

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL CENTRAL PNP LUIS N.
SAENZ PERIODO MARZO 2023 – DICIEMBRE 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

WILLIAM EDUARDO VEGA LINO
MARIA FERNANDA VASQUEZ CUEVA

ASESOR

JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

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**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL CENTRAL PNP
LUIS N. SAENZ PERIODO MARZO 2023 – DICIEMBRE 2023**

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

PRESENTADO POR

**WILLIAM EDUARDO VEGA LINO
MARIA FERNANDA VASQUEZ CUEVA**

ASESOR

DR. JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: DR. ESPINOZA TARAZONA EDGAR KELVIN

Miembro: DRA. QUISPE CASAS ROSA LUZ

Miembro: DR. ROJAS OLIVERA HUGO EFREND

DEDICATORIA

A nuestras familias, que fueron un apoyo incondicional desde el inicio hasta el último día del internado y en todos los años de carrera;
a nuestros doctores, quienes tuvieron la paciencia de enseñarnos y guiarnos y a nuestros seres queridos, por estar ahí en todo momento.

ÍNDICE

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	vi
ABSTRAC	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
1. Rotación en Pediatría	3
Caso clínico n. ° 1	4
Caso clínico n. ° 2	6
Caso clínico n. ° 3:	7
Caso clínico n. ° 4	8
2. Rotación en Cirugía	10
Caso clínico n. ° 1	11
Caso clínico n. ° 2	13
Caso clínico n. ° 3	16
Caso clínico n. ° 4	17
3. Rotación en Ginecología:	19
Caso clínico n. ° 1	19
Caso clínico n. ° 2	21
Caso clínico n. ° 3	23
Caso clínico n. ° 4	25
4. Rotación en Medicina Interna	27
Caso clínico n. ° 1	28
Caso clínico n. ° 2	31
Caso clínico n. ° 3	32
Caso clínico n. ° 4	34
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	37
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	41
Rotación en Pediatría	41
Rotación en Cirugía General	43
Rotación en Ginecología y Obstetricia	47
Rotación en Medicina Interna	49

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	53
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	56

RESUMEN

En el presente informe se explicará cómo es el séptimo año del estudiante de medicina, llamado internado médico, en el cual se relatan las vivencias, experiencias, labores y prácticas profesionales; y se dará a conocer como fueron 10 meses en el Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz. En este trabajo se ilustran cuatro casos más frecuentes por cada rotación que vivieron los internos de medicina como Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y, por último, Medicina Interna; se describe a detalle cómo está conformado el hospital por cada rotación, así como sus servicios, áreas y personal de salud. Finalmente, se menciona como el internado médico suma en la vida profesional del próximo egresado de la carrera de medicina humana, como ayuda al desarrollo de habilidades como trabajar en equipo, como ser un líder; y lo más importante cómo tratar al paciente tanto física como emocionalmente.

Palabras clave: Internos de medicina, rotaciones, personal de salud, pacientes, prácticas profesionales

ABSTRAC

This report will explain what the seventh year of the medical student is like, called medical internship, in which the experiences, work and professional practices are related; and it will be announced what 10 full months were like at the PNP Luis N Sáenz National Hospital. In this work, four most frequent cases are illustrated for each rotation that medical interns experienced, such as pediatrics, general surgery, gynecology and obstetrics, and finally internal medicine; and it describes in detail how the hospital is made up for each rotation, as well as its services, areas, and health personnel.

Finally, it is mentioned how the medical internship adds to the professional life of the next graduate of the human medicine career, as it helps the development of skills such as working as a team, how to be a leader; and most importantly how to treat the patient both physically and emotionally.

Keywords: Medicine interns, rotations, health personnel, patients, professional practices.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL
CENTRAL PNP LUIS N. SAENZ PERIODO
MARZO 2023 – DICIEMBRE 2023**

AUTOR

WILLIAM EDUARDO, VEGA LINO

RECUENTO DE PALABRAS

15625 Words

RECUENTO DE CARÁCTERES

87738 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

72 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

146.2KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 8, 2024 2:24 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 8, 2024 2:26 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8697-8651>

INTRODUCCIÓN

El internado médico tuvo como inicio el 1 de marzo de 2023 empalmado por primera vez, desde que disminuyeron las medidas frente a la alerta sanitaria por el COVID-19, con la promoción saliente del internado médico del Hospital Central Luis N Sáenz. Este es de nivel III-1, ubicado en la cuadra 26 de la avenida Brasil, pertenece al distrito de Jesús María, acá es donde viviremos la última etapa de nuestra formación médica conocida como internado, fue de gran importancia porque es donde se afianzan los conocimientos teóricos y pone en práctica todo lo aprendido desde el primer año que se inicia la carrera de medicina humana.

Este fue el último internado de duración de 10 meses en este hospital, ya que luego se regularizará para las promociones de los siguientes años, se mantuvo la división de las 4 grandes especialidades esenciales para formación de todo futuro médico general, estas fueron Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, y Medicina Interna.

Estos meses serán los más importantes de la formación como futuros médicos, representando las últimas prácticas preprofesionales que el estudiante de medicina realizará siendo supervisado por los residentes de diferentes especialidades y médicos asistentes de cada especialidad, quienes los guiarán desde el ingreso del paciente al servicio o por emergencia, haciendo que el interno tenga una participación activa en los procedimientos así como la hacer una historia clínica y plantear un adecuado plan que seguir para cada paciente, así como ver posibles factores de riesgo de manera temprana que puedan afectarlo.

La situación en comparación a los años previos durante el período de pandemia será diferente, puesto que las áreas covid ya no seguirán existiendo, pero si se mantendrán algunas medidas como usar mascarillas. Esto permitirá al interno en tener más contacto con el paciente que en los años anteriores, y llegar a atender más, ya que irán aumentando la capacidad en hospitalización a las cuales los internos

tendrán posibilidad de acceder para atenderlos y aprender de ellos, cada uno con una patología diferente, así como problemas y realidades que enfrentan individualmente.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1. Rotación en Pediatría

Al inicio del internado la mayoría de los internos llegan con muchas dudas y expectativas sobre esta experiencia nueva, pese a que no tendrán responsabilidad medicolegal, esto no significaba que dejarían de lado el entusiasmo por aprender y hacer bien las cosas tanto por ellos mismos como por los pacientes. Fue un reto porque venían de un aprendizaje virtual de esta rotación, así que las habilidades se desarrollarían a partir de los conocimientos teóricos que lograron aprender durante los años de pandemia.

Llegar a esta etapa, con poca o casi ninguna experiencia de manejo o trato con pacientes pediátricos, haría que se vuelva un gran desafío para todos, y sería más grande porque todos venían con padres que querían que alivien el malestar de sus hijos; y quedaba en cada interno aprender en la práctica, que no habían tenido, a manejar este tipo de situaciones, primero observando a los residentes y asistentes y luego practicando junto a ellos.

La rotación en Pediatría se dividió en 5 segmentos que eran los siguientes: hospitalización, cirugía pediátrica, neonatología, emergencia y consultorios cada uno de ellos duraba 15 días; a pesar de que podría considerarse un tiempo corto por cada segmento fue de mucho aprendizaje; además que complementamos nuestra formación con las guardias nocturnas en emergencia de una a dos veces por semana durante los dos meses y medio de la rotación de pediatría. Todos entramos con muchas dudas y todo era nuevo para nosotros desde el manejo de los pacientes hasta los trámites administrativos que debíamos seguir, pero todos muy entusiastas con ganas de aprender para realizar lo mejor posible nuestra labor como interno, siendo apoyados en todo momento por nuestros doctores que nos guiaron desde el primer día para lograr nuestros objetivos de aprendizaje sobre el manejo de los pacientes pediátricos, desde la emergencia y en el área de hospitalización, así como ir resolviendo sus dudas cuando venían por los consultorios.

A continuación, presentaremos los casos más frecuentes en pediatría:

Caso clínico n. ° 1

Paciente varón de 3 años de edad es traído por su madre quien indica que hace tres días menor inició con tos seca asociada a fiebre (39 °C) razón por la cual se le administra 5ml de ibuprofeno 100mg/5ml (jarabe) con lo cual remite; Además, agrega que 2 días previos a su ingreso la tos evoluciona a volviéndose productiva asociada a la aparición de fiebre cuantificada en 38.5 °C. Motivo por el cual acude al Hospital de Cañete donde le diagnosticaron crisis asmática (no refiere más información al respecto) y le indicaron nebulización con salbutamol y le dieron alta con la siguiente medicación; azitromicina 200mg/5ml, prednisona 5mg/5ml, bromuro de ipratropio inhalador. Con el paso de las horas la madre observó que el menor respira con dificultad y la tos se exacerbó; por ello decide acudir por emergencia al servicio de Pediatría.

Antecedentes familiares:

- Padre: 35 años, sano
- Madre: 34 años, sana

Antecedentes personales:

- No presenta alguno de importancia.

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca: 126 latidos por minutos, Frecuencia respiratorio: 26 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno :94 – 95 %, temperatura: 37.5 °C,

Examen físico al ingreso: Peso: 16 kg, edad: 3 años, talla: 93 cm.

- **Ectoscopia:** Paciente activo, colaborador durante la evaluación, despierto y atento.
- **Piel y Faneras:** Tibia, hidratada elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta signos de cianosis.
- **Tórax y pulmones:** Tórax simétrico, con tiraje subcostal bilateral, murmullo vesicular pasa disminuido, se auscultan

sibilancias al inspirar y espirar con roncales difusos en ambos hemitórax. Score Pulmonar: 4.

- Sin alteraciones en los demás sistemas.

Diagnósticos presuntivos al ingreso:

- Crisis asmática moderada
- Descartar Neumonía adquirida en la comunidad

Se plantea el siguiente plan de trabajo:

- Hemograma y examen de orina completo.
- Nebulización con 8 gotas de salbutamol 5 mg/5 ml + Suero Hipertónico 3% 5cc cada 20 minutos I, II, III.
- Bromuro de Ipratropio 20 UG 4 puff cada 20 minutos I, II, III.
- Metilprednisolona 500mg/8 cc 0.5cc endovenoso (Diluir en 50 cc de NaCl 0.9 % pasar en 30 minutos).

A la reevaluación se evidencia:

Hemograma

Hb: 12.6 g/dl

Examen de orina

Negativo

Leucocitos: 11980 2-5 leucocitos por campo

Neutrófilos: 7000

PCR: 2.1

Se logra estabilizar al paciente y es dado de alta para continuar su tratamiento ambulatorio y referido a consultorio de pediatría para seguimiento.

Indicaciones al alta:

- Salbutamol inhalador 100 mcg/dosis: 2 puff cada 4 horas x 2 días, luego 2 puff cada 6 horas por 2 días y al final 2 puff cada 8 horas x 3 días; todas las inhalaciones con aerocámara pediátrica.
- Salmeterol/ Fluticasona 25/50 ug - 1 puff cada 12 horas por 30 días; las inhalaciones con aerocámara pediátrica.
- Prednisona 5mg/5ml - 6ml cada 12 horas por 3 días

- Acudir al consultorio de Pediatría para evaluar evolución del paciente.

Caso clínico n. ° 2

Bebé de 2 meses llega cargado por madre quien relata que ayer inicia con diarrea sin presencia de moco ni sangre en al menos 20 oportunidades, para el día de su ingreso por emergencia refiere que se le agrega intolerancia oral razón por la que lo trae por emergencia.

Antecedentes familiares:

- Ambos padres sanos.

Antecedentes personales:

- No refiere datos de importancia.

Funciones Vitales:

Frecuencia cardiaca: 119 latidos por minutos, Frecuencia respiratorio: 24 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 97%, temperatura: 37 C°,

Examen físico: Peso: 5 kg Edad: 2 meses talla: 55 cm.

- **Ectoscopia:** Paciente se encuentra irritable, activo y reactivo a los estímulos.
- **Abdomen:** No presenta alteraciones.
- **Genitourinario:** desarrollo adecuado, no se evidencia presencia de globo vesical.
- **SNC:** Irritable y reactivo a los estímulos. Escala de Glasgow 15/15.
- Resto de examen físico no contributorio.

