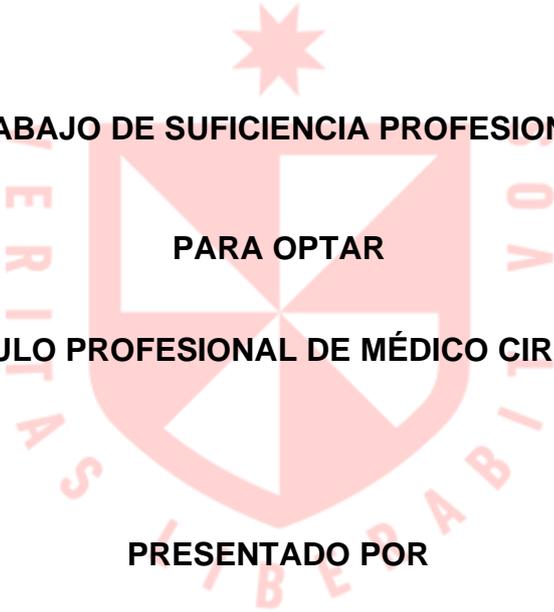


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ Y EL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO BAJO
2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR**



LUIS ARTURO GALINDO MEJIA

ASESORA

SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ Y EL CENTRO DE SALUD
ERMITAÑO BAJO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
LUIS ARTURO GALINDO MEJIA**

**ASESOR
MC SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA**

LIMA-PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE

DEDICATORIA

A mis padres Edelmira Norma Mejía Izarra y Juan Francisco Galindo Huayanca, quienes me alentaron en cada momento de inicio a fin en la carrera.

A mi hermano, Juan Carlos Galindo Mejía, quien siempre me mostró su apoyo incondicional.

A mi familia, que siempre apoyaron este sueño y me ayudaron a no rendirme.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| CARÁTULA | i |
| JURADO | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| ÍNDICE | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL | 3 |
| 1.2 Rotación en Cirugía General | 3 |
| 1.2 Rotación en Ginecología y obstetricia | 5 |
| 1.3 Rotación en Medicina Interna | 7 |
| 1.4 Rotación en Pediatría | 9 |
| | |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 12 |
| | |
| CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL | 13 |
| 3.1 Rotación en Cirugía General | 13 |
| 3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia | 15 |
| 3.3 Rotación en Medicina Interna | 17 |
| 3.4 Rotación en Pediatría | 19 |
| | |
| CAPÍTULO IV. ANÁLISIS REFLEXIVO DE LA EXPERIENCIA | 22 |
| | |
| CONCLUSIONES | 24 |
| RECOMENDACIONES | 26 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 27 |
| ANEXOS | 1 |

RESUMEN

El internado médico es un periodo de formación en el cual el estudiante de medicina en su último año de formación realiza prácticas profesionales en hospital o en un establecimiento del primer nivel de atención bajo la supervisión de médicos experimentados con el objetivo de desarrollar habilidades como su criterio diagnóstico y trabajo en equipo. El internado médico tuvo una duración de 10 meses desde el 1 de abril del año 2023 y culminó el 31 de enero de 2024. Dentro del ámbito hospitalario se dividió en 4 rotaciones las cuales fueron Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna. Así mismo también se llevó parte del internado en el establecimiento de primer nivel de atención. **Objetivo:** Describir el desarrollo del internado médico comprendido en el periodo abril 2023 a enero 2024. Detallar la trayectoria profesional y aplicación de los conocimientos aprendidos. **Metodología:** Se narraron las vivencias del periodo de internado médico llevado a cabo en el Hospital Nacional Carlos Lanfranco Lahoz y el Centro de Salud 1-III Ermitaño, además se expusieron los casos clínicos observados durante el desarrollo de esta etapa. **Conclusiones:** El internado representa una fase fundamental en la preparación del futuro médico, brindándole una formación más sólida para abordar la atención médica en beneficio de la salud de sus pacientes.

Palabras clave: Internado médico hospitalario, primer nivel de atención, prácticas profesionales, periodo de formación.

ABSTRACT

The medical internship is a training period in which the medical student in his last year of training carries out professional practices in a hospital or in a primary care establishment under the supervision of experienced doctors with the aim of developing skills as his criterion. diagnosis and teamwork. The medical internship lasted 10 months from April 1, 2023, ending on January 31, 2024. Within the hospital setting, It was structured into four rotations, comprising general surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics, and internal medicine. Additionally, a portion of the internship was conducted at first-level care establishments. **Objective:** Describe the development of the medical internship included in the period April 2023 to January 2024. Detail the professional career and application of the knowledge learned. **Methodology:** the experiences gained during the medical internship at Carlos Lanfranco Lahoz National Hospital and the 1-III Ermitaño Bajo Health Center, along with an overview of the clinical cases encountered throughout the internship period. **Conclusions:** The internship is the most important period in the training of the future doctor, thus receiving better training to deal with medical care for the benefit of the health of their patients. **Keywords:** hospital medical internship, first level of care, professional practices, training period.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HO
Z**

AUTOR

LUIS ARTURO GALINDO MEJIA

RECUENTO DE PALABRAS

8294 Words

RECUENTO DE CARACTERES

48392 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

41 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

663.7KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 15, 2024 10:16 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 15, 2024 10:17 AM GMT-5

● **17% de similitud general**

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



DRA. SHIRLEY ROSSMERY QUISPE PANTA
Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9170-2805>
DNI: 45253636

INTRODUCCIÓN

El internado es la etapa en la cual Los estudiantes de Medicina Humana al completar sus estudios teóricos y prácticos ponen a prueba sus conocimientos y habilidades en la experiencia médica rutinaria que se pueda dar en el ámbito hospitalario y/o primer nivel de atención.

Durante esta etapa los estudiantes de medicina de último año tienen la oportunidad de trabajar directamente con personal de salud mejorando así sus habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

De esta forma tienen la posibilidad de acercarse a pacientes y sus enfermedades para así apreciar la evolución de las patologías que los aquejan. Pueden adquirir, durante su formación, experiencias y conocimientos que los ayudan en la atención de calidad a los pacientes, criterios diagnósticos y tratamientos basadas en evidencia científica, así mismo reforzar el trabajo de equipo con todo el personal de salud.

Contando así con profesionales experimentados que puedan facilitar información y orientación a los internos de medicina con la finalidad de que ellos puedan formar sus propias experiencias y conocimientos logrando así tener una mejor comprensión de la práctica médica en nuestro país y del funcionamiento de su sistema de salud.

El internado médico en contexto de la pandemia COVID-19 sufrió una serie de cambios como el aumento en uso de equipos de protección personal para así disminuir la cantidad de contagios, modificándose horarios y/o la reducción del tiempo de 12 meses a 10 e implementando la rotación por el primer nivel de atención, entre muchos otros cambios que afectaron tanto al personal de salud como a los internos de medicina.

A pesar de las dificultades que se tuvieron con respecto a la pandemia de COVID-19, sigue siendo una gran oportunidad para obtener conocimientos, experiencias, habilidades de las diferentes especialidades por las cuales puede ser parte el estudiante de medicina.

