

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
HUAYCÁN Y CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN – LA
ERA DURANTE EL PERIODO DE ABRIL 2023 A ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

RUBÉN ALONSO VILLARREAL SEGUIL

ASESOR

JOSÉ ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN
Y CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN – LA ERA DURANTE EL
PERIODO DE ABRIL 2023 A ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

RUBÉN ALONSO VILLARREAL SEGUIL

ASESOR

DR. JOSÉ ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mi madre, cuya inagotable dedicación y amor han sido la luz que ha guiado mi camino. Gracias por tu apoyo incondicional, tus sabios consejos y por enseñarme a perseverar ante cualquier obstáculo. Este paso es un reflejo de tu fe en mí y de todo lo que has sacrificado para que yo pudiera alcanzar mis sueños. Con todo mi amor y gratitud, te dedico este logro.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento a los docentes y mentores que me guiaron durante mi formación en Medicina Humana. Su dedicación y conocimiento han sido vitales en mi desarrollo profesional.

Agradezco también a las instituciones de salud y a los pacientes por compartir sus experiencias. Gracias por inspirarme a ser un mejor médico y persona.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
JURADO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Rotación en Pediatría	1
I.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	7
I.3 Rotación en Medicina Interna	12
I.4 Rotación en Cirugía General	18
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	25
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	28
III.1. Rotación en Pediatría	28
III.2 Rotación en Ginecología.....	32
III.3 Rotación en Medicina Interna	37
III.4 Rotación en Cirugía	40
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	45
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	47
CAPÍTULO VI RECOMENDACIONES	48
CAPÍTULO VII FUENTES DE INFORMACIÓN	49
ANEXOS	54

RESUMEN

Objetivo: Exponer las competencias adquiridas y aplicadas en los cuatro diferentes servicios de especialidad en el Hospital de Huaycán, destacando los conocimientos teóricos y prácticos integrados durante la formación académica en el internado médico.

Método: Estudio descriptivo basado en la recopilación y análisis de ocho historias clínicas, dos por cada especialidad. Se detallaron la anamnesis, el examen físico, los exámenes complementarios y el manejo terapéutico de los pacientes, pertenecientes a las rotaciones de pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general.

Resultados: Durante el internado se aplicaron conocimientos teóricos y prácticos en un entorno real, supervisado por profesionales de la salud. La interacción constante con los pacientes y el equipo médico permitió el desarrollo y fortalecimiento de habilidades clínicas y diagnósticas, así como la adquisición de competencias esenciales como el razonamiento clínico, la toma de decisiones y el trabajo en equipo, asegurando una atención integral y de calidad a los pacientes.

Conclusión: El internado médico consolidó los conocimientos adquiridos durante la carrera de medicina y facilitó el desarrollo de habilidades prácticas esenciales. Esta experiencia es fundamental para la formación integral del futuro médico, la práctica en un entorno hospitalario real proporcionó una base sólida para el ejercicio profesional independiente, subrayando la importancia del aprendizaje continuo y la adaptación a las demandas del entorno sanitario.

Palabras clave: Hospital de Huaycán, Internado Médico, Medicina, Caso clínico, Experiencia, Habilidad Clínica, Conocimiento, Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General

ABSTRACT

Objective: To expose the competencies acquired and applied in the four different specialty services at the Hospital of Huaycán, highlighting the theoretical and practical knowledge integrated during academic training in the medical internship.

Method: Descriptive study based on the collection and analysis of eight medical records, two for each specialty. The anamnesis, physical examination, complementary tests, and therapeutic management of the patients belonging to the rotations of pediatrics, gynecology, internal medicine, and general surgery were detailed.

Results: During the internship, theoretical and practical knowledge was applied in a real environment, supervised by health professionals. Constant interaction with patients and the medical team enabled the development and strengthening of clinical and diagnostic skills, as well as the acquisition of essential competencies such as clinical reasoning, decision-making, and teamwork, ensuring comprehensive and quality patient care.

Conclusion: The medical internship consolidated the knowledge acquired during the medical career and facilitated the development of essential practical skills. This experience is fundamental for the integral training of future doctors. Practice in a real hospital environment provided a solid foundation for independent professional practice, emphasizing the importance of continuous learning and adaptation to the demands of the healthcare environment.

Keywords: Hospital of Huaycán, Medical Internship, Medicine, Clinical Case, Experience, Clinical Skill, Knowledge, Pediatrics, Gynecology, Internal Medicine, General Surgery

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN Y CENTR
O DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN – LA

AUTOR

RUBÉN ALONSO VILLARREAL SEGUIL

RECuento DE PALABRAS

14459 Words

RECuento DE CARACTERES

84207 Characters

RECuento DE PÁGINAS

65 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

714.9KB

FECHA DE ENTREGA

Aug 12, 2024 3:08 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Aug 12, 2024 3:09 PM GMT-5

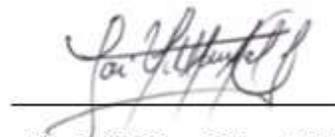
● 19% de similitud general

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

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Asesor: Dr. José Enrique Villarreal Palomino
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3928-9350>
DNI: 09501669

INTRODUCCIÓN

En Perú, el internado médico se considera la última etapa para completar la carrera de medicina. Durante este periodo, que dura diez meses, los estudiantes aplican los conocimientos teóricos adquiridos durante los seis años de su formación académica, ampliando sus experiencias en el ámbito clínico.

El internado médico permite a los estudiantes desarrollar una relación directa con los pacientes, redactar historias clínicas, formular diagnósticos, plantear planes terapéuticos, participar en procedimientos quirúrgicos y, principalmente, trabajar en equipo con otros profesionales de la salud. Permite consolidar los conocimientos adquiridos y desarrollar competencias esenciales para el ejercicio profesional independiente. Además, proporciona una visión práctica de la realidad de la práctica médica en Perú, integrando aspectos académicos y ético-morales.

Este trabajo fue desarrollado con el fin de exponer la experiencia del internado médico realizado en el Hospital de Huaycán, ubicado en el distrito de Ate, que está categorizado como nivel II - 1, durante el periodo de abril de 2023 a enero de 2024, abarcando cuatro especialidades: Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, teniendo una duración total de 10 meses, dos meses por cada rotación en Hospital de Huaycán y dos meses en el Centro de Salud Virgen del Carmen – la Era.

Esta exposición se dio en base a la documentación de 8 casos clínicos representativos de estas cuatro rotaciones médicas, en las que en cada caso clínico se ofreció una oportunidad única de aprendizaje, donde el interno integró los conocimientos teóricos y prácticos en un entorno hospitalario real, fortaleciendo las habilidades clínicas y diagnósticas que se adquirió durante la formación médica en la universidad, pese a las limitaciones presentes en el hospital como lo fueron la infraestructura, recursos financieros, equipamiento y en ocasiones saturaciones de pacientes por falta de personal médico, durante el internado se logró adquirir competencias esenciales como el razonamiento

clínico, la toma de decisiones y el trabajo en equipo, asegurando una atención integral y de calidad a los pacientes. Este trabajo de suficiencia tiene como finalidad destacar esta fase crucial en la formación de los estudiantes de medicina, aportando conocimiento y la mejora de los futuros médicos en la implementación efectiva de la práctica clínica, detallando en los distintos casos clínicos la anamnesis, el examen físico, los exámenes complementarios y el manejo terapéutico de los pacientes de las cuatro grandes especialidades mencionadas previamente.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es una fase fundamental en la educación de los futuros médicos. Durante este tiempo, los estudiantes tienen la oportunidad de integrar y poner en práctica los conocimientos teóricos y prácticos obtenidos a lo largo de los seis años anteriores de formación académica.

A continuación, serán presentados 8 casos clínicos que fueron de aprendizaje durante las rotaciones en áreas de Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General en el hospital de Huaycán (II – 1), permitiendo al interno desarrollar habilidades clínicas y diagnósticas, así como adquirir competencias en la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de diversas patologías.

I.1 Rotación en Pediatría

Caso Clínico N.º01

Paciente femenino de 8 meses de iniciales G.A.C.C. Madre refiere que hace 4 días su hija presentó rinorrea, sensación de alza térmica no cuantificada y tos no productiva de inicio insidioso y progresivo, por lo que al día siguiente decidió llevarla al centro de salud cercano, donde le fue recetado paracetamol + clorfenamina, no teniendo mejoría significativa. El día del ingreso por emergencia, refiere que la tos no productiva se ha hecho más intensa y frecuente, que respira “más rápido” y que percibe que hay “hundimiento” en el pecho de su hija al respirar, por lo que decide ir al servicio de emergencia de Pediatría del hospital de Huaycán.

Antecedentes familiares y/o personales:

- Antecedentes familiares: Madre asmática, padre con antecedentes de alergias estacionales.
- Antecedentes personales: Paciente sin alergias conocidas, sin operaciones previas. No prematuro.
- Paciente con vacunas al día.

Examen Físico:

- **Funciones vitales:** FC: 115 lpm, FR: 54 rpm, SatO2: 91%, T: 37 °C
- Peso: 9.500 kg
- Piel: Tibia, hidratada, elástica. No cianosis. Llenado capilar < 2 segundos
- Nariz: Fosas nasales congestivas con abundante secreción. No aleteo nasal.
- Boca: Orofaringe congestiva
- TCSC: No se observan edemas ni se palpan masas.
- Tórax y pulmones: Simétrico, presencia de tiraje subcostal e intercostal. El murmullo vesicular está disminuido en ambos hemitórax, y se escuchan sibilancias bilaterales tanto en la inspiración como en la espiración. Dificultad respiratoria evidente.
- Cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, sin soplos audibles.
- Abdomen: Blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, no doloroso a la digitopresión profunda.
- Sistema locomotor: Movilidad y tono conservado.
- SNC: Despierto, activo y reactivo.

Impresión diagnóstica:

- Bronquiolitis aguda
- Síndrome de dificultad respiratoria

Plan de manejo:

Paciente presenta una frecuencia respiratoria de 54 rpm, saturación de 91%, tirajes subcostal e intercostal, por lo que se le suministra oxígeno, y se procede a hospitalizarla. Se le realiza radiografía de tórax en la que se evidencia patrón de atrapamiento aéreo, hiperinsuflación pulmonar y leve infiltrado bilateral. En su hemograma se encuentra leucocitos en 15.120 mm³, hemoglobina en 11.8 g/dL y PCR en 23 mg/L. Prueba de antígeno para VSR: Positiva. Prueba antigénica de COVID-19 (negativa).

Se dan las siguientes indicaciones:

- Lactancia materna a libre demanda, supervisada (suspender si FR>60RPM)
- Dextrosa 5% 1000cc I

- NACL 20% 40cc I a 40cc/ h.
- KCL 20% 10cc I
- NBZ NACL 0.9% 5ml → 1 vez c/20 min x 3 veces. Luego 1 vez c/3-4 h.
- Paracetamol 6ml (120mg/5ml) VO PRN a T°>/38°C + Medios físicos
- O2 Suplementario PRN a SatO2 < 92%
- Posición semisentada
- Aspiración de secreciones a demanda
- Monitoreo de patrón respiratorio
- OSA + CFV + BHE

En su primer día se aspiraron secreciones (blanquecinas densas) y se observó que aún hay presencia de tiraje subcostal, en el segundo día se evidencia mejoría de saturación de oxígeno sin apoyo con leve tiraje subcostal. La paciente tuvo una respuesta favorable con el pasar de los días por el tratamiento, toleró vía oral pudiendo lactar y comer alimentos sólidos a libre demanda, y fue dada de alta a los 5 días de hospitalizada, al presentar una frecuencia respiratoria de 32 rpm, SatO2 97% (s/O2) y no tiraje.

Fue dada de alta con las indicaciones:

- Acudir a consultorio externo para control de su evolución.
- Evitar el contacto con personas enfermas y seguir las medidas de higiene adecuadas.
- Aprender el acrónimo FALTAN para manejo sintomático (Fiebre, alimentación, líquidos, tos, signos de alarma, nariz).

Caso Clínico N.º2

Ingresa al área de Neonatología una recién nacida a término sexo femenino (nacida en el hospital) con ventilación espontánea procedente del área de alojamiento conjunto.

Antecedentes:

- Prenatales: Madre de 18 años, G1 P1001, 8 CPN, edad gestacional de 40 semanas según ecografía, hemoglobina 15 g/dl, grupo y factor sanguíneo:

O+, resultados negativos para RPR, Hepatitis B y VIH., examen completo de orina negativo.

- Natales: Fecha de nacimiento a las 9:26 a.m., parto por cesárea debido a presentación cefálica con asinclitismo, APGAR 7 (1´) - 9 (5´), peso al nacer 3.500 kilogramos, talla 51 cm, perímetro cefálico: 33.5 cm, perímetro de tórax :34 cm, sin sufrimiento fetal durante el parto.

