



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL SAN
JUAN DE LURIGANCHO II-2 – SERVICIOS BASICOS DE
SALUD**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JOSE ANTONIO SANCHEZ RUIZ

ASESORA

KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILLO

LIMA - PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL SAN
JUAN DE LURIGANCHO II-2 – SERVICIOS BASICOS DE SALUD**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

AUTORES:

JOSE ANTONIO SANCHEZ RUIZ

ASESOR

DR. KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILLO

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

AGRADECIMIENTOS

Dedicado este trabajo a mis padres, por el apoyo e inspiración que me brindan día a día, el apoyo incondicional y la motivación constante. A mi hermano y a mis familiares por siempre estar presentes y darme su apoyo moral. Y a los docentes que construyeron mi formación académica, aportando a mi formación profesional. Al Hospital San Juan de Lurigancho por ofrecer mucha experiencia para el interno y de esta manera adquirir seguridad en la práctica clínica. A mis cointernos por ser una motivación y formar un grupo cooperativo que me ha permitido aprender mucho.

Sánchez Ruiz José Antonio

ÍNDICE

| | Págs. |
|---|--------------|
| Portada | i |
| Jurado | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice | iv |
| Resumen | v |
| Abstract | vi |
| | |
| INTRODUCCIÓN | 12 |
| | |
| CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL | 13 |
| 1.1 Rotación de Gineco obstetricia | 16 |
| 1.2 Rotación de Cirugía general | 18 |
| 1.3 Rotación en Pediatría | 22 |
| 1.4 Rotación en Medicina interna | 24 |
| | |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA | 27 |
| | |
| CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL | 29 |
| 3.1 Rotación de Gineco obstetricia | 29 |
| 3.2 Rotación de Cirugía general | 31 |
| 3.3 Rotación de Pediatría | 34 |
| 3.4 Rotación de Medicina interna | 36 |
| | |
| CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 38 |
| CONCLUSIONES | 41 |
| RECOMENDACIONES | 42 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 44 |

RESUMEN

Este presente informe tiene como objetivo reflejar la experiencia y realidad de un estudiante de medicina de la Universidad de San Martín de Porres que realizó su internado en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2022 en el contexto de una situación post pandemia en la cual se retomaron muchas actividades en el ámbito laboral común y el de salud con el objetivo de reinsertar a muchos profesionales a la normalidad laboral y dejando atrás, cada vez más frecuentemente, el teletrabajo. **Objetivo:** Describir la experiencia y las capacidades que puedo adquirir el autor durante el proceso de internado médico en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo 2022. **Metodología:** Recopilación de 8 casos clínicos de las 4 especialidades del Internado médico; que se relatan, exponen y se analizan cada uno. Adicionalmente se describe el aprendizaje y metodología en cada una de las especialidades. **Resultados:** Caso N°1: Mujer de 28 años, Ingreso con Dx de Dolor genital, Diagnóstico definitivo Infección por Virus del Molusco Contagioso. Caso N°2: Mujer de 32 años, Ingreso con Dx de Hemorragia Uterina Anormal, Diagnóstico definitivo Aborto Incompleto. Caso N°3: Varón de 52 años, Ingreso con Dx de Síndrome Doloroso Abdominal, Diagnóstico definitivo Colecistitis Aguda. Caso N°4: Mujer de 24 años, Ingreso con Dx Abdomen Agudo, Diagnóstico definitivo Apendicitis Aguda. Caso N°5: Mujer de 6 años, Ingreso con Dx Síndrome de Dificultad Respiratoria, Diagnóstico definitivo Crisis Asmática. Caso N°6: Mujer de 13 años, Ingreso con Dx Síndrome Convulsivo, Diagnóstico definitivo Convulsión Aislada. Caso N°7: Varón de 59 años, Ingreso con Dx Heridas y Lesiones en pie, Diagnóstico definitivo Pie Diabético. Caso N°8: Mujer de 53 años, Ingreso con Dx Faringitis, Diagnóstico definitivo Neumonía. **Conclusiones:** El hospital San Juan de Lurigancho fue un establecimiento que permitió al autor y demás internos realizar un Internado médico satisfactorio dando a cada uno el aprendizaje y práctica necesaria que todo profesional médico debe manejar en su labor como profesional.

Palabras clave: Internado y Residencia, Práctica Profesional, Atención Médica, Tratamiento Primario.

ABSTRACT

This present report aims to reflect the experience and reality of a medical student from the University of San Martín de Porres who completed his internship at the San Juan de Lurigancho Hospital in 2022 in the context of a post-pandemic situation in which Many activities are resumed in the common work environment and health with the aim of reinserting many professionals into normal work and leaving behind, more and more frequently, teleworking.

Objective: *Describe the experience and capabilities that the author can acquire during the medical internship process at the San Juan de Lurigancho Hospital during the period 2022. **Methodology:** Compilation of 8 clinical cases of the 4 specialties of the Medical Internship; that are related, exposed and analyzed each one. Additionally, learning and methodology in each of the specialties are described. **Results:** Case No. 1: 28-year-old woman, admitted with Dx of genital pain, definitive diagnosis of Molluscum Contagiosum Virus Infection. Case No. 2: 32-year-old woman, admitted with Dx of Abnormal Uterine Bleeding, Definitive Diagnosis of Incomplete Abortion. Case No. 3: 52-year-old male, admitted with Dx of Abdominal Pain Syndrome, definitive diagnosis of Acute Cholecystitis. Case No. 4: 24-year-old woman, admitted with Dx Acute Abdomen, definitive diagnosis of Acute Appendicitis. Case No. 5: 6-year-old woman, admitted with Dx Respiratory Distress Syndrome, definitive diagnosis of Asthmatic Crisis. Case No. 6: 13-year-old woman, admitted with Dx Convulsive Syndrome, definitive diagnosis Isolated Seizure. Case No. 7: 59-year-old male, admitted with Dx Wounds and foot lesions, definitive Diabetic Foot Diagnosis. Case No. 8: 53-year-old woman, admitted with Dx Pharyngitis, definitive diagnosis Pneumonia.*

Conclusions: *The San Juan de Lurigancho Hospital was an establishment that allowed the author and other inmates to carry out a satisfactory medical internship, giving each one the necessary learning and practice that every medical professional must handle in their work as a professional.*

Keywords: *Internship and Residency, Professional practice, Medical Care, Primary Treatment.*

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO II-2 - SERVICIOS BASICOS DE SA

AUTOR

SANCHEZ RUIZ JOSE ANTONIO

RECuento DE PALABRAS

11967 Words

RECuento DE CARACTERES

67576 Characters

RECuento DE PÁGINAS

42 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

130.9KB

FECHA DE ENTREGA

May 25, 2023 2:23 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 25, 2023 2:27 PM GMT-5

● **12% de similitud general**

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

- 12% 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

 **MINISTERIO DE SALUD**
Dirección de Redintegración de Salud - Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

[Handwritten Signature]

.....
DRA. KARIN N. GÁLVEZ CARRILLO
CIRUJANO GENERAL
C.M.P. 34025 - R.N.E. 19152

ORCID: 0009-0005-1174-3146

<https://orcid.org/0009-0005-1174-3146>

INTRODUCCIÓN

La etapa del internado médico consiste en la última etapa que un estudiante de medicina debe pasar para afianzar sus conocimientos que fue formando en el ámbito de la salud y además le brinda muchas oportunidades de ejercer la práctica de procedimientos fundamentales en la labor de todo personal médico en cualquier hospital e incluso centro de salud.

Debido a la pandemia causada por Covid19, se presentaron una serie de modificaciones en cuanto a la etapa de internado por razones de seguridad y emergencia en ese contexto. Uno de los cambios fue la reducción del tiempo de internado, de 12 meses a 10 meses; otro de los cambios importantes fue una división de los 10 meses, en 5 meses que el interno tenía que estar en un centro de salud y 5 meses que el interno debía estar en un hospital con el fin de que adquiriera conocimientos tanto en el primer nivel de atención como en el nivel más avanzado y áreas de hospitalización.

El objetivo principal del internado es reunir todo el conocimiento aprendido durante anteriores años y poner en práctica lo estudiado siempre bajo la supervisión de personal con experiencia en ese ámbito. A cada interno le corresponde tener una experiencia por las 4 especialidades más importantes en medicina en un periodo de 10 meses; en este año para la universidad San Martín de Porres se dispuso a cada interno de una rotación de 5 meses en un hospital y los siguientes 5 meses en un centro de salud, teniendo como requerimientos el experimentar el día a día y la práctica de la atención de las 4 especialidades más importantes como son las de: ginecología, medicina interna, pediatría y cirugía. No solamente poniendo en práctica la habilidad diagnóstica y la ejecución de elaborar una buena historia clínica, sino además se fortalece la habilidad para comunicarse en un ambiente laboral, formar equipos de trabajo que ayuden a alcanzar objetivo en beneficio de obtener una mejor calidad de atención en el ámbito de la salud, además de servir como un nexo entre el paciente y el médico de cabecera para integrar el tratamiento no sólo médico sino afectivo y como ser humano.

En este trabajo se describe la experiencia profesional de la etapa de internado médico del autor mediante la exposición de 8 casos clínicos, siendo 2 casos por especialidad,

que corresponden a cada una de las 4 rotaciones realizadas en la etapa de internado médico.

Estas actividades fueron realizadas en el Hospital San Juan de Lurigancho, que cuenta con las 4 especialidades de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina interna y Pediatría en el periodo del año 2022.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La etapa de Internado médico es una fase final en la carrera de medicina humana que todo estudiante debe experimentar y en donde aplica cínicamente los conocimientos aprendidos durante años previos de la carrera, desde ciencias básicas hasta las áreas clínicas que tuvo en su etapa de externado. De esta manera desarrolla la habilidad de diagnosticar oportunamente cada patología y aplicar un tratamiento precoz según la disponibilidad y protocolos de cada establecimiento.

El autor desarrolló su internado en el hospital San Juan de Lurigancho durante los primeros 5 meses según los lineamientos que decretó el ministerio de salud; durante este periodo el autor como interno pasó por las 4 especialidades básicas de la carrera de medicina humana las cuales fueron Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina interna y Pediatría. Esta etapa permitió al autor aprender de muchos casos y seleccionar 2 casos importantes por especialidad que con frecuencia un médico cirujano encontrará en su labor.

Además de las rotaciones por cada especialidad, este establecimiento del ministerio de salud se desarrollaron actividades académicas que fomentan el aprendizaje grupal de cada interno con exposiciones de las patologías más frecuentes por especialidad y la presentación de casos clínicos que permiten discutir el manejo terapéutico en cada situación.

En la rotación de Ginecología y Obstetricia, se realizan procedimientos típicos de la especialidad en la evaluación de las pacientes como el tacto vaginal, colposcopias, ecografías obstétricas y no obstétricas, evaluación con espéculo; también se evalúa en

el área de obstetricia a las gestantes y se prioriza la atención según sea el riesgo de parto o situaciones que comprometan la vida del bebe y de la madre. Así mismo, los asistentes médicos y residentes de ginecología dan las pautas e instruyen al interno en el análisis de imagen de las ecografías ginecológicas y obstétricas; se realizan procedimientos quirúrgicos dentro de los más frecuentes como las histerectomías, cesáreas donde el interno tiene la oportunidad de asistir y ganar experiencia en este ámbito.

En cuanto a la rotación de Medicina Interna, el interno puede adquirir experiencia en el campo de la hospitalización de los pacientes de la especialidad, evaluándolos diariamente, llenando adecuadamente las historias clínicas, entrevistando a cada paciente para obtener buena información de los antecedentes e interactuando con ellos para adquirir la capacidad de llegar al paciente y guiar la conversación con el objetivo de obtener los datos clave de cada diagnóstico; además el interno se encarga de la presentación de cada caso clínico en la visita diaria que se realiza, dando un seguimiento a cada cama y la evolución respectiva, resaltando los datos más importantes, las interconsultas y tiene en cuenta los exámenes auxiliares pendientes y las interconsultas que pueda tener cada paciente. Además, en la visita, evalúa conjuntamente con el médico y los residentes a cada paciente, permitiendo con esto adquirir práctica y ganado experiencia en la terapéutica de cada caso. Así como también, se organiza un horario de guardias diurnas para cada interno de tal manera que este pueda desarrollar durante el turno el examen físico a cada paciente, revisar las solicitudes de exámenes pendientes, la higiene de heridas de especialidad y las sugerencias de la terapéutica de cada uno. Así mismo, se encarga de completar los formatos que se requieran para el ingreso y altas del servicio, programando si pasan a sala o dando los medicamentos de alta según las indicaciones médicas. También el interno puede participar en la elaboración del riesgo quirúrgico de los pacientes y tener experiencia en el campo de un tópico de emergencias de la especialidad de Medicina Interna.

En la rotación de Pediatría tiene incluido el servicio de Neonatología; el interno adquiere experiencia en el servicio de Emergencias pediátricas, donde realiza una anamnesis, exploración y examen físico con cada paciente, admitiendo los casos que son considerados emergencias y pasan a observación los casos más complicados. Se

adquiere experiencia de las patologías más comunes como son el síndrome febril, el síndrome convulsivo, síndrome obstructivo bronquial, enfermedad diarreica aguda, deshidratación entre otros casos más. En el área de Neonatología el interno adquiere experiencia en la atención al recién nacido, donde se realiza el examen físico, evaluación, profilaxis, además el interno verifica la evolución de cada paciente, la instrucción a la madre y el seguimiento de las heridas posteriores al parto; se promueve la lactancia materna exclusiva, técnicas de lactancia, la importancia de las vacunas y datos importantes que le permitan identificar signos de alarma.

En la rotación de Cirugía General el interno se encarga de la evaluación de cada paciente programados para sala de operaciones en su ingreso y en el post operatorio; además se ofrece la posibilidad de participar en las operaciones como segundo ayudante adquiriendo experiencia en el campo quirúrgico; siendo las operaciones que más frecuentemente se ven las cirugías menores, colecistectomías, apendicectomías, hernioplastias, hemorroidectomías, entre otras. Además, se instruye al interno los conocimientos esenciales sobre las técnicas quirúrgicas y la importancia de la asepsia y antisepsia. Adicionalmente el interno tiene la posibilidad de atender suturar y diferentes casos en el servicio de emergencias de cirugía, donde mayormente se atienden accidentes como cortes golpes y se evalúan caídas para que puedan ser trasladados al servicio de traumatología, donde el interno tiene la oportunidad de ayudar y participar en las diversas maniobras de reducción y la colocación de inmovilizadores en los casos en los que sea necesario, siempre bajo supervisión de los especialistas y residentes que tiene amplia experiencia en sus campos.

En los siguientes párrafos relataré mi experiencia en 8 casos clínicos con los que pude aprender cosas útiles que servirán como dato que todo profesional de la salud debe manejar, en el contexto de mi experiencia en el internado del Hospital San Juan de Lurigancho.

1.1 ROTACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Caso 1

Paciente femenino de 28 años acude a consultorio de la especialidad de ginecología por dolor en la zona de los genitales, además refiere que siente sensación de bulto a nivel del labio mayor y lesiones que le causan ardor; las molestias han aumentado con el tiempo. Tiempo de enfermedad de 2 meses, no refiere haber presentado fiebre, tampoco sangrado genital u otra sintomatología.

- FUR 14/04/22
- RC 3-5/26-30
- Anticoncepción: mediante preservativos
- Niega tener otros antecedentes significativos, no diabetes, no hipertensión, no hipertiroidismo. Niega haber tenido RAMS
- Presión arterial: 122/82 mmHg, frecuencia respiratoria: 20 por minuto, temperatura: 37.2 °C, frecuencia cardiaca: 74 lpm, saturación de O₂: 98%.

En el Examen físico:

- Piel y faneras: tiene una piel tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax y Pulmones: el Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no crépitos ni ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, leve timpanismo.
- Genitourinario: presencia de lesiones tipo pápula de forma umbilicada que poseen una superficie brillante y se ubican en la zona del perineo y avanzan hacia la zona de los glúteos.
- Sistema nervioso: paciente lucida, orientada en tiempo espacio y persona, escala de Glasgow 15 sobre 15

Impresión diagnóstica: Lesiones características producidas por molusco contagioso

Plan:

-Hidróxido de potasio al 10%, aplicación tópica en la zona comprometida.

Caso 2

Paciente femenino de 32 años, con antecedente de haber tenido múltiples gestaciones, acudió al servicio de emergencias de Ginecología refiriendo sufrir caída en su casa por escaleras cuando estaba realizando labores de limpieza hace aproximadamente 2 horas, posterior a la caída presentó un sangrado genital en cantidades abundantes, refiere que hace 20 minutos comienza a sentir un dolor tipo abdominal de intensidad 7 sobre 10 en la zona superior del pubis. Funciones vitales: Presión arterial: 115/72, frecuencia respiratoria: 22 rpm, frecuencia cardiaca: 120, saturación: 99%, peso: 58kg, talla: 152 cm

Antecedentes:

- G4 P3003
- FUR: 27/09/22
- FPP: 05/07/23
- Edad gestacional: 4 semanas y 3 días por FUR
- Niega antecedentes quirúrgicos
- Niega RAMS
- Antecedentes gineco obstétricos: presentó amenaza de aborto en sus anteriores embarazos.

Examen físico:

- AREG REH REN
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, tendencia a taquicardia.
- Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en la zona del hipogastrio de intensidad 7 sobre 10
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Especuloscopía: el Orificio cervical interno y externo se encuentran abiertos, además se extrae una buena cantidad de material trofoblástico.

Plan:

-se solicitaron exámenes preoperatorios

-se solicitó una ecografía transvaginal

Diagnostico:

Gestante de 4 semanas y 3 días por fecha de ultima regla.

Aborto de tipo incompleto.

RP:

-vía salinizada, NaCl al 0.9% 1000cc, se pasan 500cc a chorro y luego xxx gotas cada minuto.

-preparar a paciente para AMEU

Luego de los análisis de laboratorio y la realización del procedimiento de AMEU, la paciente pasó a sala de observación, donde fue monitoreada por 6 horas, luego de ese tiempo pasó a hospitalización, no presenta alguna interurrencia por lo que se decide su alta en los días posteriores.

1.2 ROTACIÓN EN CIRUGIA GENERAL

Caso 1

Anamnesis: Paciente masculino de 52 años acude al servicio de emergencias del hospital San Juan de Lurigancho con un tiempo de enfermedad de 10 horas refiriendo sentir un dolor a nivel del abdomen que es de tipo opresivo, además refiere sensación de náuseas y vomitó en 2 ocasiones con contenido alimenticio y no presencia de sangre. Refiere también presentar escalofríos y una sensación de alza térmica que se cuantificó en 38 con el termómetro de casa. Por toda la sintomatología decide automedicarse tomando Gaseovet creyendo que eran gases, pero no presenta alguna mejora de los síntomas, con el pasar del tiempo siente que el dolor se está intensificando, motivo por el cual acude a emergencias.

- Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía laparoscópica en el año 2011, Litiasis vesicular en el año 2019
- Antecedentes médicos: no refiere
- Niega RAMS

Funciones vitales: presión arterial: 155/70, frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, saturación de o₂: 99%, temperatura: 38.1 °C, frecuencia cardiaca: 93 latidos por minuto.

Examen físico:

- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor de 2 segundos.
 - TCSC: No edemas
- Aparato cardiovascular: el área pericárdica se encuentra conservada, no se palpa frémito cardíaco, A la percusión matidez conservada, y a la auscultación los ruidos cardíacos son rítmicos, de buena intensidad, no se

auscultan soplos.

- Aparato respiratorio: el tórax es simétrico, timpanismo conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Abdomen: Blando, depresible, levemente distendido, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial y profunda a nivel de HCD. Signo de Murphy positivo. Mc Burney (-), Rebote (-). No reacción peritoneal
- Aparato genito-urinario: PPL (-), genitales externos de aspecto normal.

Diagnósticos:

-síndrome doloroso abdominal

-descartar un caso de colecistitis aguda

Plan de trabajo:

- solicitar exámenes generales: hemograma, perfil hepático, glucosa, urea, creatinina, proteína c reactiva, bilirrubina total y fraccionada
- solicitar una ecografía abdominal
- paciente pasa a la sala de observación
- administrar NaCl al 0.9% 100cc más Escopolamina 10mg 1 ampolla más Dimenhidrinato 100mg 1 ampolla por vía endovenosa
- realizar interconsulta con la especialidad de cirugía general para el abordaje quirúrgico de una probable colecistitis aguda

Luego de pasar 4 horas, salen los resultados de laboratorio: Hemograma: 14700 leucocitos, neutrófilos: 88%, hemoglobina: 14.3, glucosa: 112 mg/dl, urea: 24.3 mg/dl, creatinina: 0.73 mg/dl, BT: 2mg/dl, BI: 1.3 mg/dl, fosfatasa alcalina: 75 u/l, TGO: 25 U/L, TGP: 33 U/L, amilasa: 90 u/l, lipasa: 37.4 u/l.

Se realiza el examen ecográfico abdominal, se evidencia una hepatopatía de tipo difuso crónica leve, tiene un aspecto esteatósico; además se evidencia una vesícula de unos 123 x 42 mm, una pared de 4.7 mm, se observan imágenes tipo litiásicas en cantidad múltiple, la de mayor tamaño mide unos 23 mm, conducto colédoco tiene una medida de 3.7 mm.

De acuerdo a la imagen ecográfica se deduce que este paciente presenta un cuadro de colecistitis crónica de causa litiásica y que se ha reagudizado. La especialidad de cirugía general evalúa al paciente y confirma el diagnóstico del cuadro de colecistitis reagudizada, se solicitan exámenes preoperatorios y un

riesgo cardiológico para pasar a sala de operaciones al paciente y realiza una colecistectomía laparoscópica

Caso 2

Paciente femenino de 24 años, ingresa al hospital en la madrugada acompañada de su padre con tiempo de enfermedad de 7 horas. Refiere que presenta un dolor en la región abdominal, en la zona del ombligo hace aproximadamente unas 5 horas de intensidad 5 sobre 10, de inicio insidioso, de tipo punzada que no se irradia. Al transcurrir el tiempo siente que el dolor migra hacia la región de la fosa iliaca derecha, además presenta sintomatología como náuseas, sensación de alza térmica y anorexia. Decide acercarse en la madrugada ya que el dolor se vuelve insoportable y siente dolor cada vez que realiza un movimiento.

Antecedentes:

- Familiares: niega antecedentes de relevancia
- Quirúrgicos: niega
- Patológicos: niega
- Niega RAMS

Examen físico:

- Paciente en AREG REH REN, fascie dolorosa
- Piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no crépitos
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, tendencia a taquicardia.
- Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney positivo, signo de rebote negativo.
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Neurológico: LOTEPE, paciente colabora, Glasgow 15/15

Funciones vitales: temperatura: 38.2°C, frecuencia cardíaca: 88 lpm, frecuencia respiratoria: 17 rpm, saturación de O₂: 99%, presión arterial: 115/85

Diagnostico:

-descartar Apendicitis aguda.

Plan:

-NaCl al 0.9% xxx gotas por minuto

-2 ampollas de metamizol 1gr + 1 ampolla de ranitidina 50mg ev stat

La paciente realiza exámenes de laboratorio y preoperatorios.

Se reciben los análisis de laboratorio, se observan leucocitos en 14000/mm³, hemoglobina: 13.3 gr/dl, plaquetas: 168000/mm³, proteína c reactiva: 0.97 mg/dl.

La paciente es negativa para VIH, sífilis y hepatitis B. Examen de orina fue negativo. Se realiza un riesgo quirúrgico, obteniendo un resultado de ASA I, se prepara a la paciente para ingreso a sala de operaciones con indicaciones:

-ceftriaxona 2 gr ev cada 24 horas

-metronidazol 500 mg ev cada 8 horas

-dimenhidrinato 50 mg ev stat

La paciente ingresa a SOP a las 2 y 30 pm , se realiza una intervención laparoscópica, se encuentra un apéndice en posición paracecal, se procede a extracción sin complicaciones, luego se procede a realizar muñón y se finaliza con cierre de todas las capas.

Luego la paciente pasa a sala de recuperación, y evoluciona favorablemente por lo que se traslada a hospitalización común NPO por 12 horas más, posteriormente se decide alta con un control en 1 semana por consultorio externo.

1.3 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

Caso 1

Paciente femenino de 6 años acude con su madre al servicio de emergencias de Pediatría del hospital San Juan de Lurigancho con un tiempo de enfermedad de 3 días refiriendo hace 3 días tener muchos estornudos y gran congestión nasal, rinorrea; hace 1 día se agrega una tos tipo productiva, además la madre refiere escuchar como silbidos en el tórax al momento de la respiración de la niña.

Antecedentes:

- Prenatales: presentó todos los controles prenatales y cuenta con todas las vacunas para su edad.
- Familiares: Padre con antecedente de asma.

Examen físico: temperatura: 37.4 °C, presión arterial: 110/75, frecuencia respiratoria: 44 rpm, frecuencia cardiaca: 133 lpm, saturación: 96%

- Paciente AREG REH REN, fascie dolorosa
- Piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no tiene palidez, cianosis o ictericia.
- Tórax y pulmones: tirajes a nivel subcostal e intercostal. MV pasa bien en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes en la inspiración y espiración.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no presenta ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no dolor a la palpación, RHA presentes.
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Neurológico: LOTEP, reacciona a estímulos.

Impresión diagnóstica:

-Crisis asmática

Plan:

-paciente ingresa a sala de observación

-se solicita pruebas de laboratorio: hemograma, prueba antigénica para COVID19, panel viral para virus influenza y VSR

-se solicita radiografía de tórax

Posterior a los exámenes solicitados y con los resultados, se observa leucocitosis de 17000 por mm³, resultados negativos de covid y demás virus solicitados, en el examen radiológico se evidencia aumento de trama

broncovascular y a predominancia del lado izquierdo, no patrón de consolidación, pero si hay un patrón intersticial.

Se decide hospitalizar al paciente y se dejan indicaciones:

- salbutamol 8 puffs cada 20 minutos
- bromuro de ipatropio 4 puffs cada 20 minutos
- prednisona 25mg vía oral

Se hace una interconsulta a inmunología solicitando dosaje de inmunoglobulina E y se obtiene un rango anormal.

4 días después de la crisis, el paciente muestra una favorable evolución y se decide el alta con indicaciones medicas:

- salbutamol 4 puffs cada 8 horas
- prednisona 15 ml vía oral cada 12 horas
- se brinda capacitación sobre signos de alarma a la madre

Caso 2

Paciente femenino de 13 años, no presenta antecedentes de importancia, acude con su madre ya que la encuentra inconsciente en su cuarto, con secreción de saliva excesiva, boca abajo. No refiere haber presentado fiebre o alguna infección viral respiratoria previa

Antecedentes:

- Patológicos: Niega
- Familiares: Niega

Examen físico:

- Paciente se encuentra inconsciente
- Piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no tiene palidez, cianosis o ictericia.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no presenta ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no dolor a la palpación, RHA presentes.
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Neurológico: inconsciente, no reacciona a estímulos.

Funciones vitales: temperatura: 37.4 °C, presión arterial: 110/75, frecuencia respiratoria: 44 rpm, frecuencia cardiaca: 133 lpm, saturación: 96%

Impresión diagnóstica:

-síndrome convulsivo

Plan:

-se mantiene vía salinizada

-diazepam 7mg condicional si presenta una convulsión

-se solicita tomografía cerebral

-interconsulta con la especialidad de neurología

Luego del resultado de la tomografía no se evidencia ninguna alteración a nivel cerebral

1.4 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

Caso 1

Paciente masculino de 59 años de edad que procede de Huaraz acude al servicio de emergencias del Hospital San Juan de Lurigancho con un tiempo de enfermedad de 20 días. Refiere haber pisado un objeto punzante de tipo clavo que provoca una lesión en la región plantar por lo que decide desinfectar con alcohol. Luego de 9 días le sugieren aplicar orina en la herida, la lesión aumenta de tamaño y se agregan signos de flogosis y un aumento del volumen del pie. Decide acudir al hospital de Huaraz donde le realizan curaciones en la lesión e indican antibióticos vía endovenosa, pero al no presentar mejoría lo refieren a este hospital.

Antecedentes:

- Patológicos: presenta DM del tipo 2 hace 4 años, mención que no cumple con el tratamiento regularmente que consiste en metformina e insulina NPH
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: Madre con DM tipo 2, Padre con tuberculosis pulmonar

Examen físico:

- Paciente consciente
- Piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos. En el pie izquierdo presenta una lesión con signos de flogosis aparentemente infectada en la región plantar y dorsal del pie, tiene unas medidas de 3 x 3 cm, se observa exposición del tendón, herida profunda.

- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no presenta ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no dolor a la palpación, RHA presentes.
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Neurológico: LOTEPE, reacciona a estímulos.

Funciones vitales: temperatura: 36.3 °C, presión arterial: 130/72, frecuencia respiratoria: 18 rpm, frecuencia cardiaca: 76 lpm, saturación: 95%

Funciones biológicas: conservadas

Diagnostico:

-pie diabético en el miembro inferior izquierdo infectado Wagner IV

-Diabetes mellitus tipo 2 con tratamiento irregular

Plan:

-se solicita exámenes de laboratorio y prueba rápida COVID19

-se solicita de tórax y de pie izquierdo por la saturación de oxígeno

No se observan alteraciones en los exámenes de laboratorio, hemoglobina posee un rango normal, la glucosa presenta un valor alterado de 192 mg/dl lo que demuestra el mal control de la enfermedad por el tratamiento irregular del paciente. En la radiografía del pie no se evidencia compromiso a nivel óseo y no se observan patrones de consolidación en la radiografía de tórax.

El paciente pasa al servicio de hospitalización y recibe las siguientes indicaciones:

-NaCl al 0.9% 1000cc

-Ciprofloxacino de 400mg cada 12 horas ev

-Clindamicina 600mg ev cada 8 horas

-Tramadol 50mg 1 ampolla

-Dimenhidrinato 50mg 1 ampolla

-Insulina NPH 18 UI en la mañana 8am y 8UI en la noche 10pm

-Insulina R en escala de corrección 180 – 200 2UI, 200 – 250 3UI, 250 – 300 5UI, más de 300 7UI

-Control de glicemia luego de cada comida

Al paciente se le solicita una ecografía Doppler arterial y se evidencian ondas

bifásicas y trifásicas, la especialidad de cirugía sugiere continuar con las curaciones diarias

La unidad de curaciones de pie diabético sugiere que se realice una limpieza quirúrgica motivo por el cual el paciente es programada para ingreso a sala.

Caso 2

Paciente femenino de 53 años, tiempo de enfermedad de 6 días, acude al servicio de emergencias de medicina interna porque tiene congestión nasal, tos productiva con secreción amarillenta, además refiere tener sensación de falta de aire al realizar actividades moderadas, dolor en el tórax tipo opresivo y una sensación de malestar. Cuando ingresa presenta sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Patológicos: niega, no RAMS
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: Madre con HTA

Examen físico:

- Paciente consciente
- Piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosas hidratadas. No palidez.
- Tórax y pulmones: MV pasa disminuidos en hemitórax izquierdo, se auscultan crepitantes en ambos campos pulmonares a predominio de bases.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no presenta ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no dolor a la palpación, timpánico, RHA presentes.
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Neurológico: LOTEPE, reacciona a estímulos.

Funciones vitales: temperatura: 37.9 °C, presión arterial: 110/80, frecuencia respiratoria: 29 rpm, frecuencia cardíaca: 77 lpm, saturación: 96%

Funciones biológicas: sueño con alteración, anorexia

Diagnostico presuntivo:

-descartar Neumonía adquirida en la comunidad

Plan:

-se solicita pruebas de laboratorio: glucosa, urea, creatinina, hemograma, descarte de COVID, descartar VIH, sífilis, examen de orina.

-se solicita radiografía de tórax anteroposterior

Se reevaluó al paciente 30 minutos después de los resultados y se encuentra hemoglobina: 13 mg/dl, hematocrito: 47%, leucocitos: 16 700, plaquetas: 353000, glucosa: 78, creatinina: 1.1, pruebas negativas de sífilis, VIH y COVID. Examen de orina negativo. Se observa en la radiografía de tórax un patrón tipo consolidación en la zona del lóbulo superior derecho y se confirma el diagnóstico de Neumonía.

Manejo:

-reposo, toma de líquidos en temperatura tibia

-control de temperatura

-amoxicilina 500mg cada 8 horas durante 7 días

-ibuprofeno 400mg cada 8 horas durante 5 días.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Los casos expuestos se presentaron en el hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2022 durante la etapa de Internado médico del autor.

Con respecto a la sede de rotación, el hospital San Juan de Lurigancho es un establecimiento perteneciente al Ministerio de Salud MINSA categorizado como un hospital de mediana complejidad nivel II-2 el cual se encuentra en la avenida Canto Grande 15423, distrito de San Juan de Lurigancho, ubicado al noreste de la provincia de Lima, con una altitud de aproximadamente 220 y 350 metros sobre el nivel del mar y con una superficie territorial de 131.21 kilómetros cuadrados. En el establecimiento se atiende a la población objetivo que son los habitantes de Lima Centro, específicamente a los habitantes de San Juan de Lurigancho con una población de 1.039 millones en la fecha en que se realiza este trabajo, sin embargo en muy raras ocasiones suelen acudir pacientes pertenecientes de otras regiones de Lima y Perú. El

hospital cuenta con múltiples especialidades y consultorios externos, ofreciendo a los internos de medicina humana, la rotación por las 4 especialidades importantes de la rotación. Resaltan las especialidades de Neumología, Cardiología, Medicina interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía general, Traumatología, Urología. Además cuenta con un servicio de emergencias por especialidad los cuales funcionan las 24 horas, además de contar con los servicios de farmacia, laboratorio, equipo de rayos x, ecógrafos. El hospital cuenta con 5 unidades y 10 servicios los cuales son Consulta Externa y Hospitalización, Medicina, Cirugía y Anestesiología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Odontología-estomatología, Enfermería, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento. Se tiene la disponibilidad de los 3 tipos de ambulancia y cuanto con un mamógrafo. Al ser un hospital perteneciente al ministerio de salud, ofrece atención gratuita a personas que están inscritas en el Sistema Integral de Salud SIS, se ofrece ayuda con precios bajos a las personas que cuentan con otro tipo de seguro y si no pueden pagar se brinda ayuda mediante el servicio de asistencia social u ONG que siguen estos casos. (1)

El hospital tiene un área de 10.500 metros cuadrados, que ha ido mejorando en cuanto a infraestructura y servicios con el paso del tiempo debido a la alta demanda de la población del lugar. Inició como un establecimiento de salud de baja complejidad nivel Centro Materno Infantil Nivel I-4 y recibía solo referencias de centros de salud cercanos y los casos más complejos eran referidos al Hospital Nacional 2 de mayo o al Hospital Nacional Hipolito Unanue. Debido a la alta demanda, obligó a las autoridades encargadas del área de salud a mejorar el centro de salud hasta convertirlo en un hospital nivel II-2. Antes de la pandemia el hospital recibió internos con normalidad, posteriormente a la pandemia, el hospital implementó medidas de bioseguridad y se tuvieron que cerrar consultorios estrenos de diversas especialidades por falta de espacio y se utilizaron los ambientes como establecimientos de tópicos de cirugía y traumatología hasta finales del año 2022 y se restringió las visitas a un familiar. (2)

El hospital procuró brindar equipos de bioseguridad de protección para realizar las actividades que implica el internado de manera segura y cómoda, además nos afiliamos al SIS para poder recibir atención en caso suceda algún accidente laboral o de emergencia. Finalmente dieron al interno un abono de 400 soles durante los meses que se desarrolló el internado.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este segmento se desarrollarán los casos expuestos en el capítulo I.

3.1 Rotación de Ginecología y Obstetricia:

Caso 1:

En este caso tenemos a un paciente femenino de 28 años con Síndrome de dolor genital que ingresa con el diagnóstico presuntivo de Infección del Sistema Genital, Vulvodinia; tiene como antecedentes de vida sexual activa, múltiples parejas sexuales y en edad reproductiva y acude a consulta debido a que presenta lesiones en la zona perineal que se extiende hacia los genitales. El diagnóstico definitivo resultó en una infección por Virus del Molusco Contagioso confirmado por la muestra histológica de laboratorio. Los resultados de laboratorio confirmaron que la paciente no tiene anemia o signos de infección sistémica con una hemoglobina de 12.3 g/dl y 8700 leucocitos y se confirman las lesiones mediante el estudio histopatológico de las lesiones.

El molusco contagioso es una enfermedad infectocontagiosa producida por el llamado virus del molusco contagioso, este virus proviene de la familia de los poxvirus. Comúnmente este virus puede infectar a la población pediátrica; sin embargo, tiene un comportamiento en la población de adolescentes y adultos como una infección de transmisión sexual y también en situaciones de contacto como la práctica de deportes. (3)

Debido a los antecedentes de actividad sexual, múltiples parejas y que las lesiones se ubiquen en la zona de los genitales y glúteos, se atribuyen estas lesiones a una enfermedad de transmisión sexual.

Estas lesiones causadas por este virus tienden a la cronicidad, característicamente son lesiones tipo pápula de unos 3 a 5 milímetros de diámetro que son firmes, tiene naturalmente una superficie que brilla y un centro tipo umbilicado, como se presentó en el caso. (4) Además, en algunos casos puede asociarse sintomatología como irritación, prurito y dolor. Si la causa suele ser la transmisión sexual, estas lesiones suelen presentarse en las regiones inguinales, la zona de los genitales externos, la parte interna de los muslos y la zona del hemiabdomen inferior. (5)

Por las características de las lesiones, se pueden identificar fácilmente y dar el

diagnóstico y tratamiento oportuno, pero si se quiere tener un diagnóstico confirmatorio, se debe realiza un examen tipo histológico donde se emplea una tinción con hematoxilina-eosina, en la muestra se deben observar células tipo queratinocitos, estas células deben contener unos cuerpos de inclusión citoplasmáticos eosinófilos llamados cuerpos de Henderson-Paterson o cuerpos de molusco contagioso. (6)

En cuanto al tratamiento del caso, la primera alternativa que se tiene es el hidróxido de potasio al 10%, este medicamento se aplica de manera tópica cada 12 horas en cada lesión presente en el paciente, hasta que las lesiones erosionen y se desarrollen las formaciones de costras, aproximadamente se espera que la resolución sea en unos 30 días. (7) En cuanto a la paciente, tuvo una reevaluación posterior a 3 semanas y se puso observar la regresión de las lesiones y las cicatrices estaban presentes en poca cantidad.

Caso 2:

En este caso tenemos a un paciente femenino de 32 años de edad que ingresa por Síndrome de Dolor Abdominal, Dolor referido, Hemorragia Uterina, Dolor Abdominal. Ingresó con el diagnóstico presuntivo de Hemorragia Uterina Anormal; el diagnóstico definitivo fue de Aborto Incompleto. Presenta una edad gestacional de 4 semanas y 3 días calculado mediante la última regla, este sufre una caída por escaleras y posterior al accidente presenta un sangrado y le comienza a doler el abdomen, a nivel suprapúbico, por lo cual se decide solicitarle análisis de imagen como una ecografía y exámenes de sangre para ver la estabilidad de la paciente. Los resultados de hemoglobina, leucocitos fueron de 11.2 g/dl y 8400 resultando dentro de la normalidad, no se observa compromiso de la conciencia o una gran pérdida sanguínea, se contabiliza que manchó 3 toallas higiénicas; en la ecografía se observa la ausencia de latidos fetales confirmándose que no hay vitalidad en el producto y además se observan restos trofoblásticos en la cavidad uterina por lo que se cataloga con un aborto incompleto. Se realiza el procedimiento de AMEU, que es un procedimiento que se emplea en casos de paciente que tenga una estabilidad hemodinámica y que tengan una edad gestacional del producto menor a 12 semanas.

La definición de aborto es la interrupción del proceso de embarazo de un producto que sucede antes de las 22 semanas de gestación o que tenga la

característica de presentar un peso del feto por debajo de los 500 gramos. Existiendo diversos tipos de aborto, como el completo (donde se elimina completamente el contenido uterino), el incompleto (donde sucede una eliminación parcial del contenido del útero), inevitable (aquel aborto que presenta una rotura de las membranas y la abertura del OCI) y el de tipo séptico (donde se produce una infección en la parte interna del útero y se pueden desarrollar complicaciones fatales). (8)

Dentro de la etiología más común de aborto, se tiene que las más importantes son las infecciones agudas, malformaciones congénitas y alteraciones hormonales, entre otras. (9) Existen diversos factores de riesgo que pueden predecir en una gestante complicaciones, dentro de los más importantes tenemos a la edad (extremos de la vida, como que sean muy jóvenes o que tengan una edad avanzada), gestante con múltiples gestaciones, paciente con antecedentes de un aborto previo, que hayan presentado infecciones recurrentes, que tengan problemas de nutrición, que hayan sufrido de violencia en su hogar, entre otras. (10)

En cuanto al diagnóstico, se debe solicitar exámenes generales dentro de los cuales tenemos a un hemograma que nos permita ver la presencia de infección y el estado de su hemoglobina para descartar anemia, exámenes de grupo sanguíneo y factor, reactantes de fase aguda, etc. Además, se solicita un examen de imagen ecográfico (ecografía transvaginal) y se evaluará la cavidad del útero, debemos fijarnos si hay presencia de restos que puedan predisponer a una infección, además se puede corroborar que se trate de un aborto por la ausencia de latidos fetales. (11)

3.2 Rotación de Cirugía General:

Caso 1:

Este caso presenta a un paciente masculino de 52 años que ingresa por Síndrome doloroso abdominal, diagnóstico presuntivo de Colecistitis Aguda; los exámenes de laboratorio resultaron alterados con una leucocitosis de 14700/mm³, urea y creatinina normales, transaminasas en 25 U/L y 33 U/L. Mediante la ecografía se observan imágenes litiásicas y se decide llevar a sala de operaciones resultando en una operación sin complicaciones, el diagnóstico

definitivo de Colecistitis Aguda Litiásica a la espera de los resultados del estudio anatomopatológico de la muestra.

Se puede definir a la Colecistitis aguda de tipo litiásica como una inflamación a nivel de la vesicular producida por una obstrucción de la vía cística y la principal causa que afecta a este cuadro son los cálculos, esto desarrolla una sintomatología de dolores tipo cólicos biliares que usualmente se ubican en la región del cuadrante superior derecho, más específicamente en la región del hipocondrio y produce un gran dolor a la palpación superficial y profunda en esa zona. Gran parte de estos casos tiene relación en pacientes que presentan estos antecedentes de cálculos vesiculares y consumen alimentos pesados y grasosos. (12)

En cuanto a la ayuda diagnóstica se ha visto que examen de imagen más útiles en estos casos es la ecografía abdominal, este examen posee una sensibilidad de 86% y una especificidad del 93%, de esta manera podemos identificar los cálculos que se ubican dentro de la vesícula biliar, además se puede medir el grosor de las paredes que nos demuestren cronicidad y también la presencia de líquido inflamatorio, edema, sonda acústica entre otros signos más. (13)

En este caso se aplicó los criterios de Tokio, el cual consta de signos de inflamación locales y sistémicos, además de tomar en cuenta las imágenes que se puede visualizar en el examen ecográfico. Si el paciente presenta un criterio A más un criterio B se sospechará de una colecistitis, pero se debe complementar con un examen imagenológico, para el diagnóstico definitivo se requiere de los 3 criterios A, B y C; con estos criterios se decidirá si hacer una colecistectomía de tipo convencional o laparoscópica.(14) (15)

Con toda la evidencia, este paciente presenta los criterios de una colecistitis por lo cual fue programado a sala de operaciones y se realiza una colecistectomía tipo laparoscópica de emergencia. Se encuentra una vesícula de 13x7 centímetros, que posee paredes engrosadas, y se encuentra plastronada por epiplón, su pared posterior se encuentra necrosada y contiene múltiples litos y presencia de bilis oscurecida, el paciente cursó sus días en el servicio de hospitalización y no tuvo complicaciones, por lo que se decide su alta con analgésicos.

Caso 2:

La Apendicitis aguda es un cuadro de emergencia que lo podemos definir como una inflamación de nivel del apéndice vermiforme vestigial que generalmente ocurre cuando hay una obstrucción de la luz apendicular.

De acuerdo a su patogénesis, se produce una inflamación de las paredes que posteriormente evoluciona a una isquemia que se puede perforar e infectar de forma generalizada. La principal etiología es la obstrucción de la luz apendicular y puede deberse a fecalitos, hiperplasia tipo linfóide, cálculos, procesos infecciosos, entre otras. (16) (17)

En cuanto a su diagnóstico, generalmente es clínico, por lo que la anamnesis y el examen físico son importantes y clave en esta enfermedad. Se suele usar la escala de Alvarado y de esta manera se puede decidir si se realiza una cirugía o solo requiere observación. Además, se puede realizar exámenes de imagen como una ecografía o tomografía y se puede evaluar una infección generalizada mediante un hemograma. (18)

Con respecto al tratamiento, la mejor alternativa es la intervención quirúrgica por medio de laparoscopia ya que es un método menos invasivo y tiene una recuperación más rápida que la cirugía abierta. En casos complicados se recurre a una laparotomía y se coloca un dren. En cuanto al tratamiento antibiótico, se hace uso de cefazolina 2 gr ev o cefoxitina 2 gr ev ,más metronidazol 500mg ev.(19)

En este caso, se trata de un paciente femenino de 24 años que ingresa por Síndrome de Dolor Abdominal, Anorexia, Náuseas, Sensación de alza térmica y se plantea un diagnóstico de ingreso Apendicitis aguda complicada; los resultados de laboratorio revelaron leucocitosis de 14000/mm³ con desviación izquierda, hemoglobina en 13.3 g/dl, puntaje de Alvarado en 7 puntos y presentó un examen de orina negativo y prequirúrgicos normales. El diagnóstico definitivo fue Apendicitis aguda no complicada confirmada por el estudio histopatológico después de la cirugía abdominal laparoscópica. Este es un cuadro de apendicitis típica, no complicada en un paciente femenino de 25 años, se debe tener en cuenta que esta es la población que tiene un mayor número de casos, el cuadro siguió la historia natural y se decide el alta por su evolución favorable.

3.3 Rotación de Pediatría

Caso 1:

El asma es definida como una enfermedad de hipersensibilidad que se caracteriza por una inflamación a nivel de las vías aéreas que produce en el paciente una sensación de falta de aire y por consiguiente se auscultan sibilantes por la disminución del paso del aire por las vías aéreas. Además, los pacientes presentan sintomatología de opresión en el tórax y tos. En ciertas ocasiones, se hace crónica y produce una remodelación de la vía aérea que puede ser irreversible.

Se ha asociado diversas condiciones al asma como las alergias previas, rinitis, exposición a agentes que pueden ser nocivos o alérgenos y también se ha asociado a infecciones respiratorias tipo virales que puedan desencadenar estos cuadros. (20)

En cuanto a su diagnóstico, predominantemente es clínico y se caracteriza por un cuadro de disnea marcada, a la auscultación se podrá escuchar unos silbidos y el paciente se quejará de dolor y angustia y mencionará antecedentes de alergias o una infección viral respiratoria.(21)

El tratamiento consiste en revertir rápidamente el cuadro de broncoespasmo desencadenado por el asma, se emplean agonistas beta adrenérgicos de acción corta y larga para su mantenimiento iniciando una terapia de rescate y posteriormente se requiere apoyo con oxígeno.(22)

En este caso, tenemos a un paciente femenino de 6 años que ingresó con el diagnóstico de Crisis Asmática, presenta disnea, tos, sibilancias. En los resultados de los exámenes solicitados se observa leucocitosis de 17000 por mm³, resultados negativos de COVID y demás virus solicitados, en el examen radiológico se evidencia aumento de trama broncovascular y a predominancia del lado izquierdo, no patrón de consolidación, pero si hay un patrón intersticial. El diagnóstico definitivo fue de Crisis Asmática exacerbada por cuadro respiratorio.

La paciente presentó un debut de cuadro asmático con una crisis asmática, esta presentación es común en la edad de la paciente, el manejo de rescate que se le brindó a la paciente fue adecuado, se buscó una reversión del broncoespasmo y se deja una terapia ambulatoria al alta.

Caso 2:

La convulsión se puede definir como una sobreexcitación a nivel del cerebro, de forma brusca y que no se puede controlar. La clínica es variada desde movimientos bruscos y repetitivos hasta caso en donde se compromete la conciencia del paciente. (23) Generalmente tiene una duración de 30 segundos a 2 minutos; si tiene una duración mayor a 5 minutos se llega a considerar como una urgencia. En cuanto a la etiología, puede asociarse a lesiones a nivel cerebral, cuadros de meningitis por infección, entre otras causas. Muchas veces la etiología es idiopática. Podemos clasificarlas en convulsiones de tipo focal y las de tipo generalizadas. Las focales pueden presentar pérdida de la conciencia y los pacientes muchas veces no recuerdan lo que les pasa. (24) En cuanto a las convulsiones generalizadas se tiene las crisis de ausencia, las crisis tónico clónicas generalizadas, crisis tónicas, crisis clónicas. La epilepsia se puede considerar como una alteración a nivel cerebral y la convulsión llega a ser un signo de la propia enfermedad.(25)

En el caso presente, es un paciente femenino de 13 años que ingresa con el diagnóstico de Síndrome Convulsivo, Trastorno de la Conciencia, tuvo manifestaciones de sialorrea, no fiebre. El diagnóstico definitivo fue de Convulsión generalizada idiopática debido a la ausencia de alteración en la tomografía a la espera de seguimiento por neurología.

La paciente presentó una convulsión generalizada del tipo de las tónico-clónicas si perder el conocimiento, no presentó antecedentes previos de importancia, y se descartó la posibilidad de una convulsión febril o el consumo de una sustancia nociva que pudiera haber desencadenado el cuadro.

Se le pidió un examen de imagen de tomografía cerebral para buscar alguna alteración, pero no se encontró un resultado alterado y no volvió a presentar un cuadro convulsivo durante su estancia hospitalaria. La especialidad de neurología acude a la interconsulta y decide el seguimiento de la paciente por consultorio externo.

3.4 Rotación de Medicina Interna

Caso 1:

Paciente masculino de 59 años que ingresa con diagnóstico de Lesión Infeccionada en pie izquierdo con signos de flogosis, Dolor e historia de tratamiento irregular para el antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2. Se le solicitan exámenes de laboratorio y radiografías del pie y de tórax por presentar un valor alterado en la saturación de 95%, la hemoglobina posee un rango normal de 13.1, la glucosa presenta un valor alterado de 192 mg/dl lo que demuestra el mal control de la enfermedad por el tratamiento irregular del paciente. En la radiografía del pie no se evidencia compromiso a nivel óseo y no se observan patrones de consolidación en la radiografía de tórax. El diagnóstico definitivo fue Pie Diabético estadio Wagner IV.

Tenemos un caso de pie diabético, este cuadro es una de las enfermedades más frecuentes que se presenta en paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, usualmente se asocia a pacientes que no controlan de forma correcta su enfermedad debido a irregularidades en su tratamiento. (26) Es una causa de morbilidad considerada en EEUU como una situación que abarca 2/3 de los casos de amputaciones no producidas por trauma en dicho país. (27)

Representan el 25% de los casos de pacientes diabéticos hospitalizados y según la OMS implica una de las afecciones más frecuentes en termino de años vividos con discapacidad.(28)

Con respecto a su etiología se cataloga como una neuropatía correspondiente a la misma enfermedad diabética y la condición de isquemia que se genera crónica que se desarrolla por la lesión arterial. El paciente presentó un pie diabético clasificación Wagner IV que implica una gangrena limitada al pie con afección de algunas partes dedos, plantas o talones. Actualmente se utiliza la escala de Texas para clasificar un pie diabético debido a que esta herramienta ofrece más información y con más exactitud para tener un mejor manejo de la terapéutica.

En cuanto al tratamiento consiste en las curaciones diarias para prevenir infecciones que puedan desencadenar complicaciones que tengan una inmunidad disminuida como es el caso de los pacientes con diabetes. En el caso de un estadio infectado Wagner IV el tratamiento se centraliza en curaciones, cubrir con antibióticos de amplio espectro y control de la glucemia con insulino terapia.(29)

El manejo del caso fue correcto, se cubrió con ciprofloxacino más clindamicina para MRSA empíricamente esperando los resultados del cultivo de secreciones y tejidos de la lesión. Para la analgesia se emplea Tramadol y dimenhidrinato para contrarrestar los efectos adversos. Se aplicó medida para bajar la glucosa con insulino terapia con insulina NPH en escala de corrección, además se realizaban curaciones diarias y limpieza quirúrgica al tener un pie diabético Wagner IV. También se realizó una ecografía Doppler arterial, identificando ondas bifásicas y trifásicas y con esto cirugía cardiovascular puede catalogar a este paciente como un candidato a una revascularización.

Caso 2:

La neumonía se puede definir como un cuadro inflamatorio de tipo agudo que afecta al parénquima pulmonar causado por algo viral o bacteriano. Es uno de las etiologías de mortalidad en la población de los extremos de la vida; la clínica se caracteriza por una infección tipo sistémica que se acompaña de tos productiva con secreción amarillenta o verdosa, temperatura corporal elevado, sensación de malestar, anorexia, escalofríos, sensación de falta de aire, taquicardia. En los exámenes imagenológico se presentan patrones tipo consolidación y en neumonías típicas se puede presentar patrones tipo intersticial. (30)

En cuanto al manejo se suele emplear una escala llamada CURB 65 que evalúa la severidad de la neumonía, esta escala comprende el estado de conciencia, la uremia mayor a 7 mmol/L, frecuencia respiratoria mayor a 30 por minuto y una presión arterial sistólica menor a 90mmHg o una presión diastólica menor a 60mmHg. La población etaria más afectada es las de mayor a 65 años. De acuerdo a esta escala se decide si realizar un manejo ambulatorio, hospitalario o en unidades de cuidados intensivos. (31)

Con respecto al tratamiento, se empeló un tratamiento ambulatorio con medicamentos de primera línea, amoxicilina 1gr cada 8 horas de 7 a 10 días, como alternativa se puede emplear macrólidos como la eritromicina o claritromicina. (32)

En paciente que tengan comorbilidades o patologías que comprometan el parénquima pulmonar aparte de la neumonía o consumo de sustancias nocivas se prefiere utilizar macrólidos como azitromicina, doxiciclina o la combinación de

amoxicilina más ácido clavulánico. (33)

Respecto al caso, esta paciente presenta una clínica compatible con una infección del parénquima pulmonar que afecta su capacidad respiratoria, encontrándose un patrón de consolidación en la radiografía anteroposterior de tórax y descartándose de un caso de COVID por la prueba rápida negativa. El cuadro de neumonía afecto al lóbulo superior izquierdo y se cataloga como una neumonía adquirida en la comunidad, el estreptococo pneumoniae es el causante más común en estos cuadros. Según la escala CURB 65 se indica un plan de trabajo para el paciente de manera ambulatoria. Se le indican medidas generales, reposo, hidratación, antibioticoterapia con amoxicilina y antipiréticos con ibuprofeno. (33)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médicos es una etapa sumamente importante para el interno de medicina humana porque le permite adquirir experiencia práctica y reforzar los conocimientos más importantes que fue adquiriendo durante la carrera en los años previos, facilitar la participación y promueve experiencias que pueda permitirle al interno decidir por alguna especialidad en base a sus preferencias, además los prepara para afrontar los casos más comunes e importantes que se presentan durante la labor como médico y permite adquirir experiencia en el campo intervencionista y quirúrgico. Esto será útil para su etapa posterior al interno que es el Servicio Rural y Urbano Marginal SERUMS, el cual es obligatorio para poder ejercer la especialidad posteriormente, adquiriendo la experiencia necesaria para la atención en el primer nivel de atención que se desarrollará en esta etapa.

Además, el realizar el internado en un centro de salud también es importante ya que se puede adquirir experiencia de otros casos más frecuente que no se presentan en los hospitales, de esta manera el interno se prepara para el trabajo diario que realizará en su etapa de SERUMS, además de adquirir experiencia para realizar referencias a un

establecimiento de mayor complejidad. La mayoría de pacientes que acuden a los establecimientos del ministerio de salud son de bajos recursos, debido a esta condición también el interno aprende a usar racionalmente los recursos disponibles y accesibilidad de exámenes dependiendo del establecimiento, fomentando el uso racional y solo solicitar exámenes necesarios para el adecuado manejo de cada patología que se presente. Además, se desarrolla la habilidad de comunicarte con cada paciente y llegar a explicarle los beneficios del tratamiento y la concientización del paciente, de esta manera se aumenta la empatía de los internos hacia sus pacientes formando profesionales comprometidos con la salud de la población.

En la rotación de Ginecología y Obstetricia se acudió al servicio de emergencias gineco obstétricas, donde se pudieron participar en la atención de los casos más frecuentes en esta especialidad, siendo las infecciones de transmisión sexual, síndrome de alteración nivel de ovarios y hormonales, casos de prolapso útero-vaginal, casos de miomas y la diferente aplicación de los métodos anticonceptivos, entre otros casos. Se adquirió conocimiento sobre los diferentes síndromes de flujo vaginal , síndrome dolorosos abdominales bajos, capacitación sobre prevención de enfermedades y el uso de métodos de barrera y la identificación de diferentes lesiones relacionadas a virus y bacterias que se puedan presentar en la zona genital de una paciente en ginecología, así como el manejo de cada una de ellas, la importancia del sistema POP-Q en los prolapsos genitales, diagnósticos oportunos de los diferentes síndromes y alteraciones hormonales, el manejo e intervención de las miomatosis , las técnicas de ecografía y sus diferentes tipos en la especialidad de ginecología. En el área de obstetricia se pudo realizar la evaluación básica de una gestante, midiendo la altura uterina, aprendiendo sobre las diversas maniobras como las de Leopold el uso de la ecografía Doppler, la realización de las ecografías obstétricas, se aprende sobre la dinámica uterina, los procedimientos necesarios para un trabajo de parto, la asistencia en un trabajo de parto.

En la rotación de Cirugía general, se realizó actividades en el campo de emergencias donde se pudo adquirir y reforzar los conocimientos de las diferentes suturas más importantes y más aplicadas en este campo, además de los diferentes tipos de sutura y técnicas aplicadas según el área comprometida; además se aprendió sobre la evaluación preoperatoria de un paciente programada para sala de operaciones, así como su control postoperatorio y la evolución de cada caso, una desventaja fue que no

siempre se podía asistir a procedimientos quirúrgicos en sala debido a la alta demanda de pacientes en el servicio de emergencias, sin embargo las experiencias brindadas a cada uno de los internos fue lo suficientemente satisfactoria para el aprendizaje esencial debido a la gran cantidad de cirugías programadas.

En la rotación de Pediatría se tuvo experiencia sobre los casos más frecuentes que se presentan en el área de emergencias, así como el manejo precoz e inmediato que mejoran considerablemente la expectativa de cada paciente así como evita el ingreso a hospitalización, se permitió interactuar con pacientes pediátricos adquiriendo habilidades para evaluar de forma certera, precisa y rápida a cada uno de ellos, se desarrolla la comunicación con sus apoderados y la habilidad del interno de sacar la información más precisa para el diagnóstico oportuno. Así como también se aprendió a no usar indiscriminadamente antibióticos que puedan desarrollar resistencia en la población en general. En la rotación de Neonatología se pudo aprender sobre la atención inmediata del recién nacido luego del trabajo de parto, además de la profilaxis e instrucción sobre lactancia materna a la madre. Se aprende sobre la evaluación del neonato en los días posteriores y los criterios de alta; así como las características normales de un recién nacido sano y los pesos y tallas adecuados para la edad.

Con respecto a la última rotación de Medicina Interna, se obtuvo experiencia en el área de hospitalización, adquiriendo los principios básicos del manejo de neumonías, antibioticoterapias, pie diabético, la realización de curaciones de heridas infectadas y úlceras por presión, hidratación, soporte ventilatorio, el uso de oxígeno, interpretación de diversos electrocardiogramas así como sus patrones característicos, el manejo de insuficiencias cardíacas, cirrosis alcohólicas y no alcohólicas entre otras patologías. Además, se participó en la atención de emergencias de la especialidad, teniendo amplia experiencia en el manejo de los casos más comunes como dolores abdominales, infecciones, disneas, síndromes convulsivos, patologías respiratorias, estados hiperglucémicos e hipoglucémicos; además de las indicaciones y terapéutica de emergencia para cada caso. Una desventaja fue que en el establecimiento no se contaba con exámenes de imágenes más detallados como un tomógrafo que permita manejar rápidamente a cada paciente según el diagnóstico lo requiera, motivo por el cual el manejo se enlentece un poco debido a que se tenía que esperar los exámenes de una tomografía o una resonancia que se realizaban de forma particular.

CONCLUSIONES

La experiencia del internado es una etapa que permite al estudiante de medicina desarrollar y aplicar toda la experiencia e información que recibió durante la etapa preclínica y el externado por las diferentes especialidades que corresponden en cada año de la carrera médica. A pesar del contexto problemático que resultó la pandemia por COVID 19; el interno puede afianzar conocimientos prácticos que pueden ser muy útiles para el desarrollo laboral como médicos generales y así formar profesionales preparados para atender y referir cualquier caso de ser necesario.

La rotación de Ginecología y Obstetricia fue una experiencia muy enriquecedora y muy importante, ya que estas es una de las especialidades que con más frecuencia un médico se va a encontrar en el ámbito laboral y en la etapa de SERUMS, además de ofrecer mucha práctica en el manejo de las patologías más frecuentes en el servicio de emergencia.

La rotación de Medicina interna fue una buena experiencia para el internado ya que nos permite aplicar la semiología en cada paciente, ampliando cada historia desde los antecedentes hasta el detalle minucioso del examen físico, además de aprender sobre una terapéutica integral que abarca múltiples patologías en cada paciente priorizando la solicitud de los exámenes diagnósticos según la patología lo requiera y de acuerdo al presupuesto de del establecimiento.

La rotación de Pediatría fue una experiencia muy buena que permitió el manejo de la cantidad de pacientes que usualmente se presentan en esta especialidad, aprendiendo sobre las patologías más frecuentes y el manejo de las emergencias más comunes, así como el aprendizaje y diferenciación del examen físico en un paciente pediátrico; además de las dosis por kilogramo de peso de cada caso.

La rotación de Cirugía general fue una experiencia satisfactoria que permite el aprendizaje y aplicación de diferentes tipos de suturas de acuerdo a la zona y a la necesidad de cada caso, además de permitir asistir en diversas cirugías y adquirir la experiencia del trabajo en una sala quirúrgica y también permite el manejo de diversos accidentes priorizando las patologías que son emergencias de aquellas que son posibles cirugías programadas.

El hospital San Juan de Lurigancho permitió al autor realizar de forma muy completa su etapa de internado médico ya que le dio accesibilidad a la aplicación y práctica clínica en las diferentes especialidades básicas de la carrera de medicina, además de contar con especialistas capacitados que compartieron información muy importante para el manejo de cada patología.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la etapa de internado tenga una mayor duración en cuanto a los meses, adicionando 2 meses más para que sean 12 meses, y así el estudiante de medicina puede aprender mucho más en el área práctica como primera etapa de su labor como médico.
- Se recomienda además el fomentar rotaciones externas en otros hospitales, debido que mediante esto el estudiante puede aprender los casos y manejos más frecuentes según cada población con el fin de estar preparados para todo tipo de situaciones dependiendo de la epidemiología de cada zona. Además, esto permitiría permite rescatar los mejor de cada especialidad en cada localización.
- Se recomienda al ministerio de salud, el poner más control y que sean más seguidos en cuanto a las actividades que están desempeñando cada uno de los internos en sus respectivos establecimientos ya que se podría fomentar que todos reciban una experiencia por igual sin importar la localización que hayan escogido.
- Así mismo se recomienda el control en los centros de salud para que cada uno de ellos apliquen objetivos y de esta manera cada estudiante

pueda adquirir la experiencia necesaria y la dinámica laboral en un centro de salud.