Diagnóstico presuntivo:

- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.

Se plantea el siguiente plan de trabajo:

- Se le solicita hemograma, PCR, coprocultivo y diferenciación celular.
- Dextrosa 5% 100 ml + CIna 20% 1.2ml + ClK 20% 0.8ml pasar todo junto a 14cc/hora (infusión lenta con bomba).
- Ranitidina 50mg/2ml -> 0.1ml EV cada 8 horas.

- Paracetamol 100mg/ml -> 5 gotas condicional a fiebre >38°.
- Simeticona 80 mg/ml -> 5 gotas condicional a cólicos de gases.
- Metamizol 1gr/2ml -> 0.1 ml si hay presencia de fiebre.
- Reevaluación con resultados.

Reevaluación:

Se le reevalúa al paciente con el resultado de la reacción inflamatoria donde se evidencia 70-80 leucocitos por campo, por lo cual se hospitaliza para manejo antibiótico endovenoso, con resultado de coprocultivo pendiente.

Hemograma

Hb: 9.5 mg/dl

Leucocitos: 9130

Neutrófilos:2000

Reacción Inflamatoria

Positivo

Leucocitos 70-80 por campo

PCR

<0.4 mg/dL

Se plantea el siguiente plan de trabajo:

- Continuar con lactancia materna.
- Monitorear si aparecen signos de alarma.
- Ceftriaxona (60mg/kg/día) 140 mg EV cada 24 horas.
- Monitoreo cardiorrespiratorio.
- Simeticona en gotas: 5 gotas condicional a cólicos de gases.
- Paracetamol 100mg/ml -> 5 gotas condicional a malestar y/o Temperatura >37.5°C.

Caso clínico n. ° 3:

Lactante varón de 2 meses es traído a la emergencia por madre la cual refiere que 4 días antes del ingreso presenta fiebre cuantificada en 39°, le da paracetamol disminuyendo; 3 días antes del ingreso fiebre persiste y se añade tos y rinorrea, madre acude clínica particular donde le administran antipirético intramuscular cediendo la fiebre e indicando paracetamol cada 8 horas y Rhino-BB. 1 día

antes del ingreso madre refiere que ha disminuido pero persiste tos y rinorrea y se añade disminución de la lactancia.

Antecedentes familiares:

- Ambos padres sanos.

Antecedentes personales:

- No refiere datos de importancia.

Funciones vitales:

- Frecuencia cardiaca: 139 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 35 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 99%, Temperatura: 37 C°

Examen físico: Peso: 6.5 kg, Edad: 2 meses, Talla: 61 cm.

- **Ectoscopia:** Despierto, activo y reactivo.
- **Orofaringe:** Eritematosa y congestiva, no placas.
- **Tórax y pulmones:** Sin alteraciones.
- **Genitourinario:** Adecuado para sexo y edad, diuresis espontanea.
- **SNC:** Despierto, activo, reactivo al estímulo, escala de glasgow 15/15.
- Resto del examen físico no contributorio.

Diagnóstico presuntivo:

- Rinofaringitis

Se plantea el siguiente plan de trabajo:

- Continuar con la lactancia materna.
- Lavado nasal a demanda con rhino-bb 5 gotas y luego aspirar.
- Paracetamol de 100ml, 13 gotas vía oral condicionan a temperatura > 37.5°

Caso clínico n. ° 4

Mujer de 5 años es acude a la emergencia con su madre por presentar 3 días antes del ingreso dolor y ardor al orinar asociado a polaquiuria. 1 día antes presenta fiebre cuantificada en 38°, madre la automedica con paracetamol cediendo, pero persistiendo los síntomas miccionales; por lo que al día siguiente es llevada a la emergencia pediátrica del Hospital Luis N Sáenz.

Funciones vitales:

Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 99%, Temperatura: 37.5 C°

Examen físico: Peso: 20 kg, Edad: 5 años, Talla: 95 cm.

- **Ectoscopia:** Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.
- **Genitourinario:** Adecuado para sexo y edad, puño percusión lumbar negativo, puto reno ureteral doloroso en punto medio la palpación profunda.
- **SNC:** Despierta, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, escala de glasgow 15/15, no signos meníngeos.
- Resto del examen físico no contributorio.

Diagnóstico presuntivo:

- Infección del tracto urinario

Se plantea el siguiente plan de trabajo:

- Hemograma, examen de orina y urocultivo.
- Se reevalúa con resultados.

Reevaluación:

Hemograma:

- Leucocitos: $7.35 \times 10^3/uL$
- Hemoglobina: 12 g/dl
- Plaquetas: $350 \times 10^3/uL$

Examen de Orina

- Leucocitos: 600 /uL
- Nitritos: Positivos

Se decide su hospitalización para recibir antibioticoterapia por vía endovenosa de:

- Ceftriaxona 1gr cada 12 horas.
- Metamizol 1 gr condicional a temperatura mayor 37.5 °C

En el transcurso de su hospitalización se obtienen el resultado del urocultivo solicitado en emergencia, es cual es positivo para

Escherichia Coli, por tal motivo se sigue con el esquema de antibioticoterapia planteado en un inicio.

2. Rotación en Cirugía

Se acabó la primera rotación para los internos y llegan a un ambiente totalmente diferente al cual empezaron, ahora atenderán a pacientes adultos y en una rotación que nos exigiría más tanto en el tiempo como en el manejo. Entran a la rotación de cirugía general con turnos más extensos en donde habrá que decidir un plan de trabajo que deberá llevarse a cabo en el menor tiempo posible, ya que en la emergencia como en el área de hospitalización, la probabilidad de que los pacientes se compliquen muchas veces será en cuestión de horas.

Esta rotación se dividirá en hospitalización, emergencia y consultorios; la primera estará dividida en 3 sectores, cada uno responsable de un grupo de pacientes que pueden ser recién operados que llegaron por emergencia o que se hospitalizaron porque su cirugía programada ya estaba próxima; por otra parte la emergencia es donde estarán 12 horas continuas atendiendo todo paciente que llegue con la necesidad de una atención inmediata, en la mayoría de los casos eran venían por apendicitis aguda, colecistitis aguda calculosa, hemorroides, hernias inguinales o umbilicales complicadas, dentro de los más frecuentes. Por último, la posibilidad de rotar por consultorios no se les dio a todos los internos, por motivo que solo eran dos y no todos los días, así que no había necesidad de enviar a muchos a esta área, pero para los que llegamos a rotar por ahí, se evaluaban a los pacientes que venían con patologías que tenían un tiempo desde semanas hasta meses, se evaluaban a los pacientes que habían sido operados hace una semana, y se retiraban puntos para aquellos que habían tenido una correcta cicatrización; y 2 veces por semana se aperturaba un consultorio para realizar procedimientos menores, que podían ser desde retirar lipomas, extracción de uñas o drenar abscesos pequeños.

Por otro lado, dentro la rotación de cirugía general se tuvo la oportunidad de rotar por otras especialidades de las cuales estaban: Anestesiología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía de Tórax y

Cardiovascular, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Urología, y Traumatología y Ortopedia; los que rotaron primero por cirugía general tuvieron la oportunidad de hacerlo por Oftalmología y Otorrinolaringología, pero que por diferentes motivos ya no se pudo continuar. Cada interno podía rotar por 3 de estas especialidades, las cuales sabrían cuáles iban a ser desde el inicio.

A continuación, veremos casos de lo más frecuentes por esta rotación:

Caso clínico n. ° 1

Paciente varón de 67 años refiere 3 días atrás presenta dolor abdominal de tipo cólico localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, con intensidad de 7/10, este dolor se irradia a dorso, tras la ingesta de comida copiosa, se agregan náuseas y refiere que vomitó en una oportunidad de contenido alimentario, motivo que lo lleva a ir por emergencia siendo evaluado inicialmente por medicina interna y posteriormente pasado a cirugía para su manejo quirúrgico definitivo.

Antecedentes patológicos personales:

- Hace 30 años con diabetes mellitus

Cirugías previas:

- Apendicectomía convencional hace 40 años

Funciones vitales:

Presión arterial: 110/80 mmHg, Frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto, temperatura: 37.2°C

Al examen físico:

- **Abdomen:** No distendido, se evidencia cicatriz en fosa ilíaca derecha por antecedente de apendicectomía convencional, Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy positivo, no reacción peritoneal.
- **Genitourinario:** No presenta PPL ni PRU positivos, no se evidencia globo vesical.
- **SNC:** Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Resto de examen físico no contributorio.

Diagnostico Presuntivo:

- Descartar colecistitis aguda calculosa

Plan de trabajo:

- Hidratación, analgésicos y antiemético.
- Se piden exámenes prequirúrgicos y ecografía abdominal completa.

Reevaluación:

Exámenes auxiliares:

Hemograma	Bioquímico
Hb: 15.7 g/dl	Glucosa: 202
Leucocitos: 17910	Creatinina: 0.7
Neutrófilos: 88900	Urea: 29.6
Plaquetas: 185 000	
Bilirrubina Total: 1.8	TGP: 15
Bilirrubina Directa: 1.1	TGO: 13
Bilirrubina Indirecta: 0.7	CGTP: 28
Amilasa: 73	
Lipasa: 24.9	

Ecografía abdominal completa:

Se observa vesícula biliar de tamaño incrementado, con morfología conservada 107 mm x 47mm, paredes engrosadas de 5.3 mm, contenido anecogénico, sugestiva de hidrocolecisto. No líquido libre.

Se le programa para su pase a centro quirúrgico al no remitir sintomatología, y tras recibir resultados de exámenes de laboratorio y de ecografía.

Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: colecistitis aguda calculosa.
- Diagnóstico postoperatorio: colecistitis aguda calculosa.
- Procedimiento Quirúrgico: Colecistectomía laparoscópica + colocación de DREN laminar.

- Hallazgos: Vesícula biliar de 14 x 5 cm con paredes engrosadas y necrosadas, bilis purulenta con varios litos en su interior, plastronado por epiplón mayor, conducto cístico corto, arteria cística de 1 mm.

Paciente es llevado a recuperación con todas sus funciones no alteradas, luego se le lleva a hospitalización donde evoluciona de forma favorable, al sexto día de estar hospitalizado se le retira el Dren laminar colocado durante el procedimiento quirúrgico y es dado de alta al día siguiente. Se le indica acudir a siguiente consulta en 7 días para reevaluación de herida post operatoria.

Caso clínico n. ° 2

Paciente mujer de 43 años con enfermedad de 4 días relata que inició con dolor abdominal difuso de intensidad de 6/10 a predominio de epigastrio que luego migró a fosa ilíaca derecha, refiere un dolor tipo hincada asociado a sensación de alza térmica, también presenta náuseas, pero sin llegar a vómitos y se le agrega hiporexia, un día antes de su ingreso se añaden escalofríos y 3 cámaras de diarreas sin moco ni sangre por lo cual acude por emergencia.

Antecedentes quirúrgicos:

- 2 cesáreas (2015 y 2010)

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Menarquia: 12 años.
- Régimen catamenial: 5 días – Regular.
- Fecha última regla: hace 2 semanas.
- Fecha última relación sexual: hace una semana

Otros antecedentes no contributorios

Funciones vitales:

Presión arterial: 120/80 mmHg, **Frecuencia Cardíaca:** 77 latidos por minuto, **Frecuencia respiratoria:** 21 respiraciones por minuto, **temperatura** 37.4°C.

Al examen físico:

- **Abdomen:** No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha, Mc

Burney positivo, Blumberg positivo, Rovsing positivo, Dunphy positivo, no reacción peritoneal en otros cuadrantes.

- **Genitourinario:** No presenta cambios ni alteraciones.
- **SNC:** Sin alteraciones
- Resto del examen físico no contributorio.

Diagnostico presuntivo:

- Apendicitis Aguda (Escala de Alvarado modificada de 8 puntos: alta probabilidad de apendicitis)

Se plantea el siguiente plan de trabajo:

- Sodio Cloruro 0.9% 1L -> 500 cc a chorro luego 35 gotas por minuto.
- Dimenhidrinato 50 mg + Escopolamina butilbromuro 20 mg EV STAT.
- Se piden exámenes prequirúrgicos.
- Reevaluación con resultados.