Examen físico:

- **Funciones vitales:** FC: 148 lpm, FR: 58 rpm, SatO2: 98%, T: 36.5 °C
- Cráneo: Normocéfalo, fontanela anterior normotensa, suturas normales.
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no cianótico, no icterico, mucosas hidratadas.
- Tórax y Pulmón: Tórax simétrico con amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, no presencia de soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, poco globuloso, cordón umbilical bien formado, RHA presentes, sin dolor a la digitopresión profunda.
- GU: Fenotipo femenino sin alteraciones.
- Ano: Permeable.
- Sistema locomotor: Movilidad y tono conservado. Barlow negativo, Ortolani negativo.
- SNC: Despierta, activa, reactiva a estímulos externos, tono acorde a edad gestacional con reflejos presentes. Llanto vigoroso al estímulo.

Impresión diagnóstica:

- Recién nacida a término de 40 semanas, adecuada para edad gestacional.
- Parto por cesárea debido a asinclitismo.

Plan de trabajo:

- Lactancia materna supervisada.
- Vitamina K 1 mg IM dosis única

- Incubadora a 33 grados Celsius hasta regular temperatura.
- Vacunas: HVB y BCG
- Profilaxis ocular y del cordón umbilical.
- CFV + OSA.
- Tamizaje cardiaco y metabólico neonatal.
- Solicitud de hematocrito, grupo sanguíneo y fenotipo Rh.

Evolución:

Durante la estancia hospitalaria, a las 48 horas de vida extrauterina, presenta diuresis (+), meconio (+), buena succión y deglución. Delta de peso 4.2% pesa 3.350 kg. Mucosas húmedas y piel elástica sin signos de deshidratación. En piel y faneras, se evidencia moderada ictericia desde la cabeza hasta las rodillas (zona 3 según escala de Kramer).

Evaluada por el pediatra, quien indica realizar prueba de bilirrubina total y fraccionada. Los resultados de laboratorio indican que la bilirrubina total es de 17.3 mg/dl, con 16.4 mg/dl de bilirrubina indirecta y 0.9 mg/dl de bilirrubina directa, y un hematocrito de 60% por lo que se decide hospitalizar pues bilirrubina total (295.83mm/L) se encuentra en rango de fototerapia (Escala Nice).

Diagnósticos planteados:

- Hiperbilirrubinemia neonatal
- Recién nacida a término de 40 semanas, adecuada para edad gestacional.
- Parto por cesárea debido a asinclitismo.

Plan de trabajo:

- Continuar lactancia materna supervisada.
- Dextrosa 8% 98.2 cc l
- NaCl 20% 1.0 cc l → 11cc/h
- KCl 20% 0.8 cc l
- CFV + OSA
- BHE
- Se inicia fototerapia con protección ocular y de genitales, control analítico de bilirrubina post fototerapia con protección ocular y genital.

Evolución:

Después de 24 horas de fototerapia, la reevaluación mostró una leve reducción de la bilirrubina, con valores de BT: 17 (290mm/L), BD: 1, BI: 16, al estar aún en rango para fototerapia se decide seguir con el tratamiento. Al segundo de hospitalización, presenta una evolución favorable, afebril, con ventilación espontánea, diuresis presente y adecuada, sin signos de deshidratación, con una BT: 12.7 (280.44 mm/L), BD:0.9 y BI:11.8; ya no cae en rango de fototerapia para 4 días de vida, decidiéndose dar el alta.

Se otorgó el alta conjunta con la madre con indicaciones claras:

- Lactancia materna exclusiva cada 2 – 3 horas. Asegurando una correcta técnica de amamantamiento y supervisar la adecuada transferencia de leche.
- Limpieza del cordón umbilical con gasa estéril y alcohol al 70% tres veces al día hasta su caída.
- Baño de esponja hasta caída del cordón umbilical.
- Posición correcta para dormir, uso de simeticona en caso de gases.
- Observación de signos de alarma como dificultad para respirar, temperatura corporal elevada, distensión abdominal, llanto continuo, dificultad para alimentarse, náuseas o vómitos, evacuaciones diarreicas y episodios convulsivos. Acudiendo al servicio de emergencia si alguno de estos signos se presenta.
- Seguir el calendario de vacunación.
- Asistencia a tamizaje metabólico neonatal, y citas de control del niño sano a los 7, 14 y 28 días en el consultorio de pediatría.
- Instrucción sobre los cuidados básicos del recién nacido, incluyendo la alimentación, higiene, identificación de signos de alarma y la importancia de las visitas de control.

I.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico N.º1

Paciente de 21 años de iniciales G.R.P.T, acude al servicio de emergencia de ginecología y obstetricia del hospital de Huaycán refiriendo que 8 horas antes presentó regular cantidad de sangrado vaginal con expulsión de restos heterogéneos (presencia de coágulos) y dolor (EVA 6-7/10) en hipogastrio.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega y niega reacción alérgica a medicamentos.
- Quirúrgicos: Niega
- Gineco - Obstétricos: Menarquia a los 12 años, régimen catamenial 6/30, FUR: No recuerda, IRS a los 15 años, URS hace 06 días, Número de pareja sexuales: 02, refiere no utilizar métodos anticonceptivos, fórmula obstétrica: G2 P0010 (aborto espontaneo a las 6 semanas hace 3 años).
- Familiares: Niega

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 110/75 mmHg, FC: 91 lpm, FR: 19 rpm, SatO2: 98%, T: 36.5 °C
- Peso: 62kg, talla: 160 cm, IMC: 24.2 Kg/m²
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no cianótico, no icterico, mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, tórax simétrico con amplexión conversada, no presencia de ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, sin soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, doloroso a la digitopresión profunda en hipogastrio, no se palpan masas, ni lesiones, ni cicatrices, timpanismo conservado.
- Genitourinario: La percusión lumbar con el puño es negativa, los puntos renoureterales no muestran anomalías y no se observan alteraciones.
- Genitales externos: No se observan lesiones ni alteraciones visibles, la

vulva está sin lesiones aparentes, pero en el introito se notan manchas de sangrado vaginal.

- Especuloscopia: En canal vaginal se evidencia sangrado vaginal. Presencia de coágulos a través del orificio cervical externo que se encuentra dilatado.
- Tacto vaginal: Cuello uterino blando, no masas anexiales, orificio cervical externo abierto, manchas de secreción hemática de coloración rojo vinoso en dedo de guante sin mal olor.
- Tacto rectal: Diferido.
- Neurológico: Despierta, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

- Aborto incompleto
- Sangrado uterino anormal

Plan de trabajo:

Se solicita exámenes de laboratorio y ecografía transvaginal.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Se evidenció hemoglobina 12.7 g/dl, leucocitos 8730 mm³, segmentados 70%, bastonados 0%, plaquetas 270 000 mm³,
- Glucosa 95 mg/dl
- Perfil de coagulación sin alteraciones.
- Grupo y factor sanguíneo: O+.
- Beta-hCG: Positivo
- Examen de orina: Leucocitos 2-4 células por campo, nitritos negativos.
- Resultados negativos para RPR, Hepatitis B y VIH.
- Ecografía transvaginal: Útero anteversoflexo, tamaño 82 mm de largo x 61 mm transversal, línea endometrial de 16 mm, ecogenicidad heterogénea (restos endouterinos). Se evidencia saco gestacional sin embrión en su interior. Ambos ovarios aparentemente normales. No líquido libre en cavidad.

Diagnóstico:

- Aborto incompleto

Plan de trabajo:

- NPO
- Canalizar con NaCl 0.9% (Vía salinizada)
- Control de sangrado vaginal
- CFV y signos de alarma
- Completar exámenes auxiliares
- Paciente hospitalizada para procedimiento de AMEU

Seguimiento:

Paciente ingresa a sala de partos con diagnóstico de aborto incompleto, se administra:

- Misoprostol 400 mcg por vía sublingual 2 horas antes del procedimiento para la preparación cervical.
- Doxiciclina 100 mg por vía oral 1 hora antes del procedimiento.
- Ibuprofeno de 400 mg vía oral 45 minutos antes del procedimiento.

Descripción del procedimiento:

Se programa para AMEU bajo anestesia y bloqueo paracervical, se realiza examen pélvico para confirmar posición, tamaño del útero y descartar masas anexiales, luego se introduce el espéculo, se efectúa la limpieza del cérvix con gasas o torundas, se carga una jeringa de 20 ml con 20 ml de solución de lidocaína al 1%, al visualizar el cérvix se infiltran 2 ml de lidocaína 1% a las 12 del reloj, pues la posición del útero es en anteversión y con la pinza de Pozzi se pinza en el labio anterior del punto infiltrado y se realiza una suave tracción.

Se procede a hacer el bloqueo paracervical, donde se aplica en los puntos horarios de 2,4,8,10 los restantes 18 ml de lidocaína en cantidades iguales a una profundidad de 1.5 a 3 cm en la unión cervicovaginal, se esperar de 5 a 10 minutos a que el anestésico haga efecto.

Se prepara el equipo de aspiración, se realiza prueba y carga del aspirador para comprobar que se conserva y genera el efecto de vacío, se procede a introducir la cánula número 7 en el cérvix y desplazarlo dentro de la cavidad uterina hasta

el fondo uterino, después retirar aproximadamente 1 cm, se puede determinar la histerometría por los puntos visibles de la cánula. Se une a la jeringa de aspiración y, mediante movimientos circulares y sistemáticos de adelante hacia atrás, se procede a aspirar los restos intrauterinos. No hubo complicaciones durante el procedimiento y se envió los restos endouterinos para análisis anatopatológicos.

Hallazgos post AMEU:

- Útero anteversoflexo, histerometría +/- 8 centímetros. Se extrae aproximadamente 12 cc de restos endouterinos sin mal olor.

Luego del procedimiento:

Se traslada a la paciente al área de hospitalización donde se mantiene en observación, y con el pasar de las horas hay una evaluación favorable. Se le da el alta con las indicaciones:

- Doxiciclina 100 ml VO cada 12 horas por 5 días
- Ibuprofeno 400 miligramos VO cada 8 horas por 3 días
- Control por consultorio externo de ginecología y psicología.
- Acudir a consultorio de planificación familiar.

Caso Clínico N.º2

Paciente femenina de 36 años de iniciales A.C.S.H., Llega a la consulta externa de ginecología debido a la aparición de síntomas con un tiempo de seis días, de prurito intenso en la zona vaginal, acompañado de flujo vaginal blanquecino y grumoso, refiere que es tipo "requesón" y no presente mal olor. Además, menciona que el malestar ha aumentado gradualmente y ahora siente ardor al orinar y durante las relaciones sexuales, niega polaquiuria, no sensación de alza térmica, no sensación de náuseas o vómitos.

Antecedentes:

- Patológicos: Recientemente completó un tratamiento de 10 días con antibióticos de amplio espectro (ciprofloxacino) para tratar una infección urinaria.
- Quirúrgicos: Niega
- Gineco - Obstétricos: Menarquia a los 13 años, régimen catamenial 6/30,

- IRS a los 16 años, FUR hace 2 semanas, URS hace 5 días, Número de parejas sexuales: 04, niega uso de métodos anticonceptivos, fórmula obstétrica G3 P2012.
- Familiares: Madre con diabetes mellitus tipo II
- Medicación actual: Diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada hace 3 años, controlada con metformina 850 mg cada 12 horas. Último valor de HbA1c: 6.1%.
- Papanicolau hace 6 meses con resultado negativo.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 105/70 mmHg, FC: 88 lpm, FR: 19 rpm, SatO2: 97%, T: 36.8 °C
- Peso: 69 kg, talla: 162 cm, IMC: 26.3 Kg/m²
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no cianótico, no icterico, mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, tórax simétrico con amplexión conversada, no presencia de ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, sin soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, no dolor a la digitopresión profunda, no se palpan masas, ni lesiones, ni cicatrices, timpanismo conservado.
- Genitourinario: La percusión lumbar con el puño es negativa, los puntos renoureterales no muestran anomalías y no se observan alteraciones.
- Genitales externos: Se aprecia eritema vulvovaginal y eritema en labios mayores y menores.
- Especuloscopia: En canal vaginal se evidencia presencia de flujo vaginal blanco, espeso y adherente a las paredes vaginales, inoloro.
- Tacto vaginal: Dolor moderado al tacto en la zona vulvovaginal.
- Neurológico: Despierta, LOtep, escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos.

Plan de trabajo:

Se decide realizarle un hemograma y un examen de orina.

Resultados:

- Hemograma: Se evidenció hemoglobina 12.8 g/dl, leucocitos 8200 mm³, segmentados 60%, plaquetas 250 000 mm³
- Examen de orina: Leucocitos 1-2 células por campo, nitritos negativos.

Diagnostico:

- Vulvovaginitis por cándida
- Diabetes mellitus tipo II controlada

Tratamiento

- Clotrimazol 2% crema vaginal: 1 aplicador lleno (5 gramos) vía vaginal antes de acostarse por 7 días.
- Fluconazol 150 mg comprimido: Tomar una dosis única por vía oral.
- Educación sobre la higiene íntima e indicación de evitar relación sexual hasta finaliza el tratamiento.
- Programar cita de control en 1 semana para evaluar la respuesta al tratamiento y descartar recurrencias.

