



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR  
SOLEDAD NATALI ATAUCUSI PORRAS

ASESOR  
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

LIMA , PERÚ  
2021



**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 MÉDICA EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN  
2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**SOLEDAD NATALI ATAUCUSI PORRAS**

**ASESOR**

**DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. José Enrique Villarreal Palomino

**Miembro:** Dr Víctor Wilfredo Ontón Reynaga

**Miembro:** Dr. Edilberto Temoche Espinoza

## **DEDICATORIA**

A mi familia, por el apoyo arduo e incondicional de cada uno.

Soledad Natali Ataucusi Porras

## INDICE

<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria:</b>	iii
<b>Índice</b>	iv
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Cirugía	1
1.2 Ginecología.	4
1.3 Medicina	6
1.4 Pediatría	7
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	10
2.1 Del Establecimiento de Salud	10
2.2 De la Inducción al trabajo de internado médico	11
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	12
3.1 Cirugía	13
3.2 Ginecología	15
3.3 Medicina	17
3.4 Pediatría	18
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	21
<b>CONCLUSIONES</b>	24
<b>RECOMENDACIONES</b>	25
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	26
<b>ANEXOS</b>	29

1. Reacciones inmediatas y tardías en niños con alergia a la proteína de leche de vaca	30
2. Lista de abreviaturas	31

## RESUMEN

El internado es parte de la carrera de medicina humana se desarrolla en el último año del pregrado, de carácter práctico y tiene como propósito la integración y consolidación de todas las competencias adquiridas previamente por el estudiante durante su proceso formativo, el interno se enfrenta a una situación real del ejercicio profesional y bajo la supervisión de un coordinador o asistente de la sede hospitalaria. Esto facilita en el estudiante ser parte activa en la atención de pacientes asignados bajo supervisión de un tutor, cuya finalidad tiene poner en práctica el ejercicio de la práctica asistencial que deberá realizar en el futuro de forma autónoma establecer: medidas preventivas, diagnóstico oportuno, tratamiento ideal y rehabilitación de los problemas de salud que los usuarios de salud del establecimiento demanden.

Actualmente en el contexto de la pandemia de la Covid19, los internos de medicina han visto alteradas la forma cómo se desarrollaba clásicamente el internado, obligando a variar desde las sedes de estudio hasta la forma del contacto con los pacientes y tutores.

Pese a las dificultades que hoy representan las medidas de aforos, y horarios, éste año ha dejado una experiencia única y particular sobre la conducción de los estudiantes de medicina en el contexto de una emergencia sanitaria en el país mientras se atraviesan una pandemia de altos costos sanitarios, sociales y económicos en pleno siglo XXI.

## **ABSTRACT**

The internship is part of the human medicine career is developed in the last year of undergraduate, practical in nature and its purpose is the integration and consolidation of all the skills previously acquired by the student during their training process, the intern faces a real situation of professional practice and under the supervision of a coordinator or assistant from the hospital headquarters. This makes it easier for the student to be an active part in the care of assigned patients under the supervision of a tutor, whose purpose is to put into practice the exercise of the care practice that he will have to carry out in the future autonomously, establish: preventive measures, timely diagnosis, treatment ideal and rehabilitation of the health problems that the health users of the establishment demand.

Currently, in the context of the Covid19 pandemic, medical interns have seen altered the way the internship was classically developed, forcing them to vary from the study sites to the form of contact with patients and tutors.

Despite the difficulties that today represent capacity and schedule measures, this year has left a unique and particular experience on the driving of medical students in the context of a health emergency in the country while going through a high-cost pandemic health, social and economic in the XXI century.

## INTRODUCCIÓN

El puesto de salud en la que se realizó el internado médico fue el “Hospital de Huaycán”, categorizado como establecimiento de II nivel de atención, perteneciente al MINSA, con miras a ser un hospital de mayor complejidad, que cuenta con los 4 servicios básicos implementados (1).

El internado médico inició un 28 de diciembre de 2020, con charlas de bioseguridad, encargado por el área de enfermería, una inducción por parte del director, quien primero nos mostró cada servicio del hospital y brindó recomendaciones generales, como el estar atento a cada indicación de nuestros médicos asistentes, ya que se convertirían en nuestros guías en el camino del internado.

La pandemia de COVID-19, ha causado un impacto enorme a nivel sanitario y económico; como también ha modificado la práctica y educación médica, las actividades académicas se han visto reducidas, por otro lado, aceleradas a comparación de la rotación inicial. Polarizando la situación, nos enseñó a valorar cada minuto en el hospital, ya que a más tiempo de estadía en el hospital mayor conocimiento era el que ganabas. No cabe duda de que este año, se ha convertido en el más complicado para todos los profesionales de la salud y llevó a flote la deficiencia de nuestro sistema de salud a nivel nacional, ante la cual muchos de los médicos aprendieron a adaptarse e incluso a cubrir un área más de lo programado.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico, ha sido indispensable para integrar y fortalecer los conocimientos que se adquirieron durante los ciclos teóricos previos en la universidad, además de la oportunidad de estar en contacto permanente con los pacientes, lo que permite analizar los síntomas y signos y así llegar a un buen diagnóstico. Si bien existen diferencias sustanciales entre sedes hospitalarias, ya sea por el nivel de atención o por la cantidad de pacientes que se atienden a diario en todas las áreas.

Durante la estadía en el hospital, se logró aprender estrategias en cada servicio, como confirmar los signos patognomónicos de ciertas enfermedades, también el sistema de atención de pacientes, tanto en emergencia como en hospitalización y consultorio.