En el presente trabajo de suficiencia profesional, se detallarán 8 casos clínicos correspondientes a patologías comunes observadas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y en el Centro de Salud Ermitaño Bajo a lo largo del internado médico hospitalario en el año 2023.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.2 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente varón de 30 años acude al servicio de cirugía por experimentar un dolor abdominal de tipo cólico, con una intensidad de 7 sobre 10, que comenzó hace 36 horas localizándose por epigastrio y fue migrando a la fosa iliaca derecha, menciona disminución del apetito, también manifiesta tres vómitos de contenido alimenticio; menciona sensación de alza térmica no cuantificada, además, refiere tomar dos tabletas de escopolamina las cuales no disminuyeron el dolor por lo que acude a urgencias del establecimiento; niega molestias urinarias.

Niega antecedentes quirúrgicos ni médicos, niega alergias.

Examen físico

Funciones vitales: FC: 90, FR: 22, PA: 110/60 mmHg, temperatura: 39 °C, Sat: 99 %, talla 160 cm y peso 68 kilos.

Piel y faneras: Sin alteraciones.

Tórax y pulmones: No se observan tirajes, a la auscultación murmullo vesicular adecuado en ambos hemitórax, no rales.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad, no soplos.

Abdomen: No se observa distensión, ruidos hidroaéreos audibles, blando depresible, dolor en fosa iliaca derecha a la palpación superficial y profunda, Mc Burney positivo, Rovsing positivo, no signos peritoneales.

Sistema Nervioso Central: Despierto, LOTEP, EG: 15 puntos.

Impresión diagnóstica

Síndrome doloroso abdominal

Abdomen Agudo Quirúrgico

Se debe descartar apendicitis aguda

Exámenes auxiliares

Se le solicita:

COVID-19: negativa.

Hemograma: leucocitos de 20, 200, segmentados 95 %, hemoglobina 13

Examen de orina: dentro de los parámetros normales

Ecografía abdominal: se observa apéndice 9.1 cm de diámetro, con pared engrosada en 4.4 cm; sugestivo de proceso apendicular.

Plan de trabajo

1. NPO.
2. NaCl al 0.9 % 1000 cc + Dextrosa al 5 % 1000 + NaCl 20 % 2 amp + KCl 20 % 1 amp Endovenoso.
3. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas.
4. Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas.
5. Control de las funciones vitales cada 8 horas.
6. Programación a SOP según respuesta de interconsulta.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Una mujer de 25 años llega a la sala de emergencias de cirugía general con un dolor abdominal tipo cólico que ha estado experimentando durante aproximadamente 4 horas, con una intensidad de 9 sobre 10 en hipocondrio derecho, irradiado a región lumbar, se exacerbó con el consumo de alimentos grasos. Refiere episodios similares hace 2 meses.

Refiere apendicetomía a los 17 años, no refiere antecedentes médicos ni alergias

Examen físico

Funciones vitales: FC: 80, FR: 18 Sat: 99 % al Fio 21, PA: 110/70mmhg.

Piel y faneras: Sin alteraciones

Tórax y pulmones: No se observan tirajes, a la auscultación murmullo vesicular adecuado en ambos hemitórax, no rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: No distendido, borborigmos conservados, consistencia blanda y depresible, dolor en hipocondrio derecho a la palpación superficial y profunda. Sin signos de irritación peritoneal, Murphy positivo.

Sistema nervioso central: Despierto, orientada en tiempo, espacio y persona, obedece órdenes.

Impresión diagnóstica

Colecistitis aguda calculosa.

Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos 19000, segmentados 80%, hemoglobina 10, PCR 14

Prueba covid-19: negativo

Beta HCG cuantitativa: negativo

Examen de orina: dentro de los parámetros de normalidad

Ecografía abdominal: vesícula biliar presencia de múltiples litos +/- 5mm, paredes engrosadas +/- 5mm, edema en pared, signo de Murphy ecográfico.

Plan de trabajo

1. NPO.
2. Vía salina.
3. Cefazolina 2gr ev. presop.
4. Control de funciones vitales.
5. Se hospitaliza, programación para SOP.

1.2 Rotación en Ginecología y obstetricia

Cso clínico n.º 3

Anamnesis

Mujer de 20 años es admitida en la emergencia de ginecoobstetricia después de haber estado enferma durante 8 días. Caracterizado por prurito palmo plantar a predominio nocturno motivo por el cual no puede conciliar el sueño. La paciente niega perdida de líquido, sangrado vaginal, cefalea, escotomas, y perdida de la consciencia. Percibe movimientos fetales.

No refiere antecedentes médicos, quirúrgicos ni alergias medicamentosas.

Formula obstétrica: G1P0000

Edad gestacional por ecografía del primer trimestre 28 semanas

Examen físico

Funciones vitales: FC: 80, FR:19, Sat: 99 % al fio 21 PA: 120/70 mmHg.

Piel y faneras: Sin alteraciones

Tórax y pulmones: No se observan tirajes, a la auscultación murmullo vesicular adecuado en ambos hemitórax, no rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos

Abdomen: Blando, depresible, borborigmos presentes. Útero grávido de 31 cm

Sin dinámica uterina, se palpan movimientos fetales. SPP: Longitudinal cefálico derecho. Latidos cardíacos fetales: 138.

Sistema Nervioso Central: Despierta, sigue ordenes, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

Primigesta de 28 semanas por ecografía del primer trimestre, no trabajo de parto.

Colestasis intrahepática

Exámenes auxiliares

Hb: 13.2 gr/dL, Leucocitos 9800, Plaquetas 290000 G Y F: O positivo

Perfil hepático: TGO 49 U/L, TGP 66 U/L, BT: 0.9 mg/dL BI: 0,8 mg/dL BD: 0,4 mg/dL

Tacto vaginal: Cérvix duro, posterior orificio cervical cerrado. Pelvis ginecoide.

Ecografía obstétrica: PBF: 8 sobre 8. Gestación única 29 semanas.

Plan de trabajo

1. Hospitalización en ARO.
2. Dosaje de ácidos biliares en sangre.
3. Ácido ursodeursodesoxicólico 300mg vía oral cada 8 horas.
4. Clorfenamina 4 mg amp EV c/12.
- 5) Monitoreo estricto y observar signos de alarma.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente femenina de 68 años con tiempo de enfermedad +/- 6 meses caracterizado por sensación de bulto que protruye por la vagina al realizar esfuerzos, dicho síntoma se agrava y actualmente se agrega incontinencia urinaria.

Formula gestacional: G6p6006

Antecedentes médicos: hipertensión arterial, diabetes *mellitus*.

Antecedentes quirúrgicos: niega antecedentes.

Alergias: niega.

Examen físico

Funciones vitales: FC: 65, FR:14, Sat: 99% al fio 21 PA: 100/60 Peso: 80 Talla: 1.60

Piel y faneras: Sin alteraciones.

Tórax y pulmones: No se observan tirajes, a la auscultación murmullo vesicular adecuado en ambos hemitórax, no rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: Se aprecia un abdomen globuloso por abundante panículo adiposo, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profundo, no signos peritoneales.

Se observa prolapso vaginal por debajo del himen llegando a alcanzar 3 cm con la maniobra de Valsalva.

Tacto vaginal: Cuello uterino blando, largo, posterior, Orificio cervical externo: cerrado.

Sistema Nervioso Central: despierta, obedece ordenes simples, EG:15 puntos.

Impresión diagnóstica

Prolapso de órgano pélvico

Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos: 9000, Hemoglobina 12.5 Plaquetas: 350 000

Examen de orina: dentro de los parámetros de normalidad

Ecografía: útero en anteversoflexion con 8 cm de longitudinal, transversal 5 cm, endometrio dentro de los parámetros normales; ovario derecho e izquierdo con parámetros normales.

Plan de trabajo

1. Se hospitaliza a la paciente.
2. NPO.
4. Vía salinizada.
5. Cefazolina 2g ev.
6. Se programa a SOP.

1.3 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 5

Anamnesis

Mujer de 21 años con una enfermedad de aproximadamente 2 días caracterizado por polaquiuria, poliuria, ardor al orinar, fiebre cuantificada en 38.9 centígrados y malestar general.

Antecedentes quirúrgicos: niega

Antecedentes médicos: niega

Alergias: niega

Examen físico

Funciones vitales: FC: 95, FR: 21, temperatura: 39.5 °C, Sat: 99 %, talla 170 cm y peso 71 kg.

Tórax y pulmones: No se observan tirajes, a la auscultación murmullo vesicular adecuado en ambos hemitórax, no rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Urogenital: PPL bilateral positivos, PRU positivos.

Sistema Nervioso Central: Despierta, sigue ordenes, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

Infección urinaria

Exámenes auxiliares

Hemograma hemoglobina 13.5, leucocitos 16000, plaquetas 320000

Examen de orina: leucocitos 70-100 x campo, hematíes 1-2 por campo, gérmenes abundantes.

Plan de trabajo:

1. Manejo ambulatorio.
2. Se solicita urocultivo.
3. Fenazopiridina 100 mg VO c/8 horas durante 3 días.
4. Nitrofurantoina 100 mg VO c/12 horas durante 7 días.
5. Se explica medidas de prevención de infección urinaria.
6. Control con resultado.

Caso clínico n.º 6

Anamnesis

Varón 28 años con enfermedad de 1 día con sintomatología de disnea, tos, movilización de secreciones, sensación de alza térmica, malestar general. Estos síntomas se fueron exacerbando motivo por el cual el paciente es traído a emergencia por sus familiares.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 98, FR: 24, temperatura: 39 °C, Sat: 95%, talla 170 cm y peso 84 kg.

Piel y faneras: Sin alteraciones.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular adecuado, se ausculta crépitos y subcrepitos en base.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Sistema Nervioso Central: Despierto, Sigue ordenes, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

Neumonía adquirida en la comunidad

Exámenes auxiliares

Hemograma: Hemoglobina 13.2, leucocitos 22000, plaquetas 290 000

PCR: 10

Examen de orina: Leucocitos 0-3 por campo, no presencia de hematíes, no presencia de gérmenes.

Radiografía de tórax: Signos de consolidación en base de pulmón derecho y en pulmón izquierdo.

Plan de trabajo

1. NPO.
2. NaCl 0.9% 1000 cc+ dextrosa al 5 % 1000+ NaCl 20% 2amp + KCl 20% 1amp endovenoso.
3. Ceftriaxona 2g Ev c/24 horas.
4. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas.
5. Control de funciones vitales c/8horas.
6. Oxigeno si saturación cae por debajo de 92%.
7. Pasa a hospitalización.

1.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 7

Anamnesis

Paciente femenino de 9 meses es traído por su madre quien refiere tiempo de enfermedad +/- 1 día caracterizado por lesiones eritematosas en el área del pañal. Niega fiebre, niega vomito, niega convulsión o desvanecimiento.

Examen físico

Funciones vitales: FC: 101, FR: 25, temperatura: 37 °C, Sat al fio 21: 99 %.

Piel y faneras: Tibia hidratada elástica, llenado capilar menor de 2 centímetros.

Presencia de eritema en glúteos, genitales y región del muslo posterior, pliegues cutáneos no afectados, no descamación.

Tórax y pulmones: Sin alteraciones.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Sistema Nervioso Central: Despierto orientada en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

Dermatitis irritativa del pañal

Plan de trabajo

1. Hidrocortisona 1% en crema aplicar una vez por noche en capa fina durante 5 días.
2. Evitar el uso de talco y/o maicena.
3. Evitar el uso de jabones fuertes e irritantes, cambio frecuente de pañal.
4. Al limpiar evitar el uso de paños para bebés y solo usar agua tibia durante la higiene.
5. Control en 7 días para evaluar resolución o mejoría del cuadro.

Caso clínico n.º 8

Anamnesis

Un niño menor de 9 años es llevado por su madre, quien menciona que ha estado enfermo durante aproximadamente 2 días, presentando los siguientes síntomas: fiebre 39 C, ausencia de tos, malestar general, náuseas y vómitos. Ante persistencia de los síntomas acuden al hospital.

La madre no refiere antecedentes médicos, quirúrgicos ni alérgicos.

Examen físico

Funciones vitales: FC: 90, FR: 21, temperatura: 39°C, SpO2: 99% al fio 21

Piel y faneras: Sin alteraciones.

Tórax y pulmones: A la inspección tórax simétrico, murmullo vesicular pasa por ambos hemitórax, no rales.

Orofaringe: Eritema de amígdalas y faringe y presencia de exudado blanquecino en amígdalas.

Zona cervical: Se palpan adenopatías cervicales, móviles, blandas, no adheridas a plano superficial.

Cardiovascular: A la auscultación ruidos cardiacos, no soplos.

Sistema Nervioso Central: Despierto y alerta, sigue indicaciones, orientado en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

Faringoamigdalitis de posible causa bacteriana

Plan de trabajo

1. Manejo ambulatorio.
2. Metamizol 11.5 ml VO STAT.
3. Medios físicos para la fiebre.
4. Continuar con dieta completa.
5. Ibuprofeno 11.5 ml VO c/8 horas por 3 días.
6. Penicilina Benzatina 600.000 UI IM Dosis Única.
7. Explicar signos de alarma a los padres.
8. Control en 7 días para evaluación de resolución.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, de Categoría II-2. Considerado hospital referencial dentro de la Diris Lima-Norte. Recibe pacientes de otros centros de salud que pertenecen a la misma jurisdicción.

Está ubicado en avenida Sáenz Peña cuadra 6, Puente Piedra, Lima Perú. Cuenta con un área de terreno de 11 504.48 m² los cuales se distribuyen en diferentes bloques como emergencia, UCI, Hospitalización, Consultorios externos, Sala de operaciones, imágenes, laboratorio, farmacia y área administrativa. Para así brindar atención a más de 500 000 habitantes de Puente piedra y población aledaña (1).

El hospital Carlos Lanfranco La hoz fue inaugurada en 1971 como un puesto de salud iniciando con especialidades como Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Odontología para brindar la atención de salud a aproximadamente 35 000 habitantes. Ante la demanda de pacientes debido al fenómeno migratorio en los últimos 20 años se generó un aumento en la población. Gracias también a su ubicación estratégica cercana a la Panamericano norte, se convirtió en vía de gran magnitud, por estos motivos ante la mayor demanda fue reinaugurado a como hospital centro materno infantil y finalmente hoy es un hospital (2).

El internado medico empezó el 1 de abril 2023 al 31 de enero 2024. Desarrollándose aun con muchos lineamientos que se adquirieron en la pandemia del COVID-19 en el país. Con el tiempo, estas medidas que fueron instauradas para prevenir el contagio al personal y estos pacientes fueron disminuyendo debido a la disminución de los casos de dicha enfermedad. Volviendo así a brindar atención a los pacientes como en la época prepandemia por lo que se pudo realizar con normalidad.

El centro de salud Ermitaño Bajo es I-3 ubicado en independencia avenida Los Pinos 178 pertenece a la red Lima Norte. Brinda atención dedicada a la salud familiar y comunitaria.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

La apendicitis aguda representa la causa más común de cirugía de emergencia, afectando hasta el 8 % de la población en algún momento de sus vidas. La detección temprana de esta afección es crucial, ya que cualquier demora en el diagnóstico puede aumentar significativamente los riesgos para la salud del paciente. Para mejorar la precisión del diagnóstico, se han desarrollado varios métodos de evaluación, incluidos varios sistemas de puntuación como la escala de Alvarado y sus modificaciones, el score de Respuesta Inflamatoria a la Apendicitis (AIR) y el score Ripasa (3).

La escala de Alvarado, introducida en 1986, es ampliamente reconocida y frecuentemente empleada a nivel nacional. Esta escala se basa en una combinación de tres síntomas, tres signos físicos y dos resultados de laboratorio, por lo que el diagnóstico de apendicitis aguda se apoya principalmente en la evaluación clínica. Los síntomas incluyen migración del dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos; los signos físicos comprenden dolor en la fosa iliaca derecha, signo de rebote y fiebre; y los resultados de laboratorio relevantes son un conteo de leucocitos superior a 10 000 células/mm³ y desviación a la izquierda de la fórmula leucocitaria (4).

En la práctica hospitalaria, es común diferenciar la apendicitis aguda de otras condiciones que presentan síntomas similares, como la gastroenteritis, las infecciones urinarias, los cólicos renales y diversas afecciones ginecológicas. Cada una de estas condiciones tiene características distintivas que ayudan a diferenciarlas de la apendicitis aguda (5).

En el caso específico mencionado, fue revisada por un cirujano quien decidió una apendicetomía laparoscópica, durante la cual se halló un apéndice inflamado y supurado, de base friable y solo una pequeña cantidad de líquido inflamatorio en el área afectada. La intervención quirúrgica se llevó a cabo sin secuelas quirúrgicas, y el paciente fue dado de alta después de pasar un día en observación hospitalaria.

Caso clínico n.º 2

La colecistitis aguda es causada principalmente por cálculos biliares los cuales provocan una inflamación de la vesícula la cual puede provocar un cuadro doloroso abdominal a nivel del cuadrante superior derecho o en epigastrio, de tipo cólico, constante y severo, puede estar acompañada de leucocitosis, fiebre, náuseas, vómito y anorexia. Usualmente inician con los síntomas posteriores a la ingesta de alimentos grasos (6).

Siendo la principal complicación más frecuente de los cálculos biliares aún más cuando los cálculos biliares son sintomáticos (7).

El principal motivo de la colecistitis aguda se da por la obstrucción del conducto cístico provocado por el cálculo, pero, se cree que necesita de más factores para hacer la enfermedad como un irritante para poder desarrollar la inflamación el cual podría ser la liso lecitina. Esta enzima se puede producir después de que la vesícula reciba una noxa, probablemente a causa del cálculo.8 los mediadores inflamatorios terminan propagando aún más la inflamación. Como así también la posible infección de la bilis por *Escherichia coli*, *enterococcus*, *klebsiella* y *enterobacter* dentro del sistema biliar. (8)

Las prostaglandinas actúan en la contracción Ya que los inhibidores de la prostaglandina reducen la presión intraluminal, de esta manera podría aliviar parcialmente los cólicos producidos por la colecistitis aguda (9, 10).

Podemos encontrar cambios histológicos en la vesícula como edema inflamación, necrosis y gangrena

A la evaluación podemos encontrarlos con un aparente mal estado general, con presencia de fiebre, taquicardia y usualmente se encuentran inmóviles a causa del dolor que puede llegar a ser incapacitante. A la evaluación abdominal podríamos encontrar el signo de Murphy positivo, el cual no es muy específico, pero, tiene una alta sensibilidad la cual puede disminuir con los adultos mayores,

En cuanto a las complicaciones podríamos tener signos de sepsis, signos de irritación peritoneal o de obstrucción intestinal. (11) (12)

A nivel laboratorial podemos encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda, aumento en las concentraciones séricas de las bilirrubinas, aumento de las aminotransferasas e amilasa. (13)

ecográficamente nos podemos ayudar con un engrosamiento en la pared vesicular en más de 4 a 5 mm, líquido pericolecístico, edema o el signo ecográfico de Murphy o podría verse gas vesicular que se podría traducir como aire en la pared vesicular típico de colecistitis enfisematosa. (14) (15)

3.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 3

La colestasis intrahepática es una enfermedad exclusiva del embarazo con una incidencia entre 1% hasta casi 28% a nivel mundial, presentándose así de manera frecuente dentro de algunas poblaciones como los indios de Arauca en Chile. (16)

Con mayor frecuencia se presenta en los meses de invierno y está fuertemente asociado a un factor de riesgo hereditario, o la recurrencia de esta en una siguiente gestación es un factor de riesgo fuerte, así como gestación múltiple, padecer de hepatitis C, edad materna avanzada. Por lo que se piensa que la suma de la carga genética, factores hormonales y ambientales podría causar la enfermedad.

El gen ABCB4 codifica la proteína MDR3 que se encuentra en el subtipo de colestasis intrahepática familiar PFIC3. También se vieron implicados otros genes como el ABCB11, ATP8B1, ABCC2, NR1H4. (17)

Se relaciona con el estrógeno debido a su aumento en la segunda mitad del embarazo, así mismo se relaciona con los embarazos múltiples al mantener una relación más elevada de los estrógenos, y termina por resolverse el problema al expulsar la placenta, que es la mayor productora de estrógenos en el segundo y tercer trimestre. (18) (19)

Un aumento de la progesterona podría causar una saturación del transporte hepático así produciendo la estasis.^{30 31} Por otro lado la progesterona puede activar el TGR5 de ese modo ser la causa de prurito. (19)

La clínica suele comenzar con el prurito a predominio palmo plantar y este mismo puede variar de intensidad desde leve a intolerable que incrementa al caer el día, puede también estar asociado a dolor en el cuadrante superior derecho, presentar náuseas, inapetencia, falta de sueño o esteatorrea. (20)

En el examen físico podemos ver escoriaciones autoinfligidas producto del prurito que pueden presentar estos pacientes. También se puede apreciar ictericia en algunos pacientes. (21)

El hallazgo clave de laboratorio será el aumento de los ácidos biliares totales también se puede hallar aminotransferasas aumentadas, fosfatasa alcalina. Se debe sospechar de cualquier embarazada sobre todo si es en el segundo o tercer trimestre que presenten un prurito que no podamos relacionar a cualquier otra enfermedad. Teniendo en cuenta niveles de ácido biliar total elevados.

Los ácidos biliares pueden pasar la barrera placentaria acumulándose así en el feto y pudiendo provocar prematuridad, meconio, muerte neonatal. (22)

Caso clínico n.º 4

El prolapso de órgano pélvico se define como la herniación de los órganos pélvicos que protruyen por las paredes vaginales. Podemos encontrar el prolapso de la pared anterior atribuida a la vejiga (cistocele), prolapso de la pared posterior usualmente atribuido al descenso del recto (recto cele), la pared apical atribuidas a la caída del útero, o bóveda vaginal, o también el conocido entero cele siendo así la hernia de los intestinos. Todos debido a la topografía de vaginal (23) aun así el prolapso de un compartimiento se asocia al prolapso de otro.

El principal apoyo de los órganos pélvicos se da entre el musculo elevador del ano y su subdivisión en pubococcigeo, puborrectal e ileococcigeo quienes mantienen una base firme y elástica, asociada a ellos podemos encontrar ligamentos como el uterosacro y el cardinal quienes también proporcionaran estabilidad (24).

Los factores de riesgo son importantes para el prolapso de órgano pélvico los cuales son la paridad, edad avanzada obesidad entre otros (25).

El riesgo de la paridad se atribuye al embarazo y al parto, pues puede dejar una lesión a nivel del musculo elevador del ano o en nervios locales, pudiendo ser responsable de una debilidad anatómica (26).

Las consultas por prolapso de órgano pélvico ocurren con mayor frecuencia en el grupo población de edad avanzada teniendo el mayor número de consultas entre las mujeres de 60 y 70 años (27).

En el soporte pélvico se encuentran receptores de estrógenos provocando así con la llegada de la menopausia concentraciones bajas en comparación con las que no padecen de dicha enfermedad como la obesidad por aumento de presión (28)(29).

Se sugiere que las mujeres afroamericanas sufren en menor medida de esta enfermedad a comparación de los otros grupos étnicos

Tanto el estreñimiento crónico como algunos problemas respiratorios podrían influenciar en el aumento de riesgo del prolapso de órgano pélvico debido a aumento repetitivo de la presión intraabdominal (30).

Dentro de las manifestaciones clínicas la más característica es la sensación de bulto o presión en la vagina y asociada a esta se puede presentar incontinencia urinaria, defecatoria o sexual (31).

3.3 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 5

Las infecciones del tracto urinario es una causa habitual de la consulta médica siendo las mujeres el grupo poblacional con mayor riesgo de sufrir de esta enfermedad, a lo largo de su vida el 50% de las mujeres padecerá al menos una vez una infección urinaria (32).

Es comúnmente clasificada en bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis y comúnmente es colonizada por los gérmenes que forman parte de la flora gastrointestinal o vaginal, pudiendo ascender a través de la uretra por la vía ascendente (33).

Ante una sospecha clínica y la confirmación con los exámenes de laboratorio como el examen de orina con piuria, nitritos, u otros marcadores se inicia el tratamiento antibiótico empírico mientras se espera el cultivo (34).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la cistitis incluyen disuria, aumento de la frecuencia urinaria, dolor en la región púbica, en algunos casos se puede llegar a apreciar hematuria (35).

Para la pielonefritis la clínica característica es fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, malestar general entre otros. También podemos encontrar puño percusión lateral.

La *Escherichia coli* es el patógeno más frecuente de las infecciones de tracto urinario, también podemos encontrar *klebsiella*, *proteus*, *pseudomonas*, *enterococos* etc. (36).

La complicación de una infección de tracto urinario aguda podría generar una bacteriemia, abscesos, sepsis, disfunción multisistémica de órganos, shock e insuficiencia renal.

En el ámbito hospitalario es más común encontrar gérmenes multirresistentes por lo que se debería sospechar de ellos en este tipo de paciente, así como también sospechar en los pacientes portadores de sondas, que hayan sido sometidos a algún tipo de manipulación reciente de la vía urinaria, inmunosuprimidos, o que hayan recibido tratamiento antibiótico en los últimos 3 meses (37).

En estos casos podemos realizar un urocultivo y pruebas de imagen como la ecografía y la tomografía axial computarizada, para así poder identificar posibles causas anatómicas o estructurales que podrían aumentar el riesgo del paciente a padecer de una infección de tracto urinario.

Caso clínico n.º 6

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las afecciones más comunes en la práctica clínica. Siendo así también una de las causas más común de hospitalización y de muerte (38) (39).

Dentro de los factores de riesgo podemos encontrar la edad avanzada en donde podemos ver un aumento en la población mayor de 65 años en contraste con la población general, así mismo son más susceptibles a hospitalizarse para el manejo de la neumonía.7 9 a si mismo las comorbilidades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias, asma o incluso enfermedades cardiacas crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes, desnutrición o inmunosuprimidos (40).

Dentro de los signos y síntomas principales que podemos encontrar esta la tos con o sin producción mucoide, disnea, dolor torácico, también podemos encontrar taquipnea, tirajes, crepitantes subcrépitos y roncales, frémito, egofonía entre otros que son el resultado de las células inflamatorias y liquido

en el espacio alveolar. También es común encontrar algunos síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, anorexia, fatiga (41).

Para hacer el diagnóstico nos podemos apoyar de la demostración en imágenes que nos demuestre un infiltrado en tórax compatible con la neumonía. Para las radiografías podemos apreciar consolidaciones, infiltrado intersticial y cavitaciones en tomas posteroanteriores y laterales (42).

Para definir la gravedad de la enfermedad y así determinar el tratamiento y el lugar de atención utilizan escalas de puntuación de gravedad como el CURB65 acompañados del juicio médico (43).

Se puede optar por una atención ambulatoria en pacientes con signos vitales estables y factores de riesgo para complicaciones.

Así mismo para hacer un ingreso hospitalario se toma en cuenta la saturación de oxígeno inferior a 92 % o un CURB-65 mayor a 2 puntos, así como los pacientes con sepsis, incapacidad de tomar medicamentos orales, deterioro cognitivo o funcional.

Los pacientes que requieran ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria o un soporte vasopresor por sepsis requerirán un ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

3.4 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 7

La dermatitis del pañal es una condición general que se refiere a las inflamaciones de la piel que ocurren en la zona cubierta por el pañal. Esta condición suele ser el resultado de la humedad prolongada, así como de la exposición a irritantes presentes en las heces y la orina. El origen de esta afección es complejo, pero se debe en gran medida a la inmadurez de la piel del bebé, lo que aumenta su vulnerabilidad a la interrupción de la barrera cutánea y la absorción a través de la piel. En ocasiones, estas lesiones pueden complicarse con infecciones por *Candida* o bacterias.

La prevención es clave en el manejo de esta afección, y se puede lograr mediante medidas simples como cambiar los pañales con mayor frecuencia y optar por pañales de alta absorción. Para reducir la irritación y la maceración de la piel provocadas por la orina y las heces, se recomienda limpiar al bebé con agua tibia, evitando el uso de jabones y detergentes que puedan ser más

irritantes. También es beneficioso el uso de emolientes tópicos y protectores de barrera como el óxido de zinc (44).

En casos donde persiste la inflamación a pesar de estas medidas preventivas, se pueden utilizar corticoides tópicos de baja potencia. Si hay complicaciones por infecciones fúngicas, se pueden aplicar cremas antifúngicas, como el clotrimazol. Es importante evitar el uso de polvos como la maicena o el talco, ya que su inhalación accidental puede representar un riesgo significativo para los pulmones (45).

Caso clínico n.º 8

En la práctica clínica diaria, surge habitualmente la duda sobre si es necesario o no recetar antibióticos en casos de faringitis aguda, especialmente considerando que solo entre el 20 % y el 30 % de estas infecciones en niños son de origen bacteriano. Se podría anticipar que, dado este porcentaje, la prescripción de antibióticos sería relativamente baja. Sin embargo, a menudo se recurre a los antibióticos para tratar la faringitis a pesar de que la mayoría de las veces es provocada por virus y, por tanto, no se beneficiaría de este tipo de tratamiento. Esta tendencia se debe a la dificultad de realizar un diagnóstico preciso en la consulta médica, ya que no siempre se dispone de pruebas diagnósticas rápidas y eficaces, sumado a que los síntomas de la faringitis viral y bacteriana son muy similares, lo que complica la identificación de la causa sin realizar estudios complementarios 46.