Evaluación:

- Paciente con evolución favorable, refiere ya no tener prurito, flujo blanquecino ni disuria.
- Se le indica acudir a consultorio de planificación familiar.

I.3 Rotación en Medicina Interna**Caso clínico N.º 01**

Paciente varón de 52 años de iniciales O.W.A.V., es admitido en el área de hospitalización de medicina interna tras ser atendido en la emergencia del hospital de Huaycán. Tiene una enfermedad con una duración de cinco días, de inicio gradual y evolución progresiva. Refiere que 5 días antes de acudir al hospital comenzó un aumento del dolor, eritema y edema en la zona de una herida que se hizo días atrás, herida que en su momento no fue tratada con una limpieza o desinfección específica. Un día antes del ingreso a hospitalización

refirió sensación de alza térmica no cuantificada, malestar general y escalofríos. Decidió acudir al hospital pues el dolor y edema en la pierna derecha le limitaba la deambulacion.

Antecedentes:

- Patológicos: TBC hace 45 años.
- Quirúrgicos: Niega.
- Familiares: Madre con fallecida por COVID 19

Examen físico:

- Funciones vitales: PA 115/75 mmHg, FC: 75 lpm, FR: 19 rpm, SatO2: 98%, T: 37 °C
- Peso: 76kg, talla: 165 cm, IMC: 26.1 Kg/m2
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no cianótico, no icterico, mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, tórax simétrico con amplexión conversada, no presencia de ruidos agregados
- Miembro inferior: Se evidencia eritema y edema localizada en región dorsal de la pierna derecha en 1/3 inferior de aproximadamente 20 x 10 cm, con bordes mal definidos y extensión difusa hacia los tejidos circundantes, no secreciones, presencia de dolor moderado en el área afectada, que aumenta con la palpación superficial y profunda. Presencia de arañas vasculares en ambos dorsos de pie derecho e izquierdo.
- Cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, no presencia de soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, blando, no doloroso a la palpación profunda, no se palpan masas, ni lesiones, no cicatrices, timpanismo conservado.
- Genitourinario: La percusión lumbar con el puño es negativa, los puntos renoureterales no muestran anomalías y no se observan alteraciones.
- Tacto rectal: Diferido.
- Neurológico: Despierta, LOtep, escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Se evidenció hemoglobina 15.7 g/dl, leucocitos 8320 mm³, segmentados 51%, bastonados 0%, eosinófilos 3%, plaquetas 371 000 mm³, PCR cuantitativa: Positivo
- Bioquímica: Creatina:0.9mg/dL Urea:26 mg/dL Glucosa Basal: 98
- Examen de orina: Leucocitos 5-8 células por campo, nitritos negativos.
- No alteraciones en el perfil de coagulación.
- Grupo sanguíneo O y fenotipo RH positivo.
- COVID 19: Negativo.
- Perfil de coagulación sin alteraciones.
- Grupo sanguíneo O y fenotipo RH positivo.

Diagnósticos:

- Celulitis en pierna derecha
- Sobrepeso
- D/C Insuficiencia venosa periférica

Plan de trabajo:

- Dieta blanda + lavado
- Hidratación con NaCl 0.9% 1000 cc → 35 gotas por minuto.
- Clindamicina 600 mg. endovenoso cada 8 horas
- Oxacilina 2g endovenoso cada 4 horas
- Metamizol 1 gr. endovenoso cada 8 horas EV PRN a T°>/38°C
- Elevación del MMII derecho
- CFV + BHE
- Eco Doppler para D/C Insuficiencia venosa profunda

Evolución:

Al primer día al paciente se le realizó una prueba eco Doppler donde no se evidenció signos de trombosis venosa profunda. El paciente recibió antibioticoterapia endovenosa durante 9 días teniendo una evolución clínica favorable, Se redujo el volumen y la extensión de la lesión. Una vez que la función de la extremidad se recuperó adecuadamente, el paciente fue dado de

alta con instrucciones de tomar cefuroxima 500 mg por vía oral cada 12 horas durante cinco días, naproxeno 500 mg vía oral cada 12 horas por 4 días, consejería sobre la patología y el correcto cuidado de la lesión y control en consultorio externo a los 7 días, después del alta médica.

Caso Clínico N.º 02

Paciente de sexo masculino de 39 años con las iniciales R.R.M.C, ingresa al área de emergencia de medicina interna del hospital de Huaycán, presenta un cuadro de un día de evolución, con dolor abdominal intenso tipo cólico (EVA 9/10). El dolor inició de manera súbita, se localiza en el epigastrio y se irradia hacia la espalda en forma de cinturón, aliviándose al inclinarse hacia adelante. Además, presenta náuseas, vómitos. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Personales: Litiasis vesicular diagnosticado hace 6 meses.
- Familiares:
Madre con diabetes mellitus tipo II y padre con hipertensión arterial.
- Quirúrgicos: Niega
- Reacción adversa a medicamentos: Niega
 - **Funciones biológicas:** Apetito: Disminuido, Sed: Normal,
Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal

Examen físico:

- **Funciones vitales:** PA: 109/73 mmHg, FC: 69 lpm, FR: 18 rpm,
T: 37° C, SatO₂: 99 %
- Peso: 76kg, talla: 164 cm, IMC: 28.2 Kg/m²
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no cianótico, no icterico, mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, tórax simétrico con amplexión conversada, no presencia de ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no presencia de soplos audibles.

- Abdomen: Blando y depresible, presencia de ruidos hidroaéreos,
- timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda del epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia en forma de faja a la zona dorsal, Murphy negativo, no se palpan masas.
- Genitourinario: La percusión lumbar con el puño es negativa, los puntos renoureterales no muestran anomalías y no se observan alteraciones.
- Neurológico: Despierta, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

Laboratorio

- Hemoglobina 14.9 g/dl, leucocitos 8 760 mm³, segmentados 70%, abastionados 0%, plaquetas 321 000 mm³, PCR: 35
- Análisis de gases arteriales: PH: 7.315; pO₂: 33 mmHg; Na⁺: 137 mmol/l; K⁺: 3.8 mmol/L
- Glucosa 96 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 1 mg/dl.
- Grupo y factor sanguíneo: O+.
- Perfil hepática: Proteínas totales: 7.6 g/dl; globulina: 2.6 g/dl; Fosfatasa alcalina: 78 U/L; Albumina: 5 g/dL, bilirrubina directa: 0.5 mg/dl; bilirrubina indirecta: 0.2 mg/dl; TGO: 240 U/L; TGP: 179; U/L; GGTP: 388 U/L. Amilasa: 473 Lipasa:296; BUN: 20
- Examen de orina: Leucocitos 2-4 células por campo, nitritos negativos.

Ecografía abdominal

- Hígado: lóbulo hepático derecho de 142 mm, tamaño y morfología normal, conservada ecogenicidad. Vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas sin apreciación de dilatación. Colédoco con dimensiones de 4mm de diámetro, vena porta de 9.7 mm.
- Vesícula biliar: Se hallan signos ecográficos compatibles con litiasis vesicular, vesícula biliar de 64 x 37 mm de pared de 3mm, presencia de litiasis en su interior.
- Páncreas : Morfología y ecogenicidad conservada
- Resto de órganos evaluados ecográficamente conservados.

Impresión diagnóstica:

- Síndrome dolor abdominal
- Pancreatitis aguda con BISAP 0
- Litiasis vesicular
- Sobrepeso

Plan de trabajo:

- NPO
- NaCl 0.9% x 1000cc a 40 gotas por minuto (I) (III)
- Dextrosa 5% 1000cc I
- NaCl 20% 2 ampollas I a 40 gotas por minuto (II)
- KCl 20% 1 ampolla I
- NaCl 0.9% x 100cc I
- Metamizol 1.5 gr I
- Metoclopramida 10 mg I endovenoso cada 8 horas
- Hioscina 20 mg I
- Ranitidina 50 mg I
- Tramadol 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg EV PRN Dolor intenso
- Se hospitaliza
- CFV

Seguimiento:

Al segundo día de hospitalización el paciente refiere mejoría y disminución de síntomas de dolor abdominal.

Plan de trabajo al segundo día:

- Dieta blanda severa hipograsa
- NaCl al 0.9% x 1000cc a 20 gotas por minuto
- Metamizol 1 gr I
- Hioscina 20 mg I Endovenoso PRN dolor
- Cloruro de Sodio al 0.9% x 100cc I
- Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas
- Hemogluco test cada 12 horas
- CFV + diuresis

Seguimiento:

Se sigue el tratamiento establecido, continuando con la hidratación endovenosa. Al cuarto día el paciente presenta una evolución favorable, afebril y tolerancia a la dieta líquida amplia. Se le realiza hemograma control donde se observa disminución de leucocitos y amilasa, refiere disminución del dolor sin otras molestias, por lo que se decide dar alta médica con indicación de dieta blanda hipograsa sin lácteos y escopolamina 10 mg 1 tableta PRN dolor abdominal y Control en consultorio por los servicios de gastroenterología y cirugía para planificar una intervención quirúrgica, a la espera de los resultados de la colangioresonancia.

I.4 Rotación en Cirugía General

Caso Clínico N.º 01

Paciente varón de 24 años con iniciales S.R.C.H, con tiempo de enfermedad de aproximadamente 10 horas, Decidió dirigirse al servicio de emergencia de cirugía del hospital de Huaycán por el dolor abdominal (EVA 8/10), refiere que empezó con dolor en zona periumbilical que con el pasar de las horas se fue intensificando y localizando en la fosa iliaca derecha, además de sensación de alza térmica no cuantificada, sumado a náuseas y vomitos. Indica que no se automedico.

Antecedentes:

- Personales: Niega
- Familiares: Madre con hipertensión arterial controlada hace 10 años
- Quirúrgicos: Fractura en pierna derecha (fémur) hace 15 años
- Reacción adversa a medicamentos: Niega
- **Funciones biológicas:** Apetito: Disminuido, Sed: Aumentada, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal

Examen físico:

- **Funciones vitales:** PA: 124/82 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 19 rpm, T: 37° C, SatO2: 99 %
- Peso: 76 kg, talla: 164 cm, IMC: 28.3 Kg/m²

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no cianótico, no icterico, mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, tórax simétrico con amplexión conversada, no presencia de ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando y depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha 9/10 de intensidad, signo de Mc Burney y Rovsing positivo, signo de Blumberg negativo.
- Genitourinario: La percusión lumbar con el puño es negativa, los puntos renoureterales no muestran anomalías y no se observan alteraciones.
- Neurológico: Despierta, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

Impresión diagnostica:

- Síndrome doloroso abdominal
- Apendicitis aguda
- Sobrepeso

Plan de trabajo:

Se decidió preparar al paciente para realizar apendicectomía de emergencia pues se halló clínica congruente con apendicitis aguda (Alvarado Score 7), por lo que se solicita exámenes prequirúrgicos.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Se evidenció hemoglobina 15 g/dl, leucocitos 15 280 mm³, segmentados 85%, abastionados 0%, plaquetas 250 000 mm³, PCR 3.4 mg/L
- Bioquímica: Glucosa 92 mg/dl, urea 39 mg/dl, creatinina 1.2 mg/dl.
- Perfil de coagulación sin alteraciones.
- Ecografía abdominal: Se observan hallazgos ecográficos que sugieren apendicitis aguda. Imagen vermiforme de paredes hiperecogénicas engrosadas (Diámetro apendicular de 7 milímetros, diámetro de pared > 3 milímetros), dolor a la presión con el transductor (Mc Burney ecográfico positivo), no colección liquida peri apendicular.

- Grupo y factor sanguíneo: O+.
- Examen de orina: Leucocitos 1-2 células por campo, nitritos negativos.
- Resultados negativos para RPR, Hepatitis B y VIH.
- EKG + riesgo cardiológico.
- Consentimiento informado para intervención quirúrgica

Planificación quirúrgica:

- NPO
- NaCl 0.9% x 1000 cc → 30 gotas por minuto
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas
- Metamizol 1.5 gr endovenoso cada 8 horas
- Metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas
- Dimenhidrinato 50 mg endovenoso PRN náuseas y/o vómitos
- CFV + BHE + OSA
- Riesgos quirúrgicos + exámenes prequirúrgicos (completar).
- Llamado a la sala de operaciones.

Intervención quirúrgica:

Durante la apendicectomía abierta (incisión de Rocky-Davis) no hubo intercurencias, apéndice cecal de 9x1 cm, este se encuentra edematoso en toda su extensión y supurado en 1/3 distal, no gangrenado, se halló coprolito en la base, base indemne por lo que se realiza el cierre a muñón libre, líquido libre en escasa cantidad, se revisa hemostasia y el cerrado por planos hasta la piel.

