



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
DANIEL ANDRES AVALOS SOTO**

**ASESOR
HUGO ORTIZ SOUZA**

**LIMA - PERÚ
2023**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
CHANCAY Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

AVALOS SOTO DANIEL ANDRES

ASESOR

DR. HUGO ORTIZ SOUZA

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad y sabiduría de sanar a otros.

A mis padres, Román Avalos y Cecilia Soto, por apoyarme durante estos años y no dejarme rendir, a mi hermana Lucia por ser mi confidente y amiga.

AGRADECIMIENTO

A todos mis maestros cuyos consejos y palabras de aliento durante su tiempo me inspiraron a perseguir este sueño y me permitieron convertirme en un buen profesional.

INDICE

PORTADA.....	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORA PROFESIONAL	2
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	28
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA.....	37
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	40
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	41

RESUMEN

La finalidad del presente trabajo es dar a conocer las pericias y el conocimiento adquirido durante la etapa de internado médico en el contexto post pandemia por el COVID - 19 en el Hospital de Chancay y SBS en el período de junio 2022 a marzo 2023.

Las principales actividades desarrolladas en el transcurso del internado médico estuvieron relacionadas con el campo teórico y práctico. Considerando que el nosocomio es nivel II-2 (hospital de enseñanza) se llegó a evidenciar limitación en el manejo ocasionado en algunos casos por falta de personal y en otros casos por falta de equipos imagenológicos generando retraso en los diagnósticos y tratamiento de diversas patologías, demostrando una falta en la gestión hospitalaria postpandemia.

Objetivo: Este trabajo se basa en una recopilación de los mejores casos clínicos de cada especialidad rotada durante el periodo de internado en el Hospital de Chancay y SBS. El propósito de esta investigación es consolidar los fundamentos teóricos y prácticos comparando la literatura médica más reciente y mostrando varias limitaciones en el manejo y abordaje de los pacientes. **Métodos:** Mediante la revisión de 8 casos clínicos todos abordados por el interno de medicina en los diferentes servicios como lo son: gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y medicina. **Resultados:** A pesar de haber salido recientemente de una pandemia se logra culminar con el periodo de internado consolidando fundamentos teóricos y prácticos relevantes en cada rotación. **Conclusión:** se culmina una etapa en la carrera medica con óptimos conocimientos para afrontar el servicio rural.

Palabras clave: Internado Médico, Práctica Médica General, Diagnóstico

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present the expertise and knowledge acquired during the medical internship stage in the post-pandemic context by the COVID - 19 in the Chancay Hospital and SBS in the period from June 2022 to March 2023.

The main activities developed during the medical internship were related to the theoretical and practical fields. Considering that the hospital is level II-2 (teaching hospital), there was evidence of limited management caused in some cases by lack of personnel and in other cases by lack of imaging equipment, causing delays in the diagnosis and treatment of various pathologies, demonstrating a lack of post-pandemic hospital management.

Objective: This work is based on a compilation of the best clinical cases of each specialty rotated during the internship period at Chancay Hospital and SBS. The purpose of this research is to consolidate the theoretical and practical foundations by comparing the most recent medical literature and showing several limitations in the management and approach of patients. **Methods:** Through the review of 8 clinical cases all approached by the medical intern in different services such as: gynecology-obstetrics, pediatrics, surgery and medicine. **Results:** In spite of having recently come out of a pandemic, the internship period was completed, consolidating relevant theoretical and practical foundations in each rotation. **Conclusion:** A stage in the medical career is completed with optimal knowledge to face the rural service.

Keywords: Internship and Residency, General Practice, Diagnosis

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE CHANCAY Y SERVI
CIOS BÁSICOS DE SALUD 2022-2023

AUTOR

AVALOS SOTO DANIEL ANDRES

RECUENTO DE PALABRAS

9599 Words

RECUENTO DE CARACTERES

55382 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

219.6KB

FECHA DE ENTREGA

May 9, 2023 9:41 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 9, 2023 9:42 AM GMT-5

● 14% de similitud general

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Dr. HUGO ANÍBAL ORTÍZ SOUZA
ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3619-2120>

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de suficiencia profesional tiene como principal objetivo convertirse en un espacio de conocimiento, aprovechando la experiencia adquirida en las prácticas médicas realizadas en el Hospital de Chancay y SBS, entre junio 2022 a marzo 2023.

El Hospital de Chancay y SBS es una institución de MINSA de nivel II-2 perteneciente a la provincia de Huaral, departamento de Lima, ubicado en el distrito de Chancay, considerado como un nosocomio de Referencia en Lima Provincial, ofreciendo una atención especializada en las diferentes especialidades médicas con las que cuenta.

El internado médico es una fase en la que el estudiante de medicina consolida tangiblemente los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los meses de este, a través de los pacientes y experiencias de otros doctores. Este cuidado brindado a la comunidad es considerado un aprendizaje preprofesional obligatorio, que juega un papel importante y fundamental en la formación como médico, ya que permite una participación eficaz y el desarrollo de habilidades blandas.

En nuestro país, las prácticas preprofesionales se realizan en el último año de Pregrado de la carrera. Las asignaciones se centran en cuatro especialidades en un entorno hospitalario: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna.

Las restricciones reveladas a raíz de la pandemia del COVID-19 no han impedido que los estudiantes adquieran conocimientos más profundos. Así, al introducir nuevos enfoques en el sistema de salud, se pudo desarrollar con eficacia y éxito el aprendizaje de los internos de medicina de acuerdo con los problemas y situaciones en cada rotación.

CAPÍTULO I. TRAYECTORA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Gineco-Obstetricia

Caso 1:

Paciente fémina de 16 años, traída a emergencia por su familiar (madre) por presentar hace 6 horas, sangrado vaginal exuberante, acompañado de dolor tipo cólico, relata que presenta “cúmulos de sangre” en su ropa interior los cuales han ido disminuyendo, FUR hace 7 semanas, por lo que decide ir a emergencia.

Síntomas principales: sangrado vaginal

Antecedentes obstétricos:	Antecedentes personales:
<ul style="list-style-type: none">- Menarquia: 12 años- GOP0000- IRS: 15 años- MAC: Niega- FUR: 7 semanas- RC: 4/28	<ul style="list-style-type: none">- Patológicos: (-)- Quirúrgicos: (-)- Alergias: (-)- Familiares: (-)

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 89 lpm	Fio: 21%
PA: 100/80 mmHg	Peso: 72 kg
FR: 18 x´	Talla: 1.56cm
T°:36,5°C	IMC: 20.5
SatO2: 98%	

Paciente AREG, AREH, AREN

- Piel y Tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, hidratada, presenta llenado capilar < 2'', no edemas
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. Buena intensidad. No soplos audibles.
- Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación
- Genito-urinario: PPL (-) PRU (-).
Especuloscopia: Escaso sangrado, OCE entreabierto, se evidencia restos
- Tacto vaginal: Cérvix central, OCE abierto; OCI permeable a 1 dedo.
- Sistema Nervioso Central: LOTEPE, Escala Glasgow: 15/15, no focalización.

Diagnostico diferencial:

1. Primigesta nulípara de 7 semanas por FUR
2. Amenaza de aborto (en curso)
3. Gestante adolescente

Plan de trabajo:

Se solicita exámenes: hemograma completo, Grupo y factor, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, examen de orina y ecografía transvaginal.

Interpretación de resultados:

Hematología:

Hemoglobina: 12.3 g/dL	Urea: 21.9 mg/dL
Hematocrito: 36.9%	Grupo y Factor: O+

LEU: 10 250	Perfil de coagulación: Sin Alteraciones
Recuento plaquetas: 244 000	Tiempo de protrombina: 12"
Creatinina: 0.84 mg/dL	Serológicos: No reactiva

Ecografía transvaginal:

Útero ante verso, aumentado de tamaño, en su corte longitudinal transverso y anteroposterior, anexos normales no presentan alteraciones, se evidencia saco gestacional sin embrión en su interior.

Diagnósticos definitivos:

1. Aborto incompleto
2. Anemia moderada

Tratamiento:

1. Nada por vía oral (NPO)
2. Vía permeable (NaCl 0,9% EV 1000 cc XX gts)
3. Preparar para AMEU

Seguimiento:

Paciente es trasladada al Centro Obstétrico para efectuar AMEU, el cual es tolerado por la paciente, se procede a darle de alta a las 5 horas posteriores a la intervención. Se da de alta con Metronidazol 500 mg por VO cada 12 horas x 7 días y Doxiciclina 100 mg por VO cada 12 horas x 7 días. Se efectiviza interconsulta con Psicología a su vez se brinda educación sexual integral dando información, prevención y distribución de MAC. Se orienta a la paciente en su uso y en el tratamiento brindado por el nosocomio.

Caso 2:

Gestante de 21 años con 38 semanas 4/7 de gestación, acude a emergencia por presentar dolor tipo contracción uterina y leve sangrado, manifiesta perdida de tapón mucoso hace 2 horas aproximadamente a su vez refiere aflicción en zona lumbar. Niega perdida de líquido. Menciona haber vomitado hace un par de horas y que permanece con náuseas hasta el momento de llegar a nosocomio. Paciente indica sentir gran urgencia de pujar.

Síntomas principales: Dolor hipogastrio, intensas ganas de pujar, nauseas.

Antecedentes obstétricos:

Antecedentes obstétricos:	Antecedentes personales:
<ul style="list-style-type: none"> - Menarquia: 14 años - G0P0000 - IRS: 17 años - MAC: Niega - FUR: 7 semanas - RC: irregular 	<ul style="list-style-type: none"> - Patológicos: (-) - Quirúrgicos: (-) - Alergias: (-) - Familiares: (-)

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 89 lpm	Fio: 21%
PA: 120/70 mmHg	Peso: 76kg
FR: 22 x´	Talla: 1.64cm
T°:36,8°C	IMC: 28.3
SatO2: 99%	

Paciente AREG, AREH, ARE

- Piel y Tejido celular subcutáneo: hidratada, tibia, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos, presenta edemas en ambos miembros inferiores (fóvea +/+++).
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa correctamente por ambos hemitórax.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. Presentan buena intensidad. No soplos perceptibles.
- Abdomen: Grávido, Altura uterina: 32 cm; Situación, posición y presentación fetal: Longitudinal cefálico derecho (LCD); Latidos cardiaco-fetales: 137 x'; Se percibe movimientos fetales.
- Genito-urinario: I: 90%, Dilatación: 10cm, Altura de presentación: +1
- SNC: lucido, orientado en tiempo y persona, escala de Glasgow: 15/15.

Diagnostico:

1. Primigesta 38 4/7 semanas por ecografía del primer trimestre
2. Trabajo de parto (expulsivo)

Plan de trabajo:

Se pasa a la paciente de inmediato a centro obstétrico por presentarse en trabajo de parto en fase expulsiva. A su vez se solicita a laboratorio: hemograma completo, grupo y factor, urea, creatinina, perfil de coagulación, serología y examen de orina.

Interpretación de resultados:

Hematología:

Hemoglobina: 11.5 g/dL	Urea: 24 mg/dL
Hematocrito: 34.5%	Grupo y Factor: O+
LEU: 8 300	Perfil de coagulación: Sin Alteraciones

Recuento plaquetas: 230 000	Tiempo de protrombina: 11"
Creatinina: 0.68 mg/dL	Serológicos: No reactiva

Diagnósticos finales:

1. Parto Eutócico – Expulsivo
 - 1.1 Puérpera inmediata de parto vaginal
2. Anemia moderada

Tratamiento:

Post parto se indica hospitalizar a paciente en piso de Gineco-Obstetricia con la siguiente terapéutica:

1. Nada por vía oral por 2 horas luego dieta completa + líquidos a voluntad
2. Vía endovenosa permeable
3. NaCl 0.9% 1000cc + Oxitocina 30 UI por XXX gotas
4. Diclofenaco 1 ampolla Intramuscular STATT
5. Paracetamol 1 gr cada 8 horas por vía oral
6. Automasaje uterino + Lactancia materna exclusiva
7. Control de funciones vitales + Balance hidroelectrolítico
8. Hemoglobina control
9. Revaluación según evolución

Seguimiento:

Paciente pasa a piso de hospitalización de Gineco-obstetricia, junto a recién nacido vivo de sexo femenino cuyo peso fue 3640 gramos, APGAR 8-9, Capurro 38 semanas, líquido amniótico claro. Pasan a piso para continuar con monitoreo y luego posterior alta.

1.2 Rotación de Pediatría

Caso 1:

Paciente de sexo masculino de 4 años acompañado por su padre debido a que presenta en las últimas 12 horas, 7 cámaras diarreicas, mencionan que todas fueron deposiciones líquidas, refiere ver moco y sangre en ropa interior del paciente. Refiere que se agregan 2 vómitos de contenido alimentario, siendo el último 50 minutos antes de llegar a emergencias. Padre refiere que tolera vía oral y menciona que el día de ayer por noche cenaron en la calle.

Síntomas principales: vómitos, diarrea

Antecedentes perinatales	Antecedentes personales
<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de nacimiento: 11/08/2018 - Parto: Cesárea - Lugar de nacimiento: Hospital Huaral - Peso: 3670 kg - Talla: 49 cm - Edad Gestacional: 39 semanas - Grupo y factor: O+ - Lactancia materna: hasta 12 meses - APGAR: 1" (8) – 5" (9) 	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes Familiares: (-) - Patología: (-) - Quirúrgicos: (-) - Alergias: (-)

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 130 lpm	Talla: 104cm
FR: 29 x'	Peso: 18kg
T°:37,5°C	

Fio: 21%	
SatO2: 99%	

Paciente en AREG, AREH, AREN, se aprecia

- Piel y TCSC: tibia, poco hidratada, poco elástica, llenado capilar < 2", no edemas, llanto sin muestra de lágrimas, enoftalmos ambos ojos, mucosa seca
- Tórax y Pulmones: Murmullo Vesicular pasa por ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruido cardiaco rítmico. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, Ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación profunda en abdomen inferior.
- Sistema nervioso central: Reactivo a estímulos, no signos meníngeos.

Diagnostico diferencial:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Deshidratación - moderada
3. Síndrome nauseoso-emético

Plan de trabajo:

1. Hidratación por vía oral
2. Valorar si el cuadro diarreico es de origen bacteriano y/o viral
3. Se solicita: Hemograma completo, Electrolitos, Cultivo de heces, Reacción inflamatoria en heces y PCR.

Interpretación de resultados:

Hematología:

Hemoglobina: 10.9 g/dL	Sodio: 120
Hematocrito: 32.7%	Potasio: 3.8
LEU: 15 640	Cloro: 115
Recuento plaquetas: 280 000	Reacción inflamatoria en heces: +++

Abastoados:480	Coprocultivo: en curso
----------------	------------------------

Paciente en AREG, AREH, AREN, se aprecia

- Piel y TCSC: tibia, poco hidratada, poco elástica, llenado capilar < 2", no edemas, llanto sin muestra de lágrimas, enoftalmos ambos ojos, mucosa seca
- Tórax y Pulmones: Murmullo Vesicular pasa por ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruido cardiaco rítmico. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, Ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación profunda en abdomen inferior.
- Sistema nervioso central: Reactivo a estímulos, no signos meníngeos.

Tratamiento:

1. Se indica probar tolerancia oral, si no tolera pasar a NPO
2. Cloruro de Sodio 9% 1000 cc
Ampolla NaCl 20% 40cc
Ampolla de Kalium 20% 20cc
3. Ondasentron 0.9 mg endovenoso STAT, luego PRN vómitos
4. Ceftriaxona 400mgr Endovenoso c/24 horas
5. Paracetamol 22 mL c/24 horas condicional a fiebre (>38°C)
6. Ranitidina 0.37 mL c/8 horas
7. Control de funciones vitales + Balance hidroelectrolítico

Seguimiento:

Paciente en evidente estado de deshidratación moderada por presentar cuadro diarreico agudo infeccioso a razón bacteriana, el cual se evidencio por la presencia de moco y sangre en las deposiciones líquidas, se termina confirmando con los exámenes de laboratorio, donde se evidencio una leucocitosis marcada con desviación izquierda. A su vez salió positiva la prueba de reacción inflamatoria.

Se hace un manejo para controlar la deshidratación vía endovenosa y a su vez se inicia tratamiento antibiótico.

Paciente presenta una marcada mejoría a los 4 días de empezado el tratamiento en el piso de hospitalización. Existe una disminución en los cuadros diarreicos y a su vez el paciente empieza a tolerar vía oral.

Caso 2:

Paciente de sexo femenino de 6 años es traída por su familiar (abuela) al servicio de emergencia por presentar un tiempo de enfermedad de 2 días, refiere dolor de oído izquierdo intenso que ha ido en aumento marcado, se agrega fiebre cuantificada por familiar en 39°C. La cual sede por 12 horas tras la toma de una tableta de paracetamol (500 mg). Familiar trae al paciente a emergencias por persistencia de fiebre y el dolor en oído izquierdo.

Síntomas principales: otalgia, fiebre

Antecedentes perinatales	Antecedentes personales
<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de nacimiento: 22/010/2016 - Parto: Eutócico - Lugar de nacimiento: Hospital de Chancay - Peso: 3700 kg - Talla: 47 cm - Edad Gestacional: 38 semanas - Grupo y factor: O+ - Lactancia materna: hasta 10 meses - APGAR: 1" (9) – 5" (9) 	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes Familiares: Hipertensión Arterial (padre) - Patología: (-) - Quirúrgicos: (-) - Alergias: (-)

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 110 lpm	Talla: 114cm
FR: 19 x´	Peso: 25kg
T°:39°C	
Fio: 21%	
SatO2: 98%	

Paciente en aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN), se aprecia:

- Piel y Tejido celular subcutáneo: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2", no edemas.
- Oído: Se aprecia conducto auditivo externo, de oído izquierdo, con secreción seropurulenta. A la otoscopía se observa una membrana timpánica poco abombada y leve eritematosa.
- Orofaringe: Eritematosa moderada, no placas
- Tórax y Pulmones: Murmullo Vesicular pasa bien por ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruido cardiaco rítmico. No soplos.
- Abdomen: Plano, Ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación superficial ni profunda.
- Sistema nervioso central: LOTEP, Glasgow: 15/15, no signos meníngeos.

Diagnostico:

1. Otitis media aguda

Plan de trabajo:

El manejo dado para esta patología se da de manera ambulatoria. A la paciente se le indico tratamiento antibiótico, antiinflamatorio y se le explicó los signos de alarma a tener en cuenta.

Tratamiento:

8. Amoxicilina 540 mg vía oral cada 12 horas por 10 días
9. Ibuprofeno 120 mg vía oral cada 8 horas por 3 días
10. Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas condicional a fiebre
11. Mantener un control por consultorio de pediatría.

Seguimiento:

Se da indicaciones al familiar del paciente para que esta alerta a los signos de alarma. El manejo con antibióticos para esta patología en niños mayores de 2 años tiene diferentes fines, como evitar algún tipo de complicación en el futuro y a su vez mejora los síntomas. Recordemos que el microorganismo que se quiere cubrir es el neumococo por se el patógeno que presenta menor porcentaje de curación espontánea y puede llegar a presentar mayores complicaciones. Cave recalcar que es importante explicar y afirmar la importancia de culminar con el tratamiento antibiótico pese a la marcada mejoría de los síntomas.

1.3 Rotación de Cirugía

Caso 1:

Relato:

Paciente de sexo masculino 33 años vista emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 6 horas manifiesta dolor abdominal intenso (EVA 6/10), difuso, tipo cólico, localizado en zona epigástrica que tiende a irradiarse a fosa iliaca derecha. Menciona nunca haber experimentado un dolor similar. Se añade sensación de alza térmica no cuantificada, náuseas y vómitos.

Síntomas principales: dolor abdominal en fosa iliaca derecha, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales

- | |
|--|
| - Antecedentes Familiares: (-) |
| - Patología: Hipotiroidismo en tratamiento |
| - Quirúrgicos: (-) |
| - Alergias: (-) |

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 100 lpm	Talla: 1.52cm
FR: 21 x´	Peso: 56kg
T°:37°C	Fio: 21%
Presión arterial: 100/70 mmHg	SatO2: 99%

Paciente en AREG, AREH, AREN, se aprecia

- Piel y Tejido celular subcutáneo: levemente tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2”, no edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax.
- Cardiovascular: Ruido cardíaco rítmico de buena intensidad. No se auscultan soplos.
- Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en cuadrantes inferiores, Signo de Mcburney presente, rebote presente, leves signos peritoneales.
- Sistema nervioso central: Lucida, orientado en tiempo y espacio, escala Glasgow: 15/15, no signos meníngeos, no focaliza.

Diagnostico diferencial:

1. Síndrome doloroso abdominal agudo:

- 1.1 Descartar abdomen quirúrgico (apendicitis)
- 1.2 Descartar obstrucción de intestinos
- 1.3 Diverticulitis
- 2. Síndrome nauseoso
- 3. Síndrome emético

Plan de trabajo:

Se solicita exámenes prequirúrgicos como lo son: hemograma completo, Grupo y factor sanguíneos, urea, creatinina. Glucosa basal, perfil de coagulación, Prueba antígeno COVID.

Resultados de laboratorio:

Hematología:

Hemoglobina: 14.5 g/dL	Urea: 22 mg/dL
Hematocrito: 43.5%	Grupo y Factor: O+
LEU: 18 230	Perfil de coagulación: no presentan Alteraciones
Abastionados:15%	PCR: Positiva
Creatinina: 0.7 mg/dL	Prueba COVID: Negativo

Diagnóstico definitivo:

- 1. Apendicitis aguda sin presencia de complicaciones

Tratamiento:

Se da la orden para pase a cirugía laparoscópica, se prepara paciente para sala de operaciones:

- 1. Nada por vía oral
- 2. Tramadol 100mg por vía endovenosa cada 12 horas
- 3. Ceftriaxona 2 gr por vía endovenosa cada 24 horas

4. Se indica la colocación de sonda Foley
5. Poner vendaje en ambos miembros inferiores Pre-sala de operaciones

Seguimiento:

Se da pase para sala de operaciones, en la cual se realiza una apendicectomía por laparoscopia, en el informe de sala de operaciones se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda en posición paracecal, no se encuentran perforaciones. Base indemne. Paciente llega a tolerar procedimiento y se indica pase a piso de cirugía. Para control de