



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN Y HOSPITAL VICTOR  
RAMOS GUARDIA 2022 - 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
ALVARO ALONSO CARPIO JARA  
PATRICIO ALONSO GARRO CORREA**

**ASESOR  
FERNANDO LIBERATO FELLES**

**LIMA - PERÚ  
2023**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN Y HOSPITAL  
VICTOR RAMOS GUARDIA 2022 - 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**CARPIO JARA, ALVARO ALONSO  
GARRO CORREA, PATRICIO ALONSO**

**ASESOR**

**DR. LIBERATO FELLES, FERNANDO**

**LIMA – PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente: HERRERA HUARANGA, FERNANDO MARCOS.**

**Miembro: DELGADO QUISPE, JOHANDI.**

**Miembro: AGUILERA HERRERA, CÉSAR AUGUSTO.**

## **DEDICATORIA**

Dedicamos el presente trabajo a nuestros padres,  
por su apoyo y soporte incesante, los cuales fueron pilares  
fundamentales para nuestro desarrollo a lo largo de la carrera.

## ÍNDICE

<b>PORTADA .....</b>	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>ii</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>vi</b>
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA ...</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>26</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>27</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>28</b>

## RESUMEN

El internado médico comprende la última etapa de la carrera de medicina humana y es donde se pone en práctica lo aprendido a lo largo de esta, desde la etapa de ciencias básicas hasta la etapa de clínica. Así mismo, durante el mismo internado continúa el aprendizaje a base de la experiencia del día a día, logrando en conjunto comprender y realizar el correcto desempeño de la práctica médica.

Como consecuencia de la suspensión del internado médico durante parte del año 2020 debido a la pandemia del COVID-19, para los años progresivos se tomó la decisión de reducir el tiempo para la realización de este a 10 meses, cuando anteriormente se realizaba durante 12 meses. Es así como el presente internado médico se llevó a cabo entre junio 2022 y marzo 2023.

La finalidad del presente trabajo radica en ilustrar las distintas experiencias del internado médico en dos regiones distintas como son Callao y Áncash a través de la presentación de 04 casos clínicos que tuvieron lugar en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Callao) y 04 casos clínicos que tuvieron lugar en el Hospital Víctor Ramos Guardia (Áncash). Dichos casos corresponden a las 04 especialidades que comprende el internado médico: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría. Gracias a esto, se plasmarán los diferentes retos, dificultades, vivencias y aprendizajes que enfrentamos durante el internado y que sirvieron como preparación fundamental para nuestra formación como futuros profesionales de la salud.

**Objetivo:** Describir experiencias adquiridas durante la etapa del internado médico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el Hospital Víctor Ramos Guardia, durante el periodo de junio de 2022 a marzo de 2023.

**Metodología:** Se describió las experiencias recolectadas de distintos casos clínicos de las diferentes especialidades, con el propósito de explicar lo aprendido durante las prácticas médicas.

**Resultados:** En el área de medicina interna se describen los siguientes casos: Caso 1: Paciente varón de 45 años con diagnóstico de ingreso de infección del tracto urinario, diagnóstico final de litiasis vesical múltiple. Caso 2: Paciente mujer de 36 años con diagnóstico inicial de quistes pulmonares complicados, a descartar hidatidosis pulmonar y efusión pleural derecha, diagnóstico definitivo de quiste hidatídico. En el área de cirugía: Caso 1: Paciente mujer de 22 años con diagnóstico de ingreso de colelitiasis, diagnóstico final de colecistitis crónica calculosa. Caso 2: Paciente mujer de 51 años cuyo diagnóstico de ingreso fue abdomen agudo quirúrgico, a descartar apendicitis aguda, diagnóstico final de apendicitis aguda complicada gangrenada. En el área de ginecología y obstetricia: Caso 1: Paciente mujer de 31 años con diagnóstico de ingreso de amenaza de aborto, síndrome doloroso abdominal, miomatosis uterina gigante, diagnóstico definitivo aborto incompleto tardío. Caso 2: Paciente mujer de 35 años con diagnóstico inicial de ruptura prematura de membranas prolongada e infección del tracto urinario gestacional, diagnóstico final ruptura prematura de membranas prolongada. En el área de pediatría: Caso 1: Paciente mujer de 9 años con diagnóstico inicial de celulitis periorbitaria, herpes oftálmico probable, infección por COVID-19, diagnóstico final de celulitis preseptal izquierda posible, herpes zoster perioftálmico probable, infección por COVID-19. Caso 2: Paciente varón de 1 año y 2 meses con diagnóstico inicial de deshidratación leve y enfermedad diarreica aguda, diagnóstico final de deshidratación moderada y enfermedad diarreica aguda.

**Conclusiones:** La etapa del internado médico es una de las más fundamentales en todo estudiante de medicina, es el último año en donde son capaces de poner en práctica todo lo aprendido, así como, adquirir nuevas destrezas y habilidades que ayudan a la formación del futuro profesional de la salud.

Los casos presentados muestran cómo es que se presentan ciertas patologías en distintas regiones del Perú, contrastando diferentes realidades. En ambos hospitales se observaron casos clínicos complejos de los diferentes servicios y como es que se llevó a cabo el manejo en cada uno de ellos.



Finalmente se concretó una etapa importante, la cual fue satisfactoria y enriquecedora, donde se vivieron experiencias inolvidables y se logró alcanzar el objetivo de brindarle esa confianza y seguridad a todo estudiante para convertirse en un gran profesional. Yes que esta transición de estudiante a médico debe ser la mejor experiencia de aprendizaje y logros de la carrera profesional.

**Palabras clave:** Internado médico, Cirugía general, Medicina interna, Ginecología-obstetricia, Pediatría.

## ABSTRACT

The medical internship comprises the last stage of the human medicine career and is where what has been learned throughout this is put into practice, from the basic sciences stage to the clinical stage. Likewise, the same intern continues learning based on day-to-day experience, jointly managing to understand and carry out the correct performance of medical practice.

Because of the suspension of the internal doctor during part of the year 2020 due to the COVID-19 pandemic, for the progressive years the decision was made to reduce the time for carrying out this to 10 months, when previously it was carried out for 12 months. This is how this medical internship was carried out between June 2022 and March 2023.

The purpose of this paper is to illustrate the different experiences of the medical intern in two different regions such as Callao and Ancash through the presentation of 04 clinical cases that took place at the Daniel Alcides Carrion National Hospital (Callao) and 04 clinical cases that took place at the Victor Ramos Guardia Hospital (Ancash). These cases correspond to the 04 specialties that the internal doctor includes: internal medicine, general surgery, gynecology-obstetrics, and pediatrics. Thanks to this, the different challenges, difficulties, experiences and learning that we faced during the internship and that served as fundamental preparation for our training as future health professionals will be reflected.

**Objective:** To describe the experiences acquired during the medical internship stage at the Daniel Alcides Carrion National Hospital and the Víctor Ramos Guardia Hospital, during the period from June 2022 to March 2023.

**Methodology:** The experiences collected from different clinical cases of the different specialties were described, with the purpose of explaining what was learned during medical practices.

**Results:** The following cases are described in the area of internal medicine: Case

1: A 45-year-old male patient with a diagnosis of urinary tract infection on admission, final diagnosis of multiple bladder lithiasis. Case 2: A 36-year-old female patient with an initial diagnosis of complicated pulmonary cysts, to rule out pulmonary hydatidosis and right pleural effusion, definitive diagnosis of a hydatid cyst. In the surgery area: Case 1: A 22-year-old female patient with a diagnosis of cholelithiasis on admission, final diagnosis of chronic calculous cholecystitis. Case 2: A 51-year-old female patient whose admission diagnosis was acute surgical abdomen, to rule out acute appendicitis, final diagnosis of gangrenous complicated acute appendicitis. In the area of gynecology and obstetrics: Case 1: A 31-year-old female patient with an admission diagnosis of threatened abortion, abdominal pain syndrome, giant uterine myomatosis, definitive diagnosis of late incomplete abortion. Case 2: A 35-year-old female patient with an initial diagnosis of prolonged premature rupture of membranes and gestational urinary tract infection, final diagnosis of prolonged premature rupture of membranes. In the pediatric area: Case 1: A 9-year-old female patient with an initial diagnosis of periorbital cellulitis, probable ophthalmic herpes, COVID-19 infection, final diagnosis of possible left preseptal cellulitis, probable periophthalmic herpes zoster, COVID-19 infection. Case 2: Male patient aged 1 year and 2 months with initial diagnosis of mild dehydration and acute diarrheal disease, final diagnosis of moderate dehydration and acute diarrheal disease.

**Conclusions:** The medical internship stage is one of the most fundamental in all medical students, it is the last year where they are able to put into practice everything they have learned, as well as acquire new skills and abilities that help to train the future. health professional.

The cases presented show how certain pathologies occur in different regions of Peru, contrasting different realities. In both hospitals, complex clinical cases of the different services were observed and how management was carried out in each one of them.

Finally, an important stage was completed, which was satisfactory and enriching, where unforgettable experiences were lived and the objective of providing that confidence and security to all students to become a great professional was achieved. Yes, this transition from student to doctor should be the best learning experience and career achievement.

**Key words:** Medical internship, General surgery, Internal medicine, Gynecology-obstetrics, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL AL  
CIDES CARRIÓN Y HOSPITAL VICTOR RA**

AUTOR

**CARPIO JARA, ALVARO ALONSO**

RECuento DE PALABRAS

**10977 Words**

RECuento DE CARACTERES

**61589 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**46 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**113.9KB**

FECHA DE ENTREGA

**May 8, 2023 8:38 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**May 8, 2023 8:38 AM GMT-5**

● **20% de similitud general**

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

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% 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
- Fuentes excluidas manualmente

Mg. FERNANDO, LIBERATO FELLES

ASESOR

DNI: 06183815

ORCID: 0009-0000-3160-8156

## INTRODUCCIÓN

El internado médico se realiza durante los dos últimos ciclos de la carrera de medicina humana y tiene como finalidad afianzar, a través de la práctica en hospitales y centros de salud, los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera. Así mismo, comprende también un proceso de continuo aprendizaje a base de la experiencia, logrando así comprender y realizar el correcto desempeño de la práctica médica.

La importancia del internado recae en ser la experiencia más cercana respecto a la vida laboral que realiza un profesional de la salud, pasando por el trato médico-paciente, la identificación y resolución de problemas, incluso el trato con los demás trabajadores que forman parte del mismo ambiente laboral; todo ello, junto con el constante apoyo y orientación por parte de médicos residentes y médicos especialistas del servicio, coadyuvan a formar la base necesaria para un correcto ejercicio de la profesión.

Son 04 las especialidades por donde se rota durante el internado médico: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría. En estas especialidades, el interno de medicina cumple un rol fundamental: ser un apoyo constante tanto para los médicos residentes como para los médicos especialistas a través de la ejecución de diversas tareas, entre las cuales destacan: evoluciones diarias de pacientes hospitalizados, realización de trámites administrativos como llenado de consentimientos informados, altas médicas, recetas médicas y curaciones de heridas y otros procedimientos bajo la supervisión del médico residente o médico especialista, entre otros.

Como consecuencia de la suspensión del internado médico durante parte del año 2020 debido a la pandemia del COVID-19, para los años progresivos se tomó la decisión de reducir el tiempo para la realización de este a 10 meses, cuando anteriormente se realizaba durante 12 meses. Es así como el presente internado médico se llevó a cabo entre junio 2022 y marzo 2023.

La finalidad del presente trabajo radica en ilustrar las distintas experiencias del internado médico en dos regiones distintas como son Callao y Áncash a través

de la presentación de 04 casos clínicos que tuvieron lugar en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Callao) y 04 casos clínicos que tuvieron lugar en el Hospital Víctor Ramos Guardia (Áncash). Dichos casos corresponden a las 04 especialidades que comprende el internado médico: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría. Gracias a esto, se plasmarán los diferentes retos, dificultades, vivencias y aprendizajes que enfrentamos durante el internado y que sirvieron como preparación fundamental para nuestra formación como futuros profesionales de la salud.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

En este capítulo se expondrán 04 casos clínicos que tuvieron lugar en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Callao) y 04 casos clínicos que tuvieron lugar en el Hospital Víctor Ramos Guardia (Áncash), con la finalidad de graficar las diferentes experiencias vividas a lo largo del internado médico en las 04 especialidades que este comprende: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría.

### **I.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

La especialidad de medicina interna es donde más casos variados se llegan a ver, pues coexisten distintas especialidades tales como urología, nefrología, infectología, neumología, entre otras.

#### **Caso clínico N° 1**

Paciente varón de 45 años, procedente de Carmen de La Legua, refiere que 02 semanas antes del ingreso presentó hematuria asociada a malestar general, disuria y oliguria, motivos por los cuales acude a su hospital más cercano, donde le colocan sonda Foley. Paciente no recuerda diagnóstico planteado.

05 días antes del ingreso, acude al mismo hospital para cambio de sonda. Horas después del cambio de sonda, paciente empieza a presentar dolor y ardor en mesogastrio que se irradia hacia zona pélvica, acompañado de malestar general que fue progresando con los días.

El día del ingreso, en horas de la mañana, ante persistencia de síntomas, acude al mismo hospital, donde le realizan exámenes de laboratorio y diagnostican infección del tracto urinario (ITU), motivo por el cual es referido al servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Antecedentes relevantes: cálculos renales desde hace 05 años.

PA: 82/62 mmHg. FC: 112 x'. FR: 24 x'. T°: 36.0° C. SatO2: 95%.

Examen físico sin alteraciones.

Paciente es hospitalizado en servicio de urología para manejo empírico de ITU. Se solicita urocultivo y exámenes basales de laboratorio, teniendo como resultados positivos:

- Leucocitos: 25,080.
- PCR: 23.58.

En su segundo día de hospitalización, paciente presenta mal estado general, facies dolorosa, agitación.

PA: 120/80 mmHg. FC: 100 x'. FR: 24 x'. T°: 39.0° C. SatO2: 94%.

Al examen físico presenta palidez leve, piel caliente, diaforesis, debilidad leve en hemicuerpo izquierdo, debilidad marcada en brazo derecho; motivos por los cuales se realiza interconsulta a medicina interna, pasando el paciente a dicho servicio con los diagnósticos:

- Sepsis de punto de partida urinario.
- Enfermedad renal crónica vs. Insuficiencia renal aguda reagudizada.
- Portador de sonda Foley.

Durante la hospitalización en el servicio de medicina interna, el plan de trabajo consistió en tratamiento farmacológico con antimicrobianos y analgésicos, así como solicitar una urotem con contraste y hemocultivo; además, se realizó interconsulta con el servicio de urología posterior a la realización del urotem, el cual se realizó en el día 11 de hospitalización, con la finalidad de pase a su servicio tras confirmarse el diagnóstico de litiasis vesical.

Al día 15 de hospitalización, paciente pasa a servicio de urología y es



programado para procedimiento quirúrgico 03 días después, confirmándose el diagnóstico de litiasis vesical múltiple.

## **Caso clínico N° 2**

Paciente mujer de 36 años con las iniciales LMC, refiere hace aproximadamente 1 mes tos persistente a predominio nocturno, se torna expectorativa, se asocia a disnea de grado III que asciende a grado IV en la última semana, por lo que decide acudir al Hospital Víctor Ramos Guardia.

Antecedentes de importancia:

Patológicos: quistes pulmonares diagnosticado hace 1 años, biomasa (+)

RAMS: Furazolidona

QX: CA1V hace 14 años

Funciones vitales:

PA: 110/60 mmHg      FC: 90x'      FR: 21x'      T°: 37,1°C      SatO2: 89%  
(FiO2 40%)

Examen físico:

Estado general: AREG, AREN, AREH, ventilando con dificultad

TyP: MV pasa disminuido en AHT, abolidos en 1/3 inferior de HTD, roncales escasos.

Diagnósticos de ingreso:

IRA tipo I

1.1. Quiste pulmonares complicados D/ hidatidosis pulmonar

1.2. Efusión pleural derecha

Plan de trabajo:

Se solicita toracocentesis diagnostica y evacuatoria, DHL y proteínas. También se pide ecografía de abdomen superior y radiografía de tórax, con las siguientes conclusiones:

Ecografía tórax: se descarta tumoración quística + efusión pleural (volumen aprox. 1500cc)

Radiografía de tórax: se evidencia tumoración + obstrucción de Angulo costo diafragmático derecho

DHL: 163 U/L

Después de los análisis, se procede a realizar toracocentesis logrando drenar 1600cc de líquido pleural, se culminó el procedimiento sin complicaciones. No se logró enviar cultivo de líquido pleural. Se decide pasar al paciente al área de hospitalización donde se inicia tratamiento con antiparasitarios. Debido a que se confirma el diagnóstico de quiste hidatídico, se decide referir a paciente por consultorio externo a hospital de Lima, ya que, necesita manejo por centro de salud de mayor complejidad.

## **I.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

La especialidad de cirugía general resulta atractiva por la diversidad de casos que se pueden observar dentro del servicio, tanto en cirugías programadas, donde se observan procedimientos como colecistectomías o hernioplastias, como en cirugías de emergencia, como apendicectomías o heridas por proyectil de arma de fuego.

### **Caso clínico N° 1**

Paciente mujer de 22 años refiere que 10 días antes del ingreso presentó cuadro de dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho, tipo cólico, no irradiado, de intensidad 8/10 que remitió con el paso de las horas; posteriormente, refiere haber sufrido cuadro doloroso similar 02 días antes del ingreso y repitiéndose el mismo día del ingreso, motivo por el cual decide acudir a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, donde se diagnostica colelitiasis y se decide su hospitalización en el servicio de cirugía general para programación de intervención quirúrgica.

PA: 100/60 mmHg. FC: 70 x'. FR: 16 x'. T°: 37.0° C. SatO2: 98%.

Antecedentes de importancia:

- Asma bronquial desde los 10 años.
- Apendicectomía laparoscópica en el 2017.

Durante la hospitalización, la paciente recibió:

- Dieta blanda sin lácteos ni grasas
- Paracetamol condicional a dolor.
- Budesonida 200 ug cada 12 horas.

Además, se indicó el uso de hidrocortisona 100 mg vía endovenosa antes del ingreso a sala de operaciones, así como cefazolina 2 g vía endovenosa dentro de sala de operaciones.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente en su tercer día de hospitalización, realizándosele una colecistectomía laparoscópica, donde se confirma el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa. En los hallazgos de la operación, se encontró una vesícula biliar de 7x3 centímetros, de paredes engrosadas, con contenido biliar fluida y cálculos en su interior, el mayor de 1,5 centímetros de diámetro, conducto cístico único y arteria cística única.

Luego del acto quirúrgico, la paciente permaneció 02 días hospitalizada. Ante una buena evolución y encontrándose en buen estado general, paciente es dada de alta con indicaciones médicas.

## **Caso clínico N° 2**

Paciente mujer de 51 años con las iniciales TAS, procedente de Centro poblado de Carhuayoc, ingresa al servicio de emergencia de cirugía debido a que desde hace 13 horas aproximadamente refiere dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, tipo cólico, de elevada intensidad (7/10) por lo cual decide acudir al C.S San Marcos donde le administran sintomáticos, sin mejoría clínica. Además, comenta que ha cursado con vómitos en 3 oportunidades de contenido bilioso e hiporexia, motivo por el cual se decide coordinar referencia con el Hospital Víctor Ramos Guardia.

Antecedentes de importancia: litiasis vesicular

PA: 122/68 mmHg    FC: 80x'    FR: 23x'    T°: 37°C    SatO2: 94%

Examen físico:

Estado general: AMEG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente

Abdomen: globuloso por panículo adiposo, no blando/ depresible, RHA (+), doloroso a la palpación en cuadrantes inferior derecho, signo McBurney (+),

Blumberg (+)

Se solicita exámenes de laboratorio (hemograma completo, glucosa, urea, creatinina y PCR) junto con ecografía abdominal completa. Asimismo, se canaliza vía periférica para hidratación y administración de medicamentos, también se realiza la colocación sonda Foley para el control de diuresis. Monitoreo de funciones vitales y balance hidroelectrolítico. Al cabo de unas horas se obtienen los siguientes resultados:

Hemograma: leucocitos (19,000mm<sup>3</sup>) Abastados (5%)

PCR (reactivo agotado)

En los resultados de la ecografía abdominal se evidencio moderada alteración inflamatoria en fosa iliaca derecha con liquido libre interasas compatible con apendicitis aguda.

Diagnósticos:

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. Apendicitis Aguda

Se confirma el diagnostico de apendicitis aguda teniendo como base la escala de Alvarado, obteniendo un puntaje de 8, cuya indicación es el pase a sala de operaciones, previamente se solicita estudios prequirúrgicos.

En el reporte operatorio se observa que la intervención quirúrgica que se realizo fue una Apendicetomía más lavado de cavidad peritoneal por apendicitis aguda complicada, cuyos hallazgos operatorios fueron apéndice cecal gangrenada junto con liquido purulento en fondo de saco. Posterior a la cirugía el paciente fue llevado al área de hospitalización donde se quedó internado por 5 días, donde se le continuo antibiótico terapia junto con analgesia. El paciente evoluciono de forma favorable, motivo por el cual se le da de alta con indicaciones médicas.

### **I.3. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA**

La especialidad de gineco-obstetricia se caracteriza por ver diversos casos como infección de tracto urinario, gestantes, patologías de útero o anexos, sangrados vaginales, entre otros.

## **Caso clínico N° 1**

Paciente mujer de 31 años, con gestación de 17 semanas y 05 días por ecografía del primer trimestre, llega al servicio de emergencia de ginecología por presentar dolor intenso a nivel de hipogastrio y sensación de alza térmica, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Paciente ingresa a emergencia con las siguientes funciones vitales:

PA: 90/60 mmHg. FC: 100 x'. FR: 18 x'. T°: 38.5° C. SatO2: 98%.

Al examen físico presenta dolor en hipogastrio a la palpación superficial.

Se plantea como impresión diagnóstica:

- Multigesta de 17 semanas, 5 días por ecografía de primer trimestre.
- Síndrome doloroso abdominal.
- Descartar infección de tracto urinario.

Se realiza interconsulta a cirugía general, quienes aceptan a paciente por sospecha de apendicitis aguda complicada.

Paciente ingresa a sala de operaciones con diagnóstico de apendicitis aguda. Durante la intervención quirúrgica, se encuentra como hallazgo un útero aumentado de tamaño por presencia de masa de aproximadamente 18x18 centímetros y apéndice cecal de localización retrocecal, sin alteraciones.

Se procede a llamar al médico de guardia del servicio de ginecología, quien recomienda culminar el acto quirúrgico y pase al servicio de ginecología para manejo médico.

Paciente ingresa a la Unidad de Embarazos Patológicos en el servicio de gineco-obstetricia con los siguientes diagnósticos:

- PO-01: laparotomía exploratoria por abdomen quirúrgico.
- Multigesta de 18 semanas por ecografía del primer trimestre.
- No trabajo de parto.
- Miomatosis uterina gigante: descartar mioma degenerado.
- Sedimento urinario patológico: descartar infección de tracto

urinario.

Paciente recibe los cuidados postoperatorios, se le indica morfina condicional a dolor intenso y manejo analgésico horario; además, se inician trámites para realizar resonancia magnética abdomino-pélvica por referencia.

Se realiza ecografía obstétrica especializada, donde se observa tumoración que desplaza cuerpo uterino con feto en interior hacia lado derecho.

Se reciben resultados de urocultivo positivo para E. coli. Paciente con evolución favorable, en condiciones de alta médica con indicaciones, por lo que es dada de alta con terapia antibiótica y analgésica al quinto día de hospitalización. Se cita a paciente para control por medicina fetal.

Tres días después del alta médica, paciente regresa por emergencia presentando dolor abdominal durante 15 horas previas al ingreso por emergencia, acompañado de sangrado vaginal 05 horas previas al ingreso por emergencia. Niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Paciente pasa a hospitalización en la Unidad de Embarazos Patológicos del servicio de gineco-obstetricia con diagnósticos:

- Multigesta de 19 semanas, 0 días por ecografía de primer trimestre.
- Amenaza de aborto.
- Síndrome doloroso abdominal.
- Miomatosis uterina gigante: probable degeneración.
- Anemia leve asintomática.
- PO-09: laparotomía exploratoria.
- ITU BLEE (+).

Paciente se mantiene con funciones vitales dentro de valores normales, afebril, tolera vía oral, con dolor moderado a intenso en región abdominal. Se realiza colocación de catéter peridural por parte del servicio de anestesiología para manejo del dolor; procedimiento se realiza sin intercurrencias. A la reevaluación tras 02 horas del procedimiento, paciente manifiesta que dolor redujo en un 60%, presenta sensación de alza térmica, percibe movimientos

fetales, se evidencia sangrado vaginal en regular cantidad. Como indicaciones, se deja antipirético condicional, analgesia según indicaciones de anestesiología, antibioticoterapia y se solicita análisis de gases arteriales y exámenes basales de laboratorio.

Al segundo día de hospitalización, paciente refiere disminución de dolor respecto al día anterior, sensación de alza térmica acompañada de escalofríos y sangrado vaginal. Exámenes de laboratorio muestran acidosis metabólica, acompañada de hiponatremia e hipokalemia. Se deja como plan terapéutico analgesia según indicaciones de anestesiología, se realiza interconsulta con infectología, quienes indican iniciar antibioticoterapia con Meropenem 1 gramo cada 08 horas y se realiza interconsulta a medicina interna para tratamiento de trastorno hidroelectrolítico.

Se realiza ecografía obstétrica donde se aprecia imagen compatible con mioma uterino de ubicación cervical con dimensiones 271 x 92 x 152 mm, que desplaza cuerpo uterino hasta zona de epigastrio.

A las 16:00 horas, el servicio de obstetricia reporta hallazgo de coágulo en pañal en regular cantidad. Paciente refiere que al momento de acudir al baño presenta coágulos en regular cantidad asociados a mareos. Se solicita ecografía obstétrica y reevaluación con resultados.

A las 18:00 horas se realiza ecografía obstétrica a paciente, donde no se visualiza feto en cavidad uterina, no se evidencian restos placentarios. Se plantean los diagnósticos:

- Aborto tardío incompleto.
- Síndrome doloroso abdominal.
- Miomatosis uterina gigante.
- Anemia moderada.
- ITU BLEE (+).
- Acidosis metabólica.
- Trastorno hidroelectrolítico: hiponatremia, hipokalemia.
- PO-10: laparotomía exploratoria.

Se indica como plan terapéutico: misoprostol 600 ug vía oral STAT, antibioticoterapia, analgesia, control de funciones vitales.

Paciente continúa en observación tras aborto terapéutico y es dada de alta con indicaciones médicas al octavo día de hospitalización. Se indica acudir por consultorio externo de ginecología para posibilidad de intervención quirúrgica.

## **Caso clínico N° 2**

Paciente gestante de 35 años con las iniciales ACP es referida del C.S. Yungay, acude con personal médico debido a que desde hace 1 día aproximadamente refiere que ha presentado pérdida de líquido amniótico en regular cantidad, no presenta contracciones uterinas, niega sangrado vaginal, no signos corticales, percibe movimientos fetales.

Antecedentes de importancia: FUM (01/07/22) G1P0000

Funciones vitales:

PA: 92/53 mmHg FC: 60x' FR: 20x' T°: 36,5°C SatO2: 93%

Examen físico:

Estado general: AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente

Abdomen: útero grávido ocupado por feto

AU: 31cm SPP: LCI LCF: 137-141x' DU: esporádica MF: ++/+++ PF: 2945grs

Genitales externos: Maniobra de Valsalva (+) SV (-) PLA (-)

Tacto vaginal: cérvix posterior

D: no modificación cervical B: 40% AP: -3 MO: rotas. Pelvis: distócica

Plan de trabajo:

Durante la estancia en el servicio de emergencia se solicitan exámenes basales (hemograma completo, grupo y factor, glucosa, urea, creatinina, TPT, INR, RPR/VIH, examen completo de orina y test de Fern) junto con ecografía obstétrica y cardiotocografía. Se continua con la hidratación y con la administración de antibióticos. Se solicitó las pruebas de laboratorio, teniendo como resultados positivos:

Test de Fern: positivo



Examen de orina: leucocitos (30-40xc) Píocitos (++)

Luego de la evaluación clínica y los resultados de laboratorio, se definieron los siguientes diagnósticos:

1. Primigesta 38ss por ecografía del primer trimestre.
2. NTP
3. RPM prolongado
4. ITU gestacional

Se realiza cesárea de emergencia, después de la confirmación de los diagnósticos. En el reporte operatorio se observa que la intervención quirúrgica que se realizó fue una Cesárea segmentaria transversa primaria por RPM prolongado y pelvis estrecha, cuyos hallazgos fueron RN de sexo femenino, líquido amniótico claro, placenta de 15x15cm. Posteriormente es llevada a hospitalización y se continuó con antibióticos y analgésicos. Al cabo de 4 días es dada de alta con evolución favorable, hemodinámicamente estable, sin signos de alarma.

#### **I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

La especialidad de pediatría se distingue por la variedad de casos que se observan tanto en recién nacidos como en infantes de hasta 14 años, predominando las patologías respiratorias e infecciosas del tracto digestivo y urinario.

##### **Caso clínico N° 1**

Paciente mujer de 09 años con tiempo de enfermedad de 06 días, el cual inicia con cefalea a predominio de zona frontal izquierda de leve intensidad. Al segundo día, madre refiere notar lesiones eritematosas en zona periorbitaria izquierda, junto con dolor a la digito presión y aumento de volumen en región palpebral izquierda, motivo por el cual acude al Hospital de Ventanilla. Al quinto día, paciente presenta fiebre, signos de flogosis y decaimiento, motivo por el cual es referida al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Paciente ingresa a emergencia pediátrica con las siguientes funciones vitales:

FC: 93 x'. FR: 20 x'. SatO2: 98 %.

Al examen físico se observa eritema en párpado superior izquierdo y zona frontal izquierda con aumento de volumen y lesiones vesiculares, acompañado de dificultad para la apertura ocular de dicho lado.

Se decide hospitalización para manejo médico con diagnósticos:

- Celulitis periorbitaria.
- Herpes oftálmico probable.
- Infección por COVID-19.

Paciente sube a piso de hospitalización, donde se decide solicitar interconsultas a los servicios de oftalmología y dermatología y se deja como plan terapéutico:

- Oxacilina 1,5 gramos cada 06 horas, vía endovenosa.
- Cetirizina 10 mg cada 24 horas, vía oral.
- Aciclovir 250 mg cada 06 horas, vía oral.

Paciente es evaluada por servicio de dermatología, quienes confirman diagnóstico de herpes oftálmico. Se sugiere continuar con indicaciones médicas.

Al cuarto día de hospitalización, paciente refiere disminución de dolor periorbitario que permite apertura ocular. Paciente es evaluada por servicio de otorrinolaringología, quienes refieren no encontrar patología aguda al momento de la evaluación. Se decide retirar oxacilina, pues paciente no presenta signos de celulitis al momento de evaluación vespertina; se plantea que proceso herpético explicaría el aumento de volumen. Se plantean diagnósticos:

- Celulitis preseptal izquierda posible.
- Herpes zoster perioftálmico probable.
- Infección por COVID-19.

Al séptimo día de hospitalización, paciente refiere leve picazón en región periorbitaria, acompañada de leve edema en región palpebral izquierda. Presenta adecuada apertura ocular. No presenta otras molestias. Se decide continuar indicaciones médicas.

Al octavo día de hospitalización, paciente presenta leve edema palpebral izquierda, niega prurito. Se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, con evolución favorable y mejoría clínica, por lo que es dada de alta con indicaciones médicas y se le cita por consultorio externo de oftalmología pediátrica para seguimiento.

## **Caso clínico N° 2**

Madre acude con su hijo de 1 año y 2 meses de edad con las iniciales ASS, debido a que desde hace 4 días ha cursado con deposiciones líquidas acuosas en repetidas oportunidades, también comenta que ha cursado con vómitos en 6 oportunidades. La madre refiere que días previos el paciente había presentado cuadro catarral (rinorrea, congestión nasal y estornudos). Añade que ha presentado 1 episodio de fiebre, no cuantificada en ese momento. Madre evidencia que paciente ha perdido peso y luce decaído, motivo por el cual decide llevarlo al Hospital Víctor Ramos Guardia.

Antecedentes de importancia: Bronquiolitis a los 4 meses

Funciones vitales:

FC:148x´      FR:45x´      T°: 37,6°C      SatO2: 95%

Examen físico:

AMEG, MEH, AREN, ventila espontáneamente

Piel y mucosas: frialdad distal, llenado capilar <2", turgencia no conservada, mucosas orales secas.

Orofaringe: eritematosa, amígdalas hipertróficas, no exudado, no placas.

Abdomen: leve distensión, RHA aumentados, B/D.

Neurológico: activo/ reactivo a estímulos externos.

Diagnósticos:

1. EDA
2. Deshidratación moderada

Plan de trabajo:

Se solicitan exámenes de laboratorio (hemograma completo, PCR, reacción inflamatoria en heces) y se decide iniciar hidratación vía oral con SRO durante aproximadamente 3 horas junto con lactancia materna. Al cabo de unas horas salen los resultados, donde se observa:

Hemograma completo: Leucocitosis a predominio basófilos (4%)

Se reevalúa al paciente al término de las 3 horas lográndose evidenciar que aún permanece con signos de deshidratación, por lo cual se decide continuar con las SRO durante 1 hora más. Se vuelve a observar al paciente, donde se ve mejoría clínica, motivo por el cual se decide dar alta médica con indicaciones.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión fue inaugurado el 30 de diciembre de 1941, durante el segundo gobierno del presidente Óscar R. Benavides, siendo su objetivo brindar atención en salud a la clase trabajadora. **(1)**

Este hospital se encuentra ubicado en la Provincia Constitucional del Callao y es el principal hospital de referencia en la región por su clasificación como hospital III-1, convirtiéndolo en la institución de salud de mayor complejidad en la red de establecimiento en la Provincia Constitucional del Callao. **(1)**

El Hospital Víctor Ramos Guardia (HVRG) fue inaugurado el 07 de diciembre de 1963, como Hospital Centro de Salud de Huaraz, cuando la población apenas alcanzaba los 30,000 hab. El proyecto nació en el período presidencial del Dr. Manuel Prado, con el aporte del Gobierno Alemán que incluyó equipamiento e implementación enmarcado en el Plan Nacional Hospitalario. **(2)**

El nombre del hospital es en reconocimiento a la fructífera labor de bien social que desarrolló el ilustre huaracino y médico Dr. Víctor Ramos Guardia. La propuesta hecha por el Cuerpo Médico del Hospital fue oficializada el 31 de mayo de 1993. **(2)**

Actualmente el hospital se encuentra localizado en la provincia de Ancash siendo el principal hospital referencial de la región debido a su clasificación como nivel II-2, brindando atención médica no solo a la población local, sino también a pacientes provenientes de otras provincias cercanas. **(2)**

El interno de medicina tanto del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión como del Hospital Víctor Ramos Guardia tiene como función el servir de apoyo para el personal de salud al desarrollar diversas funciones como la elaboración de historias clínicas, presentación de pacientes durante las visitas hospitalarias

diarias, evolución diaria de pacientes hospitalizados en el servicio por el cual esté rotando, realización de procedimientos médicos bajo la supervisión del médico especialista del servicio, entre otros. Dichas funciones, en conjunto con la capacitación constante por parte de médicos especialistas y médicos residentes del servicio, coadyuvan a la correcta formación del interno de medicina para vivir la experiencia diaria del personal de salud.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **III.1. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

#### **Caso clínico N° 1**

En el primer caso presentado en la rotación de medicina interna estamos frente a una litiasis vesical, patología que consiste en la presencia de masas duras formadas por minerales que se encuentran localizadas en la vejiga. Es común que esta patología aparezca como consecuencia de infecciones del tracto urinario, vejiga neurogénica, divertículos, hipertrofia prostática, entre otros. **(3)**

Estas masas pueden aparecer producto de la concentración de la orina en la vejiga, ocasionando que sus compuestos se cristalicen. En consecuencia, a ello, pueden generarse síntomas cuando la presencia de estos cálculos irrite el revestimiento interno de la vejiga u obstruyan la salida de la orina. **(3)**

Entre los síntomas tenemos: urgencia urinaria, interrupción del chorro urinario, dificultad para la micción, incapacidad para orinar, hematuria, dolor abdominal, dolor genital, orina de color oscura, infección del tracto urinario, disuria, fiebre, incontinencia. **(3)**

En cuanto a pruebas diagnósticas para esta patología, se puede solicitar un examen de orina, en donde se puede demostrar la presencia o no de sangre, así como presencia de infección. La prueba imagenológica que nos puede dar un diagnóstico definitivo es la ecografía. **(3)**

#### **Caso clínico N° 2**

En este caso podemos apreciar el desarrollo de hidatidosis pulmonar el cual es una enfermedad parasitaria causada por la infestación del parásito *Echinococcus granulosus* en el tejido pulmonar. Es una enfermedad zoonótica, lo que significa que puede transmitirse de los animales a los humanos. La hidatidosis pulmonar es una enfermedad grave que puede tener consecuencias a largo plazo si no se trata adecuadamente.

La hidatidosis pulmonar se produce cuando las larvas del parásito *Echinococcus granulosus* infectan los pulmones. El ciclo de vida del parásito comienza cuando los animales infectados, principalmente el perro el cual es el hospedero definitivo libera huevos del parásito en su excremento. Estos huevos pueden contaminar el suelo, las plantas y el agua, o ser transmitidos desde el hocico del perro el cual está contaminado con los huevos del parásito al oler sus heces, y son ingeridos por el hombre al tener contacto con este animal, siendo nosotros el hospedero intermediario.

Una vez que los huevos ingresan al cuerpo humano, las larvas del parásito se liberan debido al pH del sistema digestivo, donde el huevo se incuba y libera una oncosfera que ingresa en la pared intestinal y se disemina a través de los vasos a varios órganos en especial el hígado y los pulmones, donde forman quistes hidatídicos. Estos quistes pueden crecer y causar daño en los tejidos pulmonares, lo que puede llevar a problemas respiratorios y otros síntomas graves. (4)

Los síntomas de la hidatidosis pulmonar pueden variar según el tamaño y la ubicación de los quistes. Los pacientes pueden experimentar dolor torácico, tos, dificultad para respirar, fiebre, fatiga y pérdida de peso. Sin embargo, algunos pacientes pueden no presentar síntomas hasta que la enfermedad esté en una etapa avanzada. (5)

El diagnóstico de la hidatidosis pulmonar puede ser difícil debido a que los síntomas son similares a los de otras enfermedades respiratorias, como la neumonía. Por lo tanto, los médicos pueden realizar pruebas de diagnóstico, como radiografías y tomografías computarizadas, para determinar si hay quistes hidatídicos en los pulmones. (6)

El tratamiento de la hidatidosis pulmonar generalmente implica la extirpación quirúrgica de los quistes. Sin embargo, la cirugía puede ser arriesgada y complicada debido a la ubicación de los quistes. Además, la ruptura de los quistes



durante la cirugía puede ser peligrosa ya que puede liberar el contenido del quiste en el cuerpo, lo que puede provocar una reacción alérgica grave y, como consecuencia, poner en peligro la vida del paciente. (5)

Otro tratamiento para la hidatidosis pulmonar es la terapia con medicamentos, que implica el uso de medicamentos antiparasitarios para matar el parásito. Sin embargo, esta terapia puede tener efectos secundarios graves y no siempre es efectiva. En caso de que se opte por esta opción el tratamiento correspondería a la administración de albendazol 10/mg/kg/día en 3 ciclos de 30 días siempre y cuando el quiste ecográficamente hablando se encuentre en su etapa hialina, multivesicular o de membrana desprendida, si se trata de un quiste heterogéneo con evolución sintomática el mejor manejo es la cirugía abierta o laparoscópica. (7)

La prevención de la hidatidosis pulmonar implica evitar la exposición y el contacto con animales infectados y el consumo de agua y alimentos contaminados. Además, es importante educar a las personas que habitan en áreas endémicas sobre los riesgos de la enfermedad y cómo prevenirla.

En conclusión, la hidatidosis pulmonar es una enfermedad grave que puede tener consecuencias a largo plazo si no se trata adecuadamente. Los síntomas pueden variar y el diagnóstico puede ser difícil, pero las pruebas de diagnóstico pueden ayudar a determinar la presencia de quistes hidatídicos en los pulmones. El tratamiento para la hidatidosis pulmonar generalmente implica la extirpación quirúrgica de los quistes, aunque la terapia con medicamentos también puede ser una opción. La prevención de la hidatidosis pulmonar implica evitar la exposición a animales infectados y el consumo de agua y alimentos contaminados, así como educar a las personas sobre los riesgos de la enfermedad.

Es importante destacar que la hidatidosis pulmonar es una enfermedad que se encuentra en todo el mundo, aunque es más común en regiones con una alta población de animales como América Latina, Asia, África y Europa del Este.

Además, las personas que tienen contacto frecuente con animales infectados, como los trabajadores del campo, los pastores y los cazadores, tienen un mayor riesgo de contraer la enfermedad.

La hidatidosis pulmonar puede ser difícil de tratar, especialmente si la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada o si los quistes son grandes y están en áreas delicadas del cuerpo. Por lo tanto, es importante que los médicos y los especialistas en enfermedades infecciosas estén capacitados para diagnosticar y tratar la enfermedad adecuadamente.

Además, es fundamental educar a la población sobre la prevención de la hidatidosis pulmonar y cómo evitar la exposición a animales infectados y agua y alimentos contaminados. Esto puede incluir campañas de concientización pública, programas de control de animales y medidas de higiene adecuadas.

En resumen, la hidatidosis pulmonar es una enfermedad parasitaria grave que puede tener consecuencias graves si no se trata adecuadamente. Los síntomas pueden variar y el diagnóstico puede ser difícil, pero la prevención y el tratamiento adecuados pueden ayudar a prevenir la propagación de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Es importante que los profesionales de la salud estén capacitados para diagnosticar y tratar la enfermedad adecuadamente, y que se lleven a cabo medidas preventivas para evitar la exposición a animales infectados y agua y alimentos contaminados.

## **III.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

### **Caso clínico N° 1**

En el primer caso de la rotación de cirugía general estamos frente a una colecistitis crónica calculosa, la cual se caracteriza por presentar una inflamación crónica de la pared vesicular a consecuencia de la presencia de litiasis en su interior. Entre los principales factores de riesgo destacan los malos hábitos alimenticios,

obesidad y resistencia a la insulina. **(8)**

Esta patología suele ser asintomática; sin embargo, cuando se torna sintomática, destaca la presencia de dolor abdominal agudo constante en el hipocondrio derecho, pudiendo ser irradiado hacia la espalda, y que se acompaña por lo general de náuseas, vómitos y fiebre. **(9,10)**

A la exploración física, se espera encontrar resistencia muscular a la exploración en el hipocondrio derecho, hipersensibilidad en dicho cuadrante y signo de Murphy positivo. En cuanto a los exámenes diagnósticos, la ecografía es la prueba de elección por su carácter no invasivo. Para el diagnóstico de esta patología, se busca hacer unidad clínica entre la anamnesis, exploración física y exámenes tanto de laboratorio como imagenológicos. **(11,12)**

Como tratamiento, se recomienda el ingreso hospitalario para asegurar el correcto reposo en cama y dieta del paciente; así mismo, se puede necesitar fluidoterapia, antibioticoterapia y analgesia en algunos casos. El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica, la cual debe realizarse de forma temprana dentro de los 07 días desde la aparición de los síntomas. **(9,13)**

## **Caso clínico N° 2**

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice, un pequeño órgano ubicado en el ciego el cual es el inicio del intestino grueso. Es una de las emergencias quirúrgicas más comunes y puede ser potencialmente mortal si no se trata adecuadamente.

La apendicitis aguda puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en personas entre las edades de 10 y 30 años. La causa exacta de la apendicitis aguda no se conoce con certeza, pero se cree que puede estar relacionada con la obstrucción del apéndice por heces o coprolitos, esta es la causa más común en jóvenes y adultos, mientras que en los niños la causa más común es la inflamación de ganglios linfáticos o los folículos de Roux, mientras que otras causas comunes

de apendicitis agudas también incluyen la infección de parásitos o tumores. La obstrucción conduce a la acumulación de bacterias y la inflamación del apéndice, el cual posteriormente comienza a aumentar de volumen causando inflamación de fibras simpáticas lo cual va a producir la sensación de dolor y posteriormente la necrosis y perforación del órgano. (14)

Los síntomas de la apendicitis aguda pueden variar y pueden incluir dolor abdominal en el lado derecho, náuseas, vómitos, fiebre, pérdida del apetito y estreñimiento o diarrea. El dolor abdominal es a menudo el síntoma más significativo y se puede sentir en el lado derecho del abdomen o alrededor del ombligo. El dolor puede ser agudo y constante, o puede ser intermitente y empeorar con la actividad física o la tos. Este dolor característico de le conoce como el signo de McBurney. (15)

El diagnóstico de la apendicitis aguda se basa en una combinación de la historia clínica, el examen físico y las pruebas de diagnóstico, como análisis de sangre, ultrasonido o tomografía computarizada. Es importante diagnosticar y tratar la apendicitis aguda lo antes posible para prevenir complicaciones graves, como la ruptura del apéndice, la peritonitis localizada o generalizada o el desarrollo de una pyleflebitis. En este contexto una de las herramientas más importantes que tenemos para realizar el diagnóstico de apendicitis es la escala de Alvarado la cual evaluando los signos y síntomas del paciente nos va a dar un puntaje, el cual si es superior de 7 nos indica el diagnóstico de apendicitis y el tratamiento de apendicectomía. (16)

El tratamiento de la apendicitis aguda es la extirpación quirúrgica del apéndice, conocida como apendicectomía. La cirugía puede ser realizada por vía laparoscópica o abierta, dependiendo de la gravedad de la inflamación y la presencia de complicaciones. En la mayoría de los casos, la recuperación es rápida y la mayoría de los pacientes pueden regresar a sus actividades normales dentro de unas pocas semanas después de la cirugía. (14)

La prevención de la apendicitis aguda es difícil debido a la falta de conocimiento sobre sus causas exactas. Sin embargo, se cree que el mantenimiento de una buena higiene y salud digestiva puede ayudar a prevenir la obstrucción del apéndice. La ingesta adecuada de fibra y agua puede ayudar a prevenir el estreñimiento y la formación de heces duras, que pueden contribuir a la obstrucción del apéndice.(17)

De esta manera, la apendicitis aguda es una afección inflamatoria común del apéndice que puede ser potencialmente mortal si no se trata adecuadamente. Es importante estar atento a los síntomas y buscar atención médica de inmediato si se sospecha que se tiene apendicitis. La cirugía para extirpar el apéndice es el tratamiento estándar y es efectivo en la mayoría de los casos. La prevención de la apendicitis aguda es difícil, pero mantener una buena higiene y salud digestiva puede ayudar a prevenir la obstrucción del apéndice. Es importante recordar que la apendicitis aguda puede ocurrir en cualquier momento y en cualquier persona, por lo que es importante estar informado y consciente de los síntomas y tratamientos disponibles.(17)

Además, es importante tener en cuenta que la apendicitis aguda puede ser difícil de diagnosticar debido a que los síntomas pueden ser similares a los de otras afecciones, como la gastroenteritis o la enfermedad inflamatoria del intestino. Por esta razón, es crucial que los profesionales médicos realicen un examen físico completo y pruebas de diagnóstico para determinar la causa exacta del dolor abdominal.

Por último, es importante destacar que la apendicitis aguda puede tener graves consecuencias si no se trata adecuadamente. La inflamación del apéndice puede llevar a la ruptura de este y la propagación de la infección a otras partes del cuerpo. Por lo tanto, es fundamental buscar atención médica de inmediato si se sospecha de apendicitis.

En resumen, la apendicitis aguda es una inflamación del apéndice que puede ser

potencialmente mortal si no se trata adecuadamente. Los síntomas pueden variar y el diagnóstico puede ser difícil, pero la cirugía para extirpar el apéndice es el tratamiento estándar y es efectivo en la mayoría de los casos. La prevención de la apendicitis aguda puede ser difícil, pero mantener una buena higiene y salud digestiva puede ayudar a prevenir la obstrucción del apéndice. Es importante estar informado y consciente de los síntomas y tratamientos disponibles para poder buscar atención médica de inmediato si se sospecha de apendicitis.

### **III.3. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA**

#### **Caso clínico N° 1**

En el primer caso de la rotación de gineco-obstetricia, estamos frente a un caso de aborto incompleto, el cual se define como la expulsión incompleta o parcial del producto a través del cuello uterino abierto, quedando en el interior del útero restos ovulares y/o membranas. Esta patología se caracteriza por presentar síntomas como dolor moderado a intenso de tipo cólico, metrorragia, canal cervical permeable, entre otros.(18,19)

La etiología en caso de la paciente tuvo relación con el crecimiento de un mioma uterino con posible degeneración, el cual desplazaba la ubicación del útero y a la vez desplazaba también al feto; en consecuencia, con el tiempo ocasionó el desprendimiento del producto de forma parcial o incompleta.(20)

El tratamiento para el aborto incompleto puede ser farmacológico con la utilización del misoprostol en presentación de 600 microgramos, siendo aplicado por vía oral y/o vaginal; así mismo, existen procedimientos invasivos como es el caso del legrado uterino y la aspiración manual endouterina, las cuales se diferencian por el tiempo de gestación en el cual se decide por uno de estos procedimientos. En el caso del legrado uterino, está indicado para gestaciones mayores de 12 semanas, mientras que la aspiración manual endouterina está indicado para gestaciones menores a 12 semanas.(21,22)

#### **Caso clínico N° 2**

En el caso número 2 podemos apreciar una ruptura prematura de membranas, El RPM es una complicación obstétrica común que puede afectar hasta el 10% de

los embarazos. Se produce cuando las membranas que rodean al feto se rompen antes del inicio del trabajo de parto, el cual está definido como los cambios cervicales que se producen producto de la dinámica uterina como la frecuencia de las contracciones uterinas y la intensidad de estas, se dice que lo mínimo que se necesita para que se produzca un trabajo de parto satisfactorio es una intensidad de 30mmHg y una frecuencia de contracciones de 3 por minuto. Esta complicación puede ser preocupante tanto para la madre como para el feto, ya que puede aumentar el riesgo de infección y otras complicaciones.(23)

La RPM puede ocurrir espontáneamente o ser causado por una variedad de factores, como infecciones del tracto genital, la cual es la causa más común, destacando de entre ellas la vaginosis bacteriana y las infecciones urinarias, el trauma abdominal, tabaquismo, exposición a contaminantes ambientales, entre otros. El diagnóstico de la RPM se realiza mediante la evaluación de síntomas, como la salida de líquido amniótico de la vagina, el cual puede ser evaluado mediante una prueba de hebrecho o test de Fern positivo o la realización de pruebas complementarias como la amniocentesis. (24,25)

El manejo de la RPM depende de la edad gestacional del feto y las condiciones maternas y fetales. Si la RPM ocurre antes de las 34 semanas de gestación, es probable que se intente detener el parto para permitir que el feto siga desarrollándose en el útero, en ese caso estaría indicado la inducción de tocolíticos como nifedipina y la aplicación de betametasona 12mg/24h por 2 días para la maduración pulmonar oportuna, y la aplicación de antibióticos para evitar infecciones como la corioamnionitis. Si la RPM ocurre después de las 34 semanas, se puede considerar la inducción del trabajo de parto. En algunos casos, se puede recomendar una cesárea. (26)

El riesgo de complicaciones en la RPM es mayor si el tiempo transcurrido entre la rotura de las membranas y el nacimiento es prolongado. El feto puede estar expuesto a infecciones y otras complicaciones, como la compresión del cordón umbilical y la insuficiencia placentaria. La madre también puede estar en riesgo de infecciones y complicaciones como la sepsis. (27)

La prevención de la RPM es importante y se puede lograr a través de un buen cuidado prenatal. Es importante que las mujeres embarazadas asistan a las consultas médicas regularmente, para detectar y tratar cualquier infección del tracto genital a tiempo. Además, las mujeres embarazadas deben evitar actividades físicas que puedan causar trauma abdominal y abstenerse de fumar y consumir alcohol.(28)

En conclusión, la RPM es una complicación obstétrica común que puede tener consecuencias graves para la madre y el feto. Es importante que los profesionales de la salud estén alerta a los síntomas de la RPM y tomen medidas para minimizar los riesgos para la madre y el feto. La prevención de la RPM es fundamental y se puede lograr con un buen cuidado prenatal y la identificación y manejo temprano de los factores de riesgo conocidos.

#### **III.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

##### **Caso clínico N° 1**

En el primer caso de la especialidad de pediatría nos encontramos frente a un diagnóstico de celulitis preseptal. Para entender esta patología, se debe hablar primero del septo orbital, el cual es una membrana delgada cuya función radica en delimitar la extensión anterior del párpado superficial respecto a la órbita, actuando como barrera física. Entonces, la celulitis preseptal se define como una infección de los tejidos blandos de la porción anterior del párpado, delimitada por el septo orbital, ocasionando que no comprometa la órbita ni las estructuras oculares. (29)

Los signos y síntomas asociados a esta patología son dolor ocular, eritema, edema palpebral, fiebre. No se observa proptosis, dolor con los movimientos oculares ni restricción de la motilidad. Así mismo, la etiología de esta enfermedad puede darse por ruptura e inoculación de la piel local, así como por trauma, cuerpos extraños, picaduras de insectos, mordeduras de animales o infección contigua como consecuencia de enfermedades como sinusitis, infección de vías respiratorias superiores, entre otros, siendo el organismo



implicado más frecuente el *Staphylococcus aureus*, seguido del *Streptococcus* del grupo A, *Haemophilus influenzae*, entre otros. (29)

El diagnóstico de esta patología se realiza en base a una buena exploración clínica, acompañada de una adecuada anamnesis; sin embargo, existen ocasiones donde el edema palpebral propio de la patología no permite una correcta exploración del área afectada, por lo que los estudios de imágenes son requeridos, siendo la tomografía computarizada el estudio de elección al permitir observar si existe un compromiso del tejido orbitario que pueda descartar el diagnóstico de celulitis orbitaria para poder establecer el diagnóstico de celulitis preseptal. (30)

Para el tratamiento de esta patología, se puede considerar la hospitalización del paciente al valorar el comportamiento de la fiebre y la existencia de síntomas que ameriten monitoreo constante. Por el contrario, al no existir compromiso del estado general del paciente, se considera apropiado el tratamiento ambulatorio a través de terapia vía oral y seguimiento del caso por consultorio externo. El tratamiento farmacológico de elección incluye las cefalosporinas de primera generación para la cobertura de agentes gram positivos por un periodo de 07 a 10 días. Por lo general, ante un diagnóstico oportuno y tratamiento precoz, la enfermedad empieza a ceder a las 48 horas de iniciado el tratamiento. (30)

## **Caso clínico N° 2**

En este caso podemos observar que se trata de una enfermedad diarreica aguda (EDA) siendo esta una de las afecciones más comunes en la población pediátrica en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo. La EDA se caracteriza por la presencia de al menos tres evacuaciones líquidas o semilíquidas en un período de 24 horas y puede ser causada por una variedad de microorganismos, como virus, bacterias y parásitos. La mayoría de los casos de EDA son autolimitados y se resuelven sin tratamiento específico ya que la mayoría son causados por virus que cumplen su ciclo y el manejo es principalmente sintomático y para evitar las consecuencias de la deshidratación, pero en algunos casos la enfermedad puede ser grave y llevar a complicaciones graves, especialmente en los niños pequeños.(31)

La EDA es una de las principales causas de morbimortalidad en la población pediátrica, especialmente en los países en desarrollo, donde la falta de acceso a agua potable y saneamiento adecuado, junto con la falta de medidas preventivas, aumenta el riesgo de infección. Además, los niños pequeños tienen un mayor riesgo de complicaciones graves debido a la deshidratación, la pérdida de electrolitos y otros problemas de salud.(32)

Los síntomas de la EDA pueden incluir diarrea acuosa o sanguinolenta si se trata generalmente de una infección bacteriana, además de síntomas más inespecíficos como el dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre y deshidratación, la cual se puede presentar en la EDA de origen bacteriano como viral, parasitológico, etc. En los niños pequeños, la diarrea puede llevar a la pérdida de electrolitos y nutrientes importantes, lo que puede afectar el crecimiento y el desarrollo normal.(33)

La prevención de la EDA es fundamental y se puede lograr a través de medidas preventivas sencillas, como la promoción de la higiene, la mejora de las condiciones de saneamiento y la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. También es importante fomentar la educación sobre prácticas de higiene y la importancia de lavarse las manos con agua y jabón antes de comer y después de usar el baño.(34)

En los casos de EDA, el tratamiento debe estar dirigido a la rehidratación del niño y a la prevención de la pérdida de electrolitos y nutrientes importantes. En los casos leves, la rehidratación oral puede ser suficiente, aumentando el volumen de agua ingerido durante el día o también utilizando soluciones de rehidratación oral (SRO) que contienen agua, sales y azúcares para reponer los líquidos y electrolitos perdidos. En los casos más graves, cuando se trata de una deshidratación severa con trastorno del sensorio, aumento del tiempo de llenado capilar >3 segundos, signo del pliegue >2 segundos, debe ser necesario el tratamiento intravenoso con líquidos y electrolitos.(35)

En los casos de EDA bacteriana, se puede utilizar tratamiento con antibióticos

específicos para reducir la duración de la enfermedad, como el uso de furazolidona, ciprofloxacino o azitromicina, y prevenir de esta manera complicaciones graves. Sin embargo, el uso excesivo e inadecuado de antibióticos puede contribuir a la resistencia bacteriana y no siempre es necesario o recomendado.

En conclusión, la EDA es una afección común en la población pediátrica que puede tener consecuencias graves para la salud si no se trata de manera adecuada y oportuna. Es esencial que los padres estén capacitados para identificar los síntomas de la EDA y actúen rápidamente para buscar atención médica si su hijo presenta diarrea, vómitos, fiebre y otros signos de deshidratación. La prevención de la EDA es fundamental y se puede lograr a través de medidas preventivas sencillas

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico tuvo inicio el 01 de junio del 2022 y finalizó el 31 de marzo del 2023. Durante dicho período, los internos de medicina asistieron a sus respectivas sedes hospitalarias y centros de salud.

Durante dicho periodo, en los hospitales se rotó por 04 especialidades, por un período de 02 meses en cada una, y 02 meses en un centro de salud del primer nivel de atención.

Previo al inicio del internado médico, se dieron charlas introductorias presenciales en las sedes hospitalarias, con el objetivo de conocer el ambiente donde se desarrollarían las actividades académicas propias del internado médico. De igual manera, previo al inicio de cada rotación, se entregaron equipos de protección personal (EPP's), los cuales fueron entregándose de forma mensual durante el periodo del internado médico en su totalidad.

Las rotaciones por especialidades en sedes hospitalarias fueron similares tanto en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, como en el Hospital Víctor Ramos Guardia, consistiendo en rotaciones en piso de hospitalización, así como guardias tanto diurnas como nocturnas en los servicios de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría.

El horario fue similar en ambas sedes hospitalarias. El pase de visita en cada servicio iniciaba a las 08:00 de la mañana, lo cual requería asistir al hospital 02 horas antes aproximadamente para poder estar al tanto de lo sucedido durante la noche con los pacientes, así como completar las evoluciones diarias y avanzar con las solicitudes de exámenes o procedimientos según el caso lo requiriera.

En ambas sedes hospitalarias primó el respeto y la predisposición a enseñar por parte de los médicos especialistas y médicos residentes, lo cual resultó de suma importancia para el correcto desarrollo del internado médico.

## CONCLUSIONES

Esta etapa del internado médico es una de las más esenciales para el desarrollo y formación del estudiante de medicina humana, que está a punto de convertirse en un profesional de la salud, es la culminación de años de estudio en la que el alumno realiza prácticas preprofesionales en centros de salud de primer nivel y de mayor complejidad, donde afianza conocimientos adquiridos durante la carrera y poniéndolos en práctica.

El internado, además representa una etapa crucial, ya que también les brinda la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos adquiridos durante su carrera en un entorno práctico y de enfrentarse a situaciones reales en el cuidado de la salud de la población. Durante este período, los estudiantes trabajan en hospitales y centros de salud, donde tienen la oportunidad de trabajar con pacientes, interactuar con otros profesionales de la salud y adquirir habilidades prácticas que les permitirán convertirse en médicos competentes y seguros.

También representa una oportunidad para adquirir una comprensión más profunda de las necesidades y desafíos de la atención médica en el país, lo que les permitirá desempeñarse de manera más efectiva en su rol como médicos en el futuro. Además, el internado también puede ser una experiencia desafiante, ya que los estudiantes pueden enfrentar situaciones emocionalmente intensas y difíciles en el cuidado de pacientes gravemente enfermos.

Es por todo esto que el internado médico siempre representará el desafío más importante en la etapa formativa de todos los estudiantes de medicina, ya que pondrá a prueba todas nuestras capacidades intelectuales y emocionales con la esperanza de poder convertirnos en mejores profesionales que estén a la altura de enfrentar los desafíos que el sistema de salud nos ponga delante de forma satisfactoria.

## **RECOMENDACIONES**

Asegurar la accesibilidad de los internos de medicina a los diversos centros hospitalarios, para que de esta manera se pueda asegurar un internado médico de calidad en cada ciudad correspondiente a los internos, evitando que se vean en la posición de viajar a otras provincias por la falta de plazas, y tengan la oportunidad de desarrollar un internado satisfactorio en su localidad.

También es imprescindible que el interno cuente con equipo de protección personal para poder brindarle mayor bioseguridad, asegurando su salud y la de sus compañeros de trabajo, debido a que existe algo riesgo exposición y contaminación durante las prácticas médicas.

Es importante contar con salas de estudio para los internos con un ambiente adecuado en los hospitales, los cuales puedan ser utilizados por el interno de medicina durante su tiempo libre en su rotación con la finalidad de que el tiempo que uno pasa en los hospitales se vea aprovechado en repasar teóricamente las distintas enfermedades que uno observa en las diferentes rotaciones y poder consolidar mejor los conocimientos adquiridos con cada paciente.

Durante este periodo sería ideal la programación de talleres enfocados en los temas vistos durante la rotación del servicio. Asimismo, ser evaluados constantemente a través de exámenes teóricos y prácticos, de forma tal que el estudiante de medicina pueda fortalecer los conocimientos adquiridos y reciba una retroalimentación que lo ayude a fortalecer sus debilidades y contribuya al desarrollo de nuevas habilidades.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Historia Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20171201231553/http://www.hndac.gob.pe/web/acerca-de-nosotros/historia.html>
2. Oficina de Planeamiento Estratégico. Hospital “Victor Ramos Guardia” - Huaraz. Plan Operativo Institucional - 2017. 2017.
3. Salobreña ECR. Litiasis vesical.
4. MORENO DL, LOLI ML, MERCADO TC. Hallazgos radiológicos en veinte casos de hidatidosis pulmonar en el Instituto Especializado de Salud del Niño, 2000-2002. *Paediatrica*. 2004;6:2.
5. Callo RSY. Quiste Hidatídico. *SITUA*. 2021;24(2):10–30.
6. Rodulfo J, Carrión M, Freitas M, Real J, Merchán M. Hidatidosis pulmonar. *Neumol Pediátrica*. 2013;8(1):5–9.
7. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis [Internet]. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-pdf-S0379389316301399>
8. Cid H. Colecistitis crónica.
9. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL, Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. *Rev Fac Med México*. agosto de 2018;61(4):35–7.
10. Molina Coto F. Colecistitis calculosa aguda: diagnóstico y manejo. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica*. 2016;73(618):97–9.
11. Murúa-Millán OA, González-Fernández MA. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. *Rev Médica Univ Autónoma Sinaloa*. 2020;10(4):222–32.
12. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci*. enero de 2018;25(1):41–54.
13. Rebibo L, Sabbagh C, Mauvais F, Regimbeau JM. Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda litiásica. *EMC - Téc Quirúrgicas - Apar Dig*. el 1 de abril de 2016;32(2):1–18.
14. Apendicitis Aguda [Internet]. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_1\\_1\\_Apendicitis%20aguda.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_1_1_Apendicitis%20aguda.htm)

15. Flores-Mena MD. Apendicitis Aguda. *Diagnóstico*. 2020;59(4):213–7.
16. Martínez Soto JE, Rodríguez Barahona RE, Lema Knezevich RA, Jadan Cumbe AM, Godoy Cárdenas MJ. Escalas diagnósticas para apendicitis aguda: situación actual. *Arch Venez Farmacol Ter [Internet]*. 2009;38(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55964524010>
17. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir Gen*. marzo de 2019;41(1):33–8.
18. Zamberlin N. Misoprostol para tratamiento del aborto incompleto en el contexto argentino. 2009.
19. Larroca C, Chaquiriand V. Manejo inicial del aborto. *Rev Urug Med Interna*. 2021;2:22–6.
20. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente [Internet]. Dirección Nacional de Normatización; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
21. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Rev Peru Ginecol Obstet*. enero de 2015;61(1):57–64.
22. Mencia Flores Y del V, Santiago Villegas MA, Fernández Pinto J. Aspiración manual endouterina en comparación con el legrado uterino instrumental en el tratamiento del aborto incompleto o retenido. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2021;81(2):108–15.
23. Menon R, Richardson LS. Preterm prelabor rupture of the membranes: A disease of the fetal membranes. *Semin Perinatol*. noviembre de 2017;41(7):409–19.
24. Rivera Z R, Caba B F, Smirnow S M, Aguilera T J, Larraín H A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(3):249–55.
25. Oyarzún Ebensperger E, Wild Ambrosio R, Serani Merlo A. Rotura prematura de membranas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 57:308–9.
26. Martín R de L, Martínez AB, Muntaner C, Roberto T, Santiago O. Rotura prematura de membranas.
27. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Rev Peru Ginecol Obstet*. julio de 2018;64(3):405–14.
28. Tchirikov M, Schlabritz-Loutsevitch N, Maher J, Buchmann J, Naberezhnev Y, Winarno AS, et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *J Perinat Med*. el 1 de julio de



2018;46(5):465–88.

29. Sánchez RE. Celulitis preseptal. *Rev Médica Sinerg*. 2016;1(10):8–11.
30. Arteaga Bonilla R, Arteaga Michel R. Celulitis preseptal y orbitaria. *Rev Soc Boliv Pediatría*. agosto de 2003;42(3):180–3.
31. Tomas Gonzales de Palomino EZ. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico. 2022.
32. Enriqueta RR, Torres JB, Rodríguez MJL. Diarrea aguda. *Protoc Diagnóstico-Ter Gastroenterol Hepatol Nutr Pediátrica SEGHNP-AEP*. 2010;
33. Maestre B, Durán M. Gastroenteritis aguda. *Pediatr Integr*. 2011;15:54–60.
34. Alfonso EP, Bernal DH. La enfermedad diarreica aguda. *Rev Cuba Pediatría [Internet]*. el 5 de diciembre de 2019 [citado el 5 de mayo de 2023];91(4). Disponible en: <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/928>
35. Ponce JKP, Tapia SCR, Gaibor AAV, Peralta D armando D. Terapia de hidratación parenteral en pediatría. *RECIMUNDO*. el 12 de febrero de 2020;4(1):162–72.