Manejo postoperatorio:

- NPO por 6 horas → Tolerancia oral progresiva.
- Manejo hidroelectrolítico
- NaCl 0.9% x 1000 cc → 30 gotas por minuto
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
- Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas
- Metoclopramida 10mg EV cada 8 horas
- Metamizol 1.5 gr EV cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Simeticona 40 gotas VO cada 8 horas
- CFV cada 8 horas + deambulación asistida progresiva

Paciente con evolución favorable post operado en el área de hospitalización, al segundo día de la operación el paciente se encuentra hemo dinámicamente estable, ventila espontáneamente, la herida operatoria se encuentra limpia y sin signos de flogosis, puede ambular, afebril, tolera vía oral y elimina flatos, por lo que se decide darle alta hospitalaria con indicaciones, cuidados y aseo personal, Levofloxacino 500 mg 01 tableta vía oral cada 24 horas por 7 días, metronidazol 500 mg 01 tableta vía oral cada 8 horas por 5 días, naproxeno 500mg 01 tableta VO cada 12 horas por 4 días y simeticona 80 mg 01 tableta VO por 3 días, control en consultorio externo de Cirugía General a los 7 días, después del alta médica.

Caso Clínico N.º 02

Paciente de sexo femenino de 43 años con la iniciales R.Y.I.D, acude al servicio de cirugía del hospital de Huaycán, fue programada para realizarse la intervención quirúrgica de forma electiva de colecistectomía abierta, fue diagnosticada previamente con colecistitis crónica calculosa. Paciente refiere tiempo de enfermedad de 1 año de curso progresivo,

El último episodio fue hace 1 mes donde presentó dolor abdominal (EVA 7/10) con localización en epigastrio e hipocondrio derecho, que inició después de ingerir comida copiosa, acudió a emergencia en donde recibió analgésicos como tratamiento, es dada de alta con pautas nutricionales y se le sugiere considerar el manejo quirúrgico para solución de los cálculos biliares hallado en ecografía . Actualmente no refiere molestias, nauseas o vomitos, ni sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Personales: Litiasis vesicular hace 1 año
- Familiares: Niega
- Quirúrgicos: Cesárea en 2 oportunidades
- Reacción adversa a medicamentos: Niega
- **Funciones biológicas:** Apetito: Disminuido, Sed: Normal,
Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal

Examen físico:

- **Funciones vitales:** PA: 110/74 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 19 rpm, T: 36.6° C, SatO2: 99 %
- Peso: 78kg, talla: 159 cm, IMC: 31 Kg/m²
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no cianótico, no icterico, mucosas hidratadas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, tórax simétrico con amplexión conversada, no presencia de ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando y depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, globoso, no doloroso a la digitopresión superficial ni profunda, signo de Murphy negativo, no se palpan masas, presencia de cicatriz de cesárea en línea media infraumbilical.
- Genitourinario: La percusión lumbar con el puño es negativa, los puntos renoureterales no muestran anomalías y no se observan alteraciones.
- Neurológico: Despierta, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

Laboratorio

- Hemoglobina 13.9 g/dl, leucocitos 8 280 mm³, segmentados 60%, abastoados 0%, plaquetas 440 000 mm³, PCR 31 mg/L
- Glucosa 98 mg/dl, urea 18 mg/dl, creatinina 0.5 mg/dl.
- Perfil de coagulación sin alteraciones.
- Grupo y factor sanguíneo: O+.
- Perfil hepática: Proteínas totales: 7.1 g/dl; globulina: 3 g/dl; Fosfatasa alcalina: 126.49 U/L; Albumina: 4.4 g/dL, bilirrubina directa: 0.3 mg/dl; bilirrubina indirecta: 0.5 mg/dl; TGO: 20 U/L; TGP: 23 U/L
- Examen de orina: Leucocitos 1-2 células por campo, nitritos negativos.
- Resultados negativos para RPR, Hepatitis B y VIH.
- EKG + riesgo cardiológico.
- Consentimiento informado para intervención quirúrgica.

Ecografía abdominal

- Hígado: LDH de 123 mm, tamaño y morfología normal, ecogenicidad conservada. Vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas sin apreciación de dilatación. Colédoco: 4.2mm de diámetro, vena porta: 9 mm.
- Vesícula biliar: Se hallan signos ecográficos compatibles con litiasis vesicular múltiple, vesícula biliar distendida de 62 x 31 mm de pared de 4.5 mm, se observan múltiples cálculos en el interior, el mayor de ellos mide 10 mm.
- Resto de órganos se encuentra en condiciones normales.

Diagnostico:

1. Colecistitis crónica calculosa
2. Obesidad

Plan de trabajo:

Se prepara a la paciente para realizar colecistectomía abierta.

Planificación quirúrgica:

- NPO
- NaCl 0.9% x 1000 cc → 30 gotas por minuto
- Cefazolina 2 gr endovenoso 30 min pre-sala de operaciones
- CFV + BHE + OSA
- RPR no reactivo, Hepatitis B no reactivo, VIH no reactivo.
- EKG + riesgo cardiológico.
- Pase a sala de operaciones.

Reporte operatorio:

Se realizó una colecistectomía abierta bajo anestesia general. La incisión fue realizada en el cuadrante superior derecho, exponiendo la vesícula biliar de 6 x 3 cm, mostraba signos de inflamación crónica, pared de 4.5 mm, conducto cístico de 4 mm, cálculos múltiples, no adherencias.

Manejo postoperatorio:

- NPO → tolerancia oral progresiva luego de 6 horas
- Manejo hidroelectrolítico
- NaCl 0.9% x 1000 cc → 30 gotas por minuto
- Metamizol 1 gr Ev cada 8 horas

- Ceftriaxona 2 gr Ev cada 24 horas
- Omeprazol 40 mg Ev cada 24 horas
- CFV → cada 8 horas + deambulaci3n asistida progresiva

Paciente con evoluci3n favorable post operado en el 1rea de hospitalizaci3n, en el cuarto d1a de la operaci3n, el paciente se encuentra estable hemodin1micamente, con ventilaci3n espontanea, la herida operatoria se encuentra limpia y sin signos de flogosis, puede ambular, afebril, tolera v1a oral y elimina flatos.

Por lo que se decide darle alta hospitalaria con indicaciones, cefuroxima 500 mg 01 tableta v1a oral cada 12 horas por 5 d1as, naproxeno 500 mg 01 tableta v1a oral cada 12 horas por 5 d1as y simeticona 80 mg 01 tableta v1a oral por 3 d1as, se le indico los cuidados para la herida operatoria. Control en consultorio externo del 1rea de Cirug1a General a los 7 d1as, despu3s del alta m3dica.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado médico inicio el 1 de abril del 2023 y culminó el 31 de enero del 2024 teniendo una duración total de 10 meses. Durante 8 meses se llevó a cabo en el Hospital de Huaycán ubicado en la Av. José Carlos Mariátegui, Ate Vitarte 15479, Lima, Perú. Este es un establecimiento de salud categorizado en nivel II-1, tuvo inicio en el año 1984 como un Puesto de Salud, no siendo hasta el año 1992 con apoyo del gobierno peruano en mejorar la infraestructura sanitaria y proporcionar atención médica de calidad a las comunidades de Lima Este, un Hospital Materno Infantil.

Tras un constante mejoramiento a lo largo de los años, gestionado por los directivos del hospital y mediante la Resolución Ministerial N° 0868-2003-SA/DM en el año 2003 fue elevada la categoría a Hospital de Baja Complejidad I. Finalmente en el año 2013 se oficializa al hospital como unidad ejecutora mediante la Resolución Ministerial N° 587-2013/MINSA es formalizada la creación de Unidad Ejecutora 140: Hospital de Huaycán categoría II-I (1).

Su jurisdicción consta de 3 puestos de salud, que son: Centro de Salud Señor de los Milagros, Puesto de Salud Horacio Zevallos, Puesto de salud La Fraternidad. Cuando se hallan dificultades en la capacidad de atención o se requiere algún examen auxiliar más especializado se tiene principalmente como hospital de referencia al Hospital Nacional Hipólito Unanue, contando con una ambulancia para realizar el traslado correspondiente (2).

A lo largo de los años, el hospital ha crecido y se ha desarrollado, incorporando nuevas tecnologías y expandiendo sus servicios para atender mejor a la población. Están presentes las cuatro grandes especialidades que son Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General, contando estas especialidades con área de hospitalización y emergencia las 24 horas.

Además, especialidades médicas como gastroenterología, oftalmología, rehabilitación, traumatología, urología y otros servicios intermedios como laboratorio, nutrición, odontología, psicología, rayos (**Anexo N°1**) (2). También durante dos meses de internado, se formó parte del centro de salud Virgen del Carmen - La Era, este centro de salud está categorizado en nivel I-3 y se encuentra ubicado en Lurigancho – Chosica y forma parte de la DIRIS Lima Este. Este centro no cuenta con turno nocturno ni sala de partos. Su horario de atención es de lunes a sábado de 8 a. m. hasta 8 p. m.

Cuenta con los servicios de medicina general, área CRED, odontología, nutrición, farmacia, tuberculosis, psicología y laboratorio. A aquellos pacientes que necesiten una atención más especializada se les procede a realizar una referencia para que sean atendidos en un centro de mayor complejidad, realizándose la referencia al Hospital de mediana complejidad José Agurto Tello que pertenece a Chosica.

Ambos entornos permitieron adquirir conocimientos sobre el manejo en establecimientos de salud tanto de primer como segundo nivel. Las responsabilidades del interno de medicina incluyeron la recopilación de historias clínicas, la colaboración en la evaluación de los pacientes, la supervisión de la realización de pruebas diagnósticas y la atención en emergencias, todo bajo la estrecha supervisión de los médicos responsables.

También se ocupan de completar adecuadamente los documentos administrativos, como los Formatos Únicos de Atención (FUA), los formularios de epicrisis, las órdenes de referencia y contrarreferencia, y las solicitudes de pruebas diagnósticas. Según las directrices del internado en ciencias de la salud, establecidas en la directiva administrativa para el desarrollo de las actividades del internado, un interno de medicina debe cumplir con 150 horas mensuales., sin embargo, este límite puede exceder conforme a la programación de cada centro de salud.

Los médicos tutores, con sus experiencias académicas y profesionales, tomaron a lo largo de la experiencia del internado un papel crucial en el desarrollo del interno, brindando orientación y preparación tanto académica como personal para el SERUMS.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación en Pediatría

Caso Clínico N.º01: Bronquiolitis

El caso clínico presenta una infección respiratoria que afecta las vías bajas de lactantes y niños menores de 2 años, es una causa significativa de hospitalización en este grupo etario, especialmente durante los meses de invierno (bajas temperaturas). Tiene una etiología variada como el Virus Sincitial Respiratorio (más frecuente), Rinovirus, Parainfluenza tipo III y Adenovirus, y aunque poco frecuente también es causada por bacterias como la micoplasma *Pneumoniae* (3,4).

La patología subyace en la invasión de las ramificaciones bronquiales causando necrosis y edema del epitelio bronquial, los detritus celulares producto de la destrucción de las células ciliadas junto al aumento de la producción de moco forman tapones que provocan obstrucción bronquiolar, atrapamiento aéreo, hiperinsuflación y, en casos graves, atelectasias. Esta combinación de factores resulta en un aumento del trabajo respiratorio y una hipoxemia (5).

En Perú, las infecciones respiratorias bajas siguen siendo un problema significativo, con más de 2.3 millones de casos detectados en un solo año. Una investigación llevada a cabo en la región andina del país encontró que el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) fue responsable del 23% de estas infecciones respiratorias, siendo más frecuente en menores de 6 meses. El cuadro clínico se inicia con síntomas semejantes a los de un resfriado común, incluyendo secreción nasal, tos seca, fiebre y congestión nasal.

Los factores de riesgo incluyen la edad, prematuridad y bajo peso al nacer, exposición al tabaco, no lactancia e historial familiar de asma.

A medida que la enfermedad progresa, los lactantes pueden desarrollar síntomas de dificultad respiratoria, incluyendo aleteo nasal, tiraje intercostal y subcostal, sibilancias, taquipnea, hipoxia, fiebre cuantificada y dificultad para alimentarse (4). La evidencia no es suficiente para recomendar un score clínico en bronquiolitis no severa, sin embargo, en casos de bronquiolitis severa puede usarse la Escala de Severidad de Bronquiolitis Aguda (ESBA) como apoyo clínico para la valoración de severidad, donde una valoración mayor a 10 implica una probabilidad mayor de ingreso a UCI (6).

El diagnóstico se fundamenta principalmente en la clínica, apoyándose en la historia clínica y el examen físico del paciente. Es caracterizado como el primer episodio de tos seca persistente, acompañado de sibilancias y/o estertores en niños menores de 2 años, con síntomas de las vías respiratorias superiores que duran entre 3 y 5 días como antecedentes, las pruebas auxiliares suelen no ser necesarias como lo son las pruebas serológicas, hemograma, PCR, AGA y radiografía de tórax. Hoy en día no hay un consenso universal en su definición, y existe disparidad en el manejo en las distintas guías prácticas clínicas, que recomiendan o no el uso de ciertos fármacos o exámenes complementarios (5). El tratamiento se centra en medidas de soporte para aliviar los síntomas y mantener una oxigenación adecuada y depende de la gravedad de la dificultad respiratoria del paciente.