Reevaluación:

Es evaluada con los resultados, quienes al ver que síntomas persisten a pesar de tratamiento indican su programación para sala para realizar apendicectomía laparoscópica.

Hemograma	Perfil Hepático
Hb: 13.9 mg/dl	TGO: 19
Leucocitos: 14630	TGP: 33
Neutrófilos: 11670	Bilirrubina total: 1.3 mg/dL
Perfil de coagulación	Bilirrubina directa: 0.5 mg/dL
Tiempo de protrombina: 13.6 seg	Bilirrubina indirecta: 0.8mg/dL
INR 1.0	PCR
Fibrinógeno: 438 mg/dL	2.5
Bioquímico	
Glucosa: 119 mg/dL	
Urea: 21.1 mg/dL	
Creatinina: 0.45 mg/dL	
Examen de orina	
Negativo	

Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: apendicitis aguda.
- Diagnóstico postoperatorio: apendicitis aguda.
- Procedimiento Quirúrgico: apendicectomía laparoscópica.

Hallazgos:

- Apéndice cecal de 8 x 2 cm, descendente interna, necrosada en su tercio distal, plastronada por epiplón, base indemne.
- Líquido purulento en parietocólico derecho y fondo de saco de douglas de aproximadamente 50 cc.
- Restos de órganos normales.

Paciente evoluciona de forma favorable y pasa a hospitalización, donde su evolución es favorable, iniciando tolerancia oral a las 24 horas post acto quirúrgico y sin presentar complicaciones. Por lo cual se le da de alta a los dos días de hospitalizado y con indicación de acudir por consultorio de cirugía para control y evaluación de herida operatoria, además se le indica tratamiento antibiótico para 5 días más y analgésico vía oral condicional.

Caso clínico n. ° 3

Hombre de 63 años, acude a la emergencia, por presentar hace 3 días dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada, hace 5 días no realiza deposiciones ni elimina flatos y hace 1 día presenta vómitos de contenido fecaloide e hiporexia.

Antecedentes personales:

- Diabetes *mellitus* (8 años).
- Hipertensión Arterial (12 años).

Antecedentes quirúrgicos:

- Laparotomía por obstrucción intestinal (11 años).

Funciones vitales

Presión arterial: 125/80 mmHg, Frecuencia cardiaca: 85 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 17 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 98%, temperatura: 37 C°.

Al examen físico:

- **Piel y Faneras:** Poco hidratada
- **Abdomen:** Distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando y poco depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en mesogastrio, reacción peritoneal.
- **SNC:** Lucidos, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de glasglow 15/15.
- Resto del examen no contributorio.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome Obstrucción intestinal a descartar oclusión intestinal por bridas y adherencias.

Plan de trabajo:

- Nada por vía oral.
- Colocación de sonda nasogástrica.
- Dextrosa al 5% 1000 centímetros cúbicos.
- Sodio cloruro de 20% 1 ampolla
- Cloruro de potasio de 20% 1 ampolla.
- Ceftriaxona 1 gr -> 2 ampollas endovenoso cada 24 horas.

- Ketoprofeno 100 mg 1 ampolla.
- Omeprazol 40 mg 1 ampolla.
- Exámenes de laboratorio y una radiografía de abdominal de pie.
- Se reevalúa con resultados

Reevaluación:

Hemograma:

- Leucocitos: $13.8 \times 10^3/uL$
- Hemoglobina: 12.9 g/dL
- Plaquetas: $199 \times 10^3/uL$

Bioquímica:

- Glucosa: 129 mg/dL
- Urea: 38 mg/dL
- Creatinina: 0.60 mg/dL

Radiografía de abdomen:

Dilatación marcada en asa delgada, niveles hidroaéreos y signo en pila de monedas positivo.

Se decide el ingreso a sala de operaciones de emergencia realizándose una laparoscopia exploratoria, liberación de adherencias, aspiración de secreciones y lavado de cavidad.

Hallazgos:

- Varias adherencias firmes del asa delgada anexadas hipogastrio.
- Líquido inflamatorio de aproximadamente 300 centímetros cúbicos en 2 cuadrantes.

Caso clínico n. ° 4

Mujer de 50 años pasa por consultorio externo donde refiere que hace 6 meses presentó sensación de masa a nivel de tercio medio de la cara anterior de la pierna derecha, no asociado a dolor, el cual ha ido incrementando de tamaño dificultándole sus actividades diarias.

Antecedentes quirúrgicos:

- Apendicetomía laparoscópica (2014)

Funciones vitales

Presión arterial: 110/75 mmHg, Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 90%, temperatura: 36.5 C°.

Al examen físico:

- **Pierna derecha:** En cara anterior de pierna derecha en el tercio medio se evidencia masa de 4 x 4.5 centímetros de consistencia blanda, bordes regulares, móvil y no asociado a dolor.
- **SNC:** Lucidos, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de glasglow 15/15.
- Resto del examen no contributorio.

Diagnóstico presuntivo:

- Tumoración en cara anterior tercio medio de pierna derecha a descartar lipoma

Plan de trabajo:

- Ecografía de partes blandas.

Acude al consultorio nuevamente con resultados de ecografía donde se observa en el tercio medio de la pierna derecha en su cara anterior masa hipoecogénica con sombras laterales de 3.8 x 4.5 cm, delimitada, móvil a la movilización, avascular al estudio Doppler y que no invade planos profundos; descripción sugestiva de lipoma.

Se indica a la paciente que será programada para sala de operaciones, solicitándole los exámenes prequirúrgicos, riesgo cardiológico y neumológico y firmar su consentimiento.

Operación:

- Exceresis de lipoma de pierna derecha

Hallazgos:

- Lipoma de 3 x 3 centímetros, sangrado de 50 centímetros cúbicos.

3. Rotación en Ginecología:

Se acaba la segunda rotación de Cirugía y pasamos a Ginecología, con un manejo diferente a la anterior, tanto por los tiempos como la división de segmentos que serán los servicios de Ginecología, Obstetricia, Consultorios y Emergencia, cada uno tendrá una duración 19 días y a diferencia de las dos anteriores rotaciones, las guardias nocturnas serán como parte de una rotación dentro del servicio, y diferente también porque ahora se tendrá que estar al cuidado de gestantes desde el inicio de su gestación hasta el parto, se nos enseñara como se le realizan sus controles prenatales en la rotación por consultorios donde también se verán las patologías más frecuentes y cómo asesorar a las futuras madres para evitar complicaciones durante su embarazo. Durante la rotación por emergencia no hubo mucha oportunidad de atender partos eutócicos ya que en su gran mayoría fueron por cesárea, pero si hubo oportunidad de atender y aprender las patologías más frecuentes tanto de pacientes embarazadas como otras emergencias ginecológicas. Por otro lado, en los servicios de hospitalización de Ginecología y Obstetricia los pases de visita fueron de gran provecho académico con patologías que muchas veces llegaban por consultorios o emergencia siendo hospitalizadas para su manejo.

Caso clínico n. ° 1

Paciente mujer de 45 años, indica que hace 5 meses, refiere que inicia con dolor abdominal en hipogastrio de tipo cólico, asociado a sangrado vaginal, refiere que el dolor cede al reposo; en los últimos meses, relata que dolor ha aumentado y el sangrado también, por lo cual acude por consultorio para chequeo ginecológico.

Antecedentes familiares:

- Madre aparentemente sana.
- Padre con antecedente de leucemia mieloide.

Antecedentes personales:

- Epilepsia hace 6 años, con tratamiento.

Antecedentes quirúrgicos:

- Fístula perianal (hace 10 años)

Antecedente ginecológicos:

- Primera regla: 12 años.
- Cantidad de días que sangraba: 3 días.
- Fecha de última regla: Hace 2 semanas.
- Primera relación sexual: 20 años.
- Última relación sexual: hace 3 años.
- Último Papanicolaos: Hace 2 meses (negativo)
- Fórmula obstétrica: G0P0

Funciones vitales:

Presión arterial: 110/80 mmHg, Frecuencia cardíaca: 73 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto, temperatura 36,6 C°.

Examen físico al ingreso:

- **Abdomen:** No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda e hipogastrio, no reacción peritoneal.
- **Genitourinario:** Genitales externos sin lesiones, no sangrado vaginal al momento de la evaluación, puño percusión lumbar negativo, punto renoureteral negativo.
- **Especuloscopia:** cérvix epitelizado, no sangrado en canal vaginal, no flujo vaginal.
- **Tacto vaginal:** Cérvix posterior, no doloroso a la movilización de anexos.
- **Tacto rectal:** diferido.
- Resto del examen físico dentro de lo normal.

En consultorio, la paciente llega con resultados de laboratorio, ecografía pélvica transvaginal y resultado de muestra de anatomía patológica de biopsia de endometrio, solicitados anteriormente.

Ecografía transvaginal:

- Ovarios ecográficamente normales.
- Engrosamiento endometrial

Hemograma	Bioquímica
Hemoglobina: 10.8 mg/dl	Creatinina: 0.64 mg/dl
Leucocitos: 17930/mm ³ .	Urea: 32.1 mg/dl
Hematocrito: 32.4 %	Glucemia: 88 mg/dl
Plaquetas: 377.000/mm ³	Examen de orina: Normal

Informe de resultado:

Anatomopatológico:

- Hiperplasia endometrial compleja con atipia focal

Diagnóstico Definitivo:

- Hiperplasia endometrial compleja con atipia focal

Plan de trabajo:

- Hospitalización para programación de cirugía de hysterectomía total con salpingooforectomía bilateral.
- Solicitar exámenes prequirúrgicos
- Firmar consentimiento informado

Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: Hiperplasia endometrial con atipia.
- Diagnóstico postoperatorio: Post Operada inmediata de HAT + SOB.
- Operación: Hysterectomía total con salpingooforectomía bilateral.

Hallazgos

- Útero de bordes regulares de 5x7cm aproximadamente, anexos adecuados para la edad
- Se evidencia quiste simple de ovario izquierdo de 1.5 cm.
- Fondo de saco libre.
- Sangrado aproximadamente 500 centímetros cúbicos.

Caso clínico n. ° 2

Paciente femenino de 38 años, con 15 días de tiempo de su enfermedad, indica que hace casi 2 meses se realiza procedimiento de transferencia embrionaria y lleva controles periódicos, todos normales. Hace 15 días comienza sangrado vaginal abundante color rojo intenso,

acompañado de mucosidad, por lo que acude al hospital, donde se le indica progesterona. Sin embargo, posteriormente, el sangrado persiste, pero en menor cantidad.

Al persistir con el sangrado, acude por emergencia, encontrando uno de color rojo oscuro, pero en escasa cantidad, además refiere que se le agrega dolor tipo cólico de leve intensidad en región de baja de abdomen.

Antecedentes personales:

- Endometriosis
- Hipotiroidismo

Antecedentes quirúrgicos:

- Salpingectomía bilateral e histeroscopia por endometriosis.

Antecedente ginecológicos:

- Menarquia: 11 años.
- Régimen catamenial: 6-7 días.
- Fecha última regla: Hace 3 meses.
- Inicio de relaciones sexuales: 17 años.
- Última relación sexual: hace 1 mes.
- Último papanicolau: Hace 1 año (negativo).
- Fórmula obstétrica: G1P0.
- Uso de hormonas: Progesterona.

Funciones vitales:

Presión arterial: 120/80 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 68 latidos por minuto, Frecuencia Respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 36,9 C°.

Examen físico al ingreso:

- **Abdomen:** útero intrapélvico, leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, latidos cardíacos fetales: 166 latidos por minuto, Longitud céfalo-nalgas: 20 mm.
- **Genitourinario:** Genitales externos sin lesiones, no sangrado, puño percusión lumbar negativo, punto renoureteral negativo.
- **Especuloscopia:** sangrado marrón oscuro sin mal olor.

- **Tacto vaginal:** diferido.
- **Tacto rectal:** diferido.
- Resto del examen físico dentro de lo normal.