### **1.1 Cirugía**

#### **Caso 1**

Paciente varón de 16 años, ingresa a emergencia refiriendo malestar general acompañado de dolor en abdomen a nivel de hipocondrio derecho, con irradiación a región lumbar, que aparecía durante las mañanas hasta noche. Niega fiebre, vómitos y pérdida de peso.

**Antecedentes familiares y personales:** no relevantes.

**EXÁMEN FÍSICO:** AREG, AREH, AREN

No palidez, llenado capilar <2”

**CV:** ruidos cardíacos rítmicos con intensidad adecuada, no soplos perceptibles

**TyP:** murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

**Abdomen:** globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, sin dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales, no masas.

**SNC:** orientada, despierta.

**EXAMEN DE LABORATORIO:**

- Hemoglobina: 12.8
- Hemograma: Leu: 9400 Hb:12.2 mg/dl Hto: 37 % Plaquetas: 310000 Aba 8 %.
- Prueba rápida Covid-19 IgM - IgG (NR)
- Perfil hepático: BT: 1.70, BD: 1.1, BI: 0.6, FA: 110; TGO: 17; TGP:19; GGT: 110; albúmina en 310.
- Coprocultivo en heces negativo
- Ex de orina: claro, densidad:1019mg/mL, leu 2-4 x campo, células epiteliales regular cantidad, gérmenes negativos, nitritos negativos, cilindros hialinos

**Ecografía abdominal:** Se visualiza hígado conservado en tamaño y estructura, no se descubren lesiones focales ni difusas. Vesícula 8x10cm, de paredes normales, se evidencia imagen hiperrefringente de 10.5mm. Riñones: no se evidencia litiasis.

**DIAGNÓSTICO:** litiasis vesicular

## **Caso 2**

Paciente de 11 años, ingresa al servicio de emergencia de cirugía, refiriendo dolor abdominal que persiste y empeora, agrega vómitos. Niega fiebre y deposiciones diarreicas. Paciente ingresa a sala de observación presenta

hemograma y ex. de orina, sin alteraciones patológicas, por lo que al término de 7 horas se decide alta. Tras llegar a su casa, presenta nuevamente dolor abdominal persistente, en hemiabdomen inferior, que se va localizando progresivamente en fosa iliaca derecha, madre refiere que presentó un vómito de contenido alimentario.

**Antecedentes:** Gastroenteritis aguda hace 8 semanas con coprocultivo negativo. Asmático sin tratamiento de mantenimiento. Esquema de inmunizaciones completas para la edad. Alergias: niega

**Examen físico:** AREG, AREN, AREH T°:37,1°C. FC: 100 FR:19.

**Piel:** Tibia, hidratada, elástica. llenado capilar <2" palidez+ /+++; sin exantema, ni petequias.

**CV:** ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

**Aparato respiratorio:** murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin signos de distrés. Abd: ruidos hidroaéreos (disminuidos), blando, depresible, Blumberg (-), Murphy (-), algo de peritonismo en la palpación en FID. ORL: no congestiva, sin exudados., no signos de irritación meníngea.

Paciente ingresa a observación, donde se acentúa migración del dolor hacia fosa ilíaca derecha, persiste dolor tipo cólico, se agrega pérdida del apetito.

En la reevaluación: Dolor abdominal en la palpación profunda en cuadrante inferior derecho Murphy (-); McBurney (+); Blumberg: (-). Valsalva: (+). Psoas: (-). No visceromegalias, no masas. PPL (-)

Se realizan exámenes de control: se evidencia aumento de PCR y leucocitosis con desviación izquierda.

**DIAGNÓSTICO:** Apendicitis gangrenosa perforada.

## 1.2 Ginecología.

### Caso 3

Mujer de 25 años, FUR hace 12 semanas. Llega emergencia por sangrado transvaginal. Manifiesta que hace 5 semanas presentó vómitos alimentarios que llegaron ser biliosos, generándole pérdida de peso; manifiesta haber tenido escasos sangrados transvaginales, sin dolor, que cedieron espontáneamente hasta en 3 ocasiones. El sangrado por el cual consulta es de regular cantidad, de dos días de evolución que no ha cedido, acompañada de dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, que se irradia a región lumbosacra y manifiesta que observó expulsión una bola de aspecto acuoso por vía vaginal.

**Al examen físico:** AMEG, AMEN. AREH PA: 90/65 mmHg. FC: 115 por min. FR 18 por min. T°: 36.8°C

**Piel:** Tibia, hidratada, elástica. Palidez ++/+++.

**Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

**T y P:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: doloroso con fondo uterino a 1cm de cicatriz umbilical, no se ausculta LCF, sin signos peritoneales. **Genitourinario:** tacto vaginal: cérvix blando, se evidencia coágulos en canal vaginal oscuros de regular cantidad. PPL (-) PRU (-).

**SNC:** Paciente se encuentra lúcida, ubicada en tiempo espacio y persona. EG: 15puntos, sin signos de focalización

**Exámenes auxiliares:** b-HGC: 345000 mUI/mL Hma: Hb:8.5g/dL Leu:8500 PQT: 310000. EcoTV: no se observa producto, y se observa imagen heterogénea quística patrón en “tormenta de nieve”.