Las guías de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y los Institutos Nacionales para la Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido (NICE) recomiendan administrar fluidos por vía intravenosa o nasogástrica en lactantes con ingesta reducida de líquidos para prevenir la deshidratación, y usar oxigenoterapia para mantener la saturación de oxígeno por encima del 92%.

Ambas guías no recomiendan el uso rutinario de broncodilatadores (como salbutamol), corticosteroides sistémicos, ni antibióticos (a menos que haya sospecha clara de infección bacteriana). Se ha evidenciado que el uso de la solución salina hipertónica al 3% brinda una ligera reducción a la duración de la

estancia hospitalaria. La innovación más importante en el tratamiento de la bronquiolitis es el uso de un catéter nasal de alto flujo (HFNC) para proporcionar soporte de oxígeno no invasivo, que ha demostrado ser seguro, viable y rentable (3,6). En este caso clínico enfatiza la importancia del tratamiento de soporte y la minimización del uso de medicaciones innecesarias en la bronquiolitis.

Las guías clínicas recomiendan el monitoreo cuidadoso de los signos vitales y la oxigenación, así como la educación a los padres sobre el manejo en el hogar y los signos de alarma que requieren atención médica, donde finalmente las recomendaciones al alta incluyen la vigilancia de signos de alarma, el mantenimiento de la lactancia materna y la adherencia a medidas de higiene para prevenir reinfecciones.

Además, se está investigando el papel de nuevas terapias antivirales y vacunas contra el VSR, que podrían cambiar el enfoque del manejo en el futuro . En resumen, este caso refleja un manejo adecuado y basado en la evidencia de una condición común en la pediatría, subrayando la importancia de las intervenciones de soporte y la educación a los cuidadores en el manejo de la bronquiolitis.

Caso Clínico N.º2: Hiperbilirrubinemia

Se relata una condición presente en muchos de los recién nacidos, que pueden conllevar a la coloración amarillenta de la piel y mucosas (ictericia) de progresión clínica céfalo caudal debido al incremento de los niveles séricos de bilirrubina (>5mg/dL), un producto de la descomposición de los glóbulos rojos.

En Perú, la incidencia de ictericia neonatal es de 39 por cada 1000 recién nacidos vivos, con Lima y Callao reportando el 48% de estos casos. La condición es más frecuente en neonatos prematuros que en aquellos nacidos a término, siendo la hiperbilirrubinemia la que presenta la mayoría de casos pasadas las 48 horas de vida. (7). Se clasifica principalmente en dos tipos según el tipo de bilirrubina que se encuentra elevada en la sangre: no conjugada (indirecta) y conjugada (directa).

La no conjugada es la forma más común, esta bilirrubina es liposoluble y necesita ser metabolizada en el hígado para convertirse en una forma hidrosoluble (conjugada) que pueda ser excretada, al no ser excretado ocurre un exceso de esta, tiene como causas la inmadurez hepática, incompatibilidad entre el grupo sanguíneo (ABO o RH), ictericia fisiológica, deficiencias enzimáticas (G6PD), ictericia por lactancia materna (8).

La bilirrubina no conjugada es neurotóxica y puede atravesar la barrera hematoencefálica, acumulándose en el cerebro y causando kernicterus. La conjugada ocurre cuando al haber un con la excreción de bilirrubina del hígado al intestino, este se acumula. Las causas pueden ser por atresia biliar, hepatitis neonatal, síndromes genéticos, colestasis neonatal. Existen factores de riesgo adicionales como lo son la prematuridad, déficit de lactancia materna o secundaria a la lactancia materna (3- α , 20- β pregnanediol) (9).

El diagnóstico se puede realizar mediante un examen físico pudiendo hacerse uso de la escala de Kramer, está evalúa la severidad basada en la extensión de la coloración amarillenta de la piel, es una guía útil pero subjetiva, por lo que se la complementa y confirma con exámenes de laboratorio como la bilirrubina en sangre para hacer la evaluación más precisa (10).

El tratamiento tiene como finalidad mantener los niveles de bilirrubina dentro del rango seguro. Esto es logrado mediante distintas modalidades terapéuticas, siendo la más destacada la fototerapia. Este tratamiento emplea radiaciones lumínicas para transformar la bilirrubina en una forma más fácilmente eliminable por el cuerpo (fotobilirrubina).

La escala NICE (**Anexo N°2**) ofrece guías específicas para comenzar y detener la fototerapia, basándose en los niveles de bilirrubina y la edad del recién nacido. La exanguinotransfusión es un tratamiento empleado en casos de hiperbilirrubinemia severa, especialmente cuando la fototerapia no logra ser

efectiva o los niveles de bilirrubina alcanzan valores críticos que amenazan la vida del recién nacido. Este procedimiento implica la sustitución parcial de la sangre del neonato con sangre donada compatible, lo que reduce rápidamente los niveles de bilirrubina y elimina los anticuerpos responsables de la hemólisis (11).

Este caso clínico ejemplifica el manejo adecuado para la hiperbilirrubinemia neonatal mediante la evaluación clínica, el uso de herramientas diagnósticas como la escala de Kramer, exámenes de laboratorio de bilirrubina y el manejo según escala NICE, implementando la fototerapia como tratamiento.

La recién nacida presentaba ictericia moderada que se extendía desde la cabeza hasta la rodilla, clasificada como zona 3 según la escala de Kramer. Los niveles de bilirrubina total eran de 17.3 mg/dl (295.83mm/L), donde la bilirrubina indirecta (no conjugada) era la que estaba elevada, estando en rango de fototerapia según escala Nice, por lo que se le decidió realizar ese tratamiento.

La mejora fue progresiva, al segundo día, tuvo un evolución favorable, en donde la paciente se encontraba afebril, con ventilación espontánea, diuresis presente y sin signos de deshidratación, junto a la disminución de su valor de bilirrubina total, que quedó fuera del rango para fototerapia por lo que decidió discontinuar y dar alta médica con indicaciones.

III.2 Rotación en Ginecología

Caso Clínico N.º01: Aborto incompleto

El aborto es la interrupción y finalización del embarazo antes que el feto sea viable fuera del útero. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define como la pérdida del embarazo por debajo de las 22 semanas o cuando el feto presenta menos de 500 gramos de peso independientemente o no de la existencia de signos de vida (12).

En el Perú representa el segundo motivo principal de hospitalización en los servicios de ginecología y obstetricia después del parto, siendo así una causa importante de mortalidad materna, Según la OMS, en Perú se registran 55 abortos inducidos por cada mil mujeres de entre 15 y 44 años. Además, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa que cada año se realizan 371,000 abortos provocados en el país.

Es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica del primer trimestre de gestación. El principal factor de riesgo es la edad materna (13). Está clasificado según la observación del cérvix, si no se encuentra dilatado, y hay sangrado y dolor, se procede a realizar una ecografía transvaginal, si el feto presenta actividad cardiaca se considera amenaza de aborto, de lo contrario si hay ausencia de la actividad cardiaca se denomina aborto frustrado.

En caso el cérvix se encuentra dilatado puede ser que el aborto se encuentre en curso o consumado, si se encuentra el curso y las membranas se encuentran intactas es un aborto inminente, de encontrarse las membranas rotas es un aborto inevitable (12). En caso sea un aborto consumado, con el apoyo de la ecografía transvaginal se puede observar y catalogar un aborto incompleto si la línea endometrial es mayor a 15 mm y hay presencia de ecogenicidad heterogénea; y si al realizar la ecografía transvaginal y no se evidencia restos endouterinos se clasifica como aborto completo.

Por su cronología puede ser un aborto precoz, ocurre antes de las 12 semanas, corresponde al 80% de casos, y su principal factor de riesgo son las trisomías autosómicas. También puede ser un aborto tardío que no es tan frecuente y ocurre pasadas las 12 semanas hasta las 22 semanas de gestación.

Y según su intencionalidad pueden ser espontáneas o provocadas (14). Este caso clínico se centra en un aborto incompleto, una complicación significativa donde parte del tejido del embarazo sean restos fetales, placentarios o membranas permanecen en la cavidad uterina. Se manifiesta mediante hemorragia vaginal y dolor tipo cólico en hipogastrio en el contexto de una

historia de amenorrea, donde en la hemorragia pueden apreciarse residuos uterinos. Ante un aborto incompleto es crucial la identificación y manejo precoz de la situación para intervenir de manera oportuna previniendo complicaciones severas como hemorragias, infecciones y futuras complicaciones reproductivas (12). El examen físico, junto con las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen, son esenciales para el diagnóstico del aborto incompleto, para confirmar la presencia de restos endouterinos e identificar una posible infección.

El manejo es dependiente de la situación específica de la paciente, en caso de que la presencia de restos endouterinos se mínima, se permite que el cuerpo lo expulse de manera natural teniendo un enfoque más expectante, sin embargo en situaciones de mayor complejidad se opta por un tratamiento más activo para la evacuación uterina y son dependientes del tiempo de gestación y/o estabilidad de la paciente, el AMEU.

Se realiza cuando la paciente está estable y tiene menos de 12 semanas de gestación, en cambio cuando esta inestable (shock o sepsis) o tiene más de 12 semanas de gestación se indica el procedimiento quirúrgico de legrado uterino (13). Es esencial entender que el aborto incompleto no solo afecta físicamente a las mujeres, sino que también tiene consecuencias psicosociales. Por lo tanto, la atención integral debe incorporar apoyo emocional y psicológico, ayudando a las mujeres a enfrentar los desafíos derivados de esta experiencia.

Caso Clínico N.º02: Vulvovaginitis por candida

La vulvovaginitis es la inflamación de la vulva y la mucosa vaginal, sin embargo, ambos no siempre se asocian a la vez, sino que dependiendo del agente responsable puede haber predominio de la inflamación vulvar sobre la vaginal y viceversa. Frecuentemente se manifiesta con eritema y edema, así como con un aumento en la cantidad de flujo vaginal, el cual puede cambiar de color y olor. Estos síntomas suelen estar acompañados de molestias vulvares o vaginales,

incluyendo prurito e irritación, que pueden intensificarse durante las relaciones sexuales (15). Las causas más comunes de vulvovaginitis incluyen infecciones bacterianas (vaginosis bacteriana), infecciones por hongos (candidiasis), infecciones por protozoos (tricomoniasis) y reacciones alérgicas o irritativas a productos químicos como jabones, detergentes y duchas vaginales (vulvovaginitis no infecciosa) (15).

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual provocada por el protozoo *Trichomonas vaginalis*, y se caracteriza por un flujo vaginal espumoso de color verde-amarillento y con mal olor, acompañado de prurito intenso, irritación y dolor durante la micción y las relaciones sexuales, El riesgo de contagio incrementa particularmente durante el período menstrual., pues la *T. vaginales* utiliza el hierro presente en el flujo sanguíneo menstrual para adherirse al epitelio escamoso de la vagina.

La vaginosis bacteriana, causada por un desequilibrio en la flora vaginal normal con una reducción de lactobacilos y un incremento de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis*, estos factores pueden incluir el uso de duchas vaginales, múltiples o nuevas parejas sexuales y el uso de dispositivos intrauterinos (DIU), no es considerado una ITS, aunque es más común en mujeres sexualmente activas. Se manifiesta con un flujo vaginal delgado y grisáceo con un olor fuerte y desagradable, similar al olor a pescado (16).

Este caso clínico se centra en la vulvovaginitis por *Candida*, esta es una de las infecciones vaginales más comunes y la más sintomática, siendo principalmente causada por el hongo *Candida albicans*. (especie más detectada en cultivos), aunque otras especies de *Candida* también pueden ser responsables. Es considerada la segunda causa más frecuente de vaginitis, después de la vaginosis bacteriana.

Se estima que aproximadamente el 10-15% de las mujeres asintomáticas están colonizadas por *Candida*, el 70-75% de las mujeres experimentarán un episodio de esta infección en su vida, el 50% de las mujeres infectadas inicialmente sufrirán un segundo episodio y el 5% desarrollarán vulvovaginitis por *Candida*

recurrente (ocurrencia de cuatro o más episodio en un año (17). Los factores que pueden predisponer a esta infección incluyen el uso de antibióticos de amplio espectro, que alteran la flora vaginal normal, la diabetes mellitus (especialmente si no está bien controlada), el embarazo, el uso de anticonceptivos hormonales, un sistema inmunológico debilitado.

Esta condición se caracteriza por una inflamación de los tejidos vaginales y vulvares, presenta síntomas como prurito intenso (síntoma principal por el que acuden a consultorio) y ardor en la zona vulvovaginal, flujo vaginal blanquecino y espeso similar al “requesón”, no se asocia con mal olor a diferencia de otras infecciones vaginales, eritema y edema de la vulva y la vagina.