Un estudio nacional en el que se incluyeron niños diagnosticados con faringitis aguda reveló que, de 351 participantes, 150 (42%) recibieron antibióticos. Esta práctica no solo conlleva un gasto innecesario para los sistemas de salud, sino que también expone a los pacientes a posibles efectos adversos de los medicamentos y contribuye al aumento de la resistencia bacteriana (47).

Dado que en muchos centros de atención primaria se cuenta con recursos limitados, los médicos frecuentemente deben basarse en el examen físico para decidir sobre la prescripción de antibióticos. Los signos clínicos pueden orientar sobre el origen viral o bacteriano de la faringitis, pero ciertas

infecciones bacterianas de la garganta pueden resolverse sin tratamiento antibiótico, aunque persiste el riesgo de desarrollar complicaciones serias, lo que justifica el uso de antibióticos en estos casos. Las faringitis virales se caracterizan por enrojecimiento en la faringe y las amígdalas, y suelen estar acompañadas de tos, secreción nasal, diarrea, fatiga y conjuntivitis. Las bacterianas se caracterizan por la presencia de fiebre, adenopatías cervicales, petequias en el paladar, exudado faríngeo, odinofagia, ausencia de tos entre otros (48).

Para abordar este dilema, se han desarrollado herramientas predictivas que buscan optimizar el uso de antibióticos. Los criterios de Centor y feverPAIN son dos de los sistemas de puntuación más utilizados para este propósito. En el caso específico presentado, el paciente obtuvo puntuaciones que indicaban la necesidad de tratamiento antibiótico, optándose por una dosis única de penicilina benzatínica. Este antibiótico fue elegido por su eficacia comprobada en la prevención de complicaciones como la fiebre reumática, la disponibilidad en el centro de salud y la ausencia de alergia a la penicilina por parte del paciente. El tratamiento resultó efectivo sin presentar complicaciones adicionales al momento del seguimiento (49).

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS REFLEXIVO DE LA EXPERIENCIA

El periodo de internado se presenta como una oportunidad crucial para el estudiante de medicina, donde puede consolidar los conocimientos teóricos acumulados a lo largo de su carrera y adquirir lecciones que no se encuentran registradas en los libros. La interacción directa con los pacientes se revela como un componente esencial para este proceso de aprendizaje, aplicando conocimientos adquiridos previamente en la universidad.

El internado hospitalario se plantea como un desafío significativo, ya que el interno es considerado un miembro más del equipo de trabajo, a pesar de no tener responsabilidad legal sobre los eventos durante la atención. Este contexto, aunque exigente, impulsa el desarrollo no solo de habilidades clínicas, sino también de interpersonales, dada la colaboración con diversos profesionales, desde otros internos hasta enfermeras, obstetras, nutricionistas, médicos asistentes y personal administrativo. La relevancia de la labor del interno a menudo pasa desapercibida debido al rígido sistema jerárquico que prevalece en los hospitales, resultando en un reconocimiento y valoración limitados por parte del personal médico.

En el internado, se inculcan valores fundamentales como disciplina, responsabilidad, constancia, sacrificio y generosidad. Aunque el trabajo y la memorización de información son desafiantes. Es esencial dedicar el tiempo a rescatar lo positivo de cada interacción y experiencia. A pesar de las experiencias negativas, como maltratos y abusos presenciados durante el internado, siempre existe la oportunidad de extraer reflexiones positivas de estas situaciones, destacando la importancia de la introspección y la resiliencia del interno.

La experiencia en un hospital del Minsa proporciona una visión realista de la atención médica en el país, evidenciando la falta de atención a enfermedades y personas, así como las barreras existentes para dar atención de calidad. Aunque trabajar en un entorno con carencias de recursos puede limitar la adquisición de habilidades, por lo que estimula el ingenio de resolver problemas con recursos limitados, habilidades valiosas para el futuro. Las rotaciones en Cirugía General y Ginecología y Obstetricia permiten aprender

sobre el manejo de emergencias quirúrgicas, cuidados postoperatorios, y reconocer las principales emergencias ginecológicas y obstétricas.

La modificación del internado médico este año, al incluir establecimientos del primer nivel de atención en lugar de limitarse estrictamente a hospitales, se presenta como una valiosa mejora. Aunque el tratamiento en hospitales se enfoca en casos que requieren atención especializada, el internado en centros de salud permite aprender sobre el manejo de patologías comunes en la comunidad.

CONCLUSIONES

1. El internado médico constituye una etapa en la formación de un médico, durante este tiempo se adquieren conocimientos y destrezas para ejercer la medicina. Se ofrece la oportunidad de interactuar con pacientes que presentan diversas enfermedades, participando activamente en tratamientos especializados y evaluaciones. Además, la interacción con profesionales experimentados en hospitales facilita el aprendizaje de destrezas clínicas, como el examen físico, interpretación de exámenes de laboratorio y la implementación de diversas terapéuticas.
2. La experiencia en hospitales también permite desarrollar habilidades del oficio, dado que el cuidado médico en este entorno es fundamentalmente interdisciplinaria y multidisciplinaria. Al finalizar, los médicos estarán más capacitados para ejercer la medicina de manera efectiva y proporcionar atención de calidad, identificando enfermedades que requieran tratamientos especializados. En resumen, el internado hospitalario proporciona experiencias valiosas y útiles para el ejercicio profesional.
3. Por otro lado, en el entorno del primer nivel de atención brinda información de las necesidades y desafíos en el cuidado médico de la comunidad. Se enfoca en la atención integral de la salud, abordando la promoción de la salud, la prevención de daños, el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades comunes.
4. La atención médica con recursos limitados en el primer nivel de atención es particularmente relevante, proporcionando habilidades valiosas para la práctica médica en entornos rurales. Durante la pandemia del COVID-19, el internado médico ha sido una experiencia sin precedentes y desafiante, pero ha brindado aprendizajes significativos sobre la atención médica en crisis, el manejo de pacientes con COVID-19 y la importancia de medidas de salud pública. La adaptación, flexibilidad y resiliencia del médico en situaciones de crisis, así como la comunicación efectiva y la actualización constante en

información científica, se destacan como elementos fundamentales aprendidos durante este periodo.

RECOMENDACIONES

1. Es esencial que el periodo de internado médico sea supervisado para obtener una capacitación de calidad. Se propone que la duración del internado médico regrese a los 12 meses habituales, ya que cada día en esta fase representa una oportunidad de cambio con repercusiones futuras en la práctica médica.
2. La experiencia del internado no debería limitarse únicamente al ámbito hospitalario; se sugiere la inclusión de rotaciones en centros de salud de primer nivel para aprender sobre promoción y prevención, así como obtener experiencia en las enfermedades comunes de la comunidad. Es imperativo que los internos se formen basándose en guías clínicas respaldadas por evidencias, manteniéndose actualizados.
3. Durante el internado, las universidades deben facilitar información en línea y bibliotecas médicas. Se destaca la importancia de la evaluación continua para medir el progreso y las habilidades adquiridas.
4. Es fundamental que las facultades de medicina intervengan para garantizar el respeto de los horarios de trabajo y el descanso adecuado de los internos, evitando cualquier forma de explotación o maltrato laboral. Se sugiere una remuneración justa para reconocer el esfuerzo del interno y motivar la prestación de atención de calidad.
5. Se propone buscar uniformidad en la formación del interno para asegurar la calidad y equidad en la enseñanza. Sin embargo, se aconseja evitar rigideces excesivas que puedan limitar el aprendizaje individual.
6. Se fomenta la investigación científica durante el internado, con asesoría personalizada y acceso a fuentes de información actualizada. Las facultades de medicina deben promover el aprendizaje individual, adaptado a las necesidades y desarrollo de habilidades relevantes para la carrera. Finalmente, se insta a los establecimientos de salud y las facultades de medicina a garantizar el bienestar de los internos, proporcionando un entorno saludable que respalde su máximo potencial.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud (Minsa). Estudio de vulnerabilidad sísmica: estructural, no estructural y funcional del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. [Internet]. Gob.pe. 2013 [cited 2023 NOV 14]. Available from:<https://sigrid.cenepred.gob.pe/docs/para%20publicar/cismid/estudio%20de%20vulnerabilidad%20sismica%20estructural,%20no%20estructural%20y%20funcional%20hospital%20carlos%20lanfranco%20la%20hoz.pdf>
2. Ministerio de Salud (MINSa). Reseña Histórica. [Internet]. Gob.pe. 2023 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://www.hcllh.gob.pe/resena-historica/>
3. Bom W, Scheijmans J, Salminen P, Boermeester M. diagnosis of uncomplicated and complicated appendicitis in adults. [internet]. 2021 [citado el 18 de febrero de 2023];110(2):170–9. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851877/>
4. Garbuzenko D. Temas actuales en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda. [Internet]. 2019 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/61422>
5. Elsevier Point of Care. Appendicitis [Internet]. 2022. [cited 2023 NOV 14]. Available from: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-9fcb16b1-e686-4716-8f64-800db27a7f17#most-common-heading-26
6. Brunicardi C. Principios de Cirugía [Internet]. 2015 [cited 2023 NOV 14].
7. Kumar V, Abbas A, Aster J. Pathologic Basis of Disease [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14].
8. Lee S, Shekherdimian S, Chiu V. Effect of race and socioeconomic status in the treatment of appendicitis in patients with equal health care

- access. [Internet]. 2015 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/406671>
9. Burkitt D. The Aetiology of Appendicitis. [Internet]. 2005 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1002/bjs.1800580916>
 10. Miranda R, Johnston A, O'Leary, J. Incidental Appendectomy: frequency of pathologic abnormalities. [Internet]. 2015 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7396263/>
 11. Arnbjörnsson E, Bengmark S. (1983). Obstrucción de la luz del apéndice en relación con la patogénesis de la apendicitis aguda. [Internet]. 2015 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6666496/>
 12. Nitecki S, Karmeli R., Sarr M. Cálculos apendiculares y fecalitos como indicaciones de apendicectomía. [Internet]. 2015 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2385810/>
 13. Lee S, Walsh A, Ho H. La tomografía computarizada y la ecografía no mejoran y pueden retrasar el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda. [Internet]. 2012 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1001/archsurg.136.5.556>
 14. Rao P. Técnica de TC helicoidal para el diagnóstico de apendicitis: evaluación prospectiva de un examen de TC enfocado del apéndice. [Internet]. 1997 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1148/radiology.202.1.8988203>
 15. Reyes H, Gonzalez M, Ribalta J, Aburto H, Matus C, Schramm G, Katz R, Medina E. prevalence of intrahepatic cholestasis of pregnancy in Chile. [Internet]. 2007 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-4-487>

16. Jacquemin E, De Vree J, Cresteil D, Sokal E, Sturm E, Dumont M, Scheffer G, Paul M, Burdelski M, Bosma P, Bernard O, Hadchouel M, Elferink R. the wide spectrum of multidrug resistance 3 deficiency: from neonatal cholestasis to cirrhosis of adulthood. [Internet]. 2022 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1053/gast.2001.23984>

17. Gonzalez M, Reyes H, Arrese M, Figueroa D. intrahepatic cholestasis of pregnancy in twin pregnancies. *journal of hepatology*. [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1016/0168-8278\(89\)90079-2](https://doi.org/10.1016/0168-8278(89)90079-2)

18. Aslan k, Guler I, Mutlul, Erdem M, Bozkurt N, Erdem A. Dos casos de colestasis intrahepática del embarazo de primera aparición asociada con síndrome de hiperestimulación ovárica moderada después del tratamiento de FIV y revisión de la literatura. [Internet]. 2017 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1286302>

19. Davies M, Ngong J, Yucesoy M, Acharya S, Mills C, Weaver J, Waring R, Elias E. the adverse influence of pregnancy upon sulphation: a clue to the pathogenesis of intrahepatic cholestasis of pregnancy? [Internet]. 2017 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0168-8278\(05\)80630-0](https://doi.org/10.1016/s0168-8278(05)80630-0)

20. Kondrackiene J, Kupcinskas I. Intrahepatic cholestasis of pregnancy-current achievements and unsolved problems. [Internet]. 2008 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.3748/wjg.14.5781>

21. Smith D, Rood K. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000495>

22. Keith D. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. [Internet]. 2023 [cited 2023 NOV 14]. Available

from:https://www.uptodate.com/contents/intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy?search=colestacis%20intrahepatica&source=search_result&selectedtitle=2~72&usage_type=default&display_rank=2

23. Carley M, Schaffer J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers Danlos syndrome. [Internet]. 2000 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1067/mob.2000.105410>
24. Walters M. Anatomía del tracto urinario inferior, recto y suelo pélvico. en: uro ginecología y cirugía reconstructiva [Internet]. 2022 [cited 2023 NOV 15].
25. Jelovsek J, Maher C, Barber M. Pelvic organ prolapse. [Internet]. 2007 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60462-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60462-0)
26. Vergeldt T, Weemhoff M, Inthout J, Kluivers K. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. [Internet]. 2015 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2695-8>
27. Luber K, Boero s, Choe J. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. [Internet]. 2001 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1067/mob.2001.114868>
28. Jackson S, Avery N, Tarlton J, Eckford S, Abrams P, Bailey A. Changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapse. [Internet]. 2023 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(96\)91489-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(96)91489-0)
29. Weber A, Walters M, Ballard I, Booher D, Piedmonte M. Posterior vaginal prolapse and bowel function. [Internet]. 2022 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(98\)70008-0](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(98)70008-0)

30. Iglesia C, Smithling K. Pelvic organ prolapse. [Internet]. 2022 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28762694/>
31. Swift S, Tate S, Nicholas J. Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse? [Internet]. 2002 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)00698-7](https://doi.org/10.1067/s0002-9378(03)00698-7)
32. Soulen M, Fishman E, Goldman S. Sequelae of acute renal infections: CT evaluation. [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1148/radiology.173.2.2798873>
33. Ward G, Jordan R, Severance H. Treatment of pyelonephritis in an observation unit. [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)80935-7](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)80935-7)
34. Singh K, Li G, Mitrani-gold F, Kurtinecz M, Wetherington J, Tomayko F, Mundy I. Systematic review and meta-analysis of antimicrobial treatment effect estimation in complicated urinary tract infection [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1128/aac.01257-13>
35. Fairley K, Carson N, Gutch R, Leighton P, Grounds A, Laird C, McCallum P, Sleeman R, O'Keefe C. Site of infection in acute urinary-tract infection in general practice [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(71\)80066-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)80066-1)
36. Czaja C, Scholes D, Hooton T, Stamm W. Population-based epidemiologic analysis of acute pyelonephritis [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1086/519268>

37. Mombelli G, Pezzoli R, Pinoja-lutz G, Monotti R, Marone C, Francioli M. Oral vs intravenous ciprofloxacin in the initial empirical management of severe pyelonephritis or complicated urinary tract infections [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1001/archinte.159.1.53>
38. Mandell I, Wunderink R, Anzueto A, Bartlett J, Campbell G, Dean N, Dowell S, File T, Musher D, Niederman M. Infectious diseases society of America, & American thoracic society [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17278083/>
39. File T. Community-acquired pneumonia [Internet]. 2003 [cited 2023 NOV 14]. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)15021-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)15021-0)
40. Almirall J, Bolívar I, Balanzó X, González C. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults [Internet]. 2020 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1183/09031936.99.13234999>
41. Annane D, Renault A, Brun-buisson C, Megarbane B, Quenot J. Hydrocortisone plus fludrocortisone for adults with septic shock [Internet]. 2018 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1705716>
42. Metlay J, Waterer G, Long A, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, Cooley I. Diagnosis, and treatment of adults with community-acquired pneumonia. an official clinical practice guideline of the american thoracic society and infectious diseases society of America [Internet]. 2018 [cited 2023 NOV 14]. Available from: <https://doi.org/10.1164/rccm.201908-1581st>
43. Fine M, Auble T, Yealy D, Hanusa B, Weissfeld I, Singer D. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia

- [Internet]. 2018 [cited 2023 NOV 14]. Available from:<https://doi.org/10.1056/nejm199701233360402>
44. Blume-Peytavi U, Kanti V. Prevention and treatment of diaper dermatitis [internet]. 2018 [citado el 18 de NOV de 2023] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596731/>
45. Benites O. Diaper [internet]. 2023 [citado el 18 de NOV de 2023] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559067/>
46. Cots J, Alós J, Bárcena M, Boleda X, Cañada J, Gómez N. Recommendations for management of acute pharyngitis in adults. [internet]. 2015. [citado el 18 de NOV de 2023] disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2015.01.001>
47. Ubillús G, Patiño I, Maza G, Vicuña R, Pregúntegui I, Reyes P. indicación de antibióticos en niños con faringoamigdalitis aguda y test positivo para estreptococo betahemolítico [internet]. edu.pe. [citado el 18 de NOV de 2023]. disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/80/78>
48. Machowska A, Stålsby L. Drivers of irrational use of antibiotics in europe. [internet]. edu.pe. [citado el 18 de NOV de 2023] Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16p010027>
49. Piñeiro R, Hijano B, Alvez G, Fernández L, Silva R, Pérez C. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda [internet]. 2011 [citado el 18 de NOV de 2023] Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-documento-consenso-sobre-eldiagnostico-articulo-s1695403311003845>

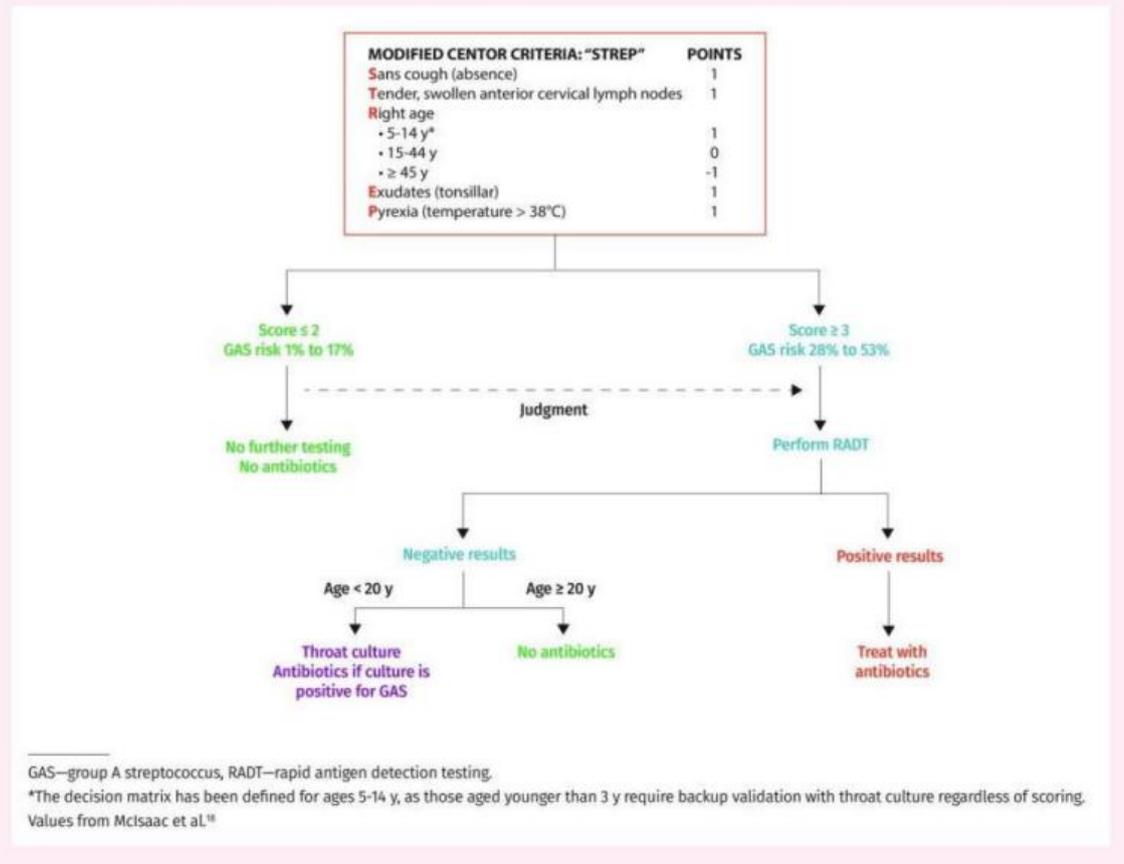
ANEXOS

1.Escala de Alvarado

| Alvarado score | |
|---|--------------|
| Feature | Score |
| Migration of pain | 1 |
| Anorexia | 1 |
| Nausea | 1 |
| Tenderness in right lower quadrant | 2 |
| Rebound pain | 1 |
| Elevated temperature | 1 |
| Leucocytosis | 2 |
| Shift of white blood cell count to the left | 1 |
| Total | 10 |

2. Criterios de Centor Modificados

Figure 2. Modified Centor scoring system: Used to calculate the risk of streptococcal pharyngitis and to decide whether RADT and antimicrobial therapy should be initiated in patients presenting with sore throat. Clinicians should consider performing RADT for those with scores of 2 if they are pediatric patients, if they are at risk of complications (immunocompromised or frail), or if they appear clinically unwell.



Anexo 3: Escala de Curb-65

| CURB-65 | | Clinical Feature | Points |
|---------|--|-------------------------------------|--------|
| C | | Confusion | 1 |
| U | | Urea > 7 mmol/L | 1 |
| R | | RR ≥ 30 | 1 |
| B | | SBP ≤ 90 mm Hg OR DBP ≤ 60 mm Hg | 1 |
| 65 | | Age > 65 | 1 |

| CURB-65 Score | Risk group | 30-day mortality | Management |
|---------------|------------|------------------|---|
| 0-1 | 1 | 1.5% | Low risk, consider home treatment |
| 2 | 2 | 9.2% | Probably admission vs close outpatient management |
| 3-5 | 3 | 22% | Admission, manage as severe |