#### **Caso 4**

Mujer de 29 años, puérpera de 5 días post parto vaginal que ingresa a emergencia refiriendo fiebre de hasta 39.2°, desde hace 02 días. Sin antecedente obstétrico de importancia. Niega flujo vaginal, disuria, o síntomas urinarios. Antecedentes personales: niega. No RAM. Niega medicación habitual. G3 P2012

**Examen físico:** AREG, AREN. AREH PA: 110/85 mmHg. FC: 84 por min. FR 18 por min. T°: 38.1°C

**Piel:** Caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar <2”.

**Mamas:** blandas secretoras, sin signos de flogosis

**Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

**Tórax y pulmones:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

**Abdomen:** blando y depresible se palpa útero involucionado algo doloroso, sin signos peritoneales.

**Genitourinario:** loquios serohemáticos con ligero mal olor. PPL (-) PRU (-) Episiorrafia en buen estado sin signos de flogosis

**SNC:** Paciente se encuentra lúcida, ubicada en tiempo espacio y persona. EG: 15puntos, sin signos de focalización

**Exámenes auxiliares:** Ex de orina leucocitos 10-15 x campo, eritrocitos 2-4 x campo, nitritos (+), cel epiteliales regular cantidad.

**Ecografía TV:** útero involucionado sin signos ecográficos de endometriosis. Ante los resultados se recogió urocultivo.

**Diagnostico:** Infección del tracto urinario no complicada (fiebre puerperal)

**Manejo:** antibioticoterapia con cefuroxima 250mg dos veces al día por 5 días, y acetaminofén 500 mg cada 8 horas condicional a fiebre.

### 1.3 Medicina

#### Caso 5

Paciente varón de 49 años con un tiempo de enfermedad de 3 días que acude al hospital por emergencia refiriendo presentar dolor tipo cólico difuso en hemiabdomen superior de intensidad 7/10EVA, no irradiado, que no cede a la ingesta de analgésicos. Antecedentes personales: obesidad grado I RAM: niega, Alergias: niega. Refiere náuseas, y llegó a vomitar en 2 ocasiones, sensación de llenura, pérdida del apetito. Deposiciones: color y consistencia habitual.

**Al examen físico:** AREG, AREH, AREN, con PA 135/80 mmHg, T° 37.1°C, FC: 105 x minuto, SatO<sub>2</sub>: 99%.

**Piel:** T/H/E. Llenado cap.<2", no cianosis, no palidez.

**CV:** ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

**Tórax:** MV pasa bien en ambos pulmonares, sin rales.

**Abdomen:** Ruidos hidroaéreos presentes, distendido, timpánico. Dolor difuso a la palpación superficial y profunda. Murphy y Blumberg negativos no signos peritoneales.

**SNC:** LOTEP, Glasgow 15.

**Exámenes auxiliares:** Hemograma: Leuco 10200/mm<sup>3</sup>, Neutrófilos 52.1, PCR 3.50 mg/dl, Urea 43 mg/dl, amilasa 390; una ecografía abdominal No líquido libre, cálculos múltiples en vesícula biliar. Páncreas leve aumento de tamaño con signos de hiperecogenicidad. Por lo que se hospitaliza con el diagnóstico de pancreatitis aguda.

#### Caso 6

Paciente de sexo femenino de 71 años, acude regularmente a consultas programadas del CS cada 3 meses para control clínico de su patología crónica

(enfermedad de Graves-Basedow), sin tener incidencias a la fecha. Particularmente la paciente manifiesta alteraciones en su presión arterial, por lo que acude a emergencia. Ingresó con cifras de 170/110 mmHg, acompañado de dolor de cabeza y “nerviosismo”.

**Antecedentes familiares:** padre falleció por ACV a los 74 años.

**Antecedentes personales:** HTA, DM2, hemitiroidectomía derecha debido a nódulo hipercaptante (hace 20 años aprox.). Medicación habitual: glipizida 5mg c/24h, metformina 850 mg c/24h, enalapril 20 mg/12h, furosemida 40 mg/24h, atenolol 50 mg/24h, simvastatina 10 mg/24h, calcio/colecalciferol. Niega RAM.

**Examen físico:**

AREH, AREN, ARG: PA: 165/100 mmHg. FC: 105 por min. FR 18 por min. T°: 37,7°C, SatO<sub>2</sub>: 98%, Piel: Caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar <2”.

**Cardiovascular:** ruidos cardíacos rítmicos regulares de buena intensidad, frecuencia aumentada, no soplos.

**TyP:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda ruidos hidroaéreos presentes.

**Genitourinario:** sin alteraciones. PPL (-) PRU (-).

**SNC:** Paciente se encuentra lúcida, ubicada en tiempo espacio y persona. Glasgow 15. No focaliza

**Exámenes de apoyo:**

- EKG: FC: 105lpm, en ritmo sinusal, eje cardíaco normal, PR 120 ms, QRS estrecho, RR constante, sin bloqueos de rama.

**1.4 Pediatría**

**Caso 7**

Acude a la emergencia del EESS madre de lactante menor con tiempo de vida 45 días, en lactancia materna exclusiva hasta hace unos días, que debido a

limitación económica debe salir a trabajar y manifiesta que paciente, tras tomar lactancia con fórmula maternizada presentó urticaria generalizada. Niega vómitos, pero presenta deposiciones más pastosas que lo habitual. En total 41 días en LME, se mantiene regurgitación y ganancia ponderal adecuada.

**Antecedentes prenatales:** embarazo sin complicaciones y parto eutócico. Apgar 9' - 10'. Peso al nacer: 3785 gr talla:49cm

**Antecedentes familiares:** madre con dermatitis atópica.

**Examen físico:** AREG, AREN, ABEH

**Piel:** tibia elástica, hidratadas se observa erupción cutánea maculopapular generalizado.

**CV:** ruidos rítmicos, no soplos audibles;

**TyP:** murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados; abdomen: leve distendido, blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas, no visceromegalia. Buena tolerancia oral:

**LABORATORIO:**

- Rx inflamatoria en heces: negativo, leucocitos:5 x campo. Hemograma  
Hb:13.5 g/dL Leuc: 10000 Pqt: 280000

**DIAGNÓSTICO:** alergia a las proteínas de la leche de vaca.

## **Caso 8**

Varón de 11 meses de vida es traído a EMG del Hospital de Huaycán por presentar "manchas rojizas" difusas. Madre refiere que una semana antes del ingreso el lactante presentó resfriado y presentó Temperatura de 38.5°C, el cuadro duró 5 días y posterior a eso aparecieron la manchas.