Además de experimentar disuria (dolor al orinar) y dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) debido a la inflamación y la irritación de los tejidos vaginales (16). Los síntomas clínicos mencionados anteriormente, como prurito, secreción vaginal blanca y espesa, e irritación genital, pueden ser altamente indicativos de una infección vulvovaginal.

Sin embargo, es importante destacar que el diagnóstico no solo depende de la evaluación física, sino que también se requiere una evaluación minuciosa y pruebas complementarias como la evaluación del pH vaginal que debe estar conservado menor a 4.5, el examen de microscopio de frotis en seco el cual permite visualizar esporas y /o pseudohifas y el cultivo de Sabouraud que es el diagnóstico específico, pero que no suele ser necesario salvo casos de candidiasis recurrente (17).

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas, por lo que se aconseja tratar a todas las mujeres sintomáticas. En casos de vulvovaginitis candidiásica no complicada, los tratamientos tópicos con antifúngicos, como los derivados imidazólicos (azoles), poliénicos o piridinona de corta duración, son efectivos..

Estos tratamientos son efectivos y generalmente bien tolerados, proporcionando alivio rápido de los síntomas y erradicación de la infección. Es importante mencionar que el prurito es aliviado con la menstruación. Suele aparecer durante la segunda fase del ciclo y desaparece con la menstruación (15).

III.3 Rotación en Medicina Interna

Caso Clínico N.º01: Celulitis

El caso clínico describe una infección bacteriana aguda que afecta las capas profundas de la piel, específicamente la dermis profunda y el tejido subcutáneo, la celulitis. Se caracteriza por una inflamación diseminada, difusa con límites pocos definidos, de la piel y los tejidos subyacentes, que se manifiesta con síntomas como enrojecimiento (eritema), hinchazón (edema), sensibilidad y calor en la zona afectada. Pueden observarse otros síntomas clínicos como la dilatación de los vasos linfáticos. En ocasiones, pueden presentarse signos sistémicos como fiebre y malestar general (18).

Su localización más frecuente es en las extremidades inferiores, especialmente en las piernas, debido a la exposición a factores de riesgo como heridas, úlceras, insuficiencia venosa y pie de atleta, que facilitan la entrada de bacterias a través de pequeñas rupturas en la piel. Otros sitios comunes incluyen los brazos, la cara y, menos frecuentemente, el tronco y las áreas periorbitales.

Los factores de riesgo para desarrollar celulitis incluyen condiciones como el pie de atleta, el uso de drogas intravenosas, heridas y lesiones cutáneas (como en este caso expuesto), insuficiencia venosa, diabetes mellitus y alteraciones linfáticas. Estas condiciones predisponen a la piel a rupturas que facilitan la entrada de bacterias, principalmente estreptococos del grupo A (más frecuentes) y *Staphylococcus aureus*, aunque en pacientes inmunodeprimidos o en exposiciones inusuales, como mordeduras de animales, pueden estar implicados patógenos atípicos (19).

El diagnóstico de la celulitis se basa en las características morfológicas de la lesión y el contexto clínico, y generalmente no requiere pruebas microbiológicas en pacientes inmunocompetentes con celulitis no purulenta (menos del 5% son positivos). Sin embargo, en casos de enfermedad sistémica se pueden considerar hemocultivos o cultivos de aspirado. Las imágenes suelen ser innecesarias, a menos que se sospechen complicaciones como abscesos, cuerpos extraños, infecciones de tejidos profundos y osteomielitis. Ante sospecha de insuficiencia venosa se realiza un prueba de ecografía Doppler para su evaluación (20).

El tratamiento de la celulitis incluye el uso de antibióticos adecuados para los patógenos más probables, ajustando la elección del fármaco y la vía de administración, dependiendo de la severidad de la infección y los factores de riesgo del paciente, evaluando día a día la evaluación del paciente., incluye también la elevación del área afectada para ayudar al drenaje y acelerar la recuperación.

Para casos leves sin signos sistémicos de infección, se recomiendan antibióticos orales como penicilina V, cefalexina, dicloxacilina o clindamicina. Al paciente del caso clínico se usó oxacilina y clindamicina que tuvo una evolución favorable. Si hay sospecha de purulencia o absceso, se pueden utilizar agentes activos contra el *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina (SAMR), como clindamicina, trimetoprim-sulfametoxazol, doxiciclina o linezolid.

En la celulitis con abscesos, el drenaje del absceso es un componente esencial del tratamiento, se realizará después de haber realizado un cultivo con el líquido extraído, generalmente mediante una incisión y drenaje quirúrgico. Al paciente del caso clínico se usó oxacilina y clindamicina que favoreció al paciente (18,19).

Caso Clínico N.º02: Pancreatitis aguda

El caso clínico relata sobre un caso de pancreatitis aguda, este es el proceso de inflamación súbita del páncreas que presenta una respuesta inflamatoria tanto

local como sistema, y es caracterizado por dolor abdominal intenso, con asociación a elevación de los valores plasmáticos de las enzimas pancreáticas.

Es causa frecuente de abdomen agudo médico y es de las principales afecciones gastrointestinales que dan lugar a ingresos hospitalarios en emergencia de medicina interna (21). Tiene como causa más frecuente la etiología biliar, responsable del 50% de los casos, seguida por el consumo excesivo de alcohol, la hipertrigliceridemia (>1000 mg/dl), hipercalcemia, post-CPRE y por fármacos.

La clínica característica es la aparición de dolor abdominal agudo persistente en epigastrio (principal síntoma) con irradiación hacia espalda, junto a náuseas, vómitos y fiebre. Además, puede aparecer ictericia debido a la obstrucción del conducto biliar, también distensión abdominal y ausencia de ruidos intestinales debido al íleo paralítico. Los signos de Cullen (equimosis periumbilical) y de Grey Turner (equimosis en los flancos) pueden indicar hemorragia retroperitoneal en casos severos (22).

El diagnóstico se lleva a cabo combinando la sintomatología clínica con los resultados de laboratorio que incluye la elevación de las enzimas de amilasa y lipasa. El diagnóstico definitivo se realiza mediante estudios de imagen como la ecografía abdominal, que sirve para la identificación de cálculos biliares y dilatación de los conductor biliares y la tomografía que es utilizado para evaluar la extensión del daño pancreático y detectar complicaciones como necrosis (23).

La clasificación puede realizarse utilizando la guía de Atlanta, que define claramente los criterios para pancreatitis aguda leve, moderadamente severa y severa, basándose en la presencia o ausencia de falla orgánica y de complicaciones locales o sistémicas. El pronóstico depende en gran medida de su severidad y de la presencia de complicaciones. La mayoría de los casos leves se resuelven con tratamiento conservador y tienen un buen pronóstico.

Sin embargo, la pancreatitis aguda severa, especialmente cuando está asociada a necrosis pancreática o falla multiorgánica, puede ser mortal. Herramientas como el índice de severidad BISAP ayudan a predecir el riesgo de

complicaciones y a guiar el manejo clínico en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas (24). El tratamiento de la pancreatitis aguda comienza con la hospitalización del paciente, imponiendo ayuno total (NPO) para reducir la actividad pancreática. La rehidratación agresiva es crucial, utilizando lactato de Ringer o cloruro de sodio al 0.9% a una tasa de 250-500 ml/hora para corregir la depleción intravascular y asegurar una diuresis adecuada. El manejo del dolor se realiza con opioides como petidina o tramadol, ajustando según la necesidad del paciente.

La nutrición enteral temprana a través de una sonda nasoyeyunal es preferible para mantener la integridad intestinal y prevenir la translocación bacteriana. La administración de oxígeno está indicada cuando la saturación es inferior al 95%. Los antibióticos se utilizan solo en casos de infección confirmada, evitando su uso profiláctico en pancreatitis leve.

En casos graves, pueden ser necesarias intervenciones como el drenaje para tratar complicaciones como la necrosis infectada. El monitoreo continuo del estado hemodinámico y la adaptación del tratamiento en pacientes con comorbilidades son esenciales para optimizar los resultados clínicos y minimizar las complicaciones (22).

En el caso clínico presentado se diagnosticó la pancreatitis aguda cumpliendo el criterio clínico y laboratorio, junto al examen imagenológico. Además, se aplicó el score BISAP con un puntaje de 0, el cual indica que no hay mal pronóstico. Fue clasificado como pancreatitis aguda leve por la guía Atlanta. El tratamiento como indican las guías fue dieta absoluta, fluidoterapia y analgesia. El paciente presentó una evolución favorable, fue dado de alta con indicaciones, y control para gastroenterología y cirugía para programación quirúrgica previo al resultado de la colangiografía.

III.4 Rotación en Cirugía

Caso clínico N.º01: Apendicitis aguda no complicada

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice vermiforme, esta se ubica en la confluencia de las tenías cólicas y está conectada al ciego siendo la localización más frecuente la retrocecal ascendente. Es la emergencia abdominal quirúrgica más común a nivel mundial. Tiene distintas causas siendo la principal la obstrucción del lumen apendicular por hiperplasia linfática, causa más frecuente en niños y jóvenes, otra causa es por fecalitos, que es la causa más común en adultos.

Tiene distintas fases, siendo las dos primeras, la fase congestiva y supurada, descritas como fases no complicadas, seguida de las fases complicadas, la fase necrosada y perforada, eventos marcados por la isquemia visceral. La perforación del apéndice puede producir complicaciones como peritonitis, formación de masas apendiculares y pyleflebitis (25).

A nivel mundial, la apendicitis es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico, representando el 50% de los casos y constituye dos tercios de las laparotomías realizadas. Se estima que entre el 7% y el 12% de la población experimentará apendicitis en el transcurso de su vida, siendo más frecuente entre los 10 y los 30 años. Los adultos son los más afectados, con una predominancia del sexo masculino que supera el 60% (26).

La clínica inicia con hiporexia, seguido de dolor periumbilical, migrando con el pasar de las horas a la fosa iliaca derecha, seguido de sensación de náuseas y posteriormente, la aparición de fiebre (27). También tenemos presente otras manifestaciones clínicas como lo son:

- Signo de McBurney: Punto de máxima sensibilidad dolorosa y signo más representativo de la apendicitis aguda (27).
- Signo de Rovsing: Presencia de dolor en la fosa iliaca derecha al hacer presión en la fosa iliaca izquierda (27).
- Signo de Blumberg: Dolor al rebote, aparece a partir de las 24 h de evolución e indica peritonitis (27).

El diagnóstico es clínico junto con exámenes complementarios, la sospecha clínica surge cuando el paciente acude refiriendo gran dolor abdominal a nivel de la fosa iliaca derecha. Al realizar exámenes de laboratorio, se presencia un aumento de leucocitos con predominancia de neutrófilos, además se puede apreciar un aumento de la proteína c reactiva (28). Al realizar examen de imagen se puede hacer uso de:

- Ecografía: Es la de más fácil acceso, útil para niños y mujeres embarazadas, uso para confirmar, no para descartar, baja sensibilidad, desempeño depende de la habilidad del operador .
- Tomografía computarizada: Tiene mayor precisión diagnóstica, útil para obesos, distendidos y ancianos, excelente para identificar complicaciones, alta sensibilidad y especificidad, baja disponibilidad y alto costo.

Ambos con sus ventajas y desventajas cumplen la función de evidenciar los hallazgos que refuerzan los diagnósticos como lo son el diámetro apendicular mayor a 6mm y las paredes menor a 2mm. Presencia de coprolito o liquido libre en cavidad peritoneal

Para el manejo, la clínica, junto con los exámenes auxiliares, permite utilizar la Escala de Alvarado (**Anexo N°4**), un sistema de puntuación que guía las acciones a seguir según los resultados obtenidos. Con puntuaciones de 1 a 3, se deben investigar otras causas del dolor; de 4 a 6 puntos, se recomienda realizar estudios de imagen; y de 7 a 10 puntos, se sugiere proceder con tratamiento quirúrgico.

El tratamiento de la apendicitis es quirúrgico y se realiza mediante apendicectomía, que puede ser abierta o laparoscópica (mínimamente invasiva). En caso de una apendicitis complicada que presenta un absceso apendicular, la apendicetomía debe ser diferida una vez resuelto el cuadro agudo (26). Entre las opciones quirúrgicas, la cirugía laparoscópica ofrece un mejor perfil de seguridad y menos complicaciones postoperatorias en comparación con la

cirugía abierta, aunque existe un riesgo reducido de formación de abscesos abdominales, la laparoscopia ofrece beneficios significativos en términos de ventajas intraoperatorias, Ahorro de recursos, disminución de la estancia hospitalaria y un retorno más rápido a las actividades laborales. En pacientes con apendicitis aguda no complicada, se desestimó el uso de antibioterapia, probablemente debido a la alta tasa de recurrencia que podría requerir una apendicectomía secundaria.