Impresión diagnóstica:

- Primigesta de 13.5 semanas por ecografía del primer trimestre.
- Amenaza de aborto.
- Alto riesgo obstétrico por fecundación in vitro y por edad materna avanzada.
- Hipotiroidismo por historia clínica.

Plan de trabajo:

Hospitalización en obstetricia:

- Dieta completa más líquidos a voluntad.
- Vigilancia de signos de alarma y de funciones vitales.
- Progesterona 200 mg VO cada 12 horas.
- Escopolamina 20 mg EV condicional al dolor.
- Multivitaminico cada 24 horas por vía oral
- Levotiroxina 100 mg cada 24 horas en ayunas por vía oral.
- Reposo relativo

Caso clínico n. ° 3

Mujer de 57 años de edad refiere que hace aproximadamente 1 año sensación de bulto en mama derecha y acompañado de dolor de moderada intensidad a la palpación profunda. Pasa por consultorio externo de ginecología donde se le solicita una mamografía y una ecografía En la mamografía se observa nódulo irregular en cuadrante superior externo de mama derecha de aspecto sospechoso Categoría BIRADS 4; por lo cual se realiza la ecografía y se observa nódulo en mama derecha a descartar NM BIRADS 5 y ganglios en región axilar derecha a descartar infiltración. Acude de nuevo a consultorio externo con los resultados y se le solicita una biopsia, la cual tiene como resultado carcinoma infiltrante de mama tipo NOS. Se programa para sala de operaciones para una resección local amplia más biopsia de ganglio centinela. Regresa al consultorio externo con resultado de biopsia de ganglio centinela después de 20 días, observándose el

ganglio centinela comprometido por neoplasia maligna con metástasis de 1 mm; decidiéndose su hospitalización y programación para sala de operaciones.

Antecedentes personales:

- Hepatitis A a los 4 años.
- Diabetes *mellitus* tipo II (2022)

Antecedentes quirúrgicos:

- Hernia umbilical (1987)
- Colectomía laparoscópica (2011)
- 3 cesáreas
- Resección local amplia de mama derecha (2023)

Funciones vitales

Presión arterial: 110/75 mmHG, Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 98%, Temperatura 36 C°

Examen Físico: Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.

- **Mamas:** Derecha: No simétrica, cicatriz operatoria de aproximadamente 10 cm en cuadrante superior externo, no dolorosa a la palpación. Izquierda: Simétrica, no lesiones, no masas, no dolorosa a la palpación.
- **SNC:** Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de glasgow 15/15, no signos de focalización.
- Sin alteraciones en los demás sistemas.

Diagnóstico presuntivo:

- Cáncer de mama derecha

Plan de Trabajo:

- Disección radical de axila derecha más colocación de dren hemovac.
- Se solicita todos los exámenes de sangre prequirúrgicos para entrar a sala de operaciones, examen de orina completo y consentimiento informado.

Informe operatorio:

Hallazgos: Adenopatías axilares en grupos I y II de Berg, menores de 1 cm

Al finalizar la cirugía, se continúa con terapia antibiótica, analgésica y con control estricto de drenaje por dicho dren.

Caso clínico n. ° 4

Mujer de 41 años de edad acude a emergencia de gineco-obstetricia refiriendo que presenta hace 4 horas pérdida de líquido, dolor tipo contracciones de moderada intensidad, percibe movimientos fetales, no sangrado vaginal, ni signos de irritación cervical.

Antecedentes patológicos: Niega

- Sin datos de importancia.

Antecedentes quirúrgicos:

- Cesárea por desproporción cefalopélvica (2009)

Antecedentes ginecológicos y obstétricos:

- Menarquia: 12 años.
- Régimen catamenial: 5 – regular.
- Inicio de relaciones sexuales: 22 años.
- Número de parejas sexuales: 2.
- Última relación sexual: hace 1 mes.
- Papanicolau: Mayo 2023 NEGATIVO.
- Métodos anticonceptivos: Pastillas anticonceptivas.
- Fecha de última regla: 17/Junio/2023 por Ecografía de primer trimestre.
- Fecha probable de parto: 23/03/2024
- Fórmula obstétrica: G2 P1001.

Funciones vitales:

Presión arterial: 100/70 mmHg, Frecuencia cardiaca: 98 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto, Temperatura: 36 C°, Saturación de oxígeno: 99%, Peso: 78.5 kilogramos, Talla: 1.63 centímetros,

Examen físico:

- **Abdomen:** Grávido, altura uterina: 29 cm, Situación/presentación/posición: Longitudinal/cefálico/derecho, movimientos fetales presentes, latidos cardíacos fetales: 148 latidos por minuto, dinámica uterina: ausentes al momento de evaluación.
- **Genitales externos:** No lesiones, no sangrado.
- **Especuloscopia:** Pérdida de líquido a Valsalva, no pérdida de sangre por canal vaginal.
- **Tacto vaginal:** Cérvix posterior sin cambios cervicales, pelvis ginecoides.
- Sin alteraciones en los demás sistemas.

Diagnóstico presuntivo:

- Segundigesta de 31.5 semanas por ecografía del primer trimestre.
- No trabajo de parto.
- Ruptura prematura de membrana pretérmino -/+ horas
- Alto riesgo obstétrico por cesárea anterior 1 vez

Plan:

- Antibioticoterapia.
- Maduración Pulmonar.
- Se solicita test no estresante, hemograma, velocidad de sedimentación y examen de orina.
- Control de funciones vitales, signos de alarma, dinámica uterina y de latidos fetales.
- Se reevalúa con resultados

Reevaluación

Hemograma:

- Leucocitos: $8.52 \times 10^3/uL$
- Hemoglobina: 11.9 g/dL
- Plaquetas: $235 \times 10^3/uL$

Velocidad de sedimentación: 50 mm/hora

Examen de orina:

- Leucocitos: 4/uL

Test no estresante: 9/10

Conforme a los resultados, se decide hospitalizar a la paciente para monitoreo y control de la gestación hasta el momento que se tenga que finalizar la gestación por vía cesárea.

Plan por seguir en hospitalización:

1. Dieta blanda y líquidos
2. Cloruro de sodio 0.9% 1000cc -> 15 gotas por minuto
3. Ampicilina 1 gr en ampolla cada 6 horas
4. Eritromicina 500 mg en tableta cada 8 horas
5. Betametasona 12 mg en ampolla intramuscular cada 24 horas
</II>
6. Nifedipino 10 mg en tableta cada 8 horas
7. Se solicita ecografía obstétrica más índice de líquido amniótico (ILA).

4. Rotación en Medicina Interna

Por último, los internos llegan a la última rotación de esta maravillosa etapa, la de Medicina Interna, donde se verán las patologías más frecuentes dentro de nuestra vida como médicos generales. Este servicio con una gran cantidad de pacientes, tanto hospitalizados como los que acuden por emergencia, será un reto que demandará mucha paciencia, pero con una gran recompensa en aprendizaje.

En esta rotación los internos serán divididos por sectores, del 1 al 4, siendo último inaugurado con los nuevos internos que llegan a su última rotación, cada sector maneja un aproximado de 15 a 20 pacientes normalmente, y cada interno tiene la responsabilidad de evolucionarlos y conocerlos a todos, con un manejo diferente a las otras rotaciones, las visitas serán extensas y con planes de trabajo que pueden tener hasta meses de duración en algunos casos especiales.

Desde que disminuyeron las medidas por la pandemia, la cantidad de pacientes que cada interno podría ver aumentó, dando así muchas oportunidades de conocer más patologías, cada una diferente en cada paciente y cada uno con su propio manejo, a esto se suma pacientes

que han permanecido en el servicio desde mucho antes de que entre el último grupo, cada uno con un problema diferente que lo aqueja tanto física como emocionalmente; nuestra labor no solo será evolucionarlos y aplicar el plan de trabajo, sino también ser un apoyo emocional e incluso hasta conseguir material que a veces no había en el hospital o el familiar que por causas económicas no pudo conseguir.

Caso clínico n. ° 1

Paciente mujer de 78 años de casi 3 meses de tiempo de enfermedad, viene recibiendo curaciones por consultorio de pie diabético, por presencia de úlcera en talón de pie izquierdo, donde hace 5 días en una curación de rutina por consultorio, médico tratante que úlcera cursa con una evolución desfavorable, además que presenta dolor en miembro inferior izquierdo, por lo cual le indica acudir por emergencia, para evaluación, ver posibilidad de ampliar exámenes y si hay necesidad de hospitalizarse; paciente refiere que es la segunda vez en el año que es enviada por emergencia para posibilidad de hospitalizar, por la misma presencia de úlcera en talón que en ese entonces tenía un tamaño de 6x7 cm de bordes irregulares, y al ser dada de alta se le indicó curaciones interdiarias (3 veces por semana) y control de glucosa por endocrinología.

Familiar del paciente refiere no haber notado mejoría tras curaciones interdiarias, y que paciente lleva tratamiento contra la diabetes de forma irregular, así como una dieta no correspondiente para un paciente con ese diagnóstico.

Funciones vitales:

Presión arterial: 135/80 mmHg, Frecuencia cardíaca: 72 latidos por minutos, Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto, temperatura: 37.2 C°

Al examen físico:

- **Piel y Faneras:** Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, se evidencia hiperpigmentación en ambos miembros inferiores a nivel de piernas y pies.

- **Tejido celular subcutáneo:** No se evidencia presencia de edemas.
- **Miembro inferior izquierdo:** Se evidencia lesión de 7x8 centímetros aproximadamente en talón, con 1 centímetros de profundidad, de bordes irregulares, no hay presencia de sangrado activo, presencia de secreciones, no doloroso a la palpación.
- **SNC:** Despierta, activa, no signos de focalización, escala de glasgow 15/15
- No contributorio el resto del examen físico.

Impresión diagnóstica:

- Diabetes mellitus con presentación de complicaciones tardías.
- Pie diabético Texas III C
- ITU

Plan de trabajo:

- Solicitar exámenes de laboratorio, examen de orina completo y cultivo de orina.

Reevaluación:

Hemograma	Examen de orina
Hemoglobina: 9.1	Sangre: -
Leucocitos: 11570	Proteínas: -
Plaquetas: 285000	Leucocitos: 662/ ul
Linfocitos: 8.8%	Positivo
Eosinófilos: 0.4%	

Bioquímica

Creatinina: 0.79 mg/dL

Urea: 50.9 mg/dL

Glucosa: 278 mg/dL

Procalcitonina: 0.14

PCR: 3.8

Se opta por hospitalizar a la paciente y como plan de trabajo se solicita ampliar exámenes, llevar una terapia integral con las especialidades de Cirugía Plástica para el tratamiento de la úlcera en pie izquierdo y con Endocrinología para brindar tratamiento adecuado a la diabetes *mellitus* 2; antibioticoterapia para la infección urinaria al salir positivo el examen de orina y se espera resultado de urocultivo. Además, se realiza consulta a la especialidad de Cirugía de tórax y cardiovascular, quienes indican una ecografía doppler de ambos miembros inferiores.

Informe de ecografía doppler arterial de miembros inferiores:

- Insuficiencia arterial de miembro inferior derecho con obstrucción completa de arteria tibial posterior asociado a significativa aterosclerosis con trombosis crónica.
- Insuficiencia arterial de miembro inferior izquierdo con obstrucción parcial de arteria tibial posterior asociado a significativa aterosclerosis con trombosis crónica y apertura de colaterales, así como estenosis de 50-75% en cayado de arteria tibial anterior.
- Significativa aterosclerosis a predominio distal bilateral.

Durante su hospitalización se mantiene un control adecuado de la glucosa, pero con una evolución desfavorable de la úlcera en talón izquierdo, con aumento de tamaño y profundidad a pesar de recibir curaciones diarias.

Se plantea junta médica interespecialidades donde para posibilidad de amputación transtibial si lesión no presenta mejoría en una semana más de tratamiento.

Caso clínico n. ° 2

Paciente masculino de 34 años, es referido de provincia, presentando enfermedad hace 1 semana, relata que hace una semana sufre caída golpeándose el miembro inferior izquierdo contra un bloque de concreto, presentando una lesión de 10 cm aproximadamente con sangrado activo por lo cual acude a su policlínico, donde le limpian la herida y colocan 2 puntos, y le dan de alta con tratamiento antibiótico por 7 días y se le reevaluará al finalizar el mismo. Al cuarto día, paciente refiere que la lesión se torna eritematosa y caliente, y presenta un aumento de volumen en la herida y al centro aparentaba acumulación de contenido purulento y doloroso a la palpación; al empeorar los síntomas acude de nuevo a su policlínico donde le drenan la herida y la cubren, e indican referir a Lima para que evalúen y amplíen estudios para planteamiento de tratamiento.

Funciones vitales:

Presión arterial: 110/80 mmHg, Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minutos, Frecuencia respiratorias: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 37.3 C°.

Al examen físico:

- **Piel y faneras:** Caliente, elástica e hidratada, con llenado capilar normal.
- **Miembro inferior izquierdo:** Se evidencia en pierna a nivel de tercio medio lesión de 10 cm aproximadamente, eritematosa, caliente, no presencia de sangrado activo ni secreciones.
- Sin alteraciones en los demás sistemas.

Impresión diagnóstica:

- Celulitis en miembro inferior izquierdo

Plan de trabajo:

- Se solicita exámenes de sangre y bioquímica.
- Reevaluación con resultados

Reevaluación

Hemograma	Bioquímico
Hemoglobina: 14.9 g/dL	Urea 28.5 mg/dl
Leucocitos: 6100	Creatinina 0.84 mg/dl
Plaquetas: 323000	Glucosa 102 mg/dl
Eosinófilos: 1.4%	PCR: 5.7
Linfocitos: 23.4%	

Se decide su hospitalización, donde se le iniciará tratamiento antibiótico por 7 días vía endovenosa con clindamicina y analgesia; y reevaluación al finalizar el tratamiento. También es evaluado por la especialidad de cirugía plástica que indica curaciones diarias.

El paciente presenta evolución favorable por lo cual, al terminar tratamiento por vía endovenosa, se le da de alta con tratamiento antibiótico vía oral y se le da concurrencia por consultorio de cirugía plástica para evaluar lesión.

Caso clínico n. ° 3

Hombre de 46 años de edad proveniente de Cuzco, con tiempo de enfermedad de 5 meses, es traído por familiar por presentar tos, sensación de alza térmica no cuantificada, escalofríos, sudoración e hiporexia; acude a su centro más cercano, donde le tomaron muestra de Bk en esputo saliendo con resultado negativo, le indican tratamiento con penicilina más dexametasona y un medicamento adicional el cual no refiere; dos días después es llevado nuevamente al hospital por presentar pérdida de conocimiento, le solicitan tomografía cerebral diagnosticándolo con accidente cerebro vascular; por lo que es referido al hospital de la ciudad de Cuzco. Acá presenta convulsiones y deterioro neurológico, por lo que deciden ampliarle estudios, le toman nuevamente la prueba de Bk en esputo saliendo negativo nuevamente, además le toman Bk en líquido cefalorraquídeo saliendo la primera muestra negativo y la segunda muestra positivo para tuberculosis; se le plantea iniciar tratamiento para tuberculosis y es dado de alta 4 días después con terapia antituberculosa y seguimiento.

Familiar refiere que paciente no evoluciona favorablemente al tratamiento, presentando a los cuatro meses posteriores, disminución de fuerza muscular en miembros superiores e inferiores, además una disminución de peso de 10kg, hiporexia y persistencia de convulsiones por lo cual decide traerlo por emergencia y es hospitalizado.

Funciones vitales:

Presión Arterial: 100/80 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 79 latidos por minutos, Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 37.5°C.

Al examen físico:

- **Piel y faneras:** Poco elástica e hidratada, leve palidez, en región sacra se evidencia leve zona eritematosa de 2x2 cm aproximadamente sin sangrado activo ni secreciones.
- **Tórax y pulmones:** Simétrico, murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, se auscultan crépitos bibasales.
- **SNC:** Despierto, desorientado en lugar, tiempo y persona, no signos de focalización, escala de Glasgow 15/15.
- Resto del examen físico no contributorio.

Impresión diagnóstica:

- Tuberculosis meníngea.
- Úlcera por presión grado I.

Plan de trabajo:

- Hospitalización

En hospitalización se solicita una nueva muestra de Bk en esputo, el cual es positivo por lo que se cambia el esquema de tratamiento antituberculoso y evoluciona de manera favorable.

Diagnósticos definitivos:

- Tuberculosis sistémica: pulmonar y meníngea.
- Úlcera por presión grado I.

Esquema para tuberculosis

- Rifampicina 600 mg VO cada 24 horas.
- Levofloxacino 750 mg VO cada 24 horas.
- Etionamida 250 mg VO cada 24 horas.

- Cicloserina 250 mg VO cada 24 horas.
- Amikacina 1g EV cada 24 horas.
- Dexametasona 4 mg EV cada 8 horas.
- Ranitidina 300 mg VO cada 24 horas

Caso clínico n. ° 4

Hombre de 76 años de edad portador de sonda Foley es llevado a la emergencia por familiar, el cual refiere que el paciente presenta hace 7 días cefalea, dificultad para la micción y malestar general, 2 días antes del ingreso presenta fiebre de 39.4 °C, asociada a náuseas y vómitos de contenido a alimentario. 1 día antes del ingreso presenta hematuria por sonda Foley.

Antecedentes patológicos:

- Hiperplasia de próstata grado IV.
- RAMS: niega.

Antecedentes quirúrgicos:

- Hernioplastia (2000)

Funciones vitales:

Presión arterial: 120/80 mmHg, Frecuencia cardiaca: 75 latidos por minutos, Frecuencia respiratorias: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 38 C°.

Al examen físico:

- **Piel y faneras:** Palidez positiva
- **Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, punto renoureteral negativo.
- **SNC:** Lúcido, orientado en tiempo, lugar y persona, escala de Glasgow 15/15.
- Sin alteraciones en los demás sistemas.

Diagnóstico presuntivo:

- Probable infección urinaria

Plan de trabajo:

- Metamizol 1 gr 1 ampolla intramuscular.
- Se solicita exámenes de sangre, bioquímica, examen completo de orina y urocultivo.

- Ecografía renouretero-prostática.
- Interconsulta a urología para cambio de sonda
- Reevaluación con resultados

Reevaluación

<p>Hemograma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucocitos: 10.48 x10³/uL - Hemoglobina: 8.9 g/dL - Plaquetas: 200 x10³/uL
<p>Bioquímica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glucosa: 118 mg/dl - Urea: 151.9 mg/dl - Creatinina: 5.46 mg/dl
<p>Examen de orina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leucocitos: 8580 /ul - Hematíes: 350 /ul - Bacterias: 110 /ul

Paciente presenta elevación de azoados y examen de orina patológica. Ecografía renouretero-prostática: Portador de sonda Foley, hidronefrosis bilateral, litiasis vesical e hiperplasia benigna prostática grado IV.

Interconsulta en Urología

Se realiza cambio de sonda Foley, evacuándose 500 centímetros cúbicos. Es dado de alta por su servicio.

Se plantea el siguiente plan de trabajo:

- Dieta para paciente renal.
- Cloruro de sodio 0.9 % 1000 centímetros cúbicos -> 20 gotas por minuto.
- Ertapenem 1 gr cada 24 horas pasar en 3 horas.
- Paracetamol 1 gr via oral cada 8 horas.
- Metamizol 1 gr 1 ampolla endovenoso.
- Interconsulta a nefrología para evolución y sugerencia por su servicio.

Diagnóstico definitivo:

- Infección urinaria complicada
- Insuficiencia renal aguda.
- Anemia moderada.

Interconsulta de Nefrología

Sugiere:

- Hidratación con cloruro de sodio al 0.9% -> 70 centímetros cúbicos cada hora por 24 horas, luego suspender.
- Continuar antibioticoterapia.
- Control de urea, creatinina y electrolitos cada 24 horas.

Se decide hospitalizar al paciente para continuar terapia antibiótica para la infección urinaria, se continúa solicitando interconsultas a nefrología para control de la insuficiencia renal aguda y realiza terapia de hemodiálisis. Se llega a erradicar la infección urinaria y controlar la insuficiencia renal, se le da de alta con concurrencias para Urología, Nefrología y Medicina Interna para control por consultorio externo.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de la Policía Nacional Luis N. Sáenz es uno de nivel III-1, ubicado en el distrito de Jesús María, provincia de Lima y departamento de Lima. Situado en la av. Brasil 26, Jesús María. Esta localizado en un espacio estratégico; ya que cuenta con grandes facilidades de acceso y con una gran cobertura poblacional conformada por los mismos policías, padres, conyugue e hijos de policías.

Cuenta con los grandes departamentos de Medicina General, Pediatría, Cirugía General y Gineco y Obstetricia, y otras especialidades como cardiología, endocrinología, oftalmología, oncología, neurología, etc. Actualmente, se dispone tanto del hospital nuevo donde se encuentran los servicios de emergencia, hospitalización, salas de operaciones, de partos, de procedimientos menores, consultorio externo, centro de diagnóstico por imágenes y helipuerto; así como también del hospital antiguo donde aún se encuentra el servicio de hospitalización y sala de procedimiento de algunas especialidades.

Compone un centro de referencia y contrarreferencia a establecimientos de menor nivel tanto nacional como el Hospital Geriátrico San José y el Hospital B Leguía; como regional donde se ubican el de la PNP sede Arequipa y Chiclayo. Tiene como propósito principal brindar la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud tanto del personal policial como del civil.

Pediatría está constituido por emergencia, cirugía pediátrica, neonatología, consultorio externo y hospitalización. En emergencia solo se programaba guardias diurnas de 12 horas y estaba conformada por 1 asistente, 2 residentes y 6 internos de medicina. Se ponía en práctica el triángulo de evaluación pediátrica, se hacía una buena anamnesis, plan de trabajo y un tratamiento adecuado. Si el paciente cumplía con los criterios de hospitalización, ese mismo día se hacía, se solicitaba exámenes de laboratorio y de imágenes para ampliar el estudio, se completaba el tratamiento correspondiente y así ser dado de alta. En

cirugía pediátrica estaban pacientes de emergencia y los programados, en ambos casos se tenía que completar todos sus prequirúrgicos, asistir a la cirugía y evaluar su mejoría diariamente hasta que sean dados de alta. Hospitalización pediátrica está conformada por 21 camas a cargo de 2 médicos, 1 residente y 6 internos. Estos últimos evolucionaban diariamente tomando funciones vitales, verificando si hubo incurrencias durante la noche y haciendo el examen físico; pasaban visita junto al asistente y cuando se solicitaba algún examen, interconsulta a una especialidad o procedimiento, lo efectivizaban y finalmente realizaban las recetas por día.

Cirugía General está constituido por hospitalización, emergencia y consultorio. El área de hospitalización se subdivide en sector 1, sector 2 conformado por los pacientes depositados en otros servicios y sector 3. Cada sector tenía un aproximado de 20 a 24 camas, que estaban a cargo de 3 médicos asistentes, 3 residentes y 6 internos de medicina, estos últimos tenían un horario de 12 horas aproximadamente por día y una guardia nocturna en emergencia cada 4 días. Los internos realizaban las evoluciones diariamente, pasaban visita, agilizaban cualquier examen de laboratorio o de imágenes que solicitaba el medico asistente y acompañaban al paciente si tenía un procedimiento programado. Es área también dispone de una modalidad llamada Mopri (Módulo preoperatorio integrado), donde los pacientes acudían al consultorio externo, se les evaluaba y si eran candidatos para tratamiento quirúrgicos se les programaba la cirugía, ya que no era de emergencia; y los internos efectivizaban con rapidez los exámenes prequirúrgicos. El área de Emergencia estaba a cargo de 1 asistente, 3 residentes y 6 internos tanto en guardias diurnas como nocturnas, los cuales realizaban el diagnóstico y plan de trabajo en conjunto. Cuenta con 2 camillas donde se evaluaba al paciente, en el caso de sutura de heridas se realizaba en ese ambiente; y si era tributario de tratamiento quirúrgico, se les solicitaba los exámenes necesarios para entrar a sala de operaciones. Cada 15 días se rotaba de sector y de área, y entre rotaciones programaban a los internos para rotar por los servicios de Cirugía de cabeza y cuello,

Anestesiología, Urología, Cirugía de tórax, y Cardiovascular y Traumatología por 1 semana.