**Examen Físico:** FC: 98x' FR: 18x' SatO2: 98% T:37.1°C Peso: 5.400kg

**Piel y faneras:** Tibia, hidratada y elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos. Se observa exantema maculopapular rosado en rostro, tronco y extremidades superiores, si signos de descamación.

**TyP:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

**CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

**Abdomen:** Blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaéreos (+).

**SNC:** despierto, activo, movimientos espontáneos, no signos de focalización. No signos meníngeos.

**Diagnóstico:** Exantema Súbito

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

### **2.1 Del Establecimiento de Salud**

La autora realizó su internado a inicios de enero del 2020 adjudicó plaza en el Hospital de Huaycán que tiene administración d por parte del Minsa, es un establecimiento de salud con internamiento categorización II-1 que se ubica en avenida José C. Mariátegui S/N 42 Ate-Lima-Lima, cuenta con 84 ambientes y 53 camas hospitalarias, realiza teleconsultas con su centro consultante un hospital del Nivel III Hospital Nacional Hipólito Unanue, es parte de la Diris Lima Este, tiene una atención de 24 horas y su grupo objetivo lo constituye toda la población en general.

El establecimiento pese a su nivel de resolución, cuenta con una oferta de especialidades que contribuyen al buen funcionamiento y abordaje de los problemas de salud.

Puesto que el retorno a las actividades del internado a mediados de octubre, contrajo una nueva serie de condiciones que mejoraron las condiciones en las que el interno de medicina realizaba sus actividades, se pudo incluso ofrecer plazas en el primer nivel de atención, pese a ello la autora optó por mantener su plaza en un establecimiento que ofreciera mayores oportunidades de aprendizaje.

## **2.2 De la Inducción al trabajo de internado médico**

Al inicio de las actividades, antes de enero del 2020, la autora recibió capacitación en los hospitales respectivos en relación con las actividades y obligaciones y conducción normal del interno durante todo el período a esperar, así como capacitación en temas de bioseguridad y patologías recurrentes en la práctica hospitalaria.

Se tuvo la oportunidad que los tutores y los internos salientes brinden un recorrido de las instalaciones del hospital.

Al regreso de las actividades, en el mes de octubre o previas a estas, la universidad se encargó de dar una jornada de capacitación en bioseguridad, así como instrucciones en las bases fisiopatológicas del Covid19 y como ello influiría en las nuevas actividades académicos profesionales de cada interno en los diferentes niveles de atención para lo cual se usaron videoconferencias que fueron al final evaluadas por cada profesor.

### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

En cuanto al desarrollo profesional como interno, uno cuenta con los conocimientos previos de pregrado, lo cual se contrasta en cada paciente, que es un caso clínico, analizado y debatido junto con los asistentes, quienes nos orientaron usando la norma técnica del Minsa. También hemos usado revistas españolas u otros artículos con buena evidencia. La visita médica, fue otro método de aprendizaje, donde se examinaba a los pacientes y cada asistente a su manera, nos guiaba la relación médico-paciente, como relatar una historia clínica, la correcta manera de evaluar a cada paciente y como llegar a un diagnóstico preciso. De manera particular, aprovechábamos cada caso clínico para buscar información verídica y así complementar la información de nuestros asistentes. Otras de las metodologías fue la presentación de temas puntuales junto con un caso clínico de referencia, lo cual era expuesto por un interno determinado e integrado por la experiencia profesional de cada médico. Asimismo, cada asistente manejaba un artículo para la terapéutica de ciertas patologías, como también nos brindaban un balotario de preguntas lo cual era evaluado y reforzado en su momento y así tener un panorama general de conocimientos.

### 3.1 Cirugía

#### Caso 1

Generalmente, entre 0.13-0.22% es la incidencia que se estima para poblaciones jóvenes, llegando en algunas series hasta en un 1.9%. Este aumento puede ser atribuido al mayor uso de estudios ecográficos, acompañado más por un aumento en la incidencia de enfermedades metabólicas como la diabetes y obesidad infantil, y por la propia dieta que acompañan en estas poblaciones muchas veces con tendencia lalitogenicidad.

A pesar de ello, cada grupo tiene una serie de factores asociados. En el caso de los lactantes, se encuentran la nutrición parenteral, cirugía gastrointestinal previa, cardiopatía congénita, anomalías congénitas hepatobiliares, y la prematuridad.

En el caso de los adolescentes que llegan a ser cerca del 70% de los casos, los factores más comunes son la obesidad sexo, raza, genética y la presencia de enfermedades hemolíticas.

Por otro lado, de los niños con litiasis biliar hasta un 40% se presentan asintomáticos. La litiasis biliar sintomática no complicada se presenta con episodios ocasionales de cólicos biliares, constituidos por dolor de inicio brusco, pero localizado en epigastrio o cuadrante superior derecho que incrementa de intensidad, llegando a durar hasta 3 horas y pudiendo ceder espontáneamente(1). La colecistolitiasis con síntomas llega a complicarse con colecistitis aguda o crónica, y coledocolitiasis pudiendo convertirse en pancreatitis biliar, inclusive colangitis(2).

El Manejo de elección para la patología de litiasis vesicular sintomática es el abordaje quirúrgico con colecistectomía laparoscópica(3). Y en el caso de la colecistolitiasis asintomática, que no cursa con trastornos vasculares, se indica la colecistectomía cuando cálculo > 2 cm, puesto que tienen baja probabilidad de resolución espontánea y riesgo de malignización.