- Por último, se recomienda que en las sedes haya una mejor organización con respecto a los horarios de cada interno y del grupo en general, permitiendo así que cada interno pueda prepararse teóricamente y de esta manera ponga en práctica el conocimiento aprendido. Además de darle un pequeño tiempo también para practicar preguntas con el fin de prepararlo para el examen nacional de medicina.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Maria VS, Nancy AY, Victoria RJ, et al. Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021. Ministerio de Salud. Lima, Perú [Internet]. [citado 7 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/asis2021.pdf>
2. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro Hospital San Juan de Lurigancho HSJL. Ministerio de Salud [Internet]. [citado 7 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/institucional/presentacion.html>
3. Rodríguez DA, Cal CDL, Ossola CA, Elverdin JC. Molusco Contagioso: Actualización y Casos Clínicos. Rev Fac Odontol Univ B Aires [Internet]. 24 de noviembre de 2022 [citado 19 de mayo de 2023];37(86):67-73. Disponible en: <https://revista.odontologia.uba.ar/index.php/rfouba/article/view/134>
4. Martínez Carretero M, Villena Zálvez ME, Villena Ferrer A. Molluscum Contagiosum. Rev Clínica Med Fam [Internet]. febrero de 2009 [citado 7 de mayo de 2023];2(6):312-4. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2009000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. De Clercq E. Cidofovir for the Treatment of Molluscum Contagiosum Virus. Viruses [Internet]. 10 de noviembre de 2022 [citado 19 de mayo de 2023];14(11):2484. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9696735/>
6. Lawson ML, Szari SM, Beachkofsky TM, Hrcir DE. Heterologous effect of influenza vaccination on molluscum contagiosum infection; a case report of siblings. BMC Pediatr [Internet]. 1 de mayo de 2023 [citado 19 de mayo de 2023];23:208. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10150547/>
7. Tertipi N, Kefala V, Papageorgiou E, Rallis E. Prevalence of Common Viral Skin Infections in Beach Volleyball Athletes. Viruses [Internet]. noviembre de 2021 [citado 19 de mayo de 2023];13(11):2107. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/13/11/2107>
8. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud..pdf [Internet]. [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
9. Ngene NC. Multiple uterine perforations during manual vacuum aspiration: the need to increase the clinical awareness of attending healthcare professionals. Afr Health Sci [Internet]. 29 de abril de 2022 [citado 19 de mayo de 2023];22(1):180-2. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/224596>
10. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J, Bombin M, et al. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. diciembre de 2019 [citado 19 de mayo de 2023];84(6):460-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262019000600460&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Chakhame BM, Darj E, Mwapasa M, Kafulafula UK, Maluwa A, Odland JØ, et al. Women's perceptions of and experiences with the use of misoprostol for treatment of incomplete abortion in central Malawi: a mixed methods study. *Reprod Health* [Internet]. 2 de febrero de 2023 [citado 19 de mayo de 2023];20(1):26. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01549-w>
12. Carla J. Gargallo Puyuelo francisco Javier Aranguren y Miguel Ángel Simón Marco Emergencias en gastroenterología y hepatología: Colecistitis aguda [Internet]. www.elsevier.es. [Internet]. [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
13. Mansilla S, Cubas S, Martínez M, Almada M, Machado F, Canessa C, et al. Opciones terapéuticas para la colecistitis aguda: de las guías de Tokio 2018 a la práctica clínica. *Rev Médica Urug* [Internet]. septiembre de 2022 [citado 19 de mayo de 2023];38(3). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902022000301206&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Coto FM. Colecistitis calculosa aguda: diagnóstico y manejo. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*. 2016. Costa Rica [Internet]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc2016/rmc161s.pdf>.
15. Bustos-Guerrero AM, Guerrero-Macías SI, Manrique-Hernández EF, Gomez-Rincón GA. Severidad de la colecistitis aguda en tiempos de COVID-19: ¿mito o realidad? *Rev Colomb Cir* [Internet]. 3 de febrero de 2022 [citado 19 de mayo de 2023];37(2):206-13. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/1122>
16. Fallas González J. Fallas González Jorge. Apendicitis Aguda. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2012 Mar [cited 2023 May 08]; 29(1): 83-90. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. marzo de 2012 [citado 8 de mayo de 2023];29(1):83-90. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152012000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
17. Tamara-López JA, Prieto JT, Sierra-Peña AF, Fernández-Ávila DGFÁ. Apendicitis aguda durante la pandemia de COVID-19: experiencia en un centro de alta complejidad en Boyacá, Colombia. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 1 de enero de 2023 [citado 19 de mayo de 2023];38(1):101-7. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2199>
18. Rafael P M, Quispe R K, Pantoja S LR, Rafael P M, Quispe R K, Pantoja S LR. Rafael P Merylin, Quispe R Kathya, Pantoja S Lilian R. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2022 Jul [citado 2023 Mayo 08]; 22(3): 463-470. *Rev Fac Med Humana* [Internet]. julio de 2022 [citado 8 de mayo de 2023];22(3):463-70. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312022000300463&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Wagner M, Tubre DJ, Asensio JA. Wagner M, Tubre DJ, Asensio JA. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. *Surg Clin North Am*.

- octubre de 2018;98(5):1005-23. Surg Clin North Am. octubre de 2018;98(5):1005-23.
20. Ofiaeli OC, Ndukwu CI, Ugwu NO, Nnamani KO, Ebenebe JC, Egbuonu I. Exercise Induced Bronchospasm and associated factors in primary school children: a cross-sectional study. BMC Pediatr [Internet]. 3 de abril de 2023 [citado 19 de mayo de 2023];23:153. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10069093/>
 21. Pérez Suárez E, Paniagua Calzón N, Pavlovic Nestic S, Claret Teruel G, Lera Carvallo E. Impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en las exacerbaciones asmática en urgencias pediátricas en España. An Pediatr [Internet]. 1 de mayo de 2023 [citado 19 de mayo de 2023];98(5):384-7. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-impacto-pandemia-sars-cov-2-exacerbaciones-asmatica-articulo-S1695403323000115>
 22. Herrera-García JC, Arellano-Montellano E, Paulin-Prado P, Hernández-Zenteno R, Ramírez-Venegas A, Caballero-López CG, et al. Herrera-García JC, Arellano-Montellano EI, Paulin-Prado P, Hernández-Zenteno R, Ramírez-Venegas A, Caballero-López CG et al . Crisis asmática grave asociada con infección viral. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2023 Mayo 08]; 33(2): 159-167. Med Interna México [Internet]. abril de 2017 [citado 8 de mayo de 2023];33(2):159-67. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0186-48662017000200159&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 23. Herrera M, Escalaya A, Suller-Marti A, Vasquez MA, Toro J, Burneo JG, et al. Herrera Manuel, Escalaya Alejandro, Suller-Marti Ana, Vasquez Marco A, Toro Juan, Burneo Jorge G. Evaluación y manejo de primera crisis epiléptica. Rev Med Hered [Internet]. 2020 Oct [citado 2023 Mayo 08]; 31(4): 274-282. Rev Medica Hered [Internet]. octubre de 2020 [citado 8 de mayo de 2023];31(4):274-82. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2020000400274&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 24. Krögh-Orellana E, Urzúa-Álvarez C, Labbé-Atenas T, Leal JR, Krögh-Orellana E, Urzúa-Álvarez C, et al. Krögh-Orellana Emma, Urzúa-Álvarez Camilo, Labbé-Atenas Tomás, Leal Juvenal Ríos. Autoinmunidad, Convulsiones y Epilepsia: Breve revisión sistemática. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2021 Mar [citado 2023 Mayo 08]; 59(1): 56-65. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. marzo de 2021 [citado 8 de mayo de 2023];59(1):56-65. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272021000100056&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 25. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Preguntas comunes sobre la epilepsia | CDC; 23 de marzo de 2021 [consultado el 14 de abril de 2023]. [Internet]. 2019 [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/epilepsy/spanish/basicos/preguntas-comunes.html>
 26. Ramsey SD, Newton K, Blough D, McCulloch DK, Sandhu N, Reiber GE, et al. Ramsey SD, Newton K, Blough D, McCulloch DK, Sandhu N, Reiber GE, et al. Incidence, outcomes, and cost of foot ulcers in patients with diabetes. Diabetes Care [Internet]. 1999 [citado el 15 de abril de 2023];22(3):382– 7. Diabetes Care.

marzo de 1999;22(3):382-7.

27. Statistics about diabetes [Internet]. Diabetes.org. [citado el 15 de abril de 2023]. [Internet]. [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://diabetes.org/about-us/statistics/about-diabetes>
28. Zhang Y, Lazzarini PA, McPhail SM, van Netten JJ, Armstrong DG, Pacella RE. Zhang Y, Lazzarini PA, McPhail SM, van Netten JJ, Armstrong DG, Pacella RE. Global disability burdens of diabetes-related lower-extremity complications in 1990 and 2016. Diabetes Care [Internet]. 2020. Diabetes Care. mayo de 2020;43(5):964-74.
29. Lavery LA, Armstrong DG, Harkless LB. Lavery LA, Armstrong DG, Harkless LB. Classification of diabetic foot wounds. J Foot Ankle Surg [Internet]. 1996. J Foot Ankle Surg Off Publ Am Coll Foot Ankle Surg. 1996;35(6):528-31.
30. 2418.pdf [Internet]. [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2418.pdf>
31. Lado L, L F. Lado Lado F. L.. Neumonía adquirida en la comunidad. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2002 Dic [citado 2023 Mayo 08]; 19(12): 9-11. An Med Interna [Internet]. diciembre de 2002 [citado 8 de mayo de 2023];19(12):9-11. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-71992002001200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Cermeño J, Cermeño J, Padrino M, Rivero L. Cermeño Julmery, Cermeño Julman, Padrino Marjorie, Rivero Leonela. Etiología de las neumonías adquiridas en la comunidad en pacientes hospitalizados en centros de salud de Ciudad Bolívar, Venezuela. Saber [Internet]. 2015 Jun [citado 2023 Mayo 08]; 27(2): 276-285. Saber [Internet]. junio de 2015 [citado 8 de mayo de 2023];27(2):276-85. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1315-01622015000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. León-Chahua C, Oscanoa-Espinoza T, Chávez-Gutiérrez C, Chávez-Gutiérrez J. León-Chahua César, Oscanoa-Espinoza Teodoro, Chávez-Gutiérrez Cynthia, Chávez-Gutiérrez José. Características epidemiológicas de la neumonía intrahospitalaria en un servicio de medicina interna del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, Perú. Horiz. Med. [Internet]. 2016 Jul [citado 2023 Mayo 08]; 16(3): 43-49. Horiz Méd Lima [Internet]. julio de 2016 [citado 8 de mayo de 2023];16(3):43-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2016000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es