Ginecología y Obstetricia cuenta con 2 grandes servicios, los cuales están constituidos por las áreas de hospitalización, emergencia y consultorio externo. Ginecología está conformada por el área de hospitalización, ubicado en el 5° piso de la torre A del hospital nuevo, el cual cuenta con un aproximado de 15 camas a cargo de 1 medico asistente, 3 residentes y 6 internos, los cuales estaban a cargo de las evolucionar todos los días a las pacientes que en su mayoría eran operadas. Existe los días quirúrgicos, llevados a cabo los martes y jueves, realizándose cirugías programas que usualmente eran patologías neoplásicas de mama, útero y ovarios. Los consultorios externos están situados en el hospital nuevo y tienen un horario de turno mañana donde atendían 4 consultorios, y el de turno tarde atendiendo solos 2 consultorios. Se abría un consultorio más los jueves donde se realizaba procedimientos menores como tomas de biopsias de mama y colposcopia.

Obstetricia está constituido por el área de hospitalización ubicada también en el 5.º piso de la torre A del nuevo hospital al costado del servicio de ginecología. Tiene 20 camas a cargo de 1 medico asistente, 2 residentes y 6 internos. Cuenta con un centro obstétrico localizado en el 3 piso del hospital nuevo donde se monitorea a la paciente y al producto en el caso existiera factores de riesgo que comprometan su vida, y se brinda atención a la gestante durante el trabajo de parto; tanto si ingresaban por emergencia como del piso de hospitalización. Consultorio externo se dividía en el área de control prenatal atendiendo a pacientes con riesgo obstétrico alto y bajo y psicoprofilaxis, y en planificación familiar se orienta a la pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos; y así, evitar embarazos no deseados. La emergencia de ambos servicios está unida, atendiéndose mayormente a gestantes que ingresaban en labor de parto y si era tributaria de cesárea, se agilizaba sus exámenes prequirúrgicos.

Por último, Medicina interna que cuenta con el área de hospitalización y emergencia. La hospitalización se divide en 4 sectores y cada sector estaba a cargo de 20 camas aproximadamente; y debido a la falta de camas había pacientes depositados en otros servicios, lo que incrementaba el número de camas; sin embargo, estos últimos pacientes no estaban a cargo de un solo sector, ya que los rotaban por semana. Piso de hospitalización se encuentra en el primer y segundo piso del hospital antiguo y cada sector estaba a cargo de 2 médicos asistentes, 2 residentes y 7 internos, estos últimos cumplían la misma función que en los servicios descritos. Diariamente 2 internos desempeñaban la función de reten en la tarde, cumpliendo pendientes como exámenes de laboratorio, de imágenes, procedimientos y/o preparación quirúrgica. La emergencia está ubicada en el 1° piso del hospital nuevo y dividida en triaje, tópico de medicina interna y de observación; está a cargo de 1 médico asistente, 6 residentes y 5 internos, los cuales cumplían un horario de 12 horas. Al interno solo se le programaba guardias diurnas, mas no nocturnas; y sus funciones dependían del área donde se encuentre. En triaje el interno junto con una enfermera evaluaba al paciente en un tiempo menor a 15 minutos, dando pase a la atención de la especialidad correspondientes como medicina interna, cirugía general y traumatología a aquellos que ameritaban ser emergencia; y a los que no, se les indicaba acudir a su policlínico más cercano. En tópico de medicina los internos atendían y evaluaban al paciente, realizando historias clínicas con una anamnesis más completa, indicando un plan de trabajo y tratamiento oportuno con su respectiva reevaluación hasta ser tributario del alta médica o de hospitalización; todo esto acompañado y supervisado por un médico del residente.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en Pediatría

Caso clínico n. ° 1

Impresión diagnóstica: Crisis asmática.

Es en la infancia una de las enfermedades crónicas que más prevalece, muchas veces tiene inicio desde edades tempranas en la vida por lo cual tiene su importancia en que el paciente vaya a control por pediatría para tener un precoz diagnóstico. En esta enfermedad los bronquios se inflamarán y se estrecharán, se verá caracterizado por presencia de tos, la dificultad del paciente al respirar y sibilancias en el pecho; puede haber dolor torácico en algunos pacientes ⁽¹⁾.

La gravedad del asma se valorará por criterios clínicos, como los que se ven en el Score Pulmonar, que fue el que se utilizó en este caso, donde se evaluará al paciente su frecuencia respiratoria, la presencia o no de sibilancias y la utilización del músculo esternocleidomastoideo, todo esto valorado en conjunto con la saturación de oxígeno que nos darán un puntaje siendo de 0-3 una forma leve, 4-6 será moderada y por último de 7-9 se diagnosticará como grave, para cada tipo de crisis tendrá un tratamiento propuesto que puede seguir la Guía GEMA, y que de responder al tratamiento que nos propone, el paciente podría ser dado de alta ⁽²⁾.

En este caso el paciente fue respondiendo bien al tratamiento que se le inició en emergencia por lo cual fue dado de alta y se le hizo seguimiento por consultorio.

Caso clínico n. ° 2

Impresión diagnóstica: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Según la OMS, la diarrea aguda se define desde 3 evacuaciones a más de deposiciones líquidas o blandas al día, por un tiempo a partir de 3 días y que no pase los 14 días; y la gastroenteritis aguda es una enfermedad diarreica que inicia rápidamente, con o sin la presencia de más síntomas o signos, entre ellos el dolor abdominal, fiebre náuseas o vómitos. Su etiología de esta enfermedad en especial en niños en el 70-90% de los casos son de origen viral, siendo el rotavirus la principal causa de los casos de diarreas

ocasionadas por virus. El diagnóstico en estos casos se complementará con exámenes de laboratorio, desde una reacción inflamatoria en heces hasta coprocultivo; también es importante verificar que no exista presencia de parásitos o algún otro patógeno como bacterias que ocasionen la diarrea para poder seguir un tratamiento. Para este tipo de cuadros clínicos no será necesario el uso de estudios de imágenes salvo se esté sospechando en otra patología. Otros exámenes que puedan ayudar al diagnóstico y tratamiento pueden ser un hemograma y electrolitos séricos. Como tratamiento lo principal será prevenir y tratar la desnutrición, así como prevenir el daño nutricional, y reducir la duración de la diarrea, así como evitar que aparezca nuevamente ⁽³⁾.

En este caso se manejó la hidratación del paciente, así como controlar su fiebre y aliviar sus cólicos ocasionados por la presencia de gases; a espera de su resultado que salió con presencia de 70-80 leucocitos por campo, pasándolo a hospitalización ya que necesitará tratamiento antibiótico, pero por vía endovenosa.

Caso clínico n. ° 3

Impresión diagnóstica: Rinofaringitis

Es la inflamación moderada del tracto respiratorio alto de origen infeccioso, es la más frecuentes entre 6 meses y 4-5 años, afectando las vías aéreas superiores desde las fosas nasales hasta la laringe ⁽⁴⁾. Es de origen viral, siendo los rinovirus unos de los agentes infecciosos responsables más frecuentes entre el 30-50% de la mayoría de las enfermedades respiratorias; y, esto se debe a un proceso fisiológico de maduración del sistema inmunitario de la población infantil. El cuadro clínico habitual se asocia a rinorrea, obstrucción nasal, estornudos, tos y fiebre. Debido a su origen viral es de evolución espontánea, rápida, sin complicaciones y no se necesita de antibioticoterapia, el tratamiento principal son los lavados nasales con suero salino asociado a antipiréticos y analgésicos ⁽⁵⁾.

Caso clínico n. ° 4

Impresión diagnóstica: Infección del tracto urinario

Se considera una de las infecciones bacterianas más comunes en la población infantil y la razón de fiebre sin foco en menores de 3 años ⁽⁶⁾. El principal microorganismo que afecta las vías urinarias y provocando infecciones es el *E. coli*. El cuadro clínico se manifiesta según la localización y la edad del proceso infeccioso: en recién nacidos y lactantes menor a 3 meses, la clínica más frecuente es la fiebre, irritabilidad, inapetencia y vómito; en lactantes mayor a 3 meses hasta los 2 años es la fiebre, hiporexia, náuseas y vómitos y retraso en el crecimiento; en preescolares, escolares y adolescentes son los síntomas miccionales como disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, orina turbia o hematuria ⁽⁷⁾.

Para llegar al diagnóstico se asocia la sintomatología y complementarlo con exámenes de laboratorio como el examen de orina y urocultivo. En el examen de orina se debe reconocer principalmente la leucocitosis que sea mayor de 5 leucocitos por campos, si existe nitritos y/o hematuria, presencia de bacterias y cantidad de células inflamatorias, siendo estas mayor a 10 células ⁽⁷⁾.

Al iniciar el tratamiento se debe considerar la edad del paciente y la localización de la infección. En ITU febril es nitrofurantoína 5-7 mg/kg cada 6 horas o cefalosporinas de primera o segunda generación por 7-10 días por vía oral; y, en ITU febril es ampicilina más cefalosporina de tercera generación o aminoglucósidos durante 14 días ⁽⁷⁾.

Rotación en Cirugía General

Caso clínico n. ° 1

Impresión diagnóstica: Colecistitis aguda calculosa

Es un cuadro que se caracteriza por tener un proceso inflamatorio agudo en la vesícula biliar, siendo clínico-quirúrgico, caracterizado por dolor abdominal y defensa en hipocondrio derecho, que se acompañará de fiebre y leucocitosis ⁽⁸⁾. Para el diagnóstico nos apoyaremos tanto de la clínica como los resultados de laboratorio, para esto nos guiaremos de los criterios de Tokyo (Tabla 1), que evaluarán tantos signos locales como sistémicos, así como imagenológicos para lo cual solicitaremos una ecografía para observar las dimensiones de la vesícula y lograr ver si hay presencia de cálculos biliares o presencia de líquido perivesicular ⁽⁹⁾.

En el hospital su manejo será principalmente con analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos, pero de persistir los síntomas se le indicará al paciente su pase a sala de operaciones como ocurrió en este caso.

Tabla 1. CRITERIOS DE TOKYO

- A. **Signos de inflamación Local:** Signo de Murphy, Masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho
 - B. **Signos de inflamación Sistémica:** Fiebre, PCR, Recuento de glóbulos blancos elevados
 - C. **Hallazgo imagenológico característicos de colecistitis aguda**
- Diagnóstico Sospechoso:** Un ítem A más uno de B
- Diagnóstico Definitivo:** Un ítem de A más uno de B más uno de C
-

Caso clínico n.º 2

Impresión diagnóstica: Apendicitis Aguda

Es la más común en lo que se trata de emergencia quirúrgica en el mundo. Afecta en cualquier etapa de la vida, pero con una mayor incidencia en pacientes entre 20-30 años. El paciente inicia con un dolor abdominal, siendo el síntoma que más se presenta, al principio es difuso, pero luego migra hacia el cuadrante inferior de lado derecho, además se acompaña de otros síntomas, como las náuseas, los vómitos hiporexia y la fiebre. Puede haber variaciones respecto a la ubicación del apéndice y puede variar en extremos de la vida respecto a la presentación de esta patología ⁽¹⁰⁾.

Para llegar al diagnóstico de apendicitis aguda, siempre será importante realizar un buen examen físico, así como tener toda la información en una correcta secuencia cronológica para ayudarnos a identificar mejor la patología. En el caso de este paciente presentaba a la palpación dolor en diferentes partes del abdomen, conocidos como los puntos dolorosos que nos pueden indicar la ubicación del apéndice, así como pueden aparecer ser signos de irritación peritoneal como el de Blumberg o rebote. También nos podemos apoyar en exámenes de laboratorio, que dentro de esta patología destaca la presencia de leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda. Otra forma de guiarnos para el diagnóstico es mediante la escala de Alvarado, que es la que tiene la mayor aceptación en los servicios de emergencia.

En los servicios de emergencia del hospital también se podían apoyar con el uso de ecografía abdominal, por su alto valor costo beneficio, ya que nos brindaba un apoyo al descartar también otras patologías al momento del ingreso; pese a que su Gold estándar para el diagnóstico de esta patología es la tomografía con contraste, muchas veces no se solicita tanto por su costo como la disponibilidad del contraste en el hospital; con la escala de Alvarado modificada (Tabla 2), nos ayudará a orientar mejor la conducta a seguir, ya que de tener 7 puntos a más será de alta probabilidad su pase a sala de operaciones⁽¹¹⁾.

Tabla 2. Escala de Alvarado modificada

Síntomas	Valor
Migración del dolor a FID	1
Anorexia	1
Náuseas o vómito	1
Signos	
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg (rebote)	1
Fiebre	1
Estudios de laboratorio	
Leucocitos > 10, 000/mm ³	2
Neutrofilia > 70%	1
Total de puntuación	10

Caso clínico n. ° 3

Impresión diagnóstica: Obstrucción intestinal

Es el detenimiento del tránsito intestinal completa y persistentemente en cualquier región del intestino delgado o grueso. Las manifestaciones varían dependiendo de la causa y localización de la obstrucción. La clínica típica es el dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, ausencia de deposiciones y flato, y náuseas y vómitos usualmente de contenido fecaloide⁽¹²⁾.

Para el diagnóstico se realiza un buen examen físico; y se complementa con exámenes de sangre como el hemograma buscando leucocitosis a predominio de polimorfonucleares, bioquímica y gases arteriales, puede haber alteraciones electrolíticas. Entre los estudios de imagen esta la radiografía especialmente de pie y en decúbito, con la finalidad de definir la localización y grado de la obstrucción, y presencia de niveles hidroaéreos. La imagen más típica es la "Pila en monedas" y mientras haya varias asas disentidas, la obstrucción será más distal. El "Grano de café" es otro signo típico del vólvulo intestinal. Si encontramos aire libre, indica perforación. Para el tratamiento como primera medida es la corrección de los trastornos hidroelectrolíticos, metabólicos e hipovolemia; como segunda medida es la colocación de una sonda nasogástrica para una descompresión intestinal. La tercera medida es la antibioticoterapia. Si la obstrucción es parcial se coloca sonda nasogástrica y soluciones endovenosas; si hay mejoría se cambia de dieta y se trata el origen, pero si no hay mejoría se indica laparotomía. En la obstrucción completa se da terapia antibiótica y se realiza laparotomía ⁽¹³⁾.

Caso clínico n. ° 4

Impresión diagnóstica: Lipoma

Son los tumores benignos más frecuentes. El lipoma está constituido por células de tejido adiposo, puede desarrollarse en cualquier parte del cuerpo y usualmente en la capa subcutánea. Tiene un crecimiento lento, no doloroso y no se fija a partes óseas. Existen muchos tipos de lipomas que se relacionan con el tejido adyacente como el superficial cutáneo: son los más frecuentes y miden menos de 5 centímetros; y, el profundo: son menos frecuentes, con mayor tamaño de 20 a 30 centímetros. Para el diagnóstico es importante la clínica junto a estudios de imagen como la ecografía o resonancia magnética antes de la operación. El tratamiento de los tumores superficiales es el seguimiento del tamaño, y si aumentara el volumen se realiza la extirpación del tumor para luego enviarlo a un estudio anatomopatológico y descartar malignidad; y, el tratamiento de lipomas profundos es la resección de dicho tumor, y de igual manera se envía al servicio de anatomía patológica ⁽¹⁴⁾.

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n. ° 1

Impresión diagnóstica: Amenaza de aborto

Se definirá a la presencia, antes de las 20 semanas de gestación, de sangrado acompañado o no de contracciones uterinas, sin presentar modificaciones cervicales ⁽¹⁵⁾. El Instituto Nacional Materno Perinatal, nos presenta en su guía para casos de amenaza de aborto, primero evaluar con ecografía para demostrar que exista una viabilidad ovular, luego ver los niveles de B-HCG que de ser normales y el sangrado se haya detenido, podrá llevar un tratamiento ambulatorio con absoluto reposo; pero como este no fue el caso en la paciente ⁽¹⁶⁾.

Caso clínico n. ° 2

Impresión diagnóstica: Hiperplasia Endometrial

Se trata de un crecimiento exagerado de las células de las cuales está compuesta el endometrio, esto es más frecuente en mujeres que tienen más de 45 años. Son 4 los tipos de hiperplasia que existen, diferenciándose por el aspecto de las células y en su probabilidad que pueda convertirse en cáncer ⁽¹⁷⁾.

Para diagnosticar esta enfermedad se realizará por su clínica y por exámenes que se complementarán, para llegar al diagnóstico y ver si existe un riesgo que la paciente pueda tener cáncer. Entre los síntomas más frecuentes de esta patología tendremos el sangrado abundante, ciclos menstruales cortos que duren menos de 21 días, la presencia de sangrados entre períodos, y hemorragia uterina luego de la menopausia; estas serán las causas más comunes por las cuales la paciente irá a chequearse en consultorio. Otros posibles síntomas que a veces se presentan pueden ser el dolor abdominal, la fiebre o incluso la hinchazón abdominal. Para llegar al diagnóstico, se solicitará una ecografía para ver el grosor del endometrio, ya que si este se encuentra engrosado será indicativo que posiblemente tenga hiperplasia endometrial; como se mencionó antes lo que diferenciará si la hiperplasia endometrial puede llegar a ser cáncer o no, serán las células que se encuentren, y esto lo veremos tomando una biopsia endometrial, y con el

resultado se dará el tratamiento indicado al tipo de hiperplasia que tenga la paciente ⁽¹⁸⁾.

Si en la biopsia se encuentra hiperplasia endometrial con atipia, como fue el caso de esta paciente, se le propone la histerectomía como medio de evitar que este progrese a un cáncer. En este caso la paciente no tenía deseos de embarazarse en un futuro por lo cual optó por la cirugía y la extirpación tanto de útero como de sus trompas y ovarios.

Caso clínico n. ° 3

Impresión diagnóstica: Cáncer de mama

Es una enfermedad heterogénea que tiene como origen la acumulación progresiva de errores genéticos asociada a varios factores como el estilo de vida y los ambientales que incrementan su desarrollo ⁽¹⁹⁾.

El cáncer de mama se clasifica en *in situ* (25%), siendo el más frecuente el carcinoma ductal, a diferencia del carcinoma lobulillar; y, en invasivo (75%) donde se encuentran el carcinoma lobulillar y ductal invasivo. Las manifestaciones clínicas por lo general no aparecen precozmente; sin embargo, el cuadro clínico más frecuente y temprano es la sensación de masas en la mama, puede o no ser dolorosa y puede tener o no bordes irregulares ⁽²⁰⁾.

Para el diagnóstico se utiliza estudios de imágenes como ecografía, resonancia magnética y mamografía, la cual tiene su clasificación: **BI-RADS 0**: Examen incompleto. **BI-RADS 1**: Mama normal, sin alteraciones. **BI-RADS 2**: Anormalidad benigna. **BI-RADS 3**: Anormalidad probablemente benigna, control cada seis meses. **BI-RADS 4**: Hallazgo probablemente maligno: **BI-RADS 5**: Hallazgo maligno que es indicación de biopsia. **BI-RADS 6**: Malignidad confirmada por biopsia. También se usa estudios histológicos como la biopsia por aguja gruesa. En tratamiento depende del estadio y del tipo de cáncer. La cirugía solo es viable para los estadios I, II, IIIA – IIIC (Tabla 3), siendo la cirugía conservadora de mama y la mastectomía radical modificada con resección de ganglios axilares I y II. Con respecto a la quimioterapia y terapia antihormonal, es de acuerdo con la histología del cáncer ⁽²¹⁾.

Caso clínico n.º 4

Impresión diagnóstica: Ruptura Prematura de Membranas (RPM)

Es la ruptura de membranas después de semana 21 con 6 días y hasta 2 horas antes del comienzo de trabajo de parto activo. Se considera una de las causas esenciales de prematuridad. Existe 3 tipos: A término, cuando es mayor de 37 semanas; Pretérmino, cuando es menor a 37 semanas; y Prolongado cuando la ruptura de las membranas dura 24 horas a más. Entre los factores que incrementan esta ruptura son las infecciones maternas como las urinarias o de transmisión sexual; sobredistensión como: embarazo múltiple, polihidramnios y macrosomía; hemorragia decidual, antecedente de parto prematuro y procedimientos invasivos como la amniocentesis ⁽²²⁾.

Para el diagnóstico la gestante tiene que referir pérdida de líquido de color claro y se complementará con pruebas como Papel de nitrazina o pruebas de pH, test de arborización o cristalización de hehecho, Amnisure o determinación de Placenta Alfa Microglobulina-1. Ecografía: Cuantifica el líquido amniótico, observándose oligohidramnios. Para el manejo, la paciente se hospitaliza, se monitorea la frecuencia cardíaca fetal y se da profilaxis contra Estreptococo del grupo B dependiendo los resultados o factores de riesgo. A término: finalizar el parto y profilaxis. Pretérmino entre 24 - 34 semanas: Antibioticoterapia, cortico terapia y profilaxis. Pretérmino menor a 24 semanas: Reposo absoluto y antibioticoterapia, no se recomienda profilaxis, corticoterapia, ni tocólisis hasta viabilidad del feto ⁽²³⁾.

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Impresión diagnóstica: Pie Diabético

Esta será una complicación crónica, causada por la diabetes, pudiendo tener una etiología multifactorial, pero como factores principales tendrán infección, presencia de isquemia, neuropatía y sobretodo un mal control metabólico. En pacientes que padecen esta enfermedad podemos ver características clínicas que se presenta con más frecuencia como la presencia de úlceras, también puede presentar gangrenas y en casos extremos que llegan a la amputación ⁽²⁴⁾.

El tratamiento siempre será multifactorial, con el fin de lograr la cicatrización priorizando que se mantenga la función del pie y le permita deambular al paciente cuando se recupere. Durante el manejo, además de llevar un correcto control de la glucosa; también se debe indicar antibióticos, ya que puede estar expuesto a infecciones, y dependiendo del grado podría llegar a una osteomielitis; de forma ambulatoria se puede manejar con antibióticos vía oral por dos semanas, pero si no presentase mejoría se podría hospitalizar al paciente y tratarlo con antibiótico por vía endovenosa, como ceftriaxona, ceftazidima o ciprofloxacino, cualquiera de estos medicamentos más clindamicina ⁽²⁵⁾.

Para tener una idea de que tratamiento se le brindará al paciente se puede utilizar la clasificación de Texas, que es la que se utiliza en este hospital, que valorará profundidad de la úlcera, y si está infectada o isquémica.

Caso clínico n.º 2:

Impresión diagnóstica: Celulitis

Es una infección causada por bacterias, que afecta a la dermis profunda y las capas debajo de esta, caracterizada por inflamación, enrojecimiento y dolor en el área donde se encuentra. Los patógenos más frecuentes son el estreptococo betahemolítico y el *S. aureus* resistente a la meticilina, por lo cual de llegar un paciente con esta patología el tratamiento se enfocará en estos, para un tratamiento antibiótico como el uso de la clindamicina. En el plan de trabajo también se puede incluir medicamentos para el manejo del dolor y fiebre de presentarse ⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾.

El paciente se podrá dar de alta una vez mejorada la sintomatología, y de ser necesario continuar con el tratamiento antibiótico vía oral.

Caso clínico n.º 3

Impresión diagnóstica: Tuberculosis Pulmonar

Es causada por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis* y usualmente afecta a los pulmones; pero también puede afectar a otros órganos ⁽²⁸⁾. Generalmente la infección se da por la inhalación de partículas infecciosas contenidas en gotitas producidas por el enfermo al hablar, toser o estornudar. Su clínica más frecuente es tos persistente, fiebre particularmente vespertina,

sudoración nocturna y rara vez hemoptisis. El diagnóstico se realiza mediante pruebas como Bk en esputo, prueba de tuberculina, tinción de Zi Neelsen y cultivo. El tratamiento es por 6 meses, donde los 2 primeros meses es con Isoniacida, Rifanpicina y pirazinamida; y los 4 restantes es con Isoniacida y Rifampicina, siendo diariamente. Si hubiera alguna toxicidad o contraindicación, se reemplaza por Etambutol 25 mg/kg los 2 primeros meses y 15 mg/kg los meses restantes. En tuberculosis extrapulmonares se sigue en mismo esquema de tratamiento; excepto en la meningitis tuberculosa, donde la indicación de Isoniacida y rifampicina es por 1 año. También se ha demostrado el uso de esteroides para el tratamiento en pacientes con meningitis tuberculosa con deterioro de conciencia, tuberculoma con hipertensión intracraneal o edema cerebral, pericarditis tuberculosa e insuficiencia suprarrenal tuberculosa. Posteriormente se realiza seguimiento al tratamiento mediante controles clínico, bacteriológicos y radiológicos ⁽²⁹⁾.

Caso clínico n.º 4

Impresión diagnóstica: Insuficiencia renal aguda (IRA)

Se caracteriza por una disminución en la funcionalidad de los riñones para desechar los productos nitrogenados como la urea y creatinina. Se clasifica en IRA prerrenal, renal y postrenal ⁽³⁰⁾.

Para el diagnóstico se realiza una buena historia clínica, apoyándonos de exámenes de laboratorio como osmolaridad y sodio urinario, índice urinario/sedimento de la orina y depuración de creatinina en 24 horas, hemograma y bioquímica; y de imágenes como radiografía simple de abdomen: Se puede observar la silueta renal, imágenes calcificadas y anomalías. Ecografía renal: Indica el tamaño renal y posibles procesos obstructivos. Ecografía Doppler: Valora al flujo renal. El tratamiento es individualizado para cada tipo de IRA: En la prerrenal se debe restablecer la perfusión renal, en la renal cuando la NTA está establecida, solo se usa medidas generales como monitorizar volúmenes, corregir alteraciones de acidosis y electrolíticas. En la postrenal lo primordial es la desobstrucción y restaurar el flujo urinario. Por último, la diálisis se realiza en cualquier IRA establecida, con la finalidad de conservar la situación metabólica y evitar complicaciones ⁽³¹⁾.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En el séptimo año los alumnos de medicina se vuelven internos y como tal saben que deberán cumplir nuevos roles, la mayoría comienzan este periodo con muchos miedo e inseguridades; sin embargo, la experiencia de vivir el internado es necesaria para poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en el transcurso de los seis primeros años de carrera.

Los primeros meses fueron muy agotadores, tanto física como mentalmente; ya que no solo es atender al paciente durante las guardias diurnas, sino estudiar por las noches al llegar a casa para al día siguiente tener un poco más de conocimiento con respecto a ciertas patologías y así llegar al diagnóstico y dar un buen tratamiento y escuchar de los doctores “Eres un buen interno”. Sumado a esto, estaban las guardias nocturnas de 12 horas, las cuales siempre eran de mucho aprendizaje; pero al siguiente día acudir a piso de hospitalización para evolucionar a los pacientes no fue una tarea tan sencilla al inicio.

Pasaban los meses y los internos se fueron adaptando, poco a poco, al ritmo del hospital, desarrollando habilidades, adquiriendo más conocimiento y sobre todo entendiendo y escuchando al paciente, ya que no solo era tratar sus patologías, sino también darle ese apoyo emocional que necesita y hacerle saber que no está solo y que siempre se hará lo mejor posible para el bienestar integral de su salud.

Realizar el internado en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz fue una gran oportunidad; ya que el aprender de grandes doctores y trabajar con buenos compañeros le enseñó a desenvolverse frente al paciente y principalmente la empatía y dedicación que debemos desarrollar para con ellos.

CONCLUSIONES

1. El periodo del internado médico es impresionante, ya que las enseñanzas y experiencias adquiridas perdurarán para toda la vida; y, sobre todo deja una gran lección para todo estudiante de medicina, que no solo se trata de vestir una bata blanca y tener conocimientos; sino de ser un médico capaz de priorizar al paciente.
2. El internado médico permite conocer las patologías más frecuentes y en algunos casos las menos frecuentes y raras, su manejo y tratamiento; lo que servirá posteriormente para tratar y manejar de manera oportuna las enfermedades que puedan presentar los pacientes en el Serum.
3. Esta etapa nos ayudó a ver la vida desde otro punto de vista, principalmente la relación con los pacientes, desarrollar habilidades, reforzar conocimiento teóricos y prácticos y, fundamentalmente, tener un buen rendimiento a futuro en cualquier campo laboral de un hospital.

RECOMENDACIONES

1. Es recomendable volver a la duración de 12 meses de internado, puesto que los dos que se han restado, significa mucho tiempo de práctica de alto valor académico, que permitirá desarrollar mejor sus habilidades a las siguientes promociones de internos.
2. Poner como prioridad la necesidad de adquirir más medicamentos tanto los que ya se manejan en el hospital como nuevos que se necesitan para un mejor manejo de diferentes patologías, así como adquirir más reactivos que muchas veces se encuentran agotados en el hospital, pese a que muchos de estos son proporcionados por Saludpol, el dinero puede llegar a ser devuelto hasta en un año, siendo algo muy perjudicial tanto para los pacientes como para sus familiares que no tienen una buena situación económica, y puede llegar a afectar tanto su tratamiento como su recuperación.
3. Pese a que ya no están las áreas covid y se ha inaugurado una nueva infraestructura donde se han mudado varias especialidades, no existen ambientes donde puedan estudiar o descansar los internos, como en sus ratos libres o un lugar donde esperar su próxima guardia, como para los que viven lejos del hospital, cuando han terminado sus labores.
4. Para las siguientes promociones de internos, que posiblemente tengan más tiempo en el hospital que la promoción que salió, que aprovechen cada minuto en el hospital y cada oportunidad de realizar algún procedimiento o hablar con un paciente con una patología nueva que no haya tenido la oportunidad de ver en persona, sin olvidar el lado humano así como escucharlos; esto será de beneficio propio como un apoyo a los pacientes que muchas veces entran con miedo por la patología que padecen.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Pachas A. Asma en niños: Aprenda a reconocerla - Neumología Peruana [Internet]. Neumología Peruana. 2019 [citado el 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.neumologiaperuana.com/neumopediatria/asma-en-ninos/>
2. Nuevo abordaje en el tratamiento del niño con asma [Internet]. Pediatría integral. 2021 [citado el 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-03/nuevo-abordaje-en-el-tratamiento-del-nino-con-asma/>
3. Unidad de Atención Integral Especializada-Emergencia U. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico [Internet]. Gob.pe. [citado el 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%20000101-2022-DG-insnsb%20diagnóstico%20y%20tratamiento%20de%20diarrea%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>
4. Couloigner V. Rinofaringitis infantiles. EMC - Tratado de Medicina. 1 de enero de 2010;14(3):1-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541010705055>
5. Couloigner V, Van Den Abbeele T. Rinofaringitis infantiles. EMC - Otorrinolaringología. 2004;33(3):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7148693/>
6. Marco RH, Daza A. Infección urinaria en el niño (1 mes-14 años) Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_4.pdf
7. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 30 de enero de 2024]. Infección urinaria en niños - Pediatría. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/otras-infecciones-bacterianas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/infecci%C3%B3n-urinaria-iu-en-ni%C3%B1os>

8. Monestes Jorge, Galindo Fernando. Colecistitis aguda [Internet]. Org.ar. [citado el 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ccuarentayuno.pdf>
9. Ramos Loza Coral Marina, Mendoza Lopez Videla Jhosep Nilss, Ponce Morales Javier Alejandro. Aplicación de la guía de tokio en colecistitis aguda litiásica. Rev. Méd. La Paz. [Internet]. 2018. [citado 2024 Feb 04] ; 24(1): 19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es.
10. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación. Guía de práctica clínica para el manejo de la apendicitis aguda [Internet]. [citado el 4 de febrero de 2024]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf
11. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Archivos [Internet]. Edu.mx. [citado el 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>
12. Bassy Iza N., Esteban Dombritz MJ. Obstrucción intestinal. Tratado de geriatría para residente. Capítulo 56: 575-579. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/pdf/s35-05%2056_iii.pdf
13. Arias Silva R. OBSTRUCCION INTESTINAL. Revista Médica Sinergia. Octubre de 2016; 1 (10): 3 – 7. Disponible en: Vista de Obstrucción intestinal | Revista Médica Sinergia
14. Carriedo-Rico EG, García-Morato-Jorroto P. Lipoma gigante de muslo. Reporte de un caso. Acta Ortopédica Mexicana. 2017; 31(5): 248-251. Disponible en: [or175h.pdf \(medigraphic.com\)](#)
15. Torres-Pineda M, Urrego-Pachón MA. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2022 [citado el 5 de febrero de 2024];90(7):590–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000700006

16. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Infantil [Internet]. 2010. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
17. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/hiperplasia-del-endometrio>
18. Arandes RBI, Calvo PC, Pinacho JP, Carti GD, Cayetano SR, Gómez MB. ¿Qué es la hiperplasia endometrial y por qué se produce? [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2023 [citado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/hiperplasia-endometrial/>
19. Espinoza Ramirez M. CANCER DE MAMA. Enero de 2017; 2 (1): 8-12. Disponible en: [rms171b.pdf \(medigraphic.com\)](#)
20. Palmero PJ, Lassard RJ, Juárez ALA, Medina NCA. Cáncer de mama: una visión general. Acta Med Grupo Angeles. 2021; 19 (3): 354-360. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/101727>
21. Madrigal Ureña A., Mora Rosenkranz B. Generalidades de cáncer de mama para médico general. Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual. Marzo de 2018; 35 (1). Disponible en: [art6v35n1.pdf \(bvsalud.org\)](#)
22. Vargas Arias K., Vargas Román C. Ruptura prematura de membranas. Revista medica de costa rica y centroamerica. 2014; 71 (613) 719 – 723. Disponibe en: [rnc145h.pdf \(medigraphic.com\)](#)
23. Monge Acuña T. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. Revista Médica Sinergia. Noviembre de 2017; 2 (11): 3-6. Disponible en: [rms1711a.pdf \(medigraphic.com\)](#)
24. Arias-Rodríguez Fabián Darío, Jiménez-Valdiviezo Milton Andrés, del Cisne-Ríos-Criollo Katherine, Murillo-Araujo Gabriela Patricia, Toapanta-Allauca David Santiago, Rubio-Laverde Katherin Andrea et al. Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. Angiología [Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Feb 05]; 75(4): 242-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-

- 31702023000400006&Ing=es. Epub 27-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00474>.
25. Pie diabético. Revisión de tema [Internet] Net.pe [citado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: https://medicinainterna.net.pe/revista/revista_25_2_2012/rev.%20speri%20Revision%20de%20Tema%20pie%20diabetico%2025-2.pdf
26. La celulitis [Internet]. Cdc.gov. 2023 [citado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/cellulitis-sp.html>
27. Erisipela y celulitis [Internet]. Msf.org. [citado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://medicalguidelines.msf.org/es/viewport/CG/spanish/erisipela-y-celulitis-23442770.html>
28. E FC, S LRP. Características y frecuencia de tuberculosis antes y durante la pandemia por COVID-19 en adultos atendidos en un centro de atención primaria, Lima-Perú, 2019-2020. Horizonte Médico (Lima). 6 de marzo de 2023;23(1):e2146-e2146. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2146>
29. Murillo Gayo C., Cabrera Pajarón M., Carbonell Rabanal MA. Tuberculosis. Tratado de geriatría para residents. Capítulo 43: 435-442. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2043_III.pdf
30. Gómez Carracedo A. Arias Muñana E. Jiménez Rojas C. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. TRATADO de GERIATRÍA para residents. Capítulo 61: 627-636. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2061_III.pdf
31. Gaínza de los Ríos FJ. Insuficiencia Renal Aguda. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/31>