## Caso 2

En los niños muchas veces se hace difícil determinar la existencia de un abdomen agudo quirúrgico, la alternativa siempre será el seguimiento bajo vigilancia de evolución clínica y la pertinencia y solicitud de exámenes complementarios, una de ellas y de importancia es la Eco-transabdominal, la cual va a permitir disminuir la existencia de otras patologías, y servirá para conformar la unidad clínica más apropiada. Asimismo, se dispone de un score de apendicitis en pediatría (PAS) (4) el  $PAS \leq 3$  sugiere un riesgo bajo, en tanto un  $PAS > 7$  tiene una especificidad del hasta un 93%. La puntuación de Alvarado no confiere precisión en el diagnóstico de apendicitis en poblaciones pediátricas(5,6).

Vale precisar que en muchos casos es hallar un 57% de casos en estadio de enfermedad avanzada niños  $< 7$  años. Esto puede ser entendido por la sintomatología inespecífica en niños pequeños, lo que genera retraso en el diagnóstico. Se recomienda que los niños con apendicitis temprana se sometan a una apendicectomía laparoscópica en lugar de una convencional (7).

Algo que se debe precisar es que todo paciente que tiene diagnóstico clínico de apendicitis temprana deberá ser programado para una apendicetomía de vía laparoscópica de preferencia, y recibirá hidratación analgesia y antibióticos, siendo en principio profiláctica y si progresa a AA avanzada, se procederá a una antibioticoterapia.

## 3.2 Ginecología

### Caso 3

La mola hidatiforme (MH) es parte de un grupo de enfermedades clasificadas como enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), que resultan de una fertilización aberrante y tienen el potencial de invadir localmente el útero y hacer metástasis. Se clasifica como mola completa o mola parcial. Se han identificado dos principales factores de riesgo de ETG: los extremos de la edad materna (más de 35 años o menos de 20) y ETG anterior.

La HM se presenta con una concentración sérica elevada de b-hCG y a menudo se acompaña de sangrado vaginal, útero agrandado y malestar pélvico.

La apariencia ecográfica clásica de una mola completa es una masa central heterogénea con numerosos espacios anecoicos discretos (denominados "patrón de tormenta de nieve o queso suizo").

El tratamiento se centra en la extirpación quirúrgica de la MH es el y puede lograrse mediante evacuación uterina vía legrado o histerectomía(8). Para la mayoría de las pacientes, se prefiere la evacuación uterina quirúrgica porque es eficaz, preserva la capacidad de volver a gestar y conlleva a menos morbilidades. La histerectomía es una alternativa razonable para las pacientes que han completado la maternidad, particularmente aquellas con factores de riesgo para malignizar

Al final del tratamiento quirúrgico de la HM, se debe diseñar un seguimiento con mediciones seriadas del nivel de hCG hasta que se documenten niveles indetectables. Un nivel estancado o en aumento indica ETG, que se trata con quimioterapia(9,10).

## Caso 4

Es indispensable tener claro los diagnósticos etiológicos de una fiebre puerperal y así disminuir el tiempo de inicio del tratamiento y así mejorar su pronóstico(11). Por lo que haremos una revisión de ello

- IHO: Las infecciones perineales y la posterior ruptura de laceraciones o episiotomías reparadas se localizan en la piel y el TCSC adyacente. En el examen, el área presenta aumento de volumen y eritematosa con un exudado purulento. El manejo consiste en abrir la herida, drenaje, irrigación y desbridamiento de material extraño y/o tejido necrótico. Los antibióticos se usan cuando se evidencie celulitis.

- Mastitis puerperal: se presenta como un área firme, roja y sensible de la mama con temperatura superior a los 38.5 ° C. De presentarse una zona más sensible y fluctuante es más sugerente de un absceso. Pueden presentarse molestias sistémicas que incluyen mialgia, escalofríos y malestar general. El diagnóstico diferencial incluye conductos obstruidos, galactoceles y, en raras ocasiones, cáncer de mama inflamatorio. El abordaje es médico consiste en calor en la zona afectada, analgésicos – antiinflamatorios, antibióticos(12), de ser un absceso, va requerir un drenaje.

- ITU: aparecen a las 72 horas del parto, cursa con síntomas de la cistitis incluyen disuria, frecuencia, urgencia, dolor suprapúbico y / o hematuria, pero no fiebre si la infección se aísla a la vejiga. La pielonefritis puede asociarse con cistitis, pero se caracteriza por fiebre (> 38 ° C), escalofríos, dolor en el costado, sensibilidad en el ángulo costovertebral y náuseas / vómitos. Se asocia a sondajes durante el periodo del parto, partos prolongados y la anestesia epidural pues contribuye a la retención urinaria. El diagnóstico definitivo consiste en recoger un urocultivo previa instauración del tratamiento antibiótico empírico.

- Endometritis: Cursa con fiebre posparto, taquicardia, aumento de temperatura, dolor en la línea media del abdomen inferior y sensibilidad uterina. El diagnóstico es clínico y se basa en gran medida en la presencia de fiebre posparto que no puede atribuirse a otra etiología después de una

anamnesis y un examen físico completos, rara vez se realizan cultivos. Se trata con antibióticos de amplio espectro.

### **3.3 Medicina**

#### **Caso 5**

La pancreatitis aguda es las patologías de más relevancia en el abordaje del abdomen agudo médico, por la importante tasa de mortalidad(13). La causa más común de pancreatitis aguda es la colelitiasis llegando hasta en un 50% de los casos, seguido del alcoholismo crónico. Muchos pacientes presentan un inicio brusco con dolor abdominal en hemiabdomen superior de forma intensa y persistente. En pacientes con pancreatitis por litiasis biliar, el dolor se localiza de forma clara y la aparición es rápida, presentando una intensidad pico a los 15 minutos en promedio. El dolor en banda suele presentarse hasta en un 50% de pacientes.

Para lograr el diagnóstico de pancreatitis aguda se necesita de la presencia de al menos dos de los criterios: Amilasa y/o lipasa elevados que tripliquen valores normales; dolor abdominal agudo súbito, persistente, en epigastrio, que puede irradiar, hallazgos en imágenes por TAC o RM(14).

El manejo de esta patología va a estar sujeta a la severidad del cuadro que el paciente refiera, así como la presencia de complicaciones, por lo que se va a centrar la acción en tres ejes fundamentales: fluidoterapia, puesto que es una entidad que suele curar con FMO precedido de un estado de sepsis per sé, la analgesia y el soporte nutricional.

En casos de pancreatitis leve, la recuperación es precoz, por lo que se puede comenzar una dieta blanda dentro de las 24 horas según se tolere y si el dolor está disminuyendo; en pacientes con pancreatitis grave, las guías

recomiendan nutrición enteral a través de una SNY en lugar de iniciar la nutrición parenteral. Por otro lado, en la pancreatitis causada por litiasis biliar, se debe recurrir a una CPRE dentro de las 24 primeras horas y la esfinterotomía para pacientes con colangitis(15). La colecistectomía se efectuará al final de la recuperación de la pancreatitis en todos los pacientes operables con pancreatitis por cálculos biliares(16).

## **Caso 6**

El caso presentado corresponde a un paciente que sufre descompensación en el contexto de una patología crónica en tratamiento continuo(17), fue correcto el seguimiento que se le hizo en el primer nivel de atención, ya que se le pudo evidenciar alteración en la PAS 170 mmHg y PAD 100 mmHg. Debido a eso fue idóneo que se le realice un ajuste de dosis para mejorar el control de la PA, se agrega atenolol 50 mg c/12h y se aconsejan medidas preventivas para buscar cambios de estilo de vida y mejorar el riesgo cardiovascular(18).

Se muestran los controles del hipertiroidismo: TSH 0.011 uUI/ml T4 libre 2.84 ng/dl. Asimismo, se inicia manejo con tiamazol 5 mg 0.5 c/24h. Sin embargo, sus niveles de presiones se mantenían elevados por lo que acude a emergencia del Hospital de Huaycán. Se opta por agregar amlodipino 5 mg c/24h. Adicional a ello paciente informa que presentó insomnio de conciliación, que relaciona con el difícil manejo de su hipertensión. Por lo que se opta por agregar un benzodiacepina, clonazepam 0.5 mg/24h por las noches(19)

## **3.4 Pediatría**

### **Caso 7**

Se presenta caso de niño con alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) recomienda continuar con dieta exenta en proteínas de leche de vaca afecta

aproximadamente al 2% de niños menores de cuatro años y disminuye los niños mayores(20). El cuadro clínico llega a ser inespecífico, por lo que resulta ser un reto su diagnóstico.

Existen dos tipos fundamentales la APLV mediadas por IgE (anexo 1) se producen inmediatamente, después de la ingestión de minutos escasas horas. Se pueden presentar con signos y síntomas cutáneos, respiratorio superior e inferior, orofaríngeos, gastrointestinales o cardiovasculares(21). Y la APLV no mediadas por IgE por lo general tienen un inicio retrasado más allá de dos horas de la ingestión.

Se indicó un antihistamínico por vía oral, con evolución favorable, con buen apetito y respectiva ganancia ponderal, se solicitó reevaluación posterior. Se espero una reevaluación a los 18 meses, se indica Test de Prick siendo positivas para leche, caseína alfa lactoalbúmina y beta lactoglobulina, debido a ello se opta por una dieta libre de alérgenos

Cabe precisar que en nuestro EESS no se cuentan con las pruebas diagnósticas para precisar el cuadro(22), por lo que muchas veces se atienden con medidas higiénico dietéticas, orientadas a disminuir los desencadenantes, en el lactante incluso restringiendo el consumo de lácteos por la madre, a fin de disminuir las trazas.

## **Caso 8**

Se presenta caso de roséola infantil conocida como exantema súbito, sexta enfermedad, exantema crítico y fiebre de tres días; es un síndrome clínico caracterizado por tres a cinco días de fiebre alta que se resuelve abruptamente y va seguido del desarrollo de una erupción. Los agentes etiológicos más asociados son el HHV-6 el HHV-7, enterovirus (*coxsackievirus A y B, echovirus*), *adenovirus* y *virus parainfluenza* tipo 1(23,24). La mayoría de los casos de roséola ocurren esporádicamente, sin exposición conocida

Este síndrome se presenta partiendo con una fiebre que alta que puede superar los 40 ° C y dura de tres a cinco días. La fiebre suele ir acompañada de irritabilidad, aunque la mayoría lo suele pasar sin mucho malestar, se les encuentran activos y alerta(25). Se desarrolla una erupción macular o maculopapular que palidece, que comienza en el cuello y el tronco y se extiende a la cara y las extremidades. En ocasiones, la erupción es vesicular. Por lo general, no es pruriginosa y suele persistir durante uno o dos días, pero en ocasiones puede aparecer y desaparecer en un plazo de dos a cuatro horas

En la mayoría de los casos es una enfermedad benigna y autolimitada. El tratamiento es sintomático y orientado a evitar complicaciones de persistir una fiebre alta, en el contexto de un niño con antecedentes de convulsión febril, la erupción se resuelve sin tratamiento. La mayoría de los niños con roséola se recuperan espontáneamente sin secuelas.

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

Iniciar la rotación antes de la pandemia, fue una experiencia con altos índices de aprendizaje y cumpliendo las expectativas esperadas, se inició con el servicio de pediatría, pero también incluía neonatología, donde el jefe del servicio dio un horario establecido, el cual se tenía que cubrir hospitalización, tópico de emergencia y consultorio. Además, contábamos con exposiciones de temas usuales y de casos clínicos, que eran presentados por los internos cada semana. En cuanto a los procedimientos y cálculo de dosis, la primera semana fue guiada y supervisada por nuestros asistentes, luego ya no necesitamos de mucho control. Un punto importante del internado fue la puntualidad y el cumplimiento de las horas establecidas, ya que esto ayudaba a tener una mejor organización entre los internos, y así poder cumplir a tiempo las evoluciones y monitoreo de los pacientes. Asimismo, se entendió de que en el campo se logra aprender mucho más que en la teoría, ya que, lo que se ve queda plasmado en los internos, por ejemplo, en pediatría, que fue el primer servicio de rotación, llegaron varios pacientes con intoxicación por organofosforados, presentando síndrome muscarínicos; lo cual interactuar con el paciente de manera presencial, sirve de ayuda para el reconocimiento en las siguientes ocasiones, lo otra practica que sumó al desempeño fueron la asistencia a los consultorios, ya que muchos pacientes venían por un mismo diagnóstico y el cálculo de dosis pediátrica se volvió una destreza.

Durante la llegada de la Covid-19 al Perú, se tomaron medidas de bioseguridad ante cualquier caso sospechoso y se continuo el trabajo con normalidad, hasta el día en que se suspendió el internado.

La reanudación del internado fue de manera progresiva, repartiéndose en dos grupos, donde se asistía cada 15 días, con un horario reducido y 3 guardias al mes, el regreso tomo su tiempo por motivos de coordinación entre SUNEDU y la universidad, a su vez fue dificultoso por los meses sin practica y más en un nuevo servicio, no regresaron todos, ya que algunos decidieron renunciar y otros asistir a centros de salud cerca de su domicilio. En el caso de los internos del hospital de Huaycán, no hubo problema en regresar al mismo centro de salud ya que el director aceptó el regreso, lo cual no sucedió en hospitales de mayor complejidad donde no aceptaron el retorno de los internos, ya que no quisieron aceptar responsabilidad de contagio de algún interno.

Por otro lado, en cuanto al servicio de cirugía, el tiempo de rotación quedo muy corto, ya que incluía rotar también por traumatología, urología y oftalmología. Se tenía un horario para cada área, pero muchas veces no se lograba ingresar a sala de operaciones porque las oportunidades de una cirugía de emergencia eran pocas y el horario limitado no lo permitía.

En el caso de medicina interna, que es un área extensa, que cubre muchas patologías, se tuvo la oportunidad de tener asistentes muy dedicados y minuciosos en la clínica y la anamnesis, en emergencia cubríamos de dos hasta tres internos ya que el ingreso de pacientes era regular y las patologías frecuentes fueron: dolor abdominal, cefaleas, intoxicación alimentaria e hiperglicemias. En hospitalización, el trabajo fue más calmado, se pudo hacer procedimientos como análisis de gases arteriales u otros, como también tramitar referencias y altas.

En nuestra última rotación que fue de gineco-obstetricia, el movimiento fue más tanto en emergencia como en hospitalización que incluye puerperio, centro obstétrico y patología. Aquí el trabajo fue más engorroso por el tema administrativo y el de llenar varios papeles, a la vez de estar monitoreando a las pacientes y estar atentos a cualquier parto, aquí también las obstetras

fueron guías y se trabajó en conjunto con las internas de su servicio. De igual forma se cree que el tiempo fue muy poco para lograr un aprendizaje básico del servicio, lo cual puede ser entendible por la situación que está pasando el país y solo queda adaptarse y buscar otras formas de aprendizaje.

## **CONCLUSIONES**

- El regreso al internado fue tardío, aproximadamente en Setiembre, por tema de organización y papeleos.
- El hospital de Huaycán brindó los elementos de protección personal básicos para poder laborar, algunos materiales como mandiles, mascarillas quirúrgicas y gorritos que al inicio se dieron semanalmente, luego cada día.
- Se dividieron en dos grupos, donde se asistía cada 15 días.
- Las rotaciones fueron de 2 meses por los servicios que restaban.
- Por el tema del Covid-19, no se logró complementar el aprendizaje, ya sea con exposiciones y presentaciones de caso clínico.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a los internos que ingresaran en estas fechas, utilizar de manera correcta los EPPs y maximizar las medidas de higiene, ya que el hospital es un gran foco de contagio y no se está realizando la prueba antígeno a todo aquel que ingresa a triaje. Se ha visto muchos compañeros que se han contagiado en el transcurso de la rotación, incluso hasta algunos llegaron a estar en UCI.
- Por otro lado, analizar los primeros días de asistencia, para que puedan ver el modo de trabajo y buscar otras medidas de aprendizaje.
- Considerar complementar las rotaciones en los centros de salud con horarios académico que incluyan exposiciones virtuales, por ejemplo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Minoli G, Imperiale G, Spinzi GC, Terruzzi V, Rigas B. Circadian periodicity and other clinical features of biliary pain. *J Clin Gastroenterol.* octubre de 1991;13(5):546-8.
2. Festi D, Sottili S, Colecchia A, Attili A, Mazzella G, Roda E, et al. Clinical manifestations of gallstone disease: evidence from the multicenter Italian study on cholelithiasis (MICOL). *Hepatology.* octubre de 1999;30(4):839-46.
3. Management of gallstones - UpToDate [Internet]. [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en:  
[https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST%2F104170&topicKey=GAST%2F673&search=colecistolitiasis&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST%2F104170&topicKey=GAST%2F673&search=colecistolitiasis&source=see_link)
4. Pediatric appendicitis score - UpToDate [Internet]. [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en:  
[https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=EM%2F62136&topicKey=EM%2F6479&search=apendicitis%20del%20adulto&rank=4~150&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=EM%2F62136&topicKey=EM%2F6479&search=apendicitis%20del%20adulto&rank=4~150&source=see_link)
5. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Med.* 28 de diciembre de 2011;9:139.
6. Meléndez Flores JE, Cosío Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. *Horizonte Médico (Lima).* enero de 2019;19(1):13-8.
7. Aziz O, Athanasiou T, Tekkis PP, Purkayastha S, Haddow J, Malinowski V, et al. Laparoscopic versus open appendectomy in children: a meta-analysis. *Ann Surg.* enero de 2006;243(1):17-27.