En cambio, se prefirió una cirugía abierta temprana debido a la falta de disponibilidad de equipo laparoscópico, permitiendo una recuperación rápida y el alta hospitalaria en dos días (25). Este caso ilustra un manejo clínico adecuado y oportuno de apendicitis aguda, destacando la importancia de una evaluación clínica detallada, el uso de herramientas de diagnóstico como el Score de Alvarado, y un enfoque quirúrgico proactivo. La evolución postoperatoria favorable del paciente refuerza la efectividad de las intervenciones en el manejo de esta condición común pero potencialmente grave.

Caso clínico N.º02: Colecistitis crónica calculosa

El caso clínico relata una enfermedad caracterizada por la inflamación persistente de la vesícula biliar, principalmente debida a la presencia de cálculos biliares (secundaria a litiasis vesicular). Estos cálculos, compuestos principalmente de colesterol y sales biliares, pueden causar una obstrucción parcial o intermitente del conducto cístico, lo que provoca una acumulación de bilis en la vesícula.

Esta acumulación crónica lleva a cambios inflamatorios en la pared vesicular, como fibrosis, engrosamiento e incluso calcificación, conocida como "vesícula biliar en porcelana". Existen factores de riesgo como el sobrepeso, obesidad, tipo de dieta e historial familiar que predisponen a padecer de dicha enfermedad (29). La mayoría de los pacientes presentan una manifestación clínica asintomática.

Sin embargo, se pueden presentar síntomas que se suele describir como intenso y tipo cólico, localizado en el hipocondrio derecho del abdomen y, ocasionalmente, en la región subesternal pudiendo irradiarse hacia la espalda o el hombro derecho. Desencadenado a menudo por la ingesta de alimentos copiosos. Otros síntomas pueden incluir náuseas, vómitos, eructos y una sensación de plenitud o indigestión (dispepsia). A diferencia de la colecistitis aguda, la fiebre y el malestar general son menos comunes

Durante el examen físico, los hallazgos suelen ser normales, y el signo de Murphy no está presente (30). El diagnóstico de colecistitis crónica calculosa se fundamenta en la historia clínica del paciente, los hallazgos del examen físico y las pruebas de imagen. La ecografía abdominal es la herramienta diagnóstica de elección, ya que permite visualizar cálculos biliares, engrosamiento de la pared vesicular (mayor a 5 mm) y la posible presencia de líquido perivesicular.

En algunos casos, se pueden utilizar estudios adicionales como la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) para evaluar más detalladamente el árbol biliar. Las pruebas de laboratorio generalmente son normales, aunque puede observarse una elevación leve en las pruebas de función hepática si hay complicaciones. Aunque la colecistitis crónica es menos aguda que su contraparte aguda, presenta riesgos significativos.

Los episodios recurrentes pueden llevar a complicaciones como colecistitis aguda, pancreatitis biliar (si un cálculo bloquea el conducto pancreático), y colangitis, una infección del árbol biliar. La obstrucción prolongada del flujo biliar también puede predisponer a la formación de fístulas biliares o la perforación vesicular (31).

El tratamiento definitivo para la colecistitis crónica calculosa es la colecistectomía, que puede realizarse mediante un abordaje laparoscópico o abierto, dependiendo de las características clínicas del paciente y la preferencia del cirujano. La colecistectomía laparoscópica es la técnica preferida debido a su menor invasividad, menor dolor postoperatorio y tiempos de recuperación más rápidos.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico en el Hospital de Huaycán, llevado a cabo de abril de 2023 a enero de 2024, fue una fase esencial en mi formación médica. Durante este tiempo, roté por diferentes especialidades, lo que me brindó una visión integral y práctica de la atención médica en diversos contextos clínicos.

Mi primera rotación, de abril a mayo, fue en Pediatría, donde trabajé con pacientes desde recién nacidos hasta adolescentes. Pude atender en el área de emergencia, hospitalización y consultorio externo. Aprendí la importancia de la comunicación clara y empática con las familias, y cómo manejar emergencias pediátricas y cuidados neonatales. Estas experiencias mejoraron mi capacidad para tomar decisiones rápidas y efectivas en situaciones críticas. Las jornadas en el servicio podían ser diurnas o nocturnas, siendo en su mayoría en el área de emergencia.

Durante los meses de junio y julio pasé a la rotación de Ginecología y Obstetricia, donde apoyé en las áreas de emergencia, consultorio externo y centro obstétrico y patológico. Participar en procedimientos como partos, realización de Aneos o legrados, monitorización fetal y controles ginecológicos me dio una comprensión profunda de la complejidad de estas intervenciones y la importancia de un trato humano y respetuoso hacia las pacientes.

La rotación en el centro de salud Virgen del Carmen de La Era, de agosto a septiembre, me permitió experimentar el primer nivel de atención similar al que será visto en el SERUMS, fundamental para la prevención y manejo de enfermedades en la comunidad. Mi horario comprendía acudir 3 veces a la semana de 8 am a 8 pm. Esta etapa reforzó mi compromiso con la atención primaria y mi participación en campañas de salud pública para mejorar el acceso a servicios médicos en la población local.

En octubre y noviembre retorné al hospital y estuve en la rotación de Medicina Interna, fue desafiante debido a la complejidad de los casos y la alta demanda

de pacientes. Sumado a que había falta de internos, realizar guardias de 12 horas 5 veces a la semana era habitual, lo que exigió un esfuerzo constante para manejar una gran cantidad de pacientes. Esta experiencia consolidó las habilidades clínicas, permitiéndonos realizar evaluaciones exhaustivas y manejar una amplia variedad de patologías con la guía de médicos experimentados. Por ese problema solo pude estar en el área de emergencia pues solo éramos cuatro internos para esa rotación.

La última rotación, de diciembre de 2023 a enero de 2024, fue en Cirugía y Traumatología, donde se atendió en áreas de emergencia, consultorios externos y hospitalización. Participar activamente en sala de operaciones como apoyo al médico asistente me permitió mejorar mis habilidades técnicas, como la realización de suturas y el manejo de procedimientos específicos la colocación de sondas Foley, bajo la supervisión de cirujanos experimentados. Esta experiencia destacó la importancia del trabajo en equipo y la precisión en el ámbito quirúrgico.

En resumen, el internado en el Hospital de Huaycán fue una experiencia transformadora que fortaleció tanto nuestra formación profesional como personal. Nos preparó para los retos del Examen Nacional de Medicina (ENAM) y avanzar en la carrera con un enfoque integral y empático.

Esta etapa no solo consolidó nuestro conocimiento médico, sino que también reafirmó mi vocación de servicio y el compromiso con el bienestar de los pacientes.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Durante el internado en el Hospital de Huaycán, se vivió una experiencia de aprendizaje integral que combinó teoría y práctica en un entorno clínico real. Esta etapa permitió consolidar conocimientos previos y adquirir nuevas habilidades, esenciales para la práctica médica. La exposición a una variedad de casos clínicos, desde patologías comunes hasta situaciones más complejas, potenció la capacidad de análisis y resolución de problemas, promoviendo un aprendizaje contextualizado y aplicado.

El internado facilitó el desarrollo de competencias clínicas fundamentales, como la interpretación de pruebas diagnósticas y la ejecución de procedimientos médicos. En ciertas rotaciones, se llevaron a cabo exposiciones académicas sobre casos clínicos, complementadas con la revisión de literatura científica para profundizar en los temas abordados. Estas competencias, indispensables para el ejercicio eficiente de la medicina, se consolidaron a través de la interacción continua con pacientes y bajo la supervisión de médicos experimentados, lo que permitió al interno adquirir confianza y destreza en el manejo de diversas patologías.

Se destacó la necesidad de formar una relación de confianza y mantener una comunicación abierta con los pacientes. Esta interacción mejoró la experiencia del paciente y proporcionó al interno una comprensión más profunda de la medicina centrada en el paciente. Desarrollar empatía y respeto en el trato diario resultó fundamental para abordar las necesidades individuales de los pacientes, garantizando una atención médica efectiva y humanizada. La experiencia en el hospital enfatizó el valor del trabajo en equipo con profesionales de diversas disciplinas.

La colaboración con enfermeras, técnicos y otros médicos fue esencial para proporcionar una atención integral y de calidad, comprendiendo que la comunicación efectiva y la coordinación dentro del equipo son claves para mejorar los resultados clínicos, promoviendo un ambiente de aprendizaje enriquecedor donde se compartieron conocimientos y experiencias.

CAPÍTULO VI RECOMENDACIONES

La duración del internado debe extenderse a 12 meses para ofrecer una experiencia más integral y permitir una rotación más completa y sólida por las distintas especialidades. Esto mejoraría la preparación de los internos para su futura práctica independiente, permitiéndoles adquirir una mayor diversidad de experiencias clínicas.

Es necesario que el hospital implemente programas fijos que integren actividades como seminarios para la exposición y discusión de casos clínicos, así como la revisión de artículos científicos actualizados. Esta iniciativa fomentaría el pensamiento crítico y analítico de los internos, facilitando una preparación sólida para el Examen Nacional de Medicina y fortaleciendo su formación clínica.

Se debe reforzar la promoción de la asesoría brindada por los tutores universitarios para con los internos, asegurando un acompañamiento más activo y personalizado. Esta medida permitiría a los internos recibir una orientación más efectiva, promoviendo un mejor desarrollo académico y clínico integral durante su formación médica.

Con el fin de mejorar el entorno de aprendizaje, se debería crear espacios adecuados de descanso y proporcionar servicios de alimentación en horas específicas. Además, implementar programas de apoyo emocional podría ayudar a manejar el estrés asociado al internado médico, promoviendo el bienestar y rendimiento de los internos.

Finalmente, se recomienda que el Ministerio de Salud invierta en la modernización de la infraestructura hospitalaria y en el suministro adecuado de insumos médicos. Esta medida garantizaría que el personal de salud y los pacientes dispongan de los recursos necesarios para una atención de calidad.

CAPÍTULO VII FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de Huaycán. Reseña histórica [Internet]. Lima: Hospital de Huaycán [citado el 12 de julio del 2024]. Disponible en: https://www.hospitalhuaycan.gob.pe/Antiguo/rese_historica
2. Hospital de Huaycán. Análisis situacional de salud [Internet]. Lima: Hospital de Huaycán; 2023 [citado el 12 julio del 2024]. Disponible en: https://www.hospitalhuaycan.gob.pe/SIESMAR/Archivos/epidemiologia/3.5.0.0/Analisis_Situacional-271023246319071.pdf
3. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright CE, Aregbesola A, Klassen TP. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet] 2023 [citado el 14 de julio del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006458.pub5>
4. García ML, Murua JK, Callejón AC. Bronquiolitis aguda viral [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2017 [citado el 14 de julio del 2024];1:85-102. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf
5. Ministerio de Salud (Perú). “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de dos años” [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [citado el 14 de julio del 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
6. Benito Fernández J, Paniagua Calzón N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias [Internet] SUYO diagn ter pediater; 2020 [citado el 15 de julio del 2024];1:63-73. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/05_bronquiolitis.pdf
7. Ministerio de Salud (Perú). Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido, 2017-2021 [Internet]. Lima: MINSA; 2017 [citado el 16 de julio del 2024]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1027_dgsp198.pdf
8. Salazar Porras D, Aguilar Hernández LM, González Alfaro FJ. Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría. Rev Medica Sinerg

- [Internet]. 2023 [citado el 16 de julio de 2024];8(8):e1085. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1085>
9. Rodríguez Miguélez JM, Figueras Aloy, J. Guía de diagnóstico y tratamiento de la ictericia neonatal [Internet]. 2010 [citado el 17 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>
 10. Raynero Mellado RC, Caballero Martín SM. González-Valcárcel Espinosa M. Ictericia neonatal: protocolos diagnósticos y terapéuticos. *Pediatría Integral* [Internet]. 2019 [citado el 17 de julio del 2024];XXIII(3):147-153. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii03/04/n3-147-153_MartaGlez.pdf
 11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de ictericia neonatal [Internet]. Lima: INMP; 2023 [citado el 18 de julio del 2024]. Disponible en: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/3_GUÍA%20DE%20PRÁCTICA%20CLÍNICA%20PARA%20EL%20DIAGNÓSTICO%20Y%20MANEJO%20DE%20ICTERICIA%20NEONATAL.pdf
 12. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018 [Internet]. Lima: INMP; 2018 [citado el 19 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
 13. Ministerio de Salud del Perú. Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo [Internet] 2014 [citado el 19 de julio del 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2189.pdf>
 14. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet] 2018 [citado el 20 de julio del 2024]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
 15. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología. [Internet] 2020 [citado el 21 de julio del 2024]. Disponible en:

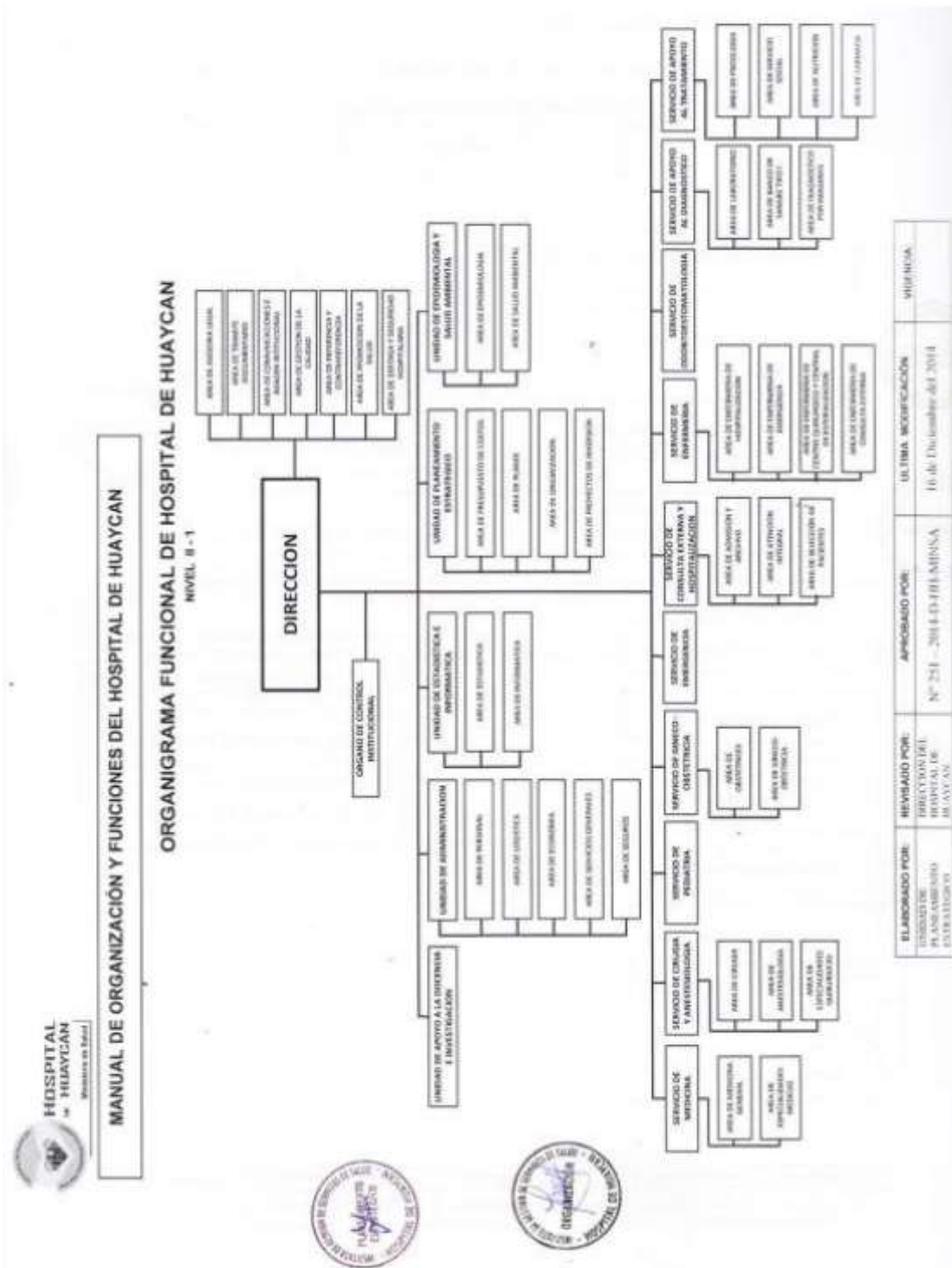
- <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1310127/RESOLUCION%20DIRECTORAL%20N°054-2020-DG-INMP/MINSA.pdf>
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo para el diagnóstico y manejo de la vaginosis bacteriana en la mujer embarazada [Internet]. 2019 [citado el 23 de julio del 2024] Disponible en: <https://sego.servicioapps.com/uploads/app/676/elements/file/file6458c1ef19cd0.pdf>
 17. Sánchez Claros I, Guerrero Alonso P, González Béjar M. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales en atención primaria. Semergen [Internet] 2018. [citado el 25 de julio del 2024] Disponible en: <https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionMujer/Publicaciones/Vulvo vaginales-ap.pdf>
 18. Flores R, Villarroel JL, Valenzuela F. Enfrentamiento de las infecciones de piel en el adulto. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021 [citado el 25 de julio del 2024] 32(4):429–41. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.004>
 19. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermosifiliogr. [Internet] 2019 [citado el 26 de julio del 2024] 110(2):124-30. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253>
 20. Jiménez Rojas, LA. Celulitis. Rev Med Sinergia [Internet]. 2017 [citado el 27 de julio del 2024]; 2(6):6-9. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/81>
 21. Guzmán-Calderón E, Suárez Ale WH, Chávez-Rimache L, Zavaleta Jara L, Díaz Gonzales MJ, Quiroga Purizaca WG, et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la pancreatitis aguda en el seguro social del Perú (Essalud). Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2023 [citado el 27 de julio del 2024]; 43(2):e1523. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v43n2/1022-5129-rgp-43-02-166.pdf>

22. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 [citado el 28 de julio del 2024];5(7):e537. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>
23. Álvarez Aguilar PA, Dobles Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta méd. costarric [Internet]. 2019 [citado el 28 de julio del 2024] ; 61(1): 13-21. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013&lng=en
24. Swaroop Vege S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. UpToDate [Internet] 2024 [citado el 29 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis>
25. Hernández Cortez J, De León Rendón JL, Martínez Luna MS, Guzmán Ortiz JD et al. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. Cir Gen [Internet]. 2019 [citado el 30 de julio del 2024];41(1):33-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>
26. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2019 [citado el 30 de julio del 2024];4(12) Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/316>
27. Rafael Parhuana MR, Quijano Ramos K, Ruiz Puelles LS. Apendicitis aguda: concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica. Rev Fac Med Hum. [Internet] 2022 [citado el 31 de julio del 2024];22(3):463-470. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v22n3/2308-0531-rfmh-22-03-463.pdf>
28. Fallas González J. Apendicitis Aguda. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2012 [citado el 31 de jul del 2024] ; 29(1): 83-90. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010&lng=en
29. Yedidya Saiman MD. Colecistitis crónica, Trastornos de la vesícula y los conductos biliares. Manual MSD [Internet]. 2023 [citado el 2 de agosto del

- 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hepáticos-y-biliares/trastornos-de-la-vesícula-biliar-y-los-conductos-biliares/colecistitis-crónica>
30. Enríquez-Sánchez Luis Bernardo, García-Salas José Daniel, Carrillo-Gorena Javier. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. *Cir. gen [revista en la Internet]*. 2018 [citado el 2 de agosto del 2024] ; 40(3):175-178. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000300175&lng=es
31. Pérez Huitrón María Ameyali, Ocaña Monroy Jorge Luis. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. *Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]*. 2018 [citado el 2 de agosto del 2024] ; 61(4): 35-37. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400035&lng=es

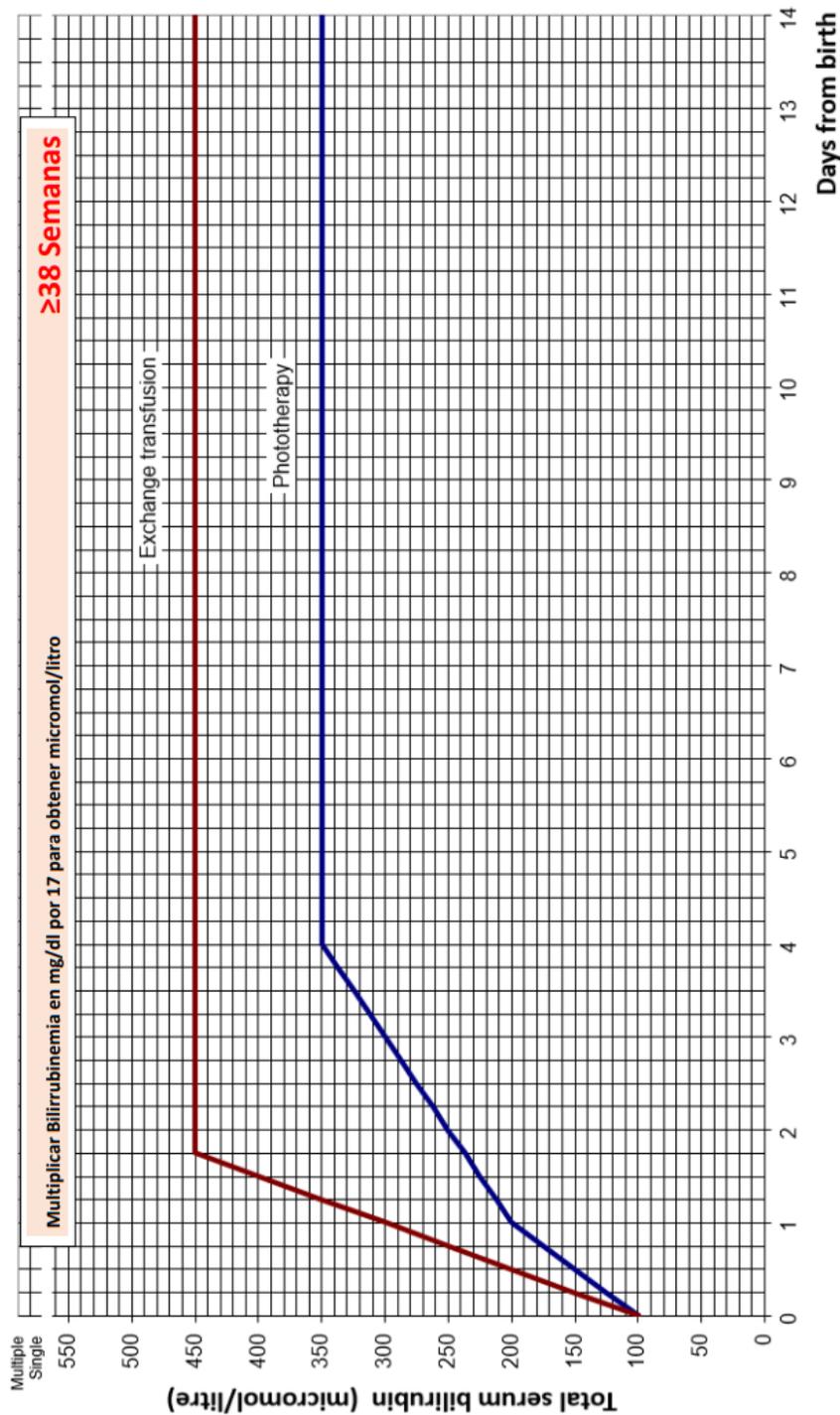
ANEXOS

Anexo N°1: ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN.



Fuente: Hospital de Huaycán. Informe de Transparencia [Internet]. Lima: Hospital de Huaycán; 2016 [citado el 12 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.hospitalhuaycan.gob.pe/Antiguo/Transparencia/2.0.0.0/2.0.0.0-2.1.0.0-2.1.2.0-2016-08-19-183423.pdf>

Anexo N°2: Escala NICE para tratamiento de ictericia para ≥ 38 semanas.



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal [Internet] 2019 [citado el 16 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gov.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/262GRR.pdf>

Anexo N°3: Escala de Bierman y Pierson modificada

Escala de Bierman y Pierson modificada (PARA MENORES DE 6 AÑOS)					
Puntaje	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Tirajes
	< 6 meses	≥ 6 meses			
0	< 40	< 30	No	No	No
1	41 - 55	31 - 45	Espiratorias	Peribucal con llanto	+
2	56 - 70	46 - 60	Inspiratorias y espiratorias con estetoscopio	Peribucal en reposo	++
3	> 70	> 60	Inspiratorias y espiratorias sin estetoscopio	Generalizada en reposo	+++
LEVE: 0 – 5 puntos MODERADA: 6 – 9 puntos GRAVE: 10 – 12					

Fuente: Escala de Bierman y Pierson modificada [Internet] 2020 [citado el 25 de julio del 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/461546247/Escala-de-Bierman-y-Pierson-modificada>

Anexo N°4: ESCALA DE ALVARADO

Escala de Alvarado		
Variables	Hallazgos	Puntos
Síntomas	Migración del dolor (a cuadrante inferior derecho)	1
	Anorexia y/o cetonuria	1
	Náuseas y/o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	Rebote	1
	Temperatura > 38,3 °C	1
Laboratorio	Leucocitosis > 10 000/mm ³	2
	Desviación a la izquierda de neutrófilos > 75%	1
Puntaje máximo		10
Probabilidad diagnóstica		Puntaje
Alta probabilidad		7 a 10
Probabilidad intermedia		4 a 6
Baja probabilidad		1 a 3

Fuente: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la Apendicitis Aguda [Internet] 2022 [citado el 22 de julio 2024]. Disponible en: https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf