

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL JOSE
AGURTO TELLO DE CHOSICA, EN EL CENTRO DE SALUD:
VIRGEN DEL CARMEN- LA ERA EN LOS MESES DE JUNIO
2022- MARZO 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
STEFANI NELLY ROSA AMORETTI HERMOZA

ASESOR
EDWIN LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA- PERÚ
2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL
JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA, EN EL CENTRO DE
SALUD: VIRGEN DEL CARMEN- LA ERA EN LOS MESES DE
JUNIO 2022- MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

STEFANI NELLY ROSA AMORETTI HERMOZA

ASESOR

M.E. EDWIN LLAJARUNA ZUMAETA

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mi asesor por apoyarme y darme aliento para continuar; sin sus consejos y su voz de aliento no hubiese podido culminar esta gran etapa de mi vida. A mis padres y hermanos por creer en mí y no permitir que me rinda en el camino. A mis amigas especialmente Kristel y Anny por su apoyo en los momentos más difíciles, gracias por ser parte de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos que han formado parte de mi vida y han influenciado en mi formación profesional

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE.....	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
CAPITULO II. CASOS POR ESPECIALIDAD.....	5
1.1 Rotación en Medicina Interna	5
1.1.1 Caso 1: Paciente JAPD varón de 85 masculino Procedente de Lurigancho, Chosica Lima	5
1.1.2 Caso 2: Paciente KGYA femenino de 40 años, procedente de Chaclacayo, Chosica. Lima	8
1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	11
1.2.1. Caso 1: Paciente MLV, femenina de 26 años, procedente de Moyopampa, Lurigancho. Lima.	11
1.2.2. Caso 2: Paciente SNRAH femenina de 27 años, procedente de Lurigancho Chosica.....	13
1.3 Rotación en Pediatría	16
1.3.1. Caso 1: Paciente RN RV masculino de 4 días de nacido, procedente de Lurigancho, Chosica, Lima.	16
1.3.2. Caso 2: Paciente JCEY masculino de 7 años, procedente de Lima, Ceres.....	17
1.4 Rotación en Cirugía	20
1.4.1. Caso 1: Paciente LJBP Masculino de 67 años procedente de Lima, Ate	20
1.4.2. Caso 2: Paciente JJH Femenino de 28 años procedente de Lima, Ate.....	23

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	28
Hospital Jose Agurto Tello - Chosica.....	28
Centro de Salud Virgen del Carmen La Era - Ñaña.....	28
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	29
3.1. Rotación en Medicina Interna.....	29
3.1.1. Caso 1: Neumonía aspirativa:.....	29
3.1.2. Caso 2: Celulitis.....	32
3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	35
3.2.1 Caso 1: Quiste de Bartolino.....	35
3.2.2. Caso 2: Aborto incompleto.....	37
3.3. Rotación en Pediatría.....	40
3.3.1. Caso 1: Ictericia neonatal.....	40
3.3.2. Caso 2: Enfermedad del arañazo de gato.....	43
3.4 Rotación en Cirugía.....	45
3.4.1. Caso 1: Hernia inguinoescrotal.....	45
3.4.2. Caso 2: Apendicitis aguda.....	48
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	53
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS.....	61

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA, EN EL CENTRO DE SALUD:	STEFANI NELLY ROSA AMORETTI HE

RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
13666 Words	77153 Characters

RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
69 Pages	600.0KB

FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Apr 17, 2023 9:31 AM GMT-5	Apr 17, 2023 9:32 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 publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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


Firma:
M. E. Edwin Luis Llojaruna Zumbeta
DNI: 40369884
ORCID: 0000-0003-0418-871X

<https://orcid.org/0000-0003-0418-871X>

RESUMEN

El internado es una experiencia inigualable para aquellos que aspiran a ser médicos, ya que marca la transición entre ser estudiante de medicina y convertirse en profesional de la salud. Durante este período se adquiere experiencia para poder salvar vidas, pero también se forma el carácter necesario para tomar decisiones cruciales en situaciones de emergencia. Además, el internado confirma la humanidad de aquellos que lo cursan. En este informe se describe la experiencia del internado realizado en el Hospital José Agurto Tello de Chosica entre junio y octubre de 2022, así como en el centro de salud Virgen del Carmen - La Era desde noviembre de 2022 hasta marzo de 2023.

Objetivo:

Detallar de manera exitosa las prácticas académicas en los servicios de pediatría, medicina interna, cirugía general y gineco-obstetricia durante los años 2022 y 2023, integrando los conocimientos teóricos en la práctica clínica y garantizando una formación integral en dichas especialidades.

Desarrollo:

Las prácticas se llevaron a cabo mediante la selección de casos clínicos en diversas especialidades, con el objetivo de aplicar los conocimientos teóricos en la práctica clínica. Además, se comparó el tratamiento de los casos clínicos en el hospital con las guías clínicas del Ministerio de Salud del Perú.

Conclusión:

Durante el internado, es fundamental llevar a cabo una ejecución organizada y guiada, tomando decisiones en beneficio del paciente en términos sociales, físicos y psicológicos. Se busca brindar una atención integral de la salud, con un enfoque en el trabajo en equipo multidisciplinario para alcanzar las metas y objetivos establecidos, con el objetivo de resolver los problemas que se presentan en nuestro centro de salud y así salvar vidas humanas.

Palabras clave: Celulitis. Neumonía aspirativa. Quiste de Bartolino. Aborto incompleto. Ictericia neonatal. Enfermedad de arañazo de gato. Hernia inguinoescrotal. Apendicitis aguda.

ABSTRACT

The internship is an unparalleled experience for those who aspire to become physicians, as it marks the transition between being a medical student and becoming a health professional. During this period, experience is gained in order to save lives, but it also builds the character necessary to make crucial decisions in emergency situations. In addition, the internship confirms the humanity of those who complete it. This report describes the experience of the internship at the José Agurto Tello Hospital in Chosica between June and October 2022, as well as at the Virgen del Carmen - La Era health center from November 2022 to March 2023.

Objective:

To successfully detail academic practices in pediatrics, internal medicine, general surgery and obstetrics and gynecology during the years 2022 and 2023, integrating theoretical knowledge into clinical practice and ensuring comprehensive training in these specialties.

Development:

The internship was carried out through the selection of clinical cases in various specialties, with the aim of applying theoretical knowledge in clinical practice. In addition, the treatment of clinical cases in the hospital was compared with the clinical guidelines of the Ministry of Health of Peru.

Conclusion:

During the internship, it is essential to carry out an organized and guided execution, making decisions for the benefit of the patient in social, physical and psychological terms. It seeks to provide comprehensive health care, with a focus on multidisciplinary teamwork to achieve the goals and objectives set, with the aim of solving the problems that arise in our health center and thus save lives.

Keywords: Cellulitis, Aspiration pneumonia, Bartholin's cyst, Incomplete abortion, Neonatal jaundice, Cat scratch disease, Inguinoscrotal hernia, Acute appendicitis.

INTRODUCCIÓN

La formación práctica es un aspecto crítico en la carrera de un estudiante de medicina. Durante las prácticas, los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en la universidad y desarrollar habilidades clínicas fundamentales, como la toma de decisiones, la comunicación y el trabajo en equipo. Sin embargo, en la actualidad, se han realizado cambios en la modalidad de enseñanza debido a la suspensión de actividades clínicas presenciales, lo que ha llevado a reducir la duración del Internado Médico de 12 meses a 10 meses, cinco meses en hospitales y cinco meses en centros de salud.

Esta situación ha generado la necesidad de examinar en detalle el impacto de estos cambios en la formación práctica de los estudiantes de medicina. En mayo de 2022, se publicó en el diario El Peruano la Resolución Ministerial N° 351-2022 del Ministerio de Salud (MINSA), que establece el proceso de inicio y finalización del internado de ciencias de la salud (1), lo que brinda un marco normativo para analizar y evaluar los efectos de estos cambios en la formación práctica de los futuros médicos. En esta tesis, se busca examinar en profundidad la influencia de la reducción del internado médico en la adquisición de habilidades clínicas y la preparación para la práctica médica de los estudiantes de medicina, y proponer posibles estrategias para optimizar la formación práctica en el actual contexto.

La Resolución Ministerial N° 351-2022 del MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 331 – MINSA, detalla el proceso de internado en ciencias de la salud, estableciendo los objetivos, requisitos, organización, actividades, evaluación y certificación (2). Este proceso ha requerido resiliencia y dedicación en la lucha contra la pandemia, adquiriendo habilidades valiosas en telemedicina y toma de decisiones en situaciones de emergencia.

No obstante, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en los estudiantes de medicina, quienes han enfrentado desafíos en su formación y desarrollo profesional además de enfrentar riesgos de exposición al virus.

Por lo tanto, estos 5 meses de prácticas en centro de salud fueron fructíferos para brindar atención médica en áreas rurales, enfrentando desafíos específicos y desarrollando habilidades clínicas y de liderazgo. Contribuye a mejorar la salud de las comunidades rurales y abordar desigualdades en el acceso a la atención médica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La importancia del internado médico de pregrado radica en su enfoque educativo centrado en el interno y su capacidad para desarrollar habilidades clínicas de manera activa. A través de la participación activa en la atención de pacientes, revisión de historias clínicas, análisis de casos clínicos y tutoría en la asistencia médica, los internos adquieren un conocimiento profundo de la práctica clínica y aprenden a buscar soluciones adaptadas a cada situación (3). La experiencia diaria con casos reales es fundamental para alcanzar los objetivos de formación en el internado, ya que permite a los internos conectar la teoría con la práctica y desarrollar habilidades en la recopilación de información, diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones clínicas.

Además, el razonamiento clínico basado en la aplicación del método científico es crucial para identificar problemas médicos en los pacientes. El internado médico brinda a los estudiantes la oportunidad de poner en práctica el proceso de pensamiento clínico, analizando y evaluando la información disponible, formulando hipótesis diagnósticas y desarrollando planes de tratamiento adecuados. La toma de decisiones clínicas es una habilidad esencial que se cultiva durante el internado, ya que los internos aprenden a considerar diferentes opciones y a tomar decisiones informadas en situaciones clínicas complejas.

Adicionalmente, el internado médico también contribuye al desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y trabajo en equipo. Los internos interactúan con pacientes, sus familias, personal médico y otros profesionales de la salud en un entorno clínico real, lo que les permite mejorar su capacidad para comunicarse de manera clara y compasiva con personas de diversas culturas y con diferentes niveles de comprensión. Asimismo, el trabajo en equipo es esencial en la atención médica, y el internado brinda a los estudiantes la oportunidad de colaborar con otros profesionales de la salud en la coordinación del cuidado del paciente, la toma de decisiones compartida y la resolución de problemas clínicos complejos.

En resumen, el internado médico de pregrado es una etapa crucial en la formación del egresado de medicina, ya que proporciona una experiencia práctica en la atención de pacientes, desarrolla habilidades clínicas, fomenta el razonamiento clínico, mejora la comunicación efectiva y promueve el trabajo en equipo. Es una oportunidad invaluable para que los internos adquieran la confianza y competencia necesarias para brindar atención médica de calidad en su futura práctica profesional.

CAPITULO II. CASOS POR ESPECIALIDAD

1.1 Rotación en Medicina Interna

1.1.1 Caso 1:

Paciente JAPD varón de 85 masculino Procedente de Lurigancho, Chosica Lima

Antecedentes

- **Generales:** Fármacos: Administración de losartan vía oral c/12h de manera irregular.
- **Patológicos:** Hipertensión arterial (HTA) desde hace 5 años diagnosticada con tratamiento irregular, Hiperplasia benigna prostática (HBP) diagnosticada hace 10 años por historia clínica.
- **Quirúrgicos:** Niega.
- **Familiares:** Niega.

Relato

Paciente de sexo masculino de 85 años acude con familiar a emergencia por presentar trastorno de sensorio hace 1 hora aproximadamente, presenta caída hace 1 día, no deambula, leve agitación psicomotriz, moviliza extremidades y despierta al llamado. 3 días antes familiar refiere sensación de alza térmica no cuantificada, pérdida de apetito, disminución de la marcha y sensación de náuseas y mareos, asociado a dolor torácico posterior de 1 semana de duración, tos productiva con expectoración color amarillento, disnea a medianos esfuerzos. Paciente dependiente para las actividades diarias presento disfagia previa, con episodios de atragantamiento y regurgitación durante las comidas.

Examen físico

- Funciones Vitales: PA: 140/70, FR: 24x', FC: 70x', SatO2: 92 % FiO2: 0.21, T axilar: 38 °C, Peso: 48 kg, Talla: 1.65, IMC: 17.6

- Apariencia general: Paciente somnoliento, MEG, MEN, REH, poco colaborador, decúbito dorsal, no se moviliza por sus propios medios.
- Piel y mucosas: Tibia, elástica, húmeda, se observa equimosis de aproximadamente 15 cm en brazo derecho. Palidez +/-++. No ictericia. No cianosis. Lesión excoriativa en región lumbosacra de aproximadamente 2cm de diámetro de leve profundidad.
- SNC: Somnoliento. No responde al interrogatorio. Responde a estímulos dolorosos. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz. No signos meníngeos. No signos de focalización. Glasgow 12/15.
- TyP: MV disminuido en base de HTD. Se ausculta crépitos en base de HTD, asociado a movilización de secreciones.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, moderada intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Blando/depresible, con presencia de ruidos hidroaéreos, no se palpan masas.
- Linfáticos: No adenopatías.
- Locomotor: Presenta dolor a la digitopresión en región esternal, dolor a la movilización de miembros inferiores a predominio de pierna derecha. Tono y fuerza disminuidas en extremidades.

Impresión diagnóstica

- Neumonía aspirativa
- ITU probable
- Desnutrición calórica proteica
- Deshidratación moderada

Plan de trabajo

Se solicitan exámenes complementarios hemograma automatizado, perfil de coagulación, bioquímicos, PCR, análisis de orina, cultivo de esputo.
Radiografía de tórax

Examen de laboratorio:

Tabla 1: Resultados Examen bioquímico

Hematocrito	30%
Hemoglobina	10 mg/dl
Leucocitos	19,300 por milímetro cubico
Neutrofilos	68%
Linfocitos	33%
Monocitos	4%
Plaquetas	365, 000 por microlitro
INR	1.01
Glucosa	86 mg/dL
Sodio	134 mmol/L
DHL	400 U/L
PCR	74.2 mg/L

Examen de orina:

- Leucocitos: 10 por campo.
- Hematíes: 3 por campo.
- pH: 6

Radiografía de tórax

Se observa opacidad en base de pulmón derecho, sugestiva de consolidación pulmonar, lo que indica una posible acumulación de líquido o material infectado en el parénquima pulmonar. Se observa infiltrados inflamatorios en el pulmón derecho.

Cultivo de esputo:

Por medio de cultivo selectivo y diferencial específico para bacterias Gram negativas, como el agar MacConkey, se obtiene *Klebsiella pneumoniae*. Se realiza la prueba de sensibilidad antibiótica para determinar el tratamiento.

Tratamiento

- **Farmacológico:** Paciente es ingresado a UCI y se inicia tratamiento con antibióticos de amplio espectro para cubrir la infección bacteriana. Se realiza medidas de soporte respiratorio incluyendo oxígeno suplementario con cánula binasal de 2L de O₂. Además, se incluye manejo de comorbilidades como la HTA.
- El tratamiento incluye uso de antibióticos de amplio espectro para cubrir las bacterias Gram negativas, el tratamiento puede durar de 7 a 14 días.
 - NPO
 - Vía salinizada
 - NaCl 9% 1000cc x 30 gotas por minuto
 - Cefalosporinas de tercera generación, en este caso se administró ceftriaxona 1g por vía intravenosa c/12h por 7 días
 - Omeprazol 40mg endovenosa cada 24h
 - Metamizol 1g endovenosa PRN A T> 38.5°C
 - Captopril 5 mg vía oral PRN a PA > 180/110 mmHg
 - NBZ CON 10 GT DE SALBUTAMOL + 5 CC SF / 6H
 - CFV + BHE + Cabecera a 30°
 - O₂ para Sat O₂ mayor o igual a 94%
 - HGT cada 24h
 - Aspiraciones de secreciones a demanda
- **No farmacológico:** Seguimiento a la paciente en caso de posibles recaídas.

1.1.2 Caso 2:

Paciente KGYA femenino de 40 años, procedente de Chaclacayo, Chosica. Lima

Antecedentes

- **Generales:** Niega.
- **Patológicos:** Diabetes tipo 2 no controlada, hipertensión arterial.
- **Quirúrgicos:** Niega.
- **Familiares:** Niega.

Relato

Paciente, mujer de 40 años acude a consultorio externo de medicina interna, con un cuadro de inflamación, enrojecimiento y dolor en pierna derecha. Refiere haber tenido una pequeña herida hace aproximadamente una semana, que incremento de volumen y calor localizado en los últimos días. Concomitante a la sintomatología, paciente refiere sensación de alza térmica no cuantificada, malestar general, debilidad y sensación de hormigueo en miembro.

Examen físico

- Funciones Vitales: Temperatura de 38 °C, Frecuencia respiratoria de 18 rpm, Frecuencia cardiaca de 60 lpm, Saturación de oxígeno de 98 %, Presion arterial de 140/90 mmHg.
- Aspecto general: Paciente despierto, LOTEPE, AREG, REN, REH, ventilando espontáneamente, no palidez, no ictericia.
- Peso: 55 kg.
- Talla: 1.50 m.
- IMC: 24.4.
- Piel: Caliente, húmeda, elástica, llenado capilar < 2”.
- TSCS: Edema ++ en el tercio inferior de cara externa de MMII derecho, fovea ++/+++, dolor a la palpación. Signos de flogosis.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA positivo, blando/depresible, no presenta dolor a la palpación, no masas palpables.
- Neurológico: No sg de focalización, no sg meníngicos, EG:15/15.

Impresión diagnóstica

- Celulitis

Plan de trabajo

- Hospitalizar

- Se solicita hemograma completo, glucosa en sangre, PCR, urea, creatinina.
- Realizar cultivo de secreción de herida



Diagnóstico

1. Celulitis
2. DM2
3. HTA

Tratamiento

- **Farmacológico**
 - NPO.
 - NaCl 0.9% 1000cc /EV / 30 gt x min
 - OXACILINA 1g EV c/ 6h
 - Clindamicina 600mg EV c/8h
 - Omeprazol 40mg / EV / 24h.
 - Dimenhidrinato 50mg / EV / 8H
 - Metamizol 2g / EV / PRN A T° >38.5 °C

- CFV + BHE
- HGT C/8H
- Limpieza diaria 2 veces al día
- **No farmacológico**
 - Iniciar tratamiento para DM2 y para HTA
 - Evitar realizar actividades x un periodo de 1 semana
 - Continuar con limpieza y cuidados.

Seguimiento

- Al alta, se solicita cita para consultorio externo de medicina interna para reevaluación en 1 semana

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.2.1. Caso 1:

Paciente MLV, femenina de 26 años, procedente de Moyopampa, Lurigancho. Lima.

Antecedentes

- **Patológicos:** Niega
- **Quirúrgicos:** Niega
- **Obstétricos:** Menarquia 12 años, primera relación sexual a los 15 años, FUR: 21/09/2021, RC: 3/28, G0 P0000

Relato

Paciente femenina de 26 años acude a la consulta ginecológica quejumbrosa por palpar protuberancia dolorosa en labio mayor derecho. La paciente informa que ha notado aumento de volumen durante varios días y que el dolor es de gran intensidad que no cede al ingerir tratamiento analgésico. Paciente sexualmente activa y no utiliza anticonceptivos hormonales. No sangrado vaginal.

Examen físico

- Funciones vitales: T: 37.5°C PA: 120/60 mmHg, Frecuencia Cardíaca de 85 lpm, Frecuencia Respiratoria de 20 rpm, Saturación de oxígeno de 98 %.
- Genitales externos: Labios mayores y menores presentes. Se observa masa de aproximadamente 3x 2 cm, sensible, dolorosa a la palpación, en el tercio superior de labio mayor derecho.
- Especuloscopia: No se observa presencia de ulceración, nódulos o hemorragia en cuello uterino. No secreción de flujo vaginal anormal.

Impresión diagnóstica

- Quiste de Bartolino

Plan de trabajo

Se solicita ecografía de región vulvar para confirmar diagnóstico

- Se realiza hemograma automatizado, bioquímicos y serológicos.
- Realizar cultivo de contenido

Ecografía de partes blandas

Se observa presencia de lesión bien delimitada, redondeada, con bordes definidos, de aproximadamente 2x1 cm que se identifica como quiste de Bartolino, poco profunda en región vulvar derecha de contenido líquido anecoico. No se observan ganglios inflamados.

Exámenes de laboratorio

Tabla 2: Resultados Examen bioquímico

Hematocrito	41%
Hemoglobina	13.6 mg/dl
Leucocitos	14,300 por milímetro cúbico
Neutrófilos	40%
Linfocitos	33%
Monocitos	4%
Plaquetas	250, 000 por microlitro

INR	1.01
Glucosa	86 mg/dL
Creatinina	1.2 mg/dL
Sodio	134 mmol/L
DHL	400 U/L
PCR	74.2 mg/L
VIH	No reactivo
Sífilis	No reactivo

Tratamiento

- **Farmacológico:** Se administra dicloxacilina 100mg vía oral c/12h x 8 días, pero la paciente no presenta mejoría a los 4 días.
- **Quirúrgico:** Se decide realizar intervención ambulatoria de marzupialización con una incisión en el quiste para drenar su contenido y luego suturar los bordes de la lesión a la pared de la vagina, creando así una nueva abertura. Esto permite que el quiste se comunice con la cavidad vaginal y facilite el drenaje del líquido del quiste.

Se realiza alta, con antibioticoterapia de metronidazol de 500mg vía oral c/8h por 10 días

1.2.2. Caso 2:

Paciente SNRAH femenina de 27 años, procedente de Lurigancho Chosica

Antecedentes:

- **Menarquia:** 13 años
- **Fecha de última regla:** 18/12/22
- **Régimen catamenial:** 5 días / 30 días

Relato:

- Ingreso al hospital: 5/2/23
- Tiempo de enfermedad: 24 horas

- Paciente acude a establecimiento en compañía de pareja refiriendo dolor de gran intensidad (9/10) en región pélvica y sangrado vaginal con coágulos desde hace 1 día, agrega sensación de debilidad, menciona último periodo menstrual retrasado, agrega haberse tomado prueba de embarazo en orina con resultado negativo.

Funciones biológicas:

No presenta alteraciones.

Examen físico:

- Funciones vitales: Temperatura de 37 °C, Saturación de oxígeno de 98%, Frecuencia respiratoria de 24rpm, Frecuencia cardiaca 82lpm, Presión arterial de 100/60 mmHg.
- Aspecto general: AREG, AREN, AREH, eupneica, afebril, ventila espontáneamente
- Peso actual: 63 K
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2”
- TyP: MV pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- ABD: RHA positivo, blando/depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio
- Genitales externos: Labios mayores y menores presentes
- TV: útero AVF longitud: 10cm, se evidencia coágulos, cuello uterino blando posterior, orificio dehiscente pulpejo de dedo.
- Neurológico: LOTEPE EG 15/15

Presunción diagnóstica

- HUA
- D/C Aborto incompleto

Plan

- Pase a observación.
- Ecografía Transvaginal.
- Prueba de embarazo cuantitativa

- Hemograma completo
- Grupo y factor
- CINA 9% 1000cc EV
- CFV + OSA + CFB
- Se reciben resultados de laboratorio, Hb 11 Hto 34 Grupo y factor O+
- Ecografía transvaginal:
 - Útero: AVF Longitud: 10cm. Endometrio: Aumento ecogenicidad capa funcional, 18mm
- Plan:
 - Se recomienda AMEU en tóxico de obstetricia
 - Se explica manejo terapéutico a paciente.

Reporte de AMEU

- Diagnostico preoperatorio: Aborto incompleto
- Diagnostico postoperatorio: Aborto incompleto confirmado
- Operación propuesta y realizada: AMEU
- Útero: 10cm
- Contenido Endo uterino 40ml sin mal olor
- AA+CCE
- Colocación de especulo
- Pinzamiento de labio anterior
- Anestesia paracervical en radio 5 y 7
- Histerometría indirecta
- AMEU según técnica habitual
- Identificación de hallazgos
- Revisión de hemostasia
- Retiro de instrumental

Tratamiento

Observación post AMEU 6 horas, se explican signos de alarma y se brinda manejo analgésico ambulatorio (Paracetamol 500mg cada 8hrs por 3 días), paciente es dada de alta.

1.3 Rotación en Pediatría

1.3.1. Caso 1:

Paciente RN RV masculino de 4 días de nacido, procedente de Lurigancho, Chosica, Lima.

Antecedentes

- **Natales:**
 - Nacimiento: Parto eutócico Adecuado para la edad gestacional Peso al nacer 3370gr
 - APGAR 1´05 5´09 Edad gestacional 39ss
- **Postnatales:** Vacuna HVB, BCG, profilaxis ocular.

Relato

Tiempo de enfermedad: 1 año 3 meses

Paciente es traído por madre y ella refiere que desde hace 2 días el paciente presenta cambio de coloración en piel tornándose amarillenta en cara, tórax, abdomen y extremidades. Agrega ser el primer hijo con su nueva pareja, menciona grupo sanguíneo A de RN y O+ de madre, además menciona no tener leche y que menor duerme y le da pena despertarlo para que coma.

Funciones biológicas

- No presenta alteraciones

Examen físico

- Funciones vitales: Temperatura de 37°C, Saturación de oxígeno de 98%, Frecuencia respiratoria de 22rpm y Frecuencia cardiaca de 82lpm.
- Aspecto general: AREG, AREN, AREH, eupneico, afebril, ventila espontáneamente
- Peso actual: 3150gr
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2", ictericia ++ generalizada
- TyP: MV pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: RCR buena intensidad no soplos

- ABD: RHA+, blando depresible, no doloroso a la palpación
- Neurológico: Reflejo de succión disminuido, responde estímulos, Babinski negativo, Glasgow 15/15

Presunción diagnóstica:

- Ictericia neonatal
- Incompatibilidad ABO

Plan:

- Hemograma completo
- Bilirrubina, resultado elevado 18mg/dL
- Grupo y factor madre y niño, resultado madre O+, niño A

Tratamiento:

- **No farmacológico:** Se explica a madre que menor ingresará a pabellón de neonatología para tratamiento de fototerapia y se explica una buena técnica de lactancia. Pase a área de hospitalización de neonatología para fototerapia, reevaluación de nivel de bilirrubina en 12 horas, a la reevaluación bilirrubina 12mg/dL se indica continuar fototerapia y se solicita control de bilirrubina en 12 hrs. A la reevaluación se evidencia mejoría clínica, se recupera sin complicaciones y es dado de alta del hospital, se hace un seguimiento en 3 y 7 días para asegurar de que no exista recaída.

1.3.2. Caso 2:

Paciente JCEY masculino de 7 años, procedente de Lima, Ceres

Antecedentes

- **Personales:** Prenatales y postnatales, no se obtiene información específica por ausencia de madre y desconocimiento del padre
- **Quirúrgico:** Niega
- **RAM:** Niega
- Vacunas completas para su edad

Relato

Tiempo de enfermedad: 5 días

Paciente acude a establecimiento en compañía de padre quien refiere sensación de alza térmica, aumento de volumen en región cervical asociado a dolor de moderada intensidad, agrega que hace 4 días fue atendido en puesto de salud iniciando tratamiento con ibuprofeno (1cda cada 8hrs), cefalexina (1cda cada 8hrs), paracetamol (7ml condicional a la fiebre) notando leve mejoría, se cuestiona si tiene mascotas en el hogar mencionando tener 4 gatos, es ingresado por emergencia al presentar fiebre cuantificada en 38.5°C

Funciones biológicas

No presenta alteraciones

Examen físico

- Funciones vitales: T° 38.5°C SatO2 99% FR 22rpm FC 88lpm
- Aspecto general: AREG, AREN, AREH, eupneico, afebril, ventila espontáneamente.
- Peso actual: 20 kg
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2"
- Región cervical: se observa masa en región cervical derecha de aproximadamente 10x8cm de consistencia dura con bordes definidos, movil y dolorosa a la palpación superficial
- TyP: MV pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: RCR buena intensidad no soplos
- ABD: RHA+, blando depresible, no doloroso a la palpación
- Neurológico: Reflejo de succión disminuido, responde estímulos, Babinski.
- Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Linfadenitis aguda de sitio no especificado

- D/C Enfermedad por rasguño de gato
- D/C Tuberculosis de ganglios linfáticos intratorácicos

Plan

- Se hospitaliza.
- Dieta blanda + LAV.
- Azitromicina 5ML VO C/24 hrs.
- Paracetamol 12.5mL VO PRN a fiebre y dolor.
- CFV + OSA + CFB.
- SS: Ecografía de partes blandas en región cervical derecha, serológico para bartonella henselae, Hemograma, PCR.
- Se explica a padre procedimientos y comunica internamiento de menor.

Tratamiento

- Manejo antibiótico con azitromicina jarabe 5ML vía oral cada 24horas, antipirético y analgésico condicional paracetamol 12.5ml vía oral, se reciben resultados de ecografía, hemograma y PCR confirmando diagnóstico de enfermedad de arañazo de gato, pendiente biopsia ganglionar al no contar con examen en establecimiento.
- Se observa evolución favorable a las 24 horas de internamiento, no se reporta fiebre y se da de alta citando para reevaluación en 5 días que culmina tratamiento con azitromicina, a la reevaluación paciente refiere mejoría clínica, se indican 3 días más de cobertura antibiótica con azitromicina cada 24 horas.

Seguimiento

El paciente finalizó el protocolo de tratamiento de manera exitosa, lo cual se tradujo en la remisión de los síntomas molestos.

1.4 Rotación en Cirugía

1.4.1. Caso 1:

Paciente LJPB Masculino de 67 años procedente de Lima, Ate

Antecedentes

- **Generales:** Universidad completa, profesión de profesor nivel universitario, niega uso de alcohol, tabaco y drogas.
- **Patológicos:** RAMS niega, estreñimiento crónico 10 años, espondilodiscitis hace 2 años.
- **Quirúrgicos:** Niega Antecedentes quirúrgicos.
- **Familiares:** CA esófago (padre) CA cérvix(madre) ambos fallecidos.

Relato

El paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por la presencia de tumoración en la zona inguinal de carácter reductible, la cual ha ido aumentando de tamaño durante los últimos 4 años. En los últimos 6 días, ha experimentado un episodio agudo con tumoración inguinoescrotal izquierda que no se reduce, acompañado de dolor abdominal difuso de intensidad 7/10, calor e hinchazón en la zona afectada, así como sensación de alza térmica, malestar general y deposiciones semilíquidas sin presencia de moco ni sangre.

Examen físico

- Funciones vitales: Temperatura de 38.5 °C, Presión arterial de 140/80 mmHg, Frecuencia cardíaca de 100 LPM, Frecuencia respiratoria de 20 RPM.
- Peso: 88 kg.
- Talla 1.56 m.
- IMC 36.21
- REG, REN, REH
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- CyC: móvil, normocefálo, no adenopatías

- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos ritmicos de buena intensidad, no soplos
- Abd: simétrico, levemente distendido, doloroso a la palpación en FII, depresible, no visceromegalia, timpanismo conservado.
- Región Inguinoescrotal Izquierda: se observa masa de aprox 10x8x5 cm con tinte violáceo, doloroso a la palpación, no reductible, con signos de compromiso y/o estrangulación.
- Región inguinoescrotal derecha: sin alteraciones
- GU: PPL (-) bilateral, PRU (-) bilateral superior y medio
- SNC: Despierto, confuso, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica

- Hernia inguinoescrotal izquierda incarcerada
- Obesidad grado II

Plan de trabajo

- Tratamiento quirúrgico: Hernioplastía inguinal+ colocación de malla (Técnica Liechtenstein)
- Se solicitan Exámenes prequirúrgicos
- Se solicita ecografía parte blandas: región inguinoescrotal izquierda.

Examen de laboratorio

Tabla 3: Resultados Examen bioquímico

Hematocrito	37.7%
Hemoglobina	12.7 mg/dL
Leucocitos	4,240 por milímetro cubico
Creatinina	0.83 mg/dL
Glucosa	87 mg/dL
Urea	20 mg/dL
GyF	O(+)
HIV, hepatitis B, RPR	No reactivo
Tiempo de coagulación	6' 00"
Tiempo de sangría	2' 00"

Ecografía de abdomen

Se realiza ecografía de región inguinoescrotal izquierda

Se Hospitaliza

- NPO
- ClNa 0.9 % 1000 cc – XXXV gotas/x´
- Ceftriaxona 2g EV Pre SOP
- Metamizol 1.5 g EV c/8 h
- CFV + BHE
- SOP

Reporte operatorio

- Hallazgos: saco herniario de un estimado 8x5 cm que protruye a través de anillo herniario, contenido epiplón.

Procedimientos

- AA + CCE
- Incisión oblicua en región inguinal izquierda
- Disección por planos hasta identificación de hallazgos
- Individualización de cordón espermático
- Identificación y tratamiento de saco herniario
- Colocación de malla según técnica lichtenstein
- Fijación de malla con nylon 1/0
- Cierre por planos hasta piel, aponeurosis y Tcsc con vicryl 1/0 y piel con nylon 4/0
- Paciente tolera acto quirúrgico pasa URPA.

Evolución

Paciente, varón de 67 años con los siguientes diagnósticos

PO1 de cura quirúrgica por hernia inguinoescrotal izquierda NYHUS IIIA

Obesidad grado II

(S) Paciente no refiere dolor, niega náuseas, niega fiebre. Diuresis (+), deposiciones (-), Flatos (+).

(O) Al examen físico

- FV: Temperatura de 36.7 °C, Presión arterial de 122/79 mmHg, Frecuencia respiratoria de 22 rpm, Frecuencia cardíaca de 90 lpm, Saturación de oxígeno de 97%.
- PyF:T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abd: Globuloso, no distendido, no doloroso a la palpación
- herida operatoria: afrontada sin signos de eritema, no impresiona dolor a la palpación.
- SNC: Despierto, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización
- Paciente se encuentra en estado hemodinámicamente estable, con una ventilación espontánea adecuada sin necesidad de apoyo oxigenatorio. No presenta fiebre, tolera la vía oral para la ingesta de líquidos, y niega la presencia de dolor abdominal y náuseas.
- **(P)** Progresar dieta, uso de calzoncillo suspensorio permanente y alta con indicaciones:
 - Cefalexina 500 mg 1 tab VO c/8 h por 7 días
 - Paracetamol 500 mg 1 tab VO c/8 h por 3 días
 - Retiro de puntos en 7 días.
 - Control por consultorio externo de Cirugía General en 1 semana

Seguimiento

Se recomienda mantener el seguimiento del paciente a través de consultorio externo de Cirugía General, con controles regulares para evaluar su evolución clínica.

1.4.2. Caso 2:

Paciente JJH Femenino de 28 años procedente de Lima, Ate

Antecedentes

- **Generales:** Niega mascotas, uso de alcohol, tabaco y drogas.

- **Fisiológicos:** Niega uso de MAC, 2 Hijos, Vacunas COVID: 3 dosis.
- **Patológicos:** Niega RAMS, antecedentes patológicos de importancia
- **Quirúrgicos:** Niega
- **Familiares:** Niega

Relato

El paciente describe un episodio de inicio agudo hace 18 horas, con dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha, acompañado de inflamación y fiebre de 38°C, así como síntomas de náuseas. El dolor abdominal comenzó durante las horas de la noche y ha ido incrementando en intensidad.

Examen físico

- Funciones vitales: Temperatura de 37 °C, Presion arterial de 130/70 mmHg, Frecuencia cardiaca de 98 lpm y Frecuencia respiratoria de 18 rpm.
- Peso 84 kg.
- Talla 1.74 m.
- IMC: 27.7 kg/m².
- AREG, AREN, AREH
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- CyC: móvil, normocéfalo, no adenopatías.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abd: Simétrico, globuloso, RHA + (6/min), B/D, doloroso a la palpación en FID. Mc burney (+) Blumberg (+).
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica

- Abdomen agudo quirúrgico
- Apendicitis aguda
- Sobrepeso

Plan de trabajo

- Apendicetomía
- Exámenes prequirúrgicos

Examen de Laboratorio

Tabla 4: Resultados Examen bioquímico

Hematocrito	36.7%
Hemoglobina	12.3 mg/dL
Leucocitos	13, 240 por milímetro cubico
Creatinina	0.75 mg/dL
Glucosa	97 mg/dL
Urea	23 mg/dL
GyF	O(+)
HIV, hepatitis B, RPR	No reactivo
Tiempo de coagulación	5' 00"
Tiempo de sangría	2' 00"

Se Hospitaliza

- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc : XXXV gotas minuto
- Ceftriaxona 2g EV Pre SOP
- Metamizol 1.5g EV c/8horas
- Reporte operatorio
- Hallazgos: apéndice cecal de (10x1.5cm), flemonosa de base indemne más liquido inflamatorio 50 CC. Múltiples folículos en ambos ovarios.

Procedimientos

- AA + CCE
- Incisión transversa infraumbilical derecha
- Disección por planos hasta cavidad.
- Aspiración de secreciones
- Evisceración e identificación de hallazgos
- Ligadura y sección de base apendicular con ACD POLIGLICOLICO 2/0, disección escalonada de apéndice cecal
- Revisión de hemostasia
- Cierre por planos.
- Paciente tolera acto quirúrgico pasa URPA.

Evolución

- Paciente femenino de 44 años con los siguientes Dx:
 - PO1 de colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular
 - Sobrepeso
- (S) Paciente no refiere dolor abdominal, niega náuseas, niega fiebre. Diuresis (+), deposiciones (-), Flatos (+).
- (O) Al examen físico
 - FV: Tº 36 °C, PA 110/79 mmHg, FR 20 rpm, FC 88 lpm, SatO2 98 %
 - PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
 - TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
 - CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
 - Abd: Globuloso, leve distensión, herida operatoria sin signos de flogosis, RHA + (6/min), blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, timpanismo conservado
 - SNC: Despierta, LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización
- Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril, tolera vía oral a líquidos, niega dolor abdominal y náuseas.
- (P) Progresar dieta y Alta con indicaciones:

- Paracetamol 500 mg 1 tab VO c/8h x 5 días
- Control por consultorio externo de Cirugía General en 1 semana

Seguimiento

- Se recomienda mantener el seguimiento del paciente a través de consultorio externo de Cirugía General, con controles regulares para evaluar su evolución clínica.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El contexto se desarrolló en 2 establecimientos de salud:

Hospital Jose Agurto Tello - Chosica

El Hospital Jose Agurto Tello, localizado en Lurigancho, Chosica distrito de Lima Metropolitana que pertenece a Diris Lima Este. Fundado 30 de Diciembre de 1986. Actualmente es un hospital de mediana complejidad II-2. cuenta con los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Anestesiología, Pediatría, Neonatología, Gineco-Obstetricia, Sala de Operaciones, Rayos X, Ecografía y Laboratorio, Emergencia las 24 horas, Cuidados Críticos y Trauma Shock, el hospital cuenta a la fecha con más de 400 profesionales médicos, técnicos y administrativos quienes brindan atención a los usuarios las 24 horas del día. En este establecimiento se realizó pasantía durante los 5 primeros meses, rotando por 4 grandes especialidades: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia.

A lo largo de este período, hemos enfrentado brotes de enfermedades como COVID-19. Sin embargo, nuestro hospital estuvo preparado con áreas de aislamiento para evitar la propagación tanto entre el personal como entre los pacientes vulnerables. (4)

Centro de Salud Virgen del Carmen La Era - Ñaña

El puesto de salud es categoría I-3 y se encuentra ubicado en el departamento de Lima, distrito de Lurigancho-Chosica. Sin embargo, cabe destacar que este centro de atención médica no cuenta con turnos nocturnos ni sala de partos. Su horario de atención es de lunes a sábado, desde las 8 a.m. hasta las 8 p.m. Los servicios ofrecidos incluyen Medicina General, Psicología, área CRED, nutrición, Farmacia, Odontología, Tuberculosis, Obstetricia y laboratorio. Aquellos pacientes después de ser evaluados y no podamos atenderlos por falta de recursos se derivan a centros de mayor complejidad. (5)

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Medicina Interna

3.1.1. Caso 1: Neumonía aspirativa:

La neumonía aspirativa es una infección pulmonar causada por la inhalación de partículas, generalmente líquidos o sólidos, hacia los pulmones. Esto puede ocurrir cuando una persona inhala accidentalmente estos materiales durante la alimentación o la deglución, o debido a problemas de reflejos de la protección de las vías respiratorias, como en el caso de personas con enfermedades neuromusculares o disfagia. La neumonía aspirativa puede ocurrir en personas de todas las edades, pero es más común en personas mayores, bebés y personas con problemas de deglución o con trastornos neurológicos que afectan la capacidad de tragar adecuadamente. (6)

Epidemiología

La neumonía aspirativa representa un importante desafío en términos de salud pública en el Perú, con una incidencia acumulada elevada del 34.6% por cada 10,000 habitantes, la cifra más alta registrada desde 2013. Este problema afecta principalmente a la población menor de cinco años y a los adultos mayores de la sierra central y sur del país, especialmente durante la temporada fría.

El aumento del 25% en el número de episodios de neumonía en Perú es una señal de alarma y destaca la importancia de abordar este problema de salud pública. La prevención y el manejo adecuado de los factores de riesgo, como la mejora de las condiciones de vivienda, la promoción de la lactancia materna exclusiva, la vacunación contra enfermedades respiratorias y la educación sobre prácticas de higiene respiratoria, son medidas clave para reducir la incidencia de la neumonía en Perú, especialmente en poblaciones vulnerables como los niños pequeños y los ancianos. (7)

Factor de riesgo

Disfunción del mecanismo de protección de las vías respiratorias: enfermedades neuromusculares que afectan la capacidad de tragar adecuadamente o debilitan los músculos del sistema respiratorio pueden incrementar el riesgo de aspiración.

1. Trastornos neurológicos que afectan la deglución o la capacidad de controlar la tos, como la enfermedad de Parkinson, el accidente cerebrovascular y la esclerosis múltiple.
2. Problemas de deglución: como disfagia o reflujo gastroesofágico, pueden tener mayor riesgo de aspiración de alimentos o líquidos hacia los pulmones.
3. Edad avanzada: Los adultos mayores, especialmente aquellos con debilidad muscular, disminución de la función del sistema inmunológico o problemas de deglución asociados con el envejecimiento, pueden tener mayor riesgo de neumonía aspirativa.
4. Intubación traqueal o uso de sondas de alimentación
5. Consumo de alcohol o drogas disminuye la capacidad de protección de las vías respiratorias y aumentar el riesgo de aspiración.
6. Enfermedades respiratorias crónicas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma o bronquiectasias, existe mayor riesgo de neumonía aspirativa debido a la debilidad del sistema respiratorio y la acumulación de secreciones. (8)

Signos y síntomas

- Fiebre alta o moderada, acompañada de escalofríos y sudoración.
- Tos seca o productiva, con expectoración de mucosidad, pus o sangre.
- Dificultad respiratoria o disnea a pequeños esfuerzos
- Dolor en el pecho, que puede ser agudo o sordo, y empeorar con la respiración profunda o la tos.
- Cambios en el patrón y ruidos respiratorios anormales como crepitaciones o sibilancias.

- Confusión o alteración del estado mental confusión, desorientación o alteración del nivel de conciencia.
- Malestar general, debilidad, fatiga y pérdida de apetito.
- Coloración de la piel y labios pueden tornar una coloración azulada o cianótica, indicando falta de oxígeno en la sangre.

Diagnóstico

El diagnóstico de la neumonía aspirativa generalmente se realiza a través de la historia clínica del paciente, los síntomas y los hallazgos en una radiografía de tórax.

- Evaluación clínica: Se realiza la evaluación clínica completa del paciente, incluyendo la revisión de los antecedentes médicos y la identificación de factores de riesgo como enfermedades neuromusculares, disfagia u otros trastornos que puedan predisponer a la aspiración pulmonar.
- Historia clínica: Se realiza preguntas detalladas sobre la sintomatología, como fiebre, tos, producción de esputo, dificultad para respirar, dolor en el pecho y fatiga. También se investigarán antecedentes de eventos recientes de aspiración, como atragantamientos durante la alimentación.
- Pruebas de imagen: Realizar radiografías de tórax para identificar posibles infiltrados pulmonares, consolidaciones o neumonía en los pulmones que puedan sugerir una infección pulmonar.
- Análisis de laboratorio: Hemograma automatizado para observar leucocitosis y desviación izquierda, también muestras de esputo para identificar la presencia de microorganismos causantes de infección y determinar su sensibilidad a los antibióticos.

Tratamiento

Según la resolución ministerial dada por el Ministerio de Salud (Minsa) se establece que ante sospecha de neumonía el tratamiento adecuado se dara dependiendo de: grupo etario, severidad del cuadro y perfil de sensibilidad antibiótica.

- Ceftriaxona 2g EV C/24h x 7 días o Ampicilina – sulbactam 3gr EV cada 6 horas o Cefuroxima 750mg EV cada 8 horas + azitromicina 500mg primer día luego 250mg cada 24 horas o levofloxacino 750mg VO cada 24 horas más Aztreonan 2 gr EV cada 8 horas (9)

3.1.2. Caso 2: Celulitis

La celulitis es una infección bacteriana de la piel y los tejidos subcutáneos, y generalmente es causada por bacterias del género *Streptococcus* y *Staphylococcus*. Puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero es más común en las extremidades inferiores, como las piernas. Los factores de riesgo para desarrollar celulitis incluyen tener una piel dañada, un sistema inmunológico debilitado, antecedentes de linfedema y enfermedades crónicas como la diabetes. Los síntomas típicos de la celulitis incluyen piel enrojecida, caliente, hinchada y sensible, y en casos más graves, puede ir acompañada de fiebre y síntomas sistémicos. Es importante buscar atención médica adecuada si se sospecha de celulitis o se presentan síntomas de infección de la piel. (10)

Epidemiología

La celulitis es una infección cutánea de origen bacteriano que afecta comúnmente a la dermis y los tejidos subcutáneos. Se estima que millones de personas en todo el mundo experimentan episodios de celulitis cada año, lo que la convierte en una patología de alta prevalencia en la población general.

Factores de Riesgo

- Lesiones cutáneas, ya sea cualquier ruptura de la barrera de la piel que pueda proporcionar un orificio de entrada para las bacterias
- Pacientes inmunosuprimidos como el VIH/SIDA, diabetes mal controlada, enfermedades autoinmunes, tratamientos de quimioterapia.
- El exceso de peso puede causar cambios en la piel, como pliegues, dobleces y áreas de fricción, que pueden predisponer a la celulitis.
- Enfermedades crónicas como la diabetes, la insuficiencia venosa crónica, la enfermedad arterial periférica y la linfedema, pueden debilitar la piel.

- Factores de estilo de vida: El uso de drogas intravenosas, el consumo excesivo de alcohol y la mala higiene personal pueden aumentar el riesgo de desarrollar celulitis. (11)

Signos y síntomas

Enrojecimiento de la piel: La piel afectada por la celulitis suele mostrar un enrojecimiento, que puede ser localizado en un área específica o extenderse a áreas circundantes.

Calor en la piel: La piel afectada puede sentirse caliente al tacto debido a la inflamación e infección en los tejidos subcutáneos.

Hinchazón: La celulitis puede causar hinchazón en la piel y los tejidos subyacentes, lo que puede hacer que la piel se sienta tensa y abultada.

Sensibilidad y dolor: La piel afectada puede ser sensible al tacto y dolorosa, especialmente al presionarla.

Dificultad para moverse: Dependiendo de la ubicación de la celulitis, puede haber dificultad para moverse o realizar actividades normales debido a la hinchazón y el dolor.

Fiebre: En casos más graves, la celulitis puede estar acompañada de fiebre y escalofríos, lo que puede indicar una infección sistémica.

Ganglios linfáticos inflamados: La celulitis puede causar inflamación de los ganglios linfáticos cercanos a la zona afectada.

Diagnóstico

El diagnóstico de la celulitis en la piel generalmente se realiza mediante una evaluación clínica exhaustiva, que puede incluir los siguientes pasos:

1. **Historia clínica:** El médico recopila información detallada sobre los síntomas del paciente, antecedentes médicos y factores de riesgo, como heridas previas en la piel, cirugías recientes, enfermedades

crónicas, inmunocompromiso u otras condiciones que puedan predisponer a la infección.

2. Examen físico: Se realiza una evaluación cuidadosa de la piel afectada, buscando signos de inflamación, enrojecimiento, calor, hinchazón y sensibilidad. También se examinan los ganglios linfáticos cercanos para detectar posible inflamación.
3. Pruebas de laboratorio: En la mayoría de los casos, no se requieren pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la celulitis. Sin embargo, en casos graves o complicados, se pueden solicitar análisis de sangre, como hemograma completo, para evaluar la respuesta inflamatoria del organismo.
4. Imágenes: En la mayoría de los casos, no se requieren pruebas de imagen para el diagnóstico de la celulitis. Sin embargo, en casos de sospecha de complicaciones o abscesos asociados, se pueden realizar ecografías, radiografías o tomografías para evaluar la extensión de la infección y descartar otras condiciones.

Es importante destacar que el diagnóstico de la celulitis se basa principalmente en la evaluación clínica realizada por un médico experimentado. Otras condiciones dermatológicas o infecciones de la piel pueden presentar síntomas similares, por lo que es esencial contar con una evaluación médica adecuada para obtener un diagnóstico preciso y determinar el tratamiento adecuado.

Tratamiento:

El tratamiento puede variar según la gravedad de la infección, la presencia de factores de riesgo y la respuesta individual del paciente. En general, el tratamiento de la celulitis en la pierna puede incluir:

Primera opción:

- Cefazolina: 100 mg/kg/iv/d fraccionados en tres dosis (cada 8 horas) o
- Oxacilina: 200 mg/kg/iv/d fraccionados en cuatro dosis (cada 6 horas)

- Duración del tratamiento: 7 a 10 días.

En caso de sospecha de absceso, la incisión y drenaje del mismo, así como el cultivo del material obtenido, son fundamentales para el manejo adecuado de la infección.

En caso de sospecha de infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM):

- Clindamicina: 40 mg/kg/iv/d fraccionados en cuatro dosis (cada 6 horas)
- Duración del tratamiento: 7 a 14 días.
- Otras opciones: Vancomicina: 40 mg/kg/iv/d fraccionados en tres dosis (cada 8 horas)
- Duración del tratamiento: 7 a 10 días.

3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

3.2.1 Caso 1: Quiste de Bartolino

El quiste de glándula de Bartolino es una afección ginecológica que afecta a las mujeres. Se forma cuando una de las glándulas de Bartolino, que se encuentran en la vulva, se obstruye y se llena de líquido, formando un quiste. Este quiste está ubicado en cada lado de la entrada de la vagina. y produce un líquido lubricante que facilita el paso del flujo menstrual. Cuando la abertura de la glándula de Bartolino se obstruye, el líquido puede acumularse en su interior y formar un quiste. (13)

Epidemiología:

En Perú, se estima que la prevalencia del quiste de Bartolino es aproximadamente del 2% al 9% en mujeres en general. Sin embargo, la verdadera prevalencia puede ser mayor ya que muchos quistes de Bartolino son asintomáticos y pueden no ser diagnosticados o reportados. Puede afectar a mujeres de todas las edades, pero es más común en mujeres en edad reproductiva, especialmente entre los 20 y 30 años. Aproximadamente

el 30% de los quistes de Bartolino están asociados con infección, lo que puede causar síntomas más graves y complicaciones, como abscesos. (14)

Factores de riesgo:

- Antecedentes de previos quistes de Bartolino o infecciones de transmisión sexual (ITS) como la gonorrea o clamidia, que pueden obstruir las glándulas de Bartolino.
- Traumatismo o lesiones en la zona genital
- Higiene inadecuada o la falta de limpieza adecuada de la zona genital puede aumentar el riesgo de infecciones y, por lo tanto, el riesgo de desarrollar quistes de Bartolino.
- Uso de anticonceptivos hormonales, ya que algunos estudios han sugerido que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales aumenta el riesgo de desarrollar quistes de Bartolino.

Signos y síntomas:

El quiste de Bartolino generalmente se presenta con los siguientes síntomas:

- Protuberancia o masa en la zona de los labios mayores de la vulva que puede ser dolorosa o indolora, y puede variar en tamaño.
- Dolor o sensibilidad: puede ser leve o intenso, y puede aumentar al caminar, sentarse o tener relaciones sexuales.
- Enrojecimiento e inflamación debido a la presencia del quiste.
- Secreción o drenaje de líquido claro, amarillento o maloliente.
- Sensación de presión o molestia en la zona genital (15)

Diagnóstico:

El diagnóstico de un quiste de Bartolino generalmente se realiza mediante una evaluación clínica:

Se analiza los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, episodios previos de quistes de Bartolino u otras afecciones ginecológicas. Al examen físico se evalúa la presencia de una masa o protuberancia en la zona de los labios mayores de la vulva, así como para determinar la sensibilidad,

enrojecimiento, inflamación u otros signos asociados con un quiste de Bartolino.

Exámenes complementarios: Se solicita una ecografía pélvica, para confirmar el diagnóstico de quiste de Bartolino y descartar otras afecciones ginecológicas similares.

Tratamiento:

Algunas opciones de tratamiento incluyen:

- Observación y cuidados conservadores: Si es pequeño, asintomático y no está infectado, analgésicos para aliviar el dolor y la inflamación.
- En el caso de nuestra paciente se administró tratamiento antibiótico: Antibióticos de amplio espectro, como ceftriaxona, cefotaxima o ampicilina/sulbactam, que pueden ser efectivos para tratar una amplia gama de bacterias.
- Antibióticos específicos para infecciones de transmisión sexual, como doxiciclina o azitromicina, si se sospecha una infección por bacterias transmitidas sexualmente, como la clamidia o la gonorrea.
- En el caso de nuestra paciente como no hubo respuesta al tratamiento administrado se realizó una marsupialización. Este procedimiento implica la creación de una abertura permanente en el quiste para permitir el drenaje continuo del líquido y prevenir la recurrencia.
- Cirugía: existen casos excepcionales, donde el quiste es grande, doloroso o recurrente, puede ser necesario realizar una cirugía para extirpar la glándula de Bartholino afectada. Este enfoque se considera más invasivo y se reserva para casos más graves. (15)

3.2.2. Caso 2: Aborto incompleto

El aborto incompleto, conocido también como "retención de productos de la concepción", es una complicación en la que no se produce la expulsión completa de los productos de la concepción del útero después de un aborto inducido o espontáneo. Esto puede dar lugar a la retención de restos de tejido fetal o placentario en la cavidad uterina, lo que puede causar síntomas como

sangrado vaginal prolongado o intenso, cólicos o dolor abdominal persistente, fiebre, flujo vaginal con mal olor y debilidad. El diagnóstico se realiza a través de la evaluación clínica, que puede incluir ultrasonido pélvico y pruebas de laboratorio. El tratamiento puede implicar la realización de un legrado uterino, que consiste en la remoción de los restos del tejido fetal o placentario mediante una cureta o aspiración. En algunos casos, también se pueden utilizar medicamentos para ayudar a la expulsión de los restos. Es importante buscar atención médica de manera pronta si se sospecha de un aborto incompleto, ya que puede aumentar el riesgo de complicaciones como infecciones y hemorragias. (16)

Epidemiología

La incidencia del aborto incompleto en Perú es mayor debido a abortos inducidos en condiciones inseguras o a la falta de acceso a atención médica adecuada después de un aborto espontáneo. Por otro lado, en países con políticas de salud reproductiva más progresistas y acceso a servicios de aborto seguro, la incidencia de aborto incompleto puede ser menor. (17)

Signos y síntomas

Sangrado vaginal prolongado o intenso, a menudo acompañado de coágulos o tejido fetal o placentario.

Dolor abdominal o cólicos persistentes en la zona del útero, con intensidad variable.

Fiebre, que puede ser un signo de infección debido a los restos de tejido fetal o placentario retenidos en el útero.

Flujo vaginal con mal olor debido a la presencia de restos de tejido fetal o placentario en descomposición.

Debilidad o fatiga debido a la pérdida de sangre y los cambios hormonales asociados con el aborto incompleto.

Diagnóstico

El diagnóstico del aborto incompleto se basa en métodos como el examen físico, que incluye un examen pélvico para evaluar sangrado vaginal, examinar el cuello uterino y el tamaño del útero. También se puede realizar una ecografía pélvica para visualizar el útero y los productos de la concepción, identificando restos de tejido fetal o placentario en el útero. Además, se pueden realizar pruebas de laboratorio para medir los niveles de hormonas en la sangre, como la gonadotropina coriónica humana (hCG), y el examen de tejido expulsado para confirmar el diagnóstico de aborto incompleto. Es importante que un profesional de la salud realice una evaluación completa y utilice estos métodos para obtener un diagnóstico adecuado. (18)

Tratamiento

Preparación: La paciente es preparada para el procedimiento, que generalmente se realiza en un entorno clínico o quirúrgico bajo condiciones estériles. Se puede administrar anestesia local, sedación o anestesia general, según el caso y las preferencias de la paciente.

Dilatación cervical: Se realiza una dilatación del cuello uterino utilizando dilatadores cervicales o mediante la administración de medicamentos que ayudan a ablandar y dilatar el cuello uterino. Esto permite el acceso al útero para realizar la evacuación del contenido uterino.

Aspiración manual endouterina: Se utiliza un dispositivo especializado, como una cánula de aspiración manual o una jeringa con una cánula, para aspirar y extraer los restos de tejido fetal o placentario del útero. La cánula se introduce a través del cuello uterino dilatado y se realiza una aspiración suave para remover el contenido uterino.

Limpieza y revisión: Después de la aspiración, se realiza una revisión cuidadosa del útero para asegurarse de que se haya evacuado completamente. Se pueden realizar enjuagues con solución salina para limpiar el útero y asegurar que no queden restos de tejido.

Recuperación: Una vez que el procedimiento se completa, la paciente se recupera en una sala de recuperación bajo supervisión médica. Se pueden proporcionar medicamentos para el manejo del dolor y se brindan cuidados postoperatorios adecuados. (18)

3.3. Rotación en Pediatría

3.3.1. Caso 1: Ictericia neonatal

La ictericia neonatal es una condición médica en la que la piel y los ojos de un recién nacido se vuelven amarillentos debido a un exceso de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es un producto de desecho del proceso normal de descomposición de los glóbulos rojos en el cuerpo, y normalmente se elimina del organismo a través del hígado. Sin embargo, en los recién nacidos, el hígado puede ser menos eficiente en el procesamiento de la bilirrubina, lo que puede provocar un aumento en los niveles de bilirrubina en la sangre y, a su vez, causar ictericia. (19)

Epidemiología:

La ictericia neonatal es relativamente común y afecta a aproximadamente el 60% de los recién nacidos a término y al 80% de los prematuros. Por lo general, se desarrolla dentro de los primeros días de vida y puede durar varias semanas. La mayoría de las veces, la ictericia neonatal es una condición benigna y autolimitada que se resuelve por sí sola sin tratamiento adicional. Sin embargo, en algunos casos, puede ser necesario un tratamiento médico para reducir los niveles de bilirrubina en la sangre y prevenir complicaciones. (20)

Factores de Riesgo

1. Edad gestacional: Los bebés prematuros, aquellos que nacen antes de las 37 semanas de gestación, tienen un mayor riesgo de desarrollar ictericia neonatal. Esto se debe a que su hígado puede no estar completamente maduro y ser menos eficiente en el procesamiento de la bilirrubina.

2. Incompatibilidad de grupo sanguíneo: Si la madre tiene un tipo de sangre diferente al del bebé y se produce una incompatibilidad sanguínea, puede haber una mayor liberación de bilirrubina en el torrente sanguíneo del bebé
3. Lactancia materna tardía o deficiente: Si el bebé tiene una alimentación materna tardía o insuficiente en las primeras horas o días de vida, puede haber una menor eliminación de bilirrubina a través de las deposiciones, lo que aumenta el riesgo de ictericia neonatal.
4. Antecedentes familiares de ictericia neonatal: Si otros miembros de la familia del bebé han tenido ictericia neonatal en el pasado, puede haber un mayor riesgo de que el bebé también la desarrolle.
5. Infecciones, trastornos metabólicos, hipotiroidismo congénito u otras enfermedades del hígado, pueden aumentar el riesgo de ictericia neonatal.
6. Uso de medicamentos durante el embarazo

Signos y síntomas:

Los síntomas típicos de la ictericia neonatal incluyen la piel y los ojos amarillentos, heces de color pálido y orina de color oscuro. En casos graves, la ictericia puede causar letargo, dificultad para alimentarse y otros síntomas.

Diagnóstico

El diagnóstico de ictericia neonatal generalmente se basa en la evaluación clínica del bebé, incluyendo una revisión de la historia médica y factores de riesgo.

- Evaluación clínica al neonato observando el color de la piel y los ojos para detectar signos de ictericia.
- Historia clínica: Se revisarán los antecedentes médicos del bebé, incluyendo la edad gestacional, antecedentes familiares de ictericia neonatal u otras condiciones médicas, y la historia de alimentación y eliminación del bebé.

- Pruebas de laboratorio medir los niveles de bilirrubina en la sangre del bebé. La bilirrubina total y la bilirrubina directa son dos tipos de bilirrubina que se miden en las pruebas de laboratorio. Los niveles elevados de bilirrubina en la sangre pueden indicar la presencia de ictericia neonatal.
- Evaluar la frecuencia y cantidad de la alimentación del bebé, así como las deposiciones y la orina, ya que la eliminación de bilirrubina a través de las deposiciones y la orina es un proceso importante para el manejo de la ictericia neonatal.
- Exámenes de imagen: En algunos casos, se pueden realizar exámenes de imagen como la ecografía abdominal para evaluar la función del hígado y detectar posibles anomalías hepáticas o biliares que puedan contribuir a la ictericia neonatal.

Tratamiento

- El tratamiento incluye fototerapia es uno de los tratamientos más comunes para la ictericia neonatal. Implica exponer al bebé a luces especiales que ayudan a descomponer la bilirrubina acumulada en la piel en formas más fáciles de eliminar. El bebé puede ser colocado en una cuna o manta especial con luces azules o blancas, o en algunos casos, puede requerirse el uso de una lámpara de fototerapia.
- Exanguinotransfusión: En casos más graves de ictericia neonatal, especialmente si los niveles de bilirrubina son extremadamente altos o si hay signos de encefalopatía bilirrubínica (una complicación grave de la ictericia), puede ser necesaria una exanguinotransfusión. Este procedimiento implica reemplazar una pequeña cantidad de sangre del bebé con sangre fresca, lo que ayuda a reducir rápidamente los niveles de bilirrubina en la sangre.
- Alimentación adecuada: Una alimentación adecuada y frecuente del bebé, ya sea a través de la lactancia materna o la alimentación con fórmula, puede ayudar a aumentar la eliminación de bilirrubina a través de las deposiciones y la orina.
- Monitorización y seguimiento: Es importante monitorizar regularmente los niveles de bilirrubina en la sangre del bebé y hacer seguimiento de su

progreso para evaluar la efectividad del tratamiento y asegurarse de que los niveles de bilirrubina estén disminuyendo adecuadamente. (21)

3.3.2. Caso 2: Enfermedad del arañazo de gato

Un arañazo de gato puede causar una infección si no se trata adecuadamente. Aunque la mayoría de los arañazos de gato son inofensivos y solo causan heridas menores en la piel, hay algunos riesgos asociados con las enfermedades que los gatos pueden transmitir a través de sus garras. La infección bacteriana: más común es *Bartonella henselae*, que puede causar una infección en la piel llamada enfermedad por arañazo de gato. Esta enfermedad puede provocar síntomas como enrojecimiento, inflamación y supuración de la piel en el área del arañazo. (22)

Epidemiología

La enfermedad por arañazo de gato es una infección relativamente común causada por la bacteria *Bartonella henselae*. Se estima que hasta el 40% de los gatos pueden ser portadores de esta bacteria en algún momento de su vida. La infección por arañazo de gato es más frecuente en niños y adultos jóvenes, debido a que son más propensos a tener contacto cercano con gatos y pueden tener una menor inmunidad. (23)

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el arañazo de gato incluyen el contacto cercano con gatos, especialmente con gatos jóvenes o salvajes, que pueden tener más probabilidades de portar la bacteria. Los arañazos profundos, la exposición prolongada a la saliva de gato y la falta de una buena higiene después de tener contacto con gatos también son factores de riesgo.

Signos y síntomas

Los signos y síntomas de la enfermedad del arañazo del gato pueden incluir:

1. Otagia: El paciente puede experimentar dolor en el oído afectado, que se describe como pulsátil o exacerbado al hacer tracción en la oreja.

2. Hipoacusia: Puede haber una disminución en la audición del oído afectado.
3. Secreción del oído: Puede haber presencia de secreción purulenta o serosanguinolenta proveniente del oído afectado.
4. Fiebre: El paciente puede presentar fiebre, que puede ser un signo de inflamación y respuesta del sistema inmunológico al agente infeccioso.
5. Malestar general: Puede haber síntomas generales como fatiga, debilidad y malestar corporal.
6. Vértigo y/o disminución del equilibrio: En casos más avanzados, la enfermedad del arañazo del gato puede provocar vértigo o inestabilidad en el equilibrio.

Es importante tener en cuenta que los signos y síntomas pueden variar en cada caso y la gravedad de la enfermedad puede variar desde casos leves con síntomas locales hasta casos más graves con complicaciones sistémicas. Si se sospecha de la enfermedad del arañazo del gato, es importante buscar atención médica para un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Diagnóstico

La enfermedad por arañazo de gato generalmente se presenta como una infección localizada en la piel en el sitio del arañazo, que puede ser rojo, inflamado y supurante. Otros síntomas pueden incluir fiebre, fatiga, inflamación de los ganglios linfáticos cercanos y, en raras ocasiones, complicaciones más graves como infecciones óseas, hepáticas o pulmonares. (24)

Tratamiento

El manejo es disminuir inflamación y dolor usando analgésicos como el ibuprofeno, gotas óticas, antibióticos en caso lo amerite principalmente amoxicilina x 10 días tiene una buena cobertura, por el otro lado si es viral sería observar y tratamiento sintomático. (24)

3.4 Rotación en Cirugía

3.4.1. Caso 1: Hernia inguinoescrotal

La hernia inguinoescrotal, también conocida como hernia inguinal escrotal, es una condición médica en la que una porción del intestino o tejido graso protruye a través de una abertura o debilidad en la pared abdominal en la región inguinal (ingle) y se extiende hacia el escroto (la bolsa que contiene los testículos en los hombres). Es una forma de hernia inguinal, que es la protrusión de una porción del intestino o tejido a través de una debilidad en la pared abdominal en la región inguinal.

Las hernias inguinoescrotales son más comunes en hombres, aunque también pueden ocurrir en mujeres. (25)

Epidemiología

La hernia inguinoescrotal es una condición prevalente en la población masculina, con una incidencia estimada de aproximadamente 27 a 43 casos por cada 100,000 personas-año. La incidencia varía según la edad, con un aumento en la frecuencia a medida que los hombres envejecen. Se ha observado que la prevalencia de la hernia inguinoescrotal aumenta significativamente después de los 40 años, con un pico en la sexta y séptima década de la vida.

La hernia inguinoescrotal también muestra una predisposición racial, con una mayor incidencia en personas de ascendencia caucásica en comparación con otras razas. Además, la hernia inguinoescrotal tiende a ser más común en individuos con antecedentes familiares de hernias, lo que sugiere una predisposición genética en su etiología.

En términos de factores de riesgo, la obesidad, el tabaquismo, la tos crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la historia previa de hernias son considerados factores de riesgo significativos para el desarrollo de la hernia inguinoescrotal. Además, la presión intraabdominal elevada debido a actividades laborales que requieren levantamiento de cargas

pesadas, así como afecciones que aumentan la presión intraabdominal, como el estreñimiento crónico, también pueden contribuir al desarrollo de la hernia inguinoescrotal.

La hernia inguinoescrotal también se ha asociado con complicaciones potenciales, como incarceration y estrangulación del contenido herniario, lo que puede resultar en una emergencia quirúrgica. Por lo tanto, el manejo adecuado de la hernia inguinoescrotal es esencial para prevenir estas complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

En resumen, la hernia inguinoescrotal es una condición común que afecta principalmente a hombres, con una incidencia que aumenta con la edad. La predisposición racial, los antecedentes familiares, la obesidad, el tabaquismo y la presión intraabdominal elevada son factores de riesgo importantes. La comprensión de la epidemiología de la hernia inguinoescrotal es fundamental para la identificación temprana, el manejo adecuado y la prevención de complicaciones en los pacientes afectados. (26)

Factores de Riesgo

1. Sexo masculino: Las hernias inguinales, son más comunes en hombres debido a la anatomía masculina. Los hombres tienen un conducto inguinal más largo y estrecho que las mujeres, lo que puede predisponerlos a desarrollar hernias.
2. Edad: es más común en personas de edad avanzada, ya que con el envejecimiento, los músculos y tejidos de la pared abdominal pueden debilitarse, lo que aumenta el riesgo de desarrollar una hernia.
3. Antecedentes familiares: Existe una predisposición genética para desarrollar hernias, incluyendo la hernia escrotal.
4. Actividades que aumentan la presión intraabdominal: Actividades que aumentan la presión intraabdominal, como levantar pesas pesadas, realizar esfuerzos intensos o realizar actividades físicas vigorosas de manera frecuente, pueden aumentar el riesgo de desarrollar una hernia escrotal.

5. **Obesidad:** La obesidad, que implica un exceso de grasa corporal, puede ejercer presión adicional sobre la pared abdominal y debilitarla, lo que aumenta el riesgo de desarrollar una hernia escrotal.

Signos y síntomas

La hernia inguinoescrotal se presenta como una protuberancia o abultamiento en la región inguinal y escrotal, que puede ser palpada y visualizada externamente. Esta protuberancia puede variar en tamaño y puede aumentar de tamaño con la actividad física, la tos o la defecación. El paciente puede describir sensaciones de pesadez, dolor o molestia en la zona afectada.

Además del abultamiento visible, se pueden observar otros signos y síntomas asociados a la hernia inguinoescrotal. El paciente puede experimentar dolor en la región inguinal o escrotal, que puede ser agudo o sordo, y puede aumentar con la actividad física o al levantar cargas pesadas. El dolor también puede irradiarse hacia la región abdominal, la pelvis o la zona genital.

La hernia inguinoescrotal también puede estar acompañada de otros síntomas como sensación de presión en la región inguinal o escrotal, molestias al caminar o al ponerse de pie, y cambios en la apariencia o textura de la piel en la zona de la hernia. Además, en algunos casos, la hernia puede presentar complicaciones como incarceration o estrangulación, que pueden manifestarse con síntomas más graves como náuseas, vómitos, fiebre, enrojecimiento o aumento del dolor en la zona de la hernia.

Es importante destacar que los signos y síntomas de la hernia inguinoescrotal pueden variar en cada individuo y la presentación clínica puede ser diferente en diferentes etapas de la enfermedad. Por lo tanto, es fundamental realizar una evaluación clínica exhaustiva y utilizar herramientas diagnósticas adecuadas, como la exploración física y exámenes complementarios, para un diagnóstico preciso y un manejo adecuado de la hernia inguinoescrotal en el contexto de la investigación académica y clínica.

Diagnóstico

Examen físico: se realiza un examen físico minucioso de la zona inguinoescrotal para buscar signos de una hernia. Esto puede incluir la palpación de la zona afectada en busca de una protuberancia o bulto que pueda aumentar de tamaño con la actividad física o al ponerse de pie, se pide que el paciente tosa o realice maniobras específicas para evaluar la presencia de una hernia.

Estudios de imagen: Se solicitan estudios de imagen, como una ecografía o una tomografía computarizada (TC), para obtener una imagen más detallada de la zona inguinoescrotal y confirmar el diagnóstico de hernia. (27)

Tratamiento

El tratamiento para una hernia inguinoescrotal generalmente implica la reparación quirúrgica, ya sea mediante una cirugía abierta o una cirugía laparoscópica. El objetivo del tratamiento es colocar el tejido herniado nuevamente en su lugar y fortalecer la pared abdominal para prevenir la recurrencia de la hernia

3.4.2. Caso 2: Apendicitis aguda

La apendicitis aguda es una condición médica que implica la inflamación del apéndice, que se encuentra contigua al intestino grueso en el lado inferior derecho del abdomen. La apendicitis aguda es una emergencia médica que requiere atención médica inmediata, ya que puede volverse grave y poner en peligro la vida del paciente si no se trata adecuadamente. (28)

Epidemiología:

La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice vermiforme, una pequeña estructura en forma de bolsa ubicada en el ciego del intestino grueso. La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de emergencia quirúrgica abdominal y afecta a personas de todas las edades en todo el mundo.

La incidencia de la apendicitis aguda varía en diferentes poblaciones y regiones geográficas. En general, se estima que la incidencia de la apendicitis aguda es de aproximadamente 80 a 100 casos por cada 100,000 personas por año. La apendicitis aguda afecta por igual a hombres y mujeres, aunque algunas investigaciones han sugerido una ligera predilección por los hombres.

La apendicitis aguda puede ocurrir en todas las edades, pero es más común en la adolescencia y en adultos jóvenes, con un pico de incidencia entre los 10 y 30 años de edad. Sin embargo, la apendicitis aguda también puede afectar a niños, adultos mayores y personas de edad avanzada.

En términos de factores de riesgo, la apendicitis aguda se ha asociado con diversos factores, como antecedentes familiares de apendicitis, historia previa de apendicitis, infecciones gastrointestinales previas, obstrucción del lumen apendicular por fecalitos, y otros factores que pueden contribuir a la inflamación del apéndice.

La apendicitis aguda puede presentar variaciones en su presentación clínica, lo que dificulta su diagnóstico temprano. Sin embargo, un diagnóstico y manejo adecuado de la apendicitis aguda son fundamentales para evitar complicaciones graves como perforación, abscesos intraabdominales e infecciones sistémicas. Por lo tanto, la epidemiología de la apendicitis aguda es un área de investigación importante para comprender la incidencia, los factores de riesgo y las características clínicas de esta condición, lo cual puede contribuir a mejorar su diagnóstico y manejo en la práctica clínica. (29)

Factores de Riesgo:

Edad: La apendicitis aguda es más común en personas jóvenes, especialmente en la adolescencia y la adultez temprana. Sin embargo, puede ocurrir a cualquier edad.

Sexo: Los hombres parecen tener un ligero aumento en el riesgo de desarrollar apendicitis aguda en comparación con las mujeres.

Historial familiar: Tener antecedentes familiares de apendicitis aguda puede aumentar el riesgo de desarrollar la condición. Esto puede deberse a factores genéticos o a compartir factores de estilo de vida y ambientales.

Obstrucción del apéndice: La obstrucción del apéndice, generalmente causada por fecalitos u otros materiales, puede aumentar el riesgo de apendicitis aguda. La obstrucción puede bloquear la salida del apéndice, lo que lleva a la inflamación e infección.

Infecciones gastrointestinales: Infecciones previas del tracto gastrointestinal, como gastroenteritis, pueden aumentar el riesgo de desarrollar apendicitis aguda.

Trastornos inflamatorios: Ciertos trastornos inflamatorios del intestino, como la enfermedad de Crohn, que causan inflamación crónica del tracto gastrointestinal, pueden aumentar el riesgo de desarrollar apendicitis aguda.

Retraso en el diagnóstico: Si la apendicitis aguda no se diagnostica ni se trata a tiempo, el riesgo de complicaciones, como perforación del apéndice, aumenta significativamente. (30)

Signos y síntomas

- Dolor abdominal agudo y localizado en el lado inferior derecho del abdomen, que puede comenzar como un dolor sordo y luego volverse más intenso y punzante.
- Sensibilidad y dolor al tacto en el área del apéndice.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de apetito.
- Fiebre baja a moderada.
- Cambios en los patrones de evacuación intestinal, como estreñimiento o diarrea.

Diagnóstico

El diagnóstico de la apendicitis aguda se basa en una combinación de la historia clínica del paciente, el examen físico y los hallazgos de pruebas

complementarias. La historia clínica debe incluir una evaluación detallada de los síntomas del paciente, como dolor abdominal, náuseas, vómitos, anorexia, fiebre y otros síntomas asociados. Además, se debe investigar la duración y la progresión de los síntomas, así como antecedentes médicos y quirúrgicos previos del paciente.

El examen físico es esencial en el diagnóstico de la apendicitis aguda. El médico debe realizar una evaluación minuciosa del abdomen, incluyendo la inspección, palpación, percusión y auscultación. Los hallazgos físicos característicos de la apendicitis aguda pueden incluir dolor a la palpación profunda en la fosa ilíaca derecha, signo de Blumberg (dolor a la descompresión brusca del abdomen), rigidez abdominal localizada, defensa muscular, rebote, y posible masa palpable en algunos casos.

Las pruebas complementarias también son importantes en el diagnóstico de la apendicitis aguda. Los estudios de laboratorio, como el hemograma completo, pueden mostrar leucocitosis con desviación a la izquierda, aunque este hallazgo es inespecífico. La velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) también pueden estar elevadas en caso de inflamación. Las pruebas de imagen, como la tomografía computarizada (TC) abdominal, son útiles en muchos casos para confirmar el diagnóstico de apendicitis aguda y descartar otras condiciones que puedan presentar síntomas similares. La ecografía abdominal también puede ser utilizada, especialmente en poblaciones pediátricas o en mujeres embarazadas.

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de la apendicitis aguda puede ser desafiante debido a la variabilidad en la presentación clínica y la posibilidad de otras condiciones que pueden simularla. Por lo tanto, la evaluación clínica integral, combinada con pruebas complementarias adecuadas, es fundamental para un diagnóstico preciso y oportuno de la apendicitis aguda en un entorno clínico y de investigación académica. (31)

Tratamiento

Se debe realizar un procedimiento llamado apendicectomía. La cirugía puede realizarse a través de una incisión abdominal tradicional o mediante cirugía

laparoscópica, que utiliza pequeñas incisiones y una cámara para guiar el procedimiento. La apendicectomía es un procedimiento común y generalmente de buen pronóstico.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante nuestro internado, hemos observado que al comienzo había una alta prevalencia de casos de COVID-19, pero actualmente la sintomatología es menos severa gracias a la inmunización de la población. Por esta razón, hemos participado en campañas de vacunación durante nuestras rotaciones en los centros de salud, con el objetivo de lograr una amplia cobertura y prevenir las complicaciones graves del virus COVID-19.

El sistema de salud peruano está compuesto por una red integrada de establecimientos que brindan atención a los pacientes, utilizando referencias y contrarreferencias para evitar la congestión en los hospitales de gran tamaño. Esto permite realizar tamizaje, prevención primaria y promoción de la salud de manera temprana, captando a los pacientes en etapas tempranas de la enfermedad. Esto ayuda a prevenir complicaciones graves de las enfermedades, evitando que lleguen a desarrollar enfermedades terminales.

Durante nuestro último año universitario, se han llevado a cabo prácticas en centros de salud de categoría I-3 (Virgen del Carmen La Era) y en un hospital de mediana complejidad (Hospital Jose Agurto Tello). Durante esta experiencia, se han adquirido y reforzado nuestros conocimientos en el manejo de pacientes, lo que nos ha permitido enfrentar situaciones de emergencia y urgencia de manera adecuada. En contraste, en los años anteriores (2 años) las clases fueron virtuales y al no ser complementadas con prácticas, el aprendizaje fue limitado.

Es fundamental complementar la adquisición de conocimientos teóricos con la experiencia práctica en entornos clínicos, como ocurre durante el internado médico. Al completar esta etapa, se obtendrá la titulación oficial de médicos, asumiendo plena responsabilidad en la toma de decisiones, el establecimiento de diagnósticos y la implementación de tratamientos. Estaremos debidamente preparados para enfrentar con seguridad cualquier adversidad en el campo clínico, gracias a una sólida formación como profesionales de la salud.

La combinación de la formación teórica y práctica permitirá estar preparados para brindar una atención médica de calidad y tomar decisiones informadas en beneficio de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

Durante el internado, se refuerzan los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación universitaria del médico peruano, con el objetivo de estar preparados para enfrentar adversidades y brindar respuestas efectivas en diferentes situaciones. Es importante combinar la teoría con la práctica clínica para consolidar el aprendizaje y fortalecer los conocimientos.

Una diferencia significativa entre un puesto de salud y un hospital radica en la capacidad resolutive, ya que en los primeros se aprende a manejar situaciones con recursos limitados y captar a los pacientes de manera temprana para prevenir complicaciones y evitar que lleguen a etapas avanzadas de enfermedades. Esto implica trabajar en una red integral de salud mediante el uso de referencias y contrarreferencias.

RECOMENDACIONES

Es esencial tener una actitud motivada para seguir aprendiendo, consultando o leyendo sobre cualquier aspecto desconocido y no quedarse con dudas. Una estrategia utilizada para ampliar el conocimiento es realizar exposiciones frente a médicos especialistas y recibir retroalimentación basada en su experiencia.

Además, se podría considerar la posibilidad de reducir la duración de la pasantía en centros de salud, ya que los actuales 5 meses representan la mitad del período de internado, y con solo 2 meses sería suficiente para adquirir un buen manejo en el primer nivel de atención, lo cual facilitaría la transición al posterior SERUMS.

Es fundamental tener acceso a capacitaciones constantes y recibir incentivos para el cuidado personal, la prevención y promoción de la salud, así como para el buen uso de equipos de protección personal. También se podrían implementar más campañas de despistaje de enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud, con el fin de mejorar la detección temprana de estas enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

1. El Peruano - RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 351-2022/MINSA [Internet]. 2022 [citado el 27 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-administrativa-para-el-desarrollo-de-resolucion-ministerial-n-351-2022minsa-2067305-1/>
2. Ministerio de Salud - RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 351-2022/MINSA [Internet]. 2022 [citado el 27 de marzo del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
3. Tapia R, Nuñez R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano [Internet]. Scielo. 2017 [cited 2023 mar 16]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412007000400005&script=sci_arttext&tlng=en
4. Ministerio de salud. Hospital Jose Agurto Tello de Chosica [Internet]. Ministerio de salud, editor. MINSA; 2023 [cited 2023 Apr 14]. Available from: <http://www.hospitalchosica.gob.pe/>
5. Centro De Salud Virgen Del Carmen - La Era en Lurigancho | MINSA [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-este/centro-de-salud-virgen-del-carmen-la-era-lurigancho/>
6. Carrillo N, Muñoz A, Carrillo G. Neumonía aspirativa en pacientes adultos mayor. Revista Sociedad Peruana Medicina Interna 2013; 26(2) :71-77.
7. Torres H, Gil E, Pacho C, Ruiz D. Actualización de la Neumonía en el Anciano, Revista Española de Geriátría y Gerontología 2013; 48(2): 72-78.
8. Gonzalo H, Junco. Factores de riesgo asociados a neumonía nosocomial en pacientes adultos. Revista Facultad Medicina Humana 2019; 19(1):80-89.
9. Suarez Q, López E, García V, Serra V. Predictores clínicos de neumonía intrahospitalaria asociada al ictus isquémico agudo. Revista Finlay 2015 ;5(2): 1-7.

10. Benaiges A. Concepto, clasificación y tratamiento de la celulitis. *Offarm* [Internet]. 2003 May 1;22(5):78–88. Available from:
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-concepto-clasificacion-tratamiento-celulitis-13047748>
11. Rojas LAJ. Celulitis. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. 2017 Jun 2;2(6):6–9. Available from:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/81>
12. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Egnen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. An Update on the Treatment and Management of Cellulitis. *Actas dermo-sifiliograficas* [Internet]. 2019;110(2):124–30. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30390916>
13. Directora, Dra M, Karol M, Ampudia M, Independiente S, José C, et al. COMITÉ CIENTÍFICO EQUIPO TÉCNICO EDITORIAL ESCULAPIO ENTIDAD EDITORA SOMEA CUERPO EDITORIAL. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2019;4(8). Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7399467.pdf>
14. García Odio A, Rives González Y, Álvarez Bolívar D. Quiste grande de la glándula de Bartholin izquierda. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. 2017 Mar 1;56(1):68–73. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000100008
15. Delgado F. Absceso de la glándula de bartolino. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*. 2020 Dec 13;77(4):345–50.
16. ABORTO RETENIDO CON DEGENERACIÓN VESICULAR | *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet].
investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe. [cited 2023 Apr 15]. Available from:
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/aborto-retenido-degeneracion-vesc>
17. Rodríguez Blanco CL, De los Ríos Palomino M, González Rodríguez AM, Quintana Blanco DS, Sánchez Reyes I, Rodríguez Blanco CL, et al. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed* [Internet]. 2020 Dec 1;24(6):1349–65. Available from:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601349
18. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2015 Jan 1;61(1):57–64. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010
 19. Failache O. Ictericia neonatal. *Archivos de Pediatría del Uruguay* [Internet]. 2002 Jun 1 [cited 2023 Apr 15];73(3):143–5. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492002000300007
 20. Ocronos R. ▷ Ictericia neonatal. Artículo monográfico [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022. Available from: <https://revistamedica.com/ictericia-neonatal-articulo-monografico/>
 21. Durán M, García JA, Sánchez A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2015 Jan 1;12(1):41–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-efectividad-fototerapia-hiperbilirrubinemia-neonatal-S1665706315000214>
 22. Mesa Izquierdo O, Travieso Peña G, Ferrer Robaina H, Gámez Oliva H, Rodríguez Pereira R, Govín Gámez JF, et al. Enfermedad por arañazo de gato. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [Internet]. 2016 Sep 1;35(3):294–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000300008
 23. Eymin L G, Zapata P A, Andrade A M, Aizman S A, Rojas O L, Rabagliati B R. Enfermedad por arañazo de gato: Características clínicas y de laboratorio en pacientes adultos hospitalizados por fiebre o adenopatías. *Revista médica de Chile*. 2006 Oct;134(10).
 24. Peña Irún A, González Santamaría A, García Espinosa R, Cavadas López A. Enfermedad por arañazo de gato. ¿Es necesario el tratamiento antibiótico? *Medicina de Familia SEMERGEN* [Internet]. 2012 Jul 1;38(5):342–3. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina->

[familia-semergen-40-articulo-enfermedad-por-aranazo-gato-es-S1138359312000044](#)

25. Vacca, Jr. VM. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión. Nursing (Ed española). 2018 Mar;35(2):26–33.
26. Muñoz Murillo WJ, Lozada Marintez ID, Bolaño Romero MP, Suarez Causado A, Ospina Pérez CG, Mirando Fontalvo A. Hernia inguinoescrotal reincidente con megauréter: presentación de caso. Horizonte Médico (Lima). 2020 Jul 22;20(3):e926.
27. Juan Escudero JU, Ramos de Campos M, Ordoño Domínguez F, Fabuel Deltoro M, Serrano de la Cruz Torrijos F, Navalón Verdejo P, et al. Hernias vesicales inguinoescrotales. Archivos Españoles de Urología (Ed impresa) [Internet]. 2007 Apr 1 [cited 2023 Apr 15];60(3):231–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000300002
28. Flum DR. Acute appendicitis--appendectomy or the "antibiotics first" strategy. N Engl J Med. 2015;372(20):1937-1943. DOI: 10.1056/NEJMra1409220
29. Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, et al. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet. 2015;386(10000):1278-1287. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00275-5
30. Livingston EH, Woodward WA, Sarosi GA, Haley RW. Disconnect between incidence of nonperforated and perforated appendicitis: implications for pathophysiology and management. Ann Surg. 2007;245(6):886-892. DOI: 10.1097/01.sla.0000265959.09317.8b
31. Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. World J Emerg Surg. 2016;11:34. DOI: 10.1186/s13017-016-0090-5

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALAS DE LA ENFERMEDAD		
Lesión	Localización	Características
Lesiones quísticas		
Quieste de Bartholin	Vestibulo	Es usualmente unilateral, asintomática si permanece pequeño
Quieste de inclusión epidermoide	Usualmente en el labio mayor	Es benigno, móvil, no doloroso, causado por trauma u obstrucción de conductos pilosebáceos
Quieste mucoso del vestibulo	Labio menor, vestibulo, área periclitórica	Suave menos de dos centímetros de diámetro, localización superficial, solitario o múltiple, usualmente asintomático.
Hidradenoma	Entre el labio mayor y menor	Benigno, crecimiento lento, pequeño de 2 mm a 3 cm, que se deriva de las glándulas apocrinas.
Quieste del canal de Nuck	Labio menor, monte de venus	Suave, puede simular una hernia inguinal
Quieste del conducto de Skene	Adyacente al meato uretral en el vestibulo	Benigno, asintomático, si es grande puede causar obstrucción uretral y retención urinaria.

ANEXO 2

Puntaje de Alvarado modificado para el diagnóstico de apendicitis

Resgo	Puntos
Dolor migratorio en cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Dolor de rebote en el cuadrante inferior derecho	1
Fiebre >37.5°C (>99.5°F)	1
Leucocitosis de glóbulos blancos >10 × 10 ⁹ /litro	2
Total	9

La puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y se deben buscar otros diagnósticos. Una puntuación de ≥4 indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo por apendicitis.