: Viene a ser la expulsión o extracción de un feto y/o producto de la fecundación que pesa menos de 500gr. El aborto incompleto se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción, se encuentra el orificio cervical abierto.

2. Etiología y factores de riesgo: Las etiologías del aborto pueden ser múltiples entre las que se incluyen malformaciones del producto, hasta infecciones del tracto urinario de la madre.

3. Manifestaciones clínicas: La paciente cursa con un dolor intenso a nivel pélvico y un sangrado abundante, además de la presencia del orificio cervical abierto.

4. Diagnóstico: El diagnóstico de aborto incompleto se realiza mediante el uso de una ecografía transvaginal en donde se observa el grosor de la línea media uterina >15mm.

5. Tratamiento: El tratamiento a aplicarse puede ser de manera farmacológica y/o quirúrgica, esto dependerá de la estabilidad hemodinámica de la paciente y de sus semanas de gestación. (23)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA PERSONAL

A grandes rasgos el internado médico es una de las etapas más completas de la carrera de medicina humana, debido a que se puede explorar y poner en práctica las diversas aptitudes y conocimientos que se obtuvieron durante los años previos de carrera.

En este paso previo a ser profesional, tenemos nuestro primer contacto directo con los pacientes y sus familiares, en donde debemos desarrollar nuestra empatía hacia los afectados, del mismo modo al ser responsables de un número de pacientes de acuerdo con el servicio, se debe tener conciencia de que las tareas deben cumplirse o por lo contrario el paciente puede no verse beneficiado de un examen, prueba, etc.

En el Hospital María Auxiliadora, se pudo explotar la capacidad de los internos, debido a la gran casuística que tienen y por el mismo hecho de ser un hospital docente, siendo esto último muy importante ya que en este último año también se brinda el Examen Nacional de Medicina (ENAM), que es la última prueba de pregrado donde el alumno muestra la capacidad de lo aprendido durante los 7 años y es de gran importancia para poder llevar a cabo el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS), donde la responsabilidad será mucho mayor.

CONCLUSIONES

1. El realizar el internado médico en una sede hospitalaria y en un establecimiento de primer nivel de atención es adecuado ya que nos prepara también en las patologías más frecuentes y en los procesos administrativos que se pueden realizar en el SERUMS.
2. La constante práctica hospitalaria desde las evoluciones a los pacientes hasta las discusiones de caso clínico llevan a que el interno se encuentre en constante repaso de los diferentes temas, siendo beneficioso para el ENAM.
3. Al ser un hospital docente, brinda la ayuda adecuada al interno para que este pueda desenvolverse de la mejor manera.

4. El cuidado del hospital y centro de salud por interno es de una calidad innegable, debido a que protegen al interno con charlas preventivo-promocionales y con equipos de protección personal.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar un cronograma más detallado para que el interno también pueda rotar en especialidades de su gusto, de esta manera podría ir direccionando su futura especialidad.

2. Se debe tener en cuenta la parte nutricional del interno por medio del departamento de nutrición del centro hospitalario, ya que de esta manera se le puede brindar el alimento adecuado a los internos.

3. Se deben impartir actividades académicas con mayor frecuencia para que el interno este en constante desenvolvimiento y de esta manera tenga repasos adecuados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosipi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. ACTA MEDICA Peru. 30 de agosto de 2016;33(2):105-105.
2. Charca-Benavente LC, Huanca-Ruelas GH, Moreno-Loaiza O. Biological accidents in last-year medical students from three hospitals in Lima Peru. Medwave. 1 de agosto de 2016;16(7):e6514.
3. Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña-Sánchez ER, Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. Investig En Educ Médica. marzo de 2017;6(21):65-6.
4. Dirección del Hospital María Auxiliadora. Historia del Hospital María Auxiliadora. Revista del Hospital María Auxiliadora.
5. RIS BARRANCO - SURCO - CHORRILLOS - DIRIS LIMA SUR. <https://www.dirislimasur.gob.pe/ris-cho-barr-surc/>
6. Hadjiev DI, Mineva PP. A reappraisal of the definition and pathophysiology of the transient ischemic attack. Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res. marzo de 2007;13(3):RA50-53.
7. Navis A, Garcia-Santibanez R, Skliut M. Epidemiology and Outcomes of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack in the Adult and Geriatric Population. J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc. enero de 2019;28(1):84-9.
8. Moonen G, Delcourt C, Lievens I, Hans G. [Transient ischemic attacks: a new definition]. Rev Med Liege. mayo de 2004;59(5):281-5.
9. Liu L, Ding J, Leng X, Pu Y, Huang LA, Xu A, et al. Guidelines for evaluation and management of cerebral collateral circulation in ischaemic stroke 2017. Stroke Vasc Neurol. septiembre de 2018;3(3):117-30.
10. Hackam DG, Spence JD. Combining multiple approaches for the secondary prevention of vascular events after stroke: a quantitative modeling study. Stroke. junio de 2007;38(6):1881-5.
11. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. The Lancet. 4 de julio de 2015;386(9988):85-96.
12. van Dijk SM, Hallensleben ND, van Santvoort HC, Fockens P, van Goor H, Bruno MJ, et al. Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials. Gut. noviembre de 2017;66(11):2024-32.
13. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta

- classification and definitions by international consensus. *Gut*. enero de 2013;62(1):102-11.
14. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 1 de julio de 2018;98(1):25-33.
 15. Moris D, Paulson EK, Pappas TN. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. *JAMA*. 14 de diciembre de 2021;326(22):2299-311.
 16. Natarajan A, Beena PM, Devnikar AV, Mali S. A systemic review on tuberculosis. *Indian J Tuberc*. 1 de julio de 2020;67(3):295-311.
 17. Garza-Velasco R, Ávila-de Jesús J, Perea-Mejía LM, Garza-Velasco R, Ávila-de Jesús J, Perea-Mejía LM. Tuberculosis pulmonar: la epidemia mundial continúa y la enseñanza de este tema resulta crucial y compleja. *Educ Quím*. 2017;28(1):38-43.
 18. Starshinova A, Malkova A, Kudryavtsev I, Kudlay D, Zinchenko Y, Yablonskiy P. Tuberculosis and autoimmunity: Common features. *Tuberc Edinb Scotl*. mayo de 2022;134:102202.
 19. Pinto G. PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. *Rev Chil Cir*. 1 de enero de 2017;69(1):94-8.
 20. Hernández J, León J, Martínez M, Guzmán J, Palomeque A, Cruz N, *et al*. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir. gen*. Marzo de 2019; 41(1): 33-38.
 21. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL, Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. *Rev Fac Med México*. agosto de 2018;61(4):35-7.
 22. Bezerra M, Giraldo P, Linhares I, Tosato N, Aragón M. Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: enfermedad inflamatoria pélvica. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 30(1).
 23. Dimitriadis E, Menkhorst E, Saito S, Kutteh WH, Brosens JJ. Recurrent pregnancy loss. *Nat Rev Dis Primer*. 10 de diciembre de 2020;6(1):98.