8. Padrón L, Rezende Filho J, Amim Junior J, Sun SY, Charry RC, Maestá I, et al. Manual Compared With Electric Vacuum Aspiration for Treatment of Molar Pregnancy. *Obstet Gynecol.* abril de 2018;131(4):652-9.
9. Wolfberg AJ, Berkowitz RS, Goldstein DP, Feltmate C, Lieberman E. Postevacuation hCG levels and risk of gestational trophoblastic neoplasia in women with complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol.* septiembre de 2005;106(3):548-52.
10. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet.* octubre de 2018;143 Suppl 2:79-85.
11. Kankuri E, Kurki T, Carlson P, Hiilesmaa V. Incidence, treatment and outcome of peripartum sepsis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* agosto de 2003;82(8):730-5.
12. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician.* 15 de septiembre de 2008;78(6):727-31.
13. Banks PA, Freeman ML, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* octubre de 2006;101(10):2379-400.
14. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* enero de 2013;62(1):102-11.
15. Fan ST, Lai EC, Mok FP, Lo CM, Zheng SS, Wong J. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. *N Engl J Med.* 28 de enero de 1993;328(4):228-32.
16. Aboulian A, Chan T, Yaghoubian A, Kaji AH, Putnam B, Neville A, et al. Early cholecystectomy safely decreases hospital stay in patients with mild gallstone pancreatitis: a randomized prospective study. *Ann Surg.* abril de 2010;251(4):615-9.
17. Abraham-Nordling M, Törring O, Hamberger B, Lundell G, Tallstedt L, Calissendorff J, et al. Graves' disease: a long-term quality-of-life follow up of patients randomized to treatment with antithyroid drugs, radioiodine, or surgery. *Thyroid.* noviembre de 2005;15(11):1279-86.
18. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid.* octubre de 2016;26(10):1343-421.
19. Tagami T, Yambe Y, Tanaka T, Tanaka T, Ogo A, Yoshizumi H, et al. Short-term effects of  $\beta$ -adrenergic antagonists and methimazole in new-

onset thyrotoxicosis caused by Graves' disease. Intern Med. 2012;51(17):2285-90.

20. Rona RJ, Keil T, Summers C, Gislason D, Zuidmeer L, Sodergren E, et al. The prevalence of food allergy: a meta-analysis. J Allergy Clin Immunol. septiembre de 2007;120(3):638-46.
21. Síntomas y signos de anafilaxia en bebés - UpToDate [Internet]. [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ALLRG%2F64957&topicKey=ALLRG%2F2386&search=alergia%20a%20la%20prote%C3%ADna%20de%20la%20leche%20de%20vaca&rank=1~150&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ALLRG%2F64957&topicKey=ALLRG%2F2386&search=alergia%20a%20la%20prote%C3%ADna%20de%20la%20leche%20de%20vaca&rank=1~150&source=see_link)
22. Specific IgE levels in the diagnosis of immediate hypersensitivity to cows' milk protein in the infant - PubMed [Internet]. [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11150010/>
23. Miyazaki Y, Namba H, Torigoe S, Watanabe M, Yamashita N, Ogawa H, et al. Monitoring of human herpesviruses-6 and -7 DNA in saliva samples during the acute and convalescent phases of exanthem subitum. J Med Virol. abril de 2017;89(4):696-702.
24. Stoeckle MY. The spectrum of human herpesvirus 6 infection: from roseola infantum to adult disease. Annu Rev Med. 2000;51:423-30.
25. Juretic M. Exanthema subitum a review of 243 cases. Helv Paediatr Acta. junio de 1963;18:80-95.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### 1. Reacciones inmediatas y tardías en niños con alergia a la proteína de leche de vaca

Reacciones inmediatas	Reacciones tardías
Anafilaxia	Dermatitis atópica
Urticaria aguda	Diarrea crónica, heces sanguinolentas, anemia por deficiencia de hierro.
Angioedema agudo	ERGE
Sibilancias	Estreñimiento, vómitos crónicos, cólicos.
Rinitis	Crecimiento deficiente
Tos seca	

## Anexo 2

### 2. Lista de abreviaturas

- AREG: aparente regular estado general
- AREH: aparente regular estado de hidratación
- AREN: aparente regular estado de nutrición
- CV: cardiovascular
- FC: frecuencia cardiaca
- FMO: falla multiorgánica
- FR: frecuencia respiratoria
- IHO: infección de herida operatoria
- PA: presión arterial
- PPL: puño percusión lumbar
- PRU: puntos reno ureterales
- Sat: saturación
- T y P: tórax y pulmones
- TCSC: tejido celular subcutáneo
- TAC: tomografía axial computarizada