



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DURANTE EL
PERIODO 2022 - 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
PAULA CRISTINA MORAN BALLON**

**ASESOR
ANDREA LUI LAM POSTIGO**

**LIMA - PERÚ
2023**



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DURANTE EL PERIODO 2022 - 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

PAULA CRISTINA MORAN BALLON

ASESOR

DRA ANDREA LUI LAM POSTIGO

LIMA - PERÚ

2023

JURADOS

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro. Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

El presente trabajo, es dedicado a mis padres por su gran amor, motivación y apoyo incondicional durante estos años, sin ellos nada hubiera sido posible, a mis tíos por guiarme durante mi formación profesional quienes me acogieron como unos padres los años que viví con ellos, a mis hermanos por todas las veces que estuvieron para escucharme y apoyarme e incluso ser mis pacientes durante la pandemia y a mi abuelito Baltazar Ballón, quien siempre me enseñó a ser perseverante y fuerte, un enorme abrazo al cielo.

INDICE

RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	X
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	1
1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	4
1.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA	8
1.4 ROTACIÓN DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA	11
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	17
3.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	17
3.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	19
3.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA	21
3.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	24
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

El internado de medicina humana en el Perú se realiza en el último año de carrera, es una etapa fundamental para que los alumnos realicen sus prácticas pre – profesional bajo de supervisión de tutores académicos, con la finalidad de consolidar sus conocimientos y adquieran experiencia en el manejo y toma de decisiones como futuros médicos. El internado tuvo una duración de 10 meses y en la mayoría de los hospitales se dio inicio el 01 de junio del 2022 hasta el 31 de marzo del 2023, así mismo la DIRESA CALLAO dispuso que el internado se divida en 5 rotaciones de dos meses cada uno las cuales fueron: medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría y una rotación en centros de primer nivel de atención.

Objetivo: describir el aprendizaje y experiencia adquirida durante el internado de medicina humana en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión desde junio del 2022 hasta marzo del 2023, además, presentar como fue la trayectoria profesional a través de casos clínicos.

Metodología: se presenta la experiencia adquirida durante el internado y el desarrollo de casos clínicos de las patologías más frecuentes vistas durante el internado.

Conclusiones: el internado médico en el Perú, es una experiencia única, llena de muchas oportunidades para consolidar los conocimientos obtenidos durante la etapa universitaria, cargado de emociones y de grandes retos.

Resultados: Caso 1- paciente varón, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, de 66 años presentó sensación de alza térmica, malestar general asociado a tos productiva con expectoración verdosa y dificultad respiratoria. Impresión diagnóstica neumonía adquirida en la comunidad. Caso 2- Paciente mujer de 26 años, sin antecedentes relevantes, con tiempo de enfermedad de 7 días, presento disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor suprapúbico asociado a fiebre. Diagnóstico presuntivo, infección del tracto urinario, pielonefritis. Caso 3 - Paciente femenino de 28 años de edad, ingresa por un cuadro agudo dolor tipo cólico en mesogastrio que posteriormente migro a cuadrante inferior derecho, de moderada intensidad, asociado a vómitos de contenido alimentario y fiebre. Impresión diagnóstica, apendicitis. Caso 4 - Paciente de 45 años con antecedente de litiasis vesicular, refiere presentar después de la ingesta de comida copiosa dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho de moderada intensidad, el cual se irradia hacia la espalda, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario. Diagnóstico presuntivo, colecistitis crónica calculosa. Caso 5 - Primigesta de 29 años, antecedente hipertensión arterial crónica no controlada, con

32 semanas de gestación presenta, dolor epigástrico e hinchazón de manos y pies, motivo por el cual acude a emergencia, al ingreso se encuentra presión arterial de 160/120 mmHg. Impresión diagnóstica preeclampsia severa. Caso 6 - Paciente mujer, sexualmente activa, de 22 años presenta flujo vaginal blanquecino sin mal olor, dispareunia, picazón y ardor en zona genital. Impresión diagnóstica, vulvovaginitis. Caso 7 - Lactante de 1 año y 6 meses, presentó por primera vez episodio de rinorrea hialina asociado a tos no productiva, fiebre, dificultad respiratoria, además madre del menor refiere que se “hunde el pecho” y escucha silbidos. Diagnóstico presuntivo, bronquiolitis. Caso 8 - Paciente femenino de 8 años, con antecedente de asma, presenta fiebre, rinorrea hialina, tos no productiva y dificultad respiratoria. Impresión diagnóstica, crisis asmática.

Palabras claves: internado médico, médicos residentes, primer nivel de atención, COVID-19

The human medicine internship in Peru is realized in the last year of the degree, it's a fundamental stage for students to carry out their pre-professional practices under the supervision of academic tutors to consolidate their knowledge and gain experience in managing and decision-making as future doctors. The internship lasted 10 months and in most hospitals, it began on June 1, 2022 until March 31, 2023, likewise the DIRESA CALLAO ordered that the internship It was divided into 5 rotations of two months each, which were: internal medicine, general surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics, and a rotation in first-level care centers.

Objective: to describe the learning and experience acquired during the human medicine internship at the Daniel Alcides Carrion National Hospital from June 2022 to March 2023, in addition to presenting the professional trajectory through clinical cases.

Methodology: the experience acquired during the internship and the development of clinical cases of the most frequent pathologies seen during the internship are presented.

Conclusions: the medical internship in Peru is a unique experience, full of many opportunities to consolidate the knowledge obtained during the university stage, full of emotions and great challenges.

Outcomes: Case 1- A 66-year-old male patient, with a history of type 2 diabetes mellitus, presented a sensation of high temperatures, general malaise associated with a productive cough with greenish expectoration and respiratory distress. Diagnostic impression of acquired pneumonia. Case 2- A 26-year-old female patient, with no relevant history, with a 7-day illness, presented with dysuria, frequency, urinary urgency, suprapubic pain associated with fever. Presumptive diagnosis, urinary tract infection, pyelonephritis. Case 3 - A 28-year-old female patient was admitted due to acute colicky pain in the mesogastric region that subsequently migrated to the lower right quadrant, of moderate intensity, associated with vomiting of food content and fever. Diagnostic impression, appendicitis. Case 4 - A 45-year-old patient with a history of gallbladder lithiasis, refers to presenting after eating copious food colicky pain in the right upper quadrant of moderate intensity, which radiates to the back, associated with nausea and vomiting of food content. Presumptive diagnosis, chronic calculous cholecystitis. Case 5 - A 29-year-old primiparous woman, with a history of uncontrolled chronic arterial hypertension, with 32 weeks of gestation presenting epigastric pain and swelling of the hands and feet, which is why she went to the hospital with a blood pressure of 160/120 mmHg. Diagnostic impression of severe preeclampsia. Case 6 - A 22-year-old sexually active female patient presents whitish vaginal discharge without

bad odor, dyspareunia, itching and burning in the genital area. Diagnostic impression, vulvovaginitis. Case 7 - 1 year and 6-month-old infant, presenting for the first time an episode of hyaline rhinorrhea associated with a non-productive cough, fever, respiratory distress, in addition, the child's mother reports that her chest "sags" and hears whistling. Presumptive diagnosis, bronchiolitis. Case 8 - An 8-year-old female patient, with a history of asthma, presented with fever, hyaline rhinorrhea, non-productive cough, and respiratory distress. Diagnostic impression, asthmatic crisis.

Keywords: medical internship, resident doctors, first level of care, semiology, COVID-19

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL AL
CIDES CARRION DURANTE EL PERIODO**

AUTOR

PAULA CRISTINA MORAN BALLON

RECuento DE PALABRAS

12008 Words

RECuento DE CARACTERES

68346 Characters

RECuento DE PÁGINAS

44 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

145.6KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 19, 2023 6:48 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 19, 2023 6:49 PM GMT-5

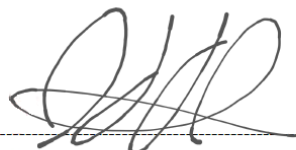
● **18% de similitud general**

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% 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



LUI LAM POSTIGO ANDREA
DNI Nro. 41716657

ORCID:0009-0008-0687-9702

INTRODUCCIÓN

En Perú, en el último año de estudio de la facultad de medicina humana de las diferentes universidades se realiza el internado médico, el cual consiste en realizar prácticas pre-profesionales, consolidando los conocimientos adquiridos en los años anteriores de formación académica, así mismo es un requisito indispensable realizarlo para poder egresar (1)(2).

Durante esta etapa, los estudiantes son denominados internos de medicina, los cuales realizan diferentes actividades dentro del hospital o centro de salud, teniendo contacto directo con los pacientes, así mismo participan de forma activa en la atención médica, diagnóstico y manejo de diferentes patologías, todo esto bajo la supervisión de médicos residentes y asistentes asignados según cada rotación, con el objetivo que el estudiante adquiera experiencia en la toma de decisiones médicas.

Antes de la pandemia, el internado médico tenía una duración de doce meses, sin embargo, luego del reporte del primer caso de COVID-19, el gobierno del Perú impuso medidas de distanciamiento social, por lo que el 11 de marzo del 2020 se ordenó el cierre de escuelas y universidades, días después se declaró estado de emergencia, asimismo se suspendieron las actividades académicas hospitalarias como el internado médico, con el objetivo de disminuir el riesgo de infección por COVID-19, no obstante meses después se reanudó, teniendo una duración de diez meses, siendo dividido en algunos casos en dos periodos el cual incluía cinco meses en centros de salud y los restantes en hospitales de mayor complejidad con la finalidad de proteger la integridad de los estudiantes (3)(4).

En este contexto, el internado médico 2022 inició el 01 de junio, con una duración de diez meses, manteniéndose en la mayoría de hospitales la distribución de cinco meses en centros de salud y los otros meses en hospitales de mayor complejidad. En el caso del Hospital Daniel Alcides Carrión la distribución fue de ocho meses de prácticas hospitalarias dentro de este nosocomio y dos meses en establecimientos de primer nivel de atención, siendo esto beneficioso para el aprendizaje de los internos de medicina de este hospital.

El Hospital Daniel Alcides Carrión es un hospital docente categoría III-1 perteneciente a la DIRESA CALLAO, el cual se encuentra ubicado en el distrito de Bellavista, siendo

la Institución de Salud de mayor complejidad en la Provincia Constitucional del Callao y de referencia nacional, el cual se inauguró el 30 de diciembre de 1941. Actualmente cuenta con una disponibilidad de 565 camas para hospitalización, y diferentes servicios especializados, teniendo así un gran flujo de pacientes, permitiendo a los internos de medicina desarrollarse en diferentes aspectos profesionales. Este hospital previo al inicio del internado, se encargó de capacitar a los internos de medicina sobre temas de bioseguridad, derechos y funciones a realizar durante sus rotaciones, asimismo se realizó una evaluación al inicio del internado y posteriormente al concluirlo, con la finalidad de medir los conocimientos y habilidades adquiridos durante esos diez meses (5).

Este trabajo tiene como objetivo presentar ocho casos clínicos de las diferentes rotaciones, además el desempeño académico y profesional adquirido durante el internado médico durante el año 2022 – 2023.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La primera rotación en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión fue en el servicio de medicina interna, la cual inicio el 01 de agosto y culmino el 30 de setiembre del 2022. En este servicio se puso en práctica los conocimientos aprendidos en el cuarto año de medicina, tal como la realización de una correcta anamnesis e historia clínica, así mismo se aplicó la semiología médica, lo cual fue fundamental durante esta rotación. La asistencia en este servicio fue de lunes a domingo, se pasaba visita médica a cada paciente junto al residente y médicos asistentes, y se realizaba ronda de preguntas relacionadas a la patología del paciente, asimismo cada interno tenia a cargo nueve paciente aproximadamente, todo esto bajo la supervisión de un médico residente quien recibía las indicaciones de los médicos asistentes, además una a dos veces por semana se programaba guardia día en emergencia de este servicio, permitiendo participar a los internos en la primera atención del paciente, y manejo oportuno. Durante esta rotación se realizaron diferentes procedimientos médicos, lectura e interpretación de análisis de laboratorio e imágenes radiológicas y ecográficas, bajo la supervisión del médico residente.

Caso clínico n° 1

Anamnesis:

Paciente de sexo masculino de 66 años, acude a emergencia del hospital, con un tiempo de enfermedad de 4 días presentando sensación de alza térmica y malestar general, 3 días antes del ingreso se asocia tos productiva con expectoración verdosa la cual persiste durante todo el día, 1 día antes del ingreso presenta dificultad respiratoria, motivo por el cual acude a emergencia.

Antecedentes: DM2 hace 8 años controlada y en tratamiento con metformina 850 mg/cada 12 horas, niega viajes recientes, no hospitalizaciones previas, ni contacto respiratorio,

Alergias: niega

Al examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, regular estado nutricional e hidratación.

T: 38°C, P.A: 110/85 mmHg FC:98x' FR: 32 x', SAT O2: 93% a FiO2:21%

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis, no edemas.

Sistema respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa disminuido se auscultan crepitantes y ruidos respiratorios bronquiales en el lóbulo inferior de hemitórax

derecho.

Sistema cardiovascular: pulsos periféricos presentes, ingurgitación yugular negativo, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Sistema gastrointestinal: se aprecia abdomen plano, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, no visceromegalia.

Genitourinario: no se palpa globo vesical, PPL (-), PRU (-)

Sistema nervioso central: despierto, lúcido orientado en tiempo espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Neumonía adquirida en la comunidad

D/C Neumonía por COVID- 19

Manejo inicial:

Se inicio colocando oxigenoterapia por mascara Venturi con un FiO₂ 0.32% mejorando su saturación de oxígeno a 98%, además se colocó vía periférica para fluidoterapia. Se solicito hemograma, PCR, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático, procalcitonina, gases arteriales, electrolitos séricos, prueba antígeno para COVID 19 y radiografía frontal y lateral de tórax.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos 15000, abastionados 2%, hemoglobina 13.5, plaquetas 300000. PCR: 5.63, glucosa: 103 mg/dl, urea: 25mg/dl, creatinina: 0.60 mg/dl, bilirrubina total :0.44, TGO: 12 U/L, TGP: 11 U/L, gamma glutamil transferasa: 60 U/L, proteínas: 7.3 g/dl, tiempo de protrombina: 11 segundos, INR: 1.00, tiempo de trombolastinas parcial activada: 32 segundos, tiempo de trombina: 21 segundos, fibrinógenos: 319 mg/dl, procalcitonina: 9,10 ng/ml

Análisis de gases arteriales: pH 7.43, PCO₂ 32 mmHg, HCO₃ 22,9 mEq/L, PO₂ 60 mmHg, sodio: 131 mEq/l, potasio: 3.8 mEq/l

Prueba antigena COVID 19: negativo

Radiografía de tórax frontal: se aprecia radiopacidades en el lóbulo inferior derecho.

Diagnóstico y manejo:

El paciente se somete a una radiografía de tórax, que muestra consolidación en el lóbulo inferior derecho compatible con una neumonía, un hemograma completo revela un recuento elevado de glóbulos blancos con desviación a la izquierda. Además, el paciente contaba con una puntuación de 2 según el *CURB-65*, lo cual es indicación para hospitalizar al paciente con el diagnostico de neumonía adquirida en la comunidad causada muy probablemente *Streptococcus pneumoniae*.

Se decide iniciar tratamiento empírico con antibióticos intravenosos, específicamente una combinación de ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas más azitromicina 500 mg EV el primer día y en los días siguientes 250 mg c/24 horas, paracetamol 1 gr condicional a $T > 38\text{ }^{\circ}\text{C}$, enoxaparina 40 mg c/24 horas vía subcutánea y continuar con oxigenoterapia según los requerimientos del paciente.

Evolución:

Los signos y síntomas del paciente mejoran gradualmente a lo largo del tratamiento, al tercer día de hospitalización el paciente ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio y se auscultan escasos crépitos basales en el hemitórax derecho, por lo que se decide cambiar antibióticos por vía oral. Se aconseja al paciente que complete el curso completo de antibióticos para prevenir recaídas o resistencia a los antibióticos. Después de una breve hospitalización por 5 días, el paciente es dado de alta con antibióticos orales e instrucciones de seguimiento con su médico de atención primaria para un mayor control.

Caso clínico n° 2

Anamnesis:

Paciente femenino de 26 años llega a emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 días, presentando disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y dolor suprapúbico, 2 días antes del ingreso se agrega a los síntomas fiebre intermitente cuantificada hasta $38\text{ }^{\circ}\text{C}$.

Antecedentes ginecológicos: Cesárea hace 1 año, implante anticonceptivo subdérmico hace 1 año, G1P1001.

Antecedentes personales: niega patologías, informa que no ha usado antibióticos recientemente, niega cualquier procedimiento reciente en el tracto urinario.

Al examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, nutricional y de hidratación.

T: $38.4\text{ }^{\circ}\text{C}$, P.A: 110/85 mmHg FC:100x' FR: 20 x', SAT O2: 98% a FiO2:21%

Paciente_AREG, AREN AREH

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2segundos. No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis, no edemas.

Sistema respiratorio: tórax simétrico, a la auscultación, murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax. No tirajes.

Sistema cardiovascular: pulsos periféricos presentes, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no soplos audibles.

Sistema gastrointestinal: se aprecia abdomen plano, a la auscultación, ruidos

hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, no visceromegalia.

Genitourinario: disuria, tenesmo vesical, se palpa ligero globo vesical, dolor a la palpación en región hipogástrica, PPL (-), PRU (-).

Sistema nervioso central: Despierta, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, Escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Infección del tracto urinario: pielonefritis

Manejo inicial:

Se solicitó hemograma, glucosa, urea, creatinina, PCR y examen de orina, se coloca vía periférica y se inicia fluidoterapia

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos 16000, neutrófilos 70,3%, linfocitos 5.4%, hemoglobina 12.6 g/dl, plaquetas 311000. Glucosa: 83 mg/dl, urea: 21 mg/dl, creatinina: 0.31 mg/dl.

Examen de orina: pH 7, nitritos positivos, cilindros ausentes, leucocitos 15 por campos, células epiteliales escasas.

Diagnóstico y manejo:

El examen físico revela sensibilidad suprapúbica leve, puño percusión lumbar positivo en ambos lados y fiebre de 38.4°C. Los estudios de laboratorio revelan un recuento de glóbulos blancos de 16 000/μL y un análisis de orina con sedimento urinario patológico y que es positivo para esterasa leucocitaria y nitritos, estando así frente a un caso de pielonefritis aguda.

Se solicita urocultivo, ecografía renal y de vías urinarias, posterior a esto se decide mantener a la paciente en observación e iniciar tratamiento empírico con antibiótico endovenoso, siendo el de elección ciprofloxacino 400 mg c/12 horas y paracetamol de 1gr condicional a temperatura > 38 °C.

Evolución:

Luego de 24 horas en observación, la paciente presentó evolución clínica favorable, por lo que se decidió dar alta médica con tratamiento ambulatorio con ciprofloxacina 500 mg VO c/12 horas por 7 días y paracetamol 1 gr c/8 horas durante 3 días, se indicó acudir a consultorio externo de medicina interna en 5 días con resultado de urocultivo.

1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Esta fue la segunda rotación en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la cual inició el 01 de octubre y culminó el 30 noviembre, en este servicio se brindó una breve inducción un día antes de iniciar las actividades. Esta rotación fue un reto, ya que debido a la pandemia COVID- 19 no se tuvo la oportunidad de tener previamente

prácticas hospitalarias, sin embargo, los médicos residentes y asistentes se encargaron de brindar todo el apoyo necesario para poder afianzar los conocimientos previos. En el servicio de hospitalización de cirugía general se pasaba visita médica diaria a los pacientes, que se preparaban para entrar a sala de operaciones y a los posts operados, viendo su evolución y mejoría clínica, todo esto en conjunto con los residentes y médicos asistentes, los cuales hacían diferentes preguntas a los internos sobre las patologías de los pacientes. Además, dos veces a la semana se programaban a los internos para realizar guardia en la emergencia de cirugía, ahí se realizaba el cambio de turno el cual consistía en presentar un paciente que se encontraba en observación y posterior a eso se daba inicio a la ronda de preguntas de acuerdo a la enfermedad del paciente, esto se realizaba a cargo del residente de turno. Así mismo tanto en hospitalización como en emergencia, el interno tenía la oportunidad de asistir en las cirugías y realizar procedimientos menores bajo la supervisión de los residentes y médicos asistentes.

Caso clínico n° 3

Anamnesis:

Paciente femenino de 28 años de edad con tiempo de enfermedad de 24 horas, sin antecedentes de importancia. Acude a emergencia refiriendo que cuadro inicio 24 horas aproximadamente antes de ingreso, con dolor tipo cólico en mesogastrio que posteriormente migro a cuadrante inferior derecho, de intensidad 8/10 (EVA), refiere que hace 12 horas presento 3 episodios de vómitos de contenido alimentario de 100ml aproximadamente cada uno. 8 horas antes de ingreso refiere presentar fiebre >38°C. refiere además que desde inicio de vómitos se encuentra inapetente.

Antecedentes personales: niega patologías y cirugías previas, fecha de ultima menstruación 2 semanas antes del ingreso.

Alergias: niega

Al examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición y aparente regular estado de hidratación.

T: 38.8°C, PA: 110/70 mmHg FC: 110lpm FR: 20rpm SATO2: 98%

Piel y tejido celular subcutáneo: piel caliente, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos. No edemas.

Sistema respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no estertores, no tirajes.

Sistema cardiaco: pulsos periférico presentes, ruidos cardiacos rítmicos, de buena

intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Sistema gastrointestinal: se aprecia abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mcburney (+), Blumberg (+), Rovsing (+).

Sistema nervioso central: despierta, alerta. Ubicada en tiempo espacio y persona.

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal

Apendicitis aguda

Manejo inicial:

Se solicito hemograma, PCR, examen de orina y ecografía abdominal, se coloca vía periférica, se inicia fluidoterapia con NaCl 0.9% y se administra dimenhidrinato 50mg EV, metamizol 1g EV lento y diluido y cefazolina 1gr.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos 12500/mm³, bastonados 5%, hemoglobina 12.3 gr/dl, plaquetas 250 000/mm³. PCR: 1.1 mg/dl. Examen de orina: no patológico.

Ecografía abdominal: se evidencian signos de apendicitis aguda

Diagnóstico y manejo:

El diagnóstico definitivo fue apendicitis aguda, por lo que se solicita evaluación de riesgo quirúrgico de emergencia por el área de cardiología y anestesiología. Se solicitan exámenes de laboratorio para completar exámenes prequirúrgicos. Con los resultados se programa para apendicetomía de emergencia. Se le realiza apendicetomía abierta con incisión transversa infraumbilical derecha y disección de planos hasta llegar a evidenciar apéndice cecal de 10x3cm subflemosa en su tercio proximal con escasa fibrina, de posición retrocecal, con base idéenne. Meso corto, escaso liquido inflamatorio.

Paciente tolera bien procedimiento y pasa a sala de recuperación con indicación post operatoria de NPO, dextrosa 5% ev + hipersodio 2 amp + kalium 1 amp a 45 gotas por minuto, cefazolina 1 gr ev, dimenhidrinato 50mg, omeprazol 80mg ev.

Evolución:

Tras 4 horas de observación en sala de recuperación sin interurrencias, es trasladado a piso de hospitalización para continuar monitoreo. Luego de 12 horas post operado se indica tolerancia oral, ambulación asistida. A la evaluación, paciente elimina flatos, tolera vía oral y ambula, no presenta interurrencias, por lo que se indica alta temprana por el servicio de cirugía general.

Caso clínico n° 4

Anamnesis:

Paciente masculino de 45 años, refiere que desde hace 2 años ha presentado en repetidas ocasiones dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho 9/10 (EVA) que irradia a espalda, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario, además informa que síntomas han incrementado hace un día tras la ingesta de comida copiosa, motivo por el cual acude a emergencia.

Antecedente: litiasis vesicular hace 2 años

Alergias: niega

Examen físico:

Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.

Piel y tejido celular subcutáneo: piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no edemas.

Sistema respiratorio: murmullo vesicular conduce bien en ambos hemitórax, no estertores, no tirajes.

Sistema cardiaco: pulsos periféricos presentes, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, no soplos, pulso periférico presente.

Sistema gastrointestinal: abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, ligeramente disminuidos, a la palpación blando, depresible, doloroso a palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (-).

Impresión diagnóstica:

Colecistitis crónica calculosa.

Manejo inicial:

Se solicito hemograma, perfil hepático, perfil de coagulación, examen de orina y ecografía abdominal.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos 9000/mm³, hemoglobina 13gr/dl, plaquetas 230 000/mm³, perfil hepático sin alteraciones, examen de orina no patológico, perfil de coagulación dentro los rangos normales.

Ecografía abdominal: se evidencia vesícula biliar de 6x2cm con paredes engrosada y presencia de litos.

Diagnóstico y manejo:

Se concluye que el diagnóstico es colecistitis crónica calculosa, y se decide completar prequirúrgicos, evaluación de riesgo quirúrgico por la especialidad de neumología, cardiología y anestesiología.

El paciente permanece en observación con indicación de no recibir nada por vía oral 12 horas antes del procedimiento, colocar vía endovenosa permeable y administrar cefazolina 1gr EV. Posteriormente paciente es sometido a cirugía de colecistectomía total laparoscópica.

En los hallazgos se evidencia vesícula biliar de 7 x 3 cm con paredes engrosada de 1cm aproximadamente, con pared posterior fuertemente adherida a lecho vascular, contenido de bilis densa y múltiples cálculos, el mayor de 2.5 cm, conducto cístico dilatado por presencia de cálculo impactado a ese nivel. No se evidencio arteria cística. Paciente es posteriormente enviado a sala de recuperación donde es monitoreado y se administra dextrosa 5%, hipersodio 2 ampolla, kalium 1 ampolla, a 45 gotas por minuto, dimenhidrinato 50mg ev, omeprazol 80mg ev, ketoprofeno 100mg ev y se deja paciente en NPO.

Evolución:

Paciente tolera bien post operatorio inmediato en sala de recuperación por lo que es trasladado a piso de hospitalización. 24 post operatorio se indica tolerancia oral a paciente junto con ambulación. Paciente es reevaluado posteriormente evidenciándose buena tolerancia oral, ambula, elimina flatos, por lo que es dado de alta temprana por el servicio de cirugía general. No se reportan interurrencias.

1.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA

En este servicio se inició el 01 de diciembre y culmino el 31 de enero, un día antes se brindó una capacitación a los internos sobre sus funciones y como serian distribuidos, ya que este servicio se dividió en 6 rotaciones tales como: emergencia, la cual incluía guardia día y noche, debido a la gran afluencia de pacientes, en algunos casos los internos eran los encargados de recibir a la paciente y ser los primeros en evaluarlas, además de atender partos y participar en algunas cesáreas, todo esto bajo la supervisión y guía del médico residente y asistente de turno; el servicio de San Jorge, se encargaba de atender a las puérperas post parto vaginal; el servicio de Santa Rosa se atendían a las pacientes post cesárea y también con patología ginecológica; el servicio de unidad de embarazo patológico, se hacía seguimiento y cuidado de las gestante de alto riesgo, en estos tres últimos servicios se pasaba visita médica a las pacientes y rondas académicas en compañía de los residentes y asistentes; también los internos rotaron por planificación familiar, aquí se brindaba asesoría y colocación de métodos anticonceptivos a las pacientes; en consultorio externo, el interno en compañía del médico asistente atendían a las

pacientes que acudían por consultas ginecológicas y obstétricas. Así mismo dos veces por semana se tenía discusión de casos clínicos, guías de prácticas clínicas o revisión de artículos científicos, siendo este servicio una de las rotaciones más completas.

Caso clínico n° 5

Anamnesis:

Primigesta de 29 años con 32 semanas de gestación presenta hace 2 días dolor de cabeza, dolor epigástrico e hinchazón de manos y pies, motivo por el cual acude a emergencia.

Antecedentes patológicos: hipertensión arterial crónica controlada con medicación previa al embarazo, actualmente no tratada, niega hábitos nocivos,

Antecedentes ginecológicos: CPN: 7, G1P0000, niega hasta la fecha no ha presentado complicaciones prenatales.

Alergias: niega

Examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, en aparente regular estado nutricional y en aparente regular estado de hidratación.

Funciones vitales: PA: 160/120 mmHg FC: 100x' FR: 22x' SATO2: 99% T: 36.7°C

Piel y tejido celular subcutáneo: piel íbida, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos. No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis. Edema con fovea 2+ en las extremidades inferiores.

Sistema respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax. No tirajes.

Sistema cardiaco: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, no visceromegalia.

Altura uterina: 30 cm, SPP: longitudinal, cefálico, derecho, movimientos fetales: ++, LCF: 136, dinámica uterina ausente.

Genitourinario: disuria, tenesmo vesical, se palpa ligero globo vesical, dolor a la palpación en región hipogástrica, PPL (-), PRU (-).

Tacto vaginal: membranas íntegras, orificio cervical externo cerrado

Neurológico: despierto, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Preeclampsia con criterios de severidad

Manejo inicial:

Se solicito hemograma, PCR, examen de orina, proteína en orina en 24 horas, glucosa, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación, ecografía obstétrica y test no estresante, además se decide administrar nifedipino de 10 mg vía oral STAT.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: leucocitos 8000/mm³, abastionados 0%, hemoglobina 11.8 gr/dl, plaquetas 90 000/mm³. PCR: 0.2 mg/dl, glucosa: 97 mg/dl, creatinina: 0.52 mg/dl.

Perfil de coagulación: sin alteración

Perfil hepático: TGO: 33 U/L, TGP: 73 U/L

Examen de orina: no patológico.

Ecografía obstétrica: PF: 1953 gramos, percentil 50, ILA: 10, pozo mayor: 6.

El monitoreo fetal muestra una prueba sin estrés no reactiva.

Diagnóstico y manejo:

Con base en los síntomas de la paciente, los resultados de laboratorio y la presentación clínica, se realiza el diagnóstico de preeclampsia con criterios de gravedad.

El paciente es ingresado en el hospital para una evaluación y manejo adicionales. Comienza con sulfato de magnesio para la profilaxis de las convulsiones y se le administran medicamentos antihipertensivos, siendo el de elección alfametildopa de 250 mg para controlar la presión arterial. Se realiza una ecografía, que muestra un crecimiento fetal adecuado y un volumen de líquido amniótico. Se administran esteroides para acelerar la madurez pulmonar fetal y se aconseja a la paciente sobre la necesidad de un parto en un futuro cercano.

Evolución:

En los días siguientes, la presión arterial de la paciente se estabiliza y se resuelven el dolor de cabeza y epigástrico. Sin embargo, su recuento de plaquetas continúa disminuyendo y se toma la decisión de realizar cesárea de emergencia. Una bebé sana nace por cesárea, pesa 2200 gramos con puntuaciones de Apgar de 8 y 9 a los 1 y 5 minutos, respectivamente. El curso posoperatorio de la paciente transcurre sin incidentes y su presión arterial vuelve a la normalidad en unas pocas semanas después del parto.

Caso clínico n° 6**Anamnesis:**

Paciente mujer de 22 años con tiempo de enfermedad de 1 mes, presenta flujo vaginal blanquecino, 7 días antes del ingreso refiere tener dolor al tener relaciones sexuales

“tipo ardor”, asociado a picazón y ardor en zona genital, lo cual incrementa, motivo por el cual acude a consulta. Niega tratamiento previo.

Antecedentes patológicos: no refiere, niega cirugías previas

Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 10 años, régimen catamenial actual 5/30 días, última regla hace 3 semanas, primera relación sexual a los 19 años, 2 parejas sexuales, método del ritmo como anticonceptivo. G0P0000.

Última relación sexual hace una semana. Último Papanicolau hace un año, negativo.

Examen Físico:

Paciente en aparente regular estado general nutricional y de hidratación.

PA 100/60mmHg, pulso: 90 x', peso 52 Kg. talla: 1.58mt.

Piel y tejido celular subcutáneo: normales, no edemas, no adenopatías

Sistema respiratorio: normales

Sistema cardiaco: normal.

Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas.

Sistema urinario: PPL y PRU negativos.

Examen ginecológico: genitales externos eritematosos. Vagina amplia, elástica, profunda, con flujo blanquecino.

Cuello uterino: fibromuscular, móvil, doloroso a la lateralización hacia el lado derecho. Útero anteflexo, de más o menos 7 cms, superficie regular, consistencia normal, doloroso al movilizarlo.

Anexos: no se palpa masas.

Especulo: vagina con secreción blanquecina tipo placas adherida a cuello uterino.

Impresión diagnóstica:

Vulvovaginitis por candida

Tratamiento:

Se le solicita a la paciente realizarse cultivo vaginal con medio agar Sabouraud antes del inicio del tratamiento, posterior a eso se indica miconazol crema 2% por 7 días y fluconazol vía oral de 150 mg una sola dosis y acudir a consultorio externo de ginecología en 7 días con resultado de cultivo.

1.4 ROTACIÓN DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA

Esta fue la última rotación, la cual comenzó el 01 de febrero y culminó el 31 de marzo. En el servicio de neonatología la duración de la rotación fue de 3 semanas, la cual se dividió en: centro obstétrico, aquí se daba la atención inmediata al recién

nacido; puerperio, donde se realizaba visita médica con el medico asistente a los neonatos que se encontraban junto a sus mamás y la unidad de cuidados intermedios, en este servicio se atendían a los neonatos que presentaban alguna patología y se realizaba un seguimiento estricto a cada paciente.

La rotación de pediatría duro 6 semanas aproximadamente, aquí los internos presentaban a cada paciente en una ronda junto a los residentes y médicos asistentes quienes realizaban diferentes preguntas sobre la patología de cada paciente, así mismo, una vez por semana se presentaban casos clínicos para su discusión y también se hicieron diferentes talleres sobre el manejo terapéutico en pacientes pediátricos. Además, dos veces por semana se realizaban guardias en emergencia, donde se recibían un gran número de pacientes, lo cual permitió afianzar los conocimientos previos.

Caso clínico n° 7

Anamnesis:

Paciente lactante de 1 año 6 meses de edad, con tiempo de enfermedad de 4 días, es traído a emergencia por madre refiriendo que primer día de enfermedad presento rinorrea hialina, tos no productiva y fiebre > 38°C, al tercer día se agrega dificultad respiratoria, además madre refiere que se “hunde el pecho” y escucha silbidos. Refiere que es la primera vez que sucede.

Niega alergias, niega hospitalizaciones previas, niega otras patologías.

Examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

Funciones vitales: T: 38.7°C, FC: 115lpm, FR: 35 rpm, SATO2: 98%, peso 11kg.

Piel y tejido celular subcutáneo: piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis. No edemas

Sistema respiratorio: tórax simétrico, se aprecia tiraje subcostal, a la auscultación murmullo vesicular conduce bien en ambos hemitórax, sibilantes al final de la espiración.

Sistema cardiaco: pulsos periféricos presentes, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no aparente dolor a palpación.

Sistema nervioso central: despierto, alerta, activo y reactivo a estímulos.

Impresión diagnóstica:

Bronquiolitis

Manejo inicial:

Paciente es manejado en observación de emergencia, se controla la fiebre con paracetamol 33 gotas vía oral cada 8 horas, se realiza lavado de fosas nasales con NaCl 0.9%.

Evolución:

Es reevaluado una hora y media después con temperatura de 37°C, FR: 32rpm, FC 112lpm, SATO2: 99%. Tórax y pulmones: sibilantes leves a l espiración, tiraje subcostal. Escala *Wood Downes* 3. Paciente es dado de alta con indicaciones médicas, explicación de signos de alarma y control por consultorio en 3 días.

Caso clínico n° 8

Anamnesis:

Paciente femenino de 8 años de edad con tiempo de enfermedad de 2 días, es llevado a emergencia por familiar quien refiere que primer día de enfermedad presenta fiebre > 38°C, rinorrea hialina, tos no productiva y dificultad respiratoria. Refiere que el segundo día cuadro empeora, fiebre persiste y menor se encuentra más agitado, refiere que se agregan sibilantes y madre nota que pecho de menor “se hunde”, por lo que es llevado a emergencia.

Antecedente: asma

Refiere que presenta episodios similares 3 veces al año en los últimos 3 años.

Alergia: niega

Examen físico:

Funciones vitales: T: 38.5°C, FC: 120lpm, FR: 29rpm, SATO2: 95%, peso 24 kg.

Piel y tejido celular subcutáneo: piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis. No edemas

Sistema respiratorio: tórax en *pectus excavatum*, se aprecia tiraje subcostal e intercostal en 2 paquetes, a la auscultación murmullo vesicular conduce bien en ambos campos pulmonares, sibilantes al final de la espiración.

Sistema cardiaco: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Sistema nervioso central: despierta, activa y reactiva a estímulos.

Impresión diagnóstica:

Crisis asmática leve

Manejo inicial:

Se inicia terapia de rescate con salbutamol más aerocámara, 4 puff cada 20 minutos por una hora, prednisona 24mg VO. Metamizol 600mg IM STAT.

Evolución y tratamiento:

Paciente es reevaluado tras 15 minutos del primer ciclo, T: 37.7°C, FR 22, FC 122, SATO2 97%. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sibilantes leves a la espiración no tirajes.

Se indica nuevo ciclo de salbutamol y es nuevamente reevaluado 15 minutos tras ciclo, al examen de tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no estertores, no tirajes. Paciente es dado de alta médica, se explican signos de alarma y se deja indicación para control por consultorio en 3 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Debido a la pandemia del COVID-19 desde el año 2020 el internado médico se redujo a diez meses, siendo distribuido su realización en cinco meses en centros de salud y los meses restantes en hospitales de mayor complejidad, lo cual se mantuvo hasta el término del internado 2022 con la finalidad de proteger la integridad de los estudiantes. En este contexto se dio inicio al internado 2022, en el caso de la DIRESA CALLAO se dispuso una distribución distinta, dividiéndose en 5 rotaciones de dos meses cada una lo que comprendía: rotación externa en centros de salud, medicina interna, cirugía, ginecología – obstetricia y pediatría. Esto permitió que los internos tengan más tiempo de rotación en hospitales de mayor complejidad, siendo beneficioso para su formación académica.

La primera rotación se realizó en el centro de salud Perú Corea de Bellavista, el cual es un establecimiento de salud de categoría I-4, lo que significa que contaba con médicos especialistas como pediatras y ginecólogas, camas para internamiento de los pacientes, consultorios externos, servicio para atención de las gestantes y recién nacidos, laboratorio y servicio de radiología (6)(7). Este centro pertenece a la DIRESA CALLAO y se encuentra ubicado en el distrito de Bellavista en la Ciudad del Pescador, y fue inaugurado en el año 2010, siendo obra del ministerio de salud con el apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional de Corea (KOICA) (8)(9). Debido al contexto de la pandemia, se tomaron medidas de bioseguridad, es así que a los internos diariamente se le brindaba equipo de protección personal antes de iniciar con sus labores. El horario se dividió en diferentes servicios como: consultorio externo, de ginecología, pediatría, medicina general y diagnóstico por imagen; en emergencia, se realizaban guardias en el turno día y noche, sin embargo, debido a la pandemia este servicio se dividió en atención de pacientes con problemas respiratorios y no respiratorios. Además, los internos realizaron campañas de salud y de promoción de lactancia materna, así mismo recibieron talleres a cargo de la tutora asignada por su universidad.

Las siguientes cuatro rotaciones se realizaron en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC), esta es una de las instituciones de salud de mayor complejidad del Perú y hospital de referencia. Además, es una sede docente, lo que significa que alberga estudiantes e internos de ciencias de la salud y médicos residentes en formación. Este hospital se inauguró el 30 de diciembre de 1941 durante el gobierno del presidente del Perú Mariscal Oscar R. Benavides y fue denominado Hospital de Varones “Daniel Alcides Carrión”, el 15 de marzo de 1991 mediante la R.M N°0269-

91-SA/DM, fue designado Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, siendo así una institución categoría III -1 con capacidad de resolver problemas de salud de gran complejidad (5).

Actualmente este hospital cuenta con 565 camas para hospitalización, 109 consultorios externos, en este contexto el internado de medicina se realizó en un hospital de alto nivel, permitiendo a los estudiantes afianzar sus conocimientos y desarrollar todas sus capacidades tanto emocionales e intelectuales. Sin embargo, por el contexto de la pandemia COVID-19 aún se mantuvieron las medias de bioseguridad, categorizando a los pacientes tanto en el servicio de emergencia de adultos y niños como respiratorios y no respiratorios, además se solicitaba prueba COVID para cada paciente que ingresaba a observación a emergencia, no obstante, estas medidas se fueron reduciendo y eliminando con el pasar de los meses, pudiendo así realizar el internado como en épocas pre pandémicas.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico 1: neumonía

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección pulmonar aguda que afecta a los alveolos en pacientes sin una previa exposición reciente a los centros hospitalarios (1).

Esta patología es común en la práctica médica, siendo el agente etiológico más común el *Streptococcus pneumoniae*, seguido de *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* y patógenos atípicos, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumophila*.(2). Los patógenos respiratorios se transmiten de persona a persona por medio de gotas o inhalación de aerosoles, cuando el tamaño del patógeno es suficiente para poder ingresar a las vías respiratorias y/o el sistema inmune se encuentra afectado se da la infección, dándose después la replicación y la posterior producción de factores de virulencia, generando así una respuesta inmune, llevando a la inflamación de daño del parénquima pulmonar, ocasionando neumonía (1) (3) .

Se sospecha de neumonía cuando el paciente presenta algunos de estos síntomas: tos, producción de secreciones, fiebre, disnea, hipoxemia, dolor en el pecho, al examen físico se pueden escuchar crépitos o subcrepitos y a nivel radiológico en una radiografía de tórax frontal brinda el diagnóstico definitivo y se puede evidenciar infiltrado pulmonar (1).

Para clasificar su gravedad y la necesidad de hospitalizar a los pacientes con neumonía existen diferentes modelos de puntuación clínica, entre ellos el *CURB-65*, la cual evalúa si hay confusión, urea > 44, frecuencia respiratoria ≥ 30 por minuto, la presión arterial sistólica <90 mmHg o la diastólica ≤ 60 y la edad > 65; una puntuación menor de 2 podría ser manejado de forma ambulatoria y un valor ≥ 2 es indicación de hospitalización (4).

Se recomienda siempre frente a un caso de neumonía estabilizar al paciente, teniendo en cuenta sus funciones vitales, además tener en cuenta como primera línea para el tratamiento ambulatorio ante la sospecha de una neumonía bacteriana típica o en paciente con neumonía no grave el uso de amoxicilina durante una duración de 7 a 10 días, con opciones alternativas de amoxicilina - clavulánico, cefalosporina de segunda y tercera generación o fluoroquinolonas. En el caso de neumonía atípica el tratamiento recomendado es durante 3 días, con alternativas que incluyen claritromicina o doxiciclina (5).

En el caso de este paciente, al ingresar con saturación baja y dificultad respiratoria se

decidió estabilizar primero al paciente con oxigenoterapia, y según su cuadro clínico y radiológico se dio con el diagnóstico de neumonía con una puntuación de 2 según CURB – 65, ya que el paciente se encontraba con taquipnea y era mayor de 65 años, siendo esto indicación para hospitalización, ya que además el paciente era diabético siendo esto un factor de riesgo para posibles complicaciones. Se le administro tratamiento antibiótico endovenoso y posteriormente continuo tratamiento por vía oral, siendo dado de alta con una evolución favorable.

Caso clínico 2: pielonefritis

La infección del tracto urinario (ITU) es una patología frecuente, que afecta frecuentemente a las mujeres debido a su estructura anatómica (6). Esta patología comprende a la cistitis y pielonefritis, este último es una infección del tracto urinario superior.

La fisiopatología de la pielonefritis inicia con la colonización del meato uretral o introito vaginal por uropatógenos de la flora fecal, luego estos ascienden a los riñones a través de los uréteres, generando así una infección en el parénquima renal y sistema colector (7). El agente etiológico más frecuente es la *Escherichia coli*, seguido de *Proteus*, *Klebsiella* y *Corynebacteria urealyticum*, estas últimas producen ureasa, favoreciendo a la formación de litiasis (8).

Las manifestaciones clínicas pueden incluir: disuria, poliuria, tenesmo vesical, fiebre, vómitos, náuseas, escalofríos. Al examen físico hay puño percusión lumbar positivo, en el hemograma presencia de leucocitosis y en el examen de orina debe haber sedimento urinario patológico, con piuria y presencia de cilindros leucocitarios (7).

El manejo de estos pacientes solicitar además de examen de orina un urocultivo e iniciar tratamiento sintomático y antibiótico empírico generalmente hay una mejoría clínica entre las primeras 24 – 48 horas después del inicio del tratamiento y la remisión del cuadro suele aparecer 5 días después. Hay que tener en cuenta una vez obtenido el resultado el urocultivo se debe iniciar tratamiento específico para el germen cultivado (8).

En el caso del paciente el manejo inicial es la colocación de vía periférica para la hidratación del paciente y tratamiento antibióticos con la finalidad de asegurar niveles altos en los tejidos y sueros, al ser una pielonefritis no complicada y tras una mejoría clínica 24 horas después de iniciado el tratamiento se decide dar de alta con la indicación de continuar con tratamiento por vía oral.

3.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico 3: apendicitis aguda

Apendicitis aguda es una de las causas más comunes a nivel mundial de dolor abdominal agudo y tiene un riesgo de presentarse en varones del 8.6% y en mujeres de 6.7% (17)(18).

Este cuadro es mucho más probable que se presente entre la segunda y tercera década de la vida (17).

La fisiopatología del cuadro suele iniciar comúnmente por la obstrucción del lumen del apéndice por un fecalito, pero esto puede variar en frecuencia según la edad del paciente, por lo que se señalan como principal causa de apendicitis en pacientes pediátricos la hiperplasia linfóide, además puede ser causada por malignidad (17)(19). La obstrucción del lumen del apéndice lleva irremediablemente al bloqueo de la salida de secreción mucosa, lo que progresivamente provoca aumento de la presión dentro del apéndice, lo que provoca congestión, estasis y finalmente lleva a la necrosis del apéndice y su eventual perforación (19). Según el grado de progreso en la inflamación, se puede clasificar el tipo de apendicitis en no complicadas y complicadas, dentro de las no complicadas encontramos grado I, apendicitis edematosa; grado II, apendicitis supurativa; dentro de las complicadas encontramos el grado III, necrosis gangrenosa de la pared y el grado IV, apendicitis perforada (20).

El diagnóstico de apendicitis aguda es basado en la clínica del paciente, por lo que la anamnesis y el examen físico es el pilar diagnóstico. Es en base a los signos y síntomas más frecuentes que se han creado diferentes criterios diagnósticos, como es la escala de Alvarado, usado en población general; puntuación de apendicitis pediátrica, usada en población pediátrica; y puntuación de respuesta inflamatoria de apendicitis, también usada en población general (18).

La clínica de la enfermedad se caracteriza por dolor migratorio hacia el cuadrante inferior derecho, hiporexia, fiebre, náuseas, vómitos, además de la presencia de signos como Mcburney, Rovsing y signo del psoas (18).

Una vez establecido el diagnóstico, el manejo es quirúrgico, la recomendación es realizar apendicetomía laparoscópica, siempre que el hospital disponga de los recursos necesarios, tales como torre de laparoscopia o personal con pericia en el manejo. Sin embargo, en el caso de la paciente se realizó apendicetomía abierta, ya que el hospital no contaba en las salas de emergencia torre de laparoscopia. La cirugía laparoscópica brinda ventajas como una baja incidencia de complicaciones post operatorias, estancias más cortas, recuperación y regreso a las actividades diarias

más rápida (18).

Caso clínico 4: colecistitis crónica

Se estima que del 10 al 15% de la población solamente en Estados Unidos es portadora de cálculos asintomáticos de la vesícula biliar, de este porcentaje solo el 10 al 18% desarrolla dolor en el cuadrante superior derecho asociado a cólico biliar, y de este último porcentaje solo el 7% requerirá intervención quirúrgica (19).

Los factores de riesgo son múltiples para el desarrollo de colelitiasis, tales son edad avanzada, sexo femenino, obesidad, etc. (19) (20).

La patogénesis de la colelitiasis se puede resumir en la supersaturación del colesterol en la bilis, este colesterol se precipita formando microcristales, los cuales progresivamente se van agregando y el lito comienza a crecer (19). **(5)** Para el desarrollo de una colecistitis litiásica es necesario la formación del lito previamente y que este obstruya el conducto cístico, provocando así la inflamación de la vesícula biliar. Una vesícula obstruida no deja de producir moco, pero no puede drenarlo, por lo que la presión dentro de la vesícula empieza a aumentar y esto, junto con la cascada inflamatoria empieza a dañar el epitelio de la vesícula biliar, provocando isquemia y necrosis, hasta llegar a perforarse (19) (20).

Para el diagnóstico de una colecistitis aguda o reagudizada, se toman como criterios diagnósticos los establecidos en TOKYO 2018, las cuales separan los criterios en secciones A, B y C; signos locales de inflamación (Murphy positivo, defensa, dolor o masa en cuadrante superior derecho), signos sistémicos de inflamación (fiebre, PCR elevada, leucocitosis) y hallazgos de imágenes (pared engrosada >5mm, vesícula distendida, Murphy radiológico, líquido peri vesicular) (21). Se identifica sospecha de colecistitis cuando es compatible con criterios A+B, diagnóstico definitivo será A+B+C. tras diagnosticar al paciente con colecistitis aguda, se debe establecer la gravedad para continuar con el manejo, es así que la guía de TOKYO 2018 establece 3 grados de severidad, donde grado I es leve y no cumple criterios de grado II o III; grado II es moderado debe cumplir una de las siguientes condiciones: leucocitosis >18000, masa palpable en hipocondrio derecho, duración de síntomas mayor de 72 horas o marcada inflamación local; el grado III es grave y se asocia a disfunción de órganos o sistemas (20) (21).

Según la gravedad se optara por el manejo, teniendo de base la terapia antibiótica y el manejo de soporte, siendo el manejo definitivo la cirugía, dependiendo si es grado I, podría beneficiarse de una colecistectomía laparoscópica temprana, en grado II se

puede optar por una laparoscopia electiva y si no responde al manejo de soporte puede optarse por una cirugía de emergencia; el grado III se maneja previamente con drenaje percutáneo del contenido de la vesícula biliar y posteriormente se someterá a una colecistectomía laparoscópica (20)(21).

3.3 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA

Caso clínico 5: preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo, el cual se presenta a partir de la semana 20 de gestación y hasta las 12 semanas post parto, con de presión arterial elevada, presencia de proteinuria y/o daño de otros órganos. Esta patología es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, además se asocia con insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal y prematuridad.

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), los factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia son: previa, la hipertensión crónica, la diabetes, la enfermedad renal, las enfermedades autoinmunes como el lupus y las gestaciones multifetales.

Su fisiopatología consiste en una disfunción del epitelio vascular, lo cual lleva a una vasoconstricción generalizada, esto se asocia a isquemia placentaria debido a una mala placentación en las arterias espirales.

El diagnóstico se establece por presencia de presión arterial elevada $\geq 140/90$ mmHg a partir de la semana 20 de gestación hasta las 12 semanas post parto, además hay proteinuria > 300 mg en una muestra de orina de 24 horas, o una relación proteína/creatinina $> 0,3$, o más de 2 proteínas en la varilla de medición de orina, si se cumplen estos criterios se denomina preeclampsia sin criterios de severidad.

La preeclampsia severidad cumple los criterios antes mencionados con una proteinuria $> 2g$ en 24 horas, más la presencia de una de estas manifestaciones: a nivel del sistema nervioso central (cefalea, escotomas, hiperreflexia), edemas, epigastralgia, a nivel hematológico plaquetopenia < 1000 , frotis de sangre periférica esquistocitos, hemolisis microangiopática, creatinina > 1.2 , aumento de DHL > 600 UL o incremento de las transaminasas séricas. Además, la presencia una presencia arterial sistólica > 160 mmHg o diastólica > 100 mmHg da el diagnóstico definitivo de preeclampsia severa.

La finalización de la gestación es el tratamiento definitivo si la gestación es > 34 semanas, o en casos graves desde las 32 semanas o antes según sea necesario

previa maduración fetal con corticoides. En el caso de preeclampsia leve se recomienda continuar con la gestación y realizar control de la presión arterial con antihipertensivos.

En el caso de la paciente, ella presentó preeclampsia severa, ya que al ingreso contaba con una presión arterial de 160/110 mmHg, además tenía criterios de severidad, sin embargo, al tener 32 semanas de gestación se decidió administrar corticoides para la maduración pulmonar, controlar la presión arterial con antihipertensivos y administrar sulfato de magnesio como profilaxis para las convulsiones. Sin embargo, durante su evolución se encontró una disminución de las plaquetas por lo que se realizó cesárea de emergencia.

Caso clínico 6: vulvovaginitis

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo, el cual se presenta a partir de la semana 20 de gestación y hasta las 12 semanas post parto, con presión arterial elevada, presencia de proteinuria y/o daño de otros órganos. Esta patología es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, además se asocia con insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal y prematuridad (24).

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), los factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia son: previa, la hipertensión crónica, la diabetes, la enfermedad renal, las enfermedades autoinmunes como el lupus y las gestaciones multifetales (25).

Su fisiopatología consiste en una disfunción del epitelio vascular, lo cual lleva a una vasoconstricción generalizada, esto se asocia a isquemia placentaria debido a una mala placentación en las arterias espirales (26).

El diagnóstico se establece por presencia de presión arterial elevada $\geq 140/90$ mmHg a partir de la semana 20 de gestación hasta las 12 semanas post parto, además hay proteinuria > 300 mg en una muestra de orina de 24 horas, o una relación proteína/creatinina $> 0,3$, o más de 2 proteínas en la varilla de medición de orina, si se cumplen estos criterios se denomina preeclampsia sin criterios de severidad (27).

La preeclampsia severa cumple los criterios antes mencionados con una proteinuria > 2 g en 24 horas, más la presencia de una de estas manifestaciones: a nivel del sistema nervioso central (cefalea, escotomas, hiperreflexia), edemas, epigastralgia, a nivel hematológico plaquetopenia < 1000 , frotis de sangre periférica esquistocitos, hemólisis microangiopática, creatinina $> 1,2$, aumento de DHL > 600 UL o incremento

de las transaminasas séricas (26). Además, la presencia una presencia arterial sistólica > 160 mmHg o diastólica > 100 mmHg da el diagnóstico definitivo de preeclampsia severa.

La finalización de la gestación es el tratamiento definitivo si la gestación es > 34 semanas, o en casos graves desde las 32 semanas o antes según sea necesario previa maduración fetal con corticoides. En el caso de preeclampsia leve se recomienda continuar con la gestación y realizar control de la presión arterial con antihipertensivos (26).

En el caso de la paciente, ella presento preeclampsia severa, ya que al ingreso contaba con una presión arterial de 160/1100 mmHg, además tenía criterios de severidad, sin embargo, al tener 32 semanas de gestión se decidió administrar corticoides para la maduración pulmonar, controlar la presión arterial con antihipertensivos y administrar sulfato de magnesio como profilaxis para las convulsiones. Sin embargo, durante su evolución se encontró una disminución de las plaquetas por lo que se realizó cesárea de emergencia.

Caso clínico 6: vulvovaginitis

La vulvovaginitis afecta frecuentemente a las mujeres en edad reproductiva, las causas más comunes son candidiasis, tricomoniasis y vaginosis bacteriana, entre los síntomas más frecuentes son disuria, picazón vaginal, dolor pélvico, presencia de flujo vaginal de color blanquecina, verdosa o amarillenta, sensación de ardor vaginal, dispareunia (28).

El agente etiológico más frecuente es la cándida, la cual genera candidiasis, los factores de riesgos para esta infección incluyen VIH/SIDA, la mononucleosis, los tratamientos oncológicos, los esteroides, el estrés, el uso de antibióticos, la diabetes, la deficiencia de nutrientes, la terapia de reemplazo, el uso externo de detergentes o duchas, también el embarazo y los anticonceptivos orales (29).

El diagnostico esta infección es clínico, sin embargo, se puede sospechar de la etiología dependiendo de ciertas características, , en el caso de candidiasis se caracteriza por secreción vaginal blanquecina, escasa de apariencia grumosa la cual en el examen físico se aprecia adherida al canal cervical, así mimo se puede observar eritema vulvovaginal, en la tricomoniasis se aprecia flujo abundante, espumoso de color amarillo / verdoso, al colocar el especulo se puede apreciar cuello uterino con petequia tipo frambuesa y se encuentra eritema en los genitales externos, y en la vaginosis bacteriana se evidencia flujo vaginal con olor fétido de color blanco o gris y

no hay presencia de eritema en la vulva vaginal (30).

Los tratamientos de primera línea para la vulvovaginitis suelen ser empíricos, en el caso de sospecha de candidiasis se indican azoles o fármacos polienos, para la vaginosis bacteriana se puede usar metronidazol o clindamicina y para la tricomoniasis también se recomienda usar metronidazol. Así mismo, las pacientes y sus parejas deben recibir un seguimiento continuo (30).

En el caso de la paciente se sospechó de vulvovaginitis por *Candida* no complicada, por los síntomas descritos y porque en el examen físico se encontró flujo blanquecino escaso adherido a las paredes del canal cervical, motivo por el cual se inició tratamiento empírico de primera línea siendo elegido el miconazol, ya que la paciente negó haber recibido un tratamiento previo, la paciente volvió a acudir por consultorio externo de ginecología con una evolución favorable.

3.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico n° 7: bronquiolitis

Bronquiolitis es el primer cuadro de hiperreactividad bronquial con sibilantes, precedido de cuadro catarral en niños menores de 2 años (31). El agente etiológico más frecuente llegando a encontrarse en un 62 a 83% ha sido el virus sincitial respiratorio (31)(32). La mayoría de los casos que se presentan son de grado leve y solo requieren manejo ambulatorio. La fisiopatología de este cuadro se caracteriza por la inflamación y aumento de la producción de moco de los bronquiolos, esto asociado a necrosis de las células epiteliales de los mismo. La inflamación provocada por la infección viral provoca edema de la submucosa, esto sumado a la necrosis del epitelio provocan obstrucción del bronquiolo. El cuadro clínico se caracteriza por iniciar como un cuadro catarral, con rinorrea, tos, fiebre e irritabilidad, todo esto días previos a presentar distrés respiratorio con sibilancias. (31-33).

El tratamiento en este paciente con bronquiolitis aguda leve fue manejo sintomático, se realizó limpieza de fosas nasales y se manejó la fiebre con ibuprofeno o paracetamol (31)(32).

Caso clínico n° 8: crisis asmática

Definimos asma como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas (33). El asma es la enfermedad pulmonar crónica más frecuente que afecta a niños, solo en Estados Unidos el número de menores afectados llega a 6.6 millones, el 5% de este número llega a ser asma severa, el cual no responde a dosis altas de corticosteroides

(34).

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de asma podemos encontrar la genética, si padres han tenido asma, la exposición a alérgenos dentro de casa, como pueden ser ácaros de polvo, para el desarrollo de una crisis a la cabeza encontramos las infecciones respiratorias (35)(36).

El diagnóstico de asma en niños es difícil, pero podemos apoyarnos en el índice predictor de asma (37). La patología del asma está mediada por inflamación tipo 2, donde son los linfocitos T helper tipo 2 quienes la promueven a través de medios como las citoquinas y promoviendo otras células inflamatorias, como células plasmáticas productoras de inmunoglobulina E; esta inflamación produce edema de la submucosa, producción de moco y contracción del músculo liso bronquial, además la inflamación crónica del bronquiolo progresivamente produce remodelamiento (38)(39). La base del tratamiento para el asma son los corticoides con betagónistas de acción corta; de modo que puede prevenir nuevas crisis asmáticas, el manejo de las crisis dependerá de la gravedad, para lo que se emplea el score pulmonar y se clasifica según signos y síntomas en leve moderado y severo (35).

En el caso de la paciente se manejó según la guía de práctica clínica en crisis leve de asma, se empleando puff de betagónistas de acción corta con aerocámara y corticosteroides por vía oral, se emplea ciclos cada 20 minutos por una hora y se reevaluó al paciente tras 15 minutos; en el caso de presentarse una crisis asmática moderada puede emplearse oxigenoterapia a través de la nebulización y si es una crisis severa deberá hospitalizarse si no revierte el cuadro (36).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Esta última etapa de formación académica fue la más importante, ya que permitió afianzar los conocimientos teóricos obtenidos durante los seis años de estudio. Además, no solo significó crecer profesionalmente, sino también crecer como personas al conocer diferentes realidades desconocidas para muchos. Asimismo, al tener contacto directo con los pacientes se logró comprender que la salud no solo abarca el estado físico, sino también el estado emocional, se aprendió a tener empatía con el prójimo y comprender que como médicos no solo tratan enfermedades si no a personas con emociones, sentimientos y preocupaciones.

Durante el internado se tiene la responsabilidad de salvaguardar y velar por vidas humanas, se aprende a manejar las emociones intrapersonales e interpersonales al tener que lidiar con diferentes personas con diferentes costumbres y creencias, además, se aprende a trabajar en equipo para beneficio de los pacientes.

Haber realizado durante dos meses el internado en un centro de salud de primer nivel, permitió adquirir experiencia para el siguiente reto profesional como es el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), se logró conocer sobre el funcionamiento de los establecimientos de salud en el Perú y el manejo de estos. Debido a la menor afluencia de pacientes en comparación a centros de salud de mayor complejidad, se pudo brindar una atención de manera integral, siendo mejor la relación médica – paciente. Sin embargo, al ser un centro de salud de categoría I-4 la capacidad resolutive era menor, por lo tanto, ante la presencia de casos complejos se tenían que coordinar las referencias a hospitales de mayor nivel, lo cual en algunas ocasiones obstaculizaba el manejo adecuado de los pacientes, además al no contar con diferentes especialidades las oportunidades para crecer de manera académica y profesionalmente eran limitadas.

Por otro lado, el internado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión fue un gran reto en diferentes aspectos. Al ser un hospital del tercer nivel de atención y de referencia nacional, se atendía un gran número de pacientes y se pudo tratar diferentes patologías. Durante ocho meses se tuvo a la oportunidad de poner en práctica lo conocimientos obtenidos en los años de formación académica, además al contar con servicios de hospitalización se logró hacer un seguimiento continuo de la

evolución de los pacientes. Así mismo al ser un hospital docente se trabajó en conjunto con médicos residente, los cuales fueron un pilar importante en la formación del interno, y a su vez con co-internos no solo de medicina humana si no de diferentes carreras de ciencias de la salud procedentes de diferentes universidades, trabajando así en conjunto en equipos multidisciplinarios.

Este hospital al ser subvencionado solo por el Estado peruano permitió ver la realidad con respecto a la salud en el Perú, ya que, a pesar de contar con profesionales capacitados, el recurso humano no era suficiente, por lo que los internos tuvieron que realizar diferentes funciones y adquirir diferentes habilidades resolutivas, lo cual ayudo a su preparación como profesionales, así mismo tampoco se contaba con equipamiento, ni recursos suficiente para apoyo al diagnóstico, por lo que el interno tuvo que poner en práctica la semiología medica aprendida años anteriores.

Finalmente, a pesar de ciertas limitaciones que pueden existir en como en cualquier hospital, la formación médica depende de cada interno y en la intención que este tenga en aprender cada día.

CONCLUSIONES

Se concluye que el internado médico en el Perú es una experiencia única, llena de muchas oportunidades para consolidar los conocimientos obtenidos durante la etapa universitaria, cargado de emociones y de grandes retos, donde no solo se aprende a tratar enfermedades, si no a entender a las personas y a trabajar en equipo.

Durante el internado se permite incursionar en el mundo laboral, realizando así prácticas pre-profesionales en distintos hospitales, además se aprende a tomar decisiones médicas.

El presente trabajo muestra diferentes casos clínicos vistos durante el internado y como fueron abordados y tratados en base a conocimientos previos, los cuales fueron adquiridos durante seis años de preparación académica, concluyendo así la importancia de recibir previamente una buena formación teórica.

RECOMENDACIONES

El internado es una buena oportunidad para el desarrollo académico y profesional, por eso se recomienda a los futuros internos estar dispuestos siempre a aprender, a no temer a los nuevos retos, consultar siempre a los médicos residentes y asistentes sobre cualquier duda y no olvidar que no solo se tratan enfermedades, sino a personas, ya que salud debe ser tratada de manera integral.

Se recomienda a las universidades implementar más talleres prácticos o la realización de externado médico, con la finalidad que los estudiantes se encuentren mejor preparados al iniciar su internado.

Se debería continuar las rotaciones en los centros de salud de primer nivel con una duración de dos meses, con la finalidad que los estudiantes conozcan como es su manejo y las diferentes actividades que se realizan, puesto que estos centros tienen como finalidad enfocar la salud de una manera global, tanto a las personas, familias y como comunidades. Además, la duración total del internado debería ser de 12 meses, como anteriormente se daba. Además, se recomienda hacer un seguimiento continuo a los tutores de cada rotación hospitalaria para asegurar el acompañamiento continuo y guía a los estudiantes durante su internado.

A los hospitales se recomienda fomentar más la investigación en los internos, ya que esto es fundamental para crecimiento profesional, además como la revisión de artículos científicos actualizados, por otro lado, también se deberían realizar evaluaciones por cada rotación a los internos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Taype-Rondan Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *An Fac Med*. 2016;77(1):31-8. doi: 10.15381/anales.v77i1.11550.
2. Charca-Benavente LC, Huanca-Ruelas GH, Moreno-Loaiza O. Biological accidents in last-year medical students from three hospitals in Lima Peru. *Medwave*. 2016;16(7):e6514. doi:10.5867/medwave.2016.07.6514
3. Munayco C, Chowell G, Tariq A, Undurraga EA, Mizumoto K. Risk of death by age and gender from CoVID-19 in Peru, March-May, 2020. *Aging (Albany NY)* [Internet]. 2020 Jul 31 [citado el 28 de marzo];12(14):13869. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7425445/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3454445/)
4. Asociación Peruana de Facultades de Medicina [Internet]. Lima: ASPEFAM; 2020 [citado el 2 de abril de 2023]; Disponible en: <http://www.aspefam.org.pe/>
5. Historia – Hospital Nacional [Internet]. 2021. [citado 7 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/historia/>
6. Centro Medico Bellavista Peru Corea en Bellavista | MINSA [Internet]. [citado 08 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/callao/centro-medico-bellavista-peru-corea-bellavista/>
7. Servicios y categorías del primer nivel de atención de salud - Orientación - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado 08 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/16728-servicios-y-categorias-del-primer-nivel-de-atencion-de-salud>
8. Plataforma digital única del Estado Peruano. Ministerios de Salud. Ministro de Salud inauguró centro materno infantil en Bellavista Callao [Internet]. 2010 [citado 08 Abr 2023]; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/36552-ministro-de-salud-inauguro-centro-materno-infantil-en-bellavista-callao>
9. Rider AC, Frazee BW. Community-Acquired Pneumonia. *Emerg Med Clin North Am*. 2018 Nov 1;36(4):665–83.
10. Prina E, Ranzani OT, Polverino E, Cillóniz C, Ferrer M, Fernandez L, et al. Risk factors associated with potentially antibiotic-resistant pathogens in community-acquired pneumonia. *Ann Am Thorac Soc* [Internet]. 2018 Feb 1 [citado 08 Abr 2023];12(2):153–60. Disponible en: www.atsjournals.org

11. Eshwara VK, Mukhopadhyay C, Rello J. Community-acquired bacterial pneumonia in adults: An update. *Indian J Med Res* [Internet]. 2020 Abr 1 [citado 08 Abr 2023];151(4):287. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7371062/](#)
12. Carlos P, Gomes R, Coelho J, Chaves C, Tuna C, Louro M. CURB-65 and Long-Term Mortality of Community-Acquired Pneumonia: A Retrospective Study on Hospitalized Patients. *Cureus* [Internet]. 2023 Mar 12 [citado 09 Abr 2023];15(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37056522/>
13. Kusulja M, Žarković M, Kudoić N, Mudrovčić M, Stražičić NS, Gornik I, et al. Outpatient treatment of pneumonia in a setting with and without an infectious disease doctor. *Croat Med J* [Internet]. 2023 Feb [citado 09 Abr 2023];64(1):45. Disponible en: [/pmc/articles/PMC10028564/](#)
14. Gordo Remartínez S, Nuevo González JA, Cano Ballesteros JC, Sevillano Fernández JA, Granda Martín MJ, Audibert Mena L. Características de la pielonefritis aguda en una unidad de corta estancia. *Rev Clínica Española*. 2019 Sep 1;209(8):382–7.
15. LOZANO JA. Infecciones urinarias. Clínica, diagnóstico y tratamiento. *Offarm* [Internet]. 2001 Mar 1 [citado 09 Abr 2023];20(3):99–109. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infecciones-urinarias-clinica-diagnostico-tratamiento-10022011>
16. Aragón IM, Herrera-Imbroda B, Queipo-Ortuño MI, Castillo E, Del Moral JSG, Gómez-Millán J, et al. The Urinary Tract Microbiome in Health and Disease. *Eur Urol Focus*. 2018 Jan 1;4(1):128–38.
17. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet*. 2015 Sep 26;386(10000):1278-1287. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00275-5. Erratum in: *Lancet*. 2017 Oct 14;390(10104):1736. PMID: 26460662.
18. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2018 Jul 1;98(1):25-33. PMID: 30215950.
19. Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP. Acute appendicitis. *BMJ*. 2017 Apr 19;357:j1703. doi: 10.1136/bmj.j1703. PMID: 28424152.
20. Ávila MJ, García-Acero M. Apendicitis aguda: revisión de la presentación histopatológica en Boyacá, Colombia. *Rev Colomb Cir*. 2015;30:125-30

21. Knab LM, Boller AM, Mahvi DM. Cholecystitis. *Surg Clin North Am*. 2014 Apr;94(2):455-70. doi: 10.1016/j.suc.2014.01.005. Epub 2014 Feb 18. PMID: 24679431.
22. Costanzo ML, D'Andrea V, Lauro A, Bellini MI. Acute Cholecystitis from Biliary Lithiasis: Diagnosis, Management and Treatment. *Antibiotics (Basel)*. 2023 Feb 28;12(3):482. doi: 10.3390/antibiotics12030482. PMID: 36978349; PMCID: PMC10044554.
23. Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, Salvador H, Olsina JJ. Litiasic acute cholecystitis: application of Tokyo Guidelines in severity grading. *Cir Cir*. 2021;89(1):12-21. English. doi: 10.24875/CIRU.19001616. PMID: 33498065.
24. Rolnik DL, Nicolaides KH, Poon LC. Prevention of preeclampsia with aspirin. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 Feb 1 [citado 09 Abr 2023]; 226(2):S1108–19. Disponible en: <http://www.ajog.org/article/S0002937820308735/fulltext>
25. Bisson C, Dautel S, Patel E, Suresh S, Dauer P, Rana S. Preeclampsia pathophysiology and adverse outcomes during pregnancy and postpartum. *Front Med* [Internet]. 2023 Mar 16 [citado 10 Abr 2023];10. Disponible en: </pmc/articles/PMC10060641/>
26. Cararach Ramoneda Botet Mussons VF. 6 Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. [citado 10 Abr 2023]; Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
27. Coggins N, Lai S. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*. 2023 May 1;41(2):269–80.
28. Regidor PA, Thamkhantho M, Chayachinda C, Palacios S. Miconazole for the treatment of vulvovaginal candidiasis. *In vitro, in vivo and clinical results. Review of the literature*. <https://doi.org/10.1080/0144361520232195001> [Internet]. 2023 Dec 1 [citado 10 Abr 2023];43(1):2195001. Disponible: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2023.2195001>
29. Pedro Antonio Regidor, Manopchai Thamkhantho, Chenchit Chayachinda & Santiago Palacios (2023) Miconazole for the treatment of vulvovaginal candidiasis. *In vitro, in vivo and clinical results. Review of the literature*, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43:1, DOI: 10.1080/01443615.2023.2195001
30. Huang S-H, Hsu H-C, Lee T-F, Fan H-M, Tseng C-W, Chen I-H, et al. Prevalence, Associated Factors, and Appropriateness of Empirical Treatment of Trichomoniasis, Bacterial Vaginosis, and Vulvovaginal Candidiasis among

Women with Vaginitis. Hung YP, editor. *Microbiol Spectr* [Internet]. 2023 Abr 09 [cited 10 Abr 2023];XX. Disponible en: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/spectrum.00161-23>

31. Jiménez García R, Andina Martínez D, Palomo Guerra B, Escalada Pellitero S, de la Torre Espí M. Impacto en la práctica clínica de un nuevo protocolo de bronquiolitis aguda [Impact of a new acute bronchiolitis protocol on clinical practice]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2019 Feb;90(2):79-85. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2018.02.017. PMID: 29685831.
32. Susana Rodríguez M. Bronchiolitis in the year of COVID-19. *Arch Argent Pediatr*. 2020 Jun;118(3):222-223. English. doi: 10.5546/aap.2020.222. PMID: 32470281.
33. Karampatsas K, Kong J, Cohen J. Bronchiolitis: an update on management and prophylaxis. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2019 May 2;80(5):278-284. doi: 10.12968/hmed.2019.80.5.278. PMID: 31059347.
34. Basharat S, Jabeen U, Zeeshan F, Bano I, Bari A, Rathore AW. Adherence to asthma treatment and their association with asthma control in children. *J Pak Med Assoc*. 2018 May;68(5):725-728. PMID: 29885170.
35. Guilbert TW, Bacharier LB, Fitzpatrick AM. Severe asthma in children. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014 Sep-Oct;2(5):489-500. doi: 10.1016/j.jaip.2014.06.022. PMID: 25213041; PMCID: PMC4589165.
36. Naja AS, Permaul P, Phipatanakul W. Taming Asthma in School-Aged Children: A Comprehensive Review. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2018 May-Jun;6(3):726-735. doi: 10.1016/j.jaip.2018.01.023. PMID: 29747980; PMCID: PMC5953205.
37. Garcia-Garcia ML, Calvo Rey C, Del Rosal Rabes T. Pediatric Asthma and Viral Infection. *Arch Bronconeumol*. 2016 May;52(5):269-73. doi: 10.1016/j.arbres.2015.11.008. Epub 2016 Jan 4. PMID: 26766408; PMCID: PMC7105201.
38. Moral L, Vizmanos G, Torres-Borrego J, Praena-Crespo M, Tortajada-Girbés M, Pellegrini FJ, Asensio Ó. Asthma diagnosis in infants and preschool children: a systematic review of clinical guidelines. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2019 Mar-Apr;47(2):107-121. doi: 10.1016/j.aller.2018.05.002. Epub 2018 Sep 5. PMID: 30193886.
39. Mims JW. Asthma: definitions and pathophysiology. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2015 Sep;5 Suppl 1:S2-6. doi: 10.1002/alr.21609. PMID: 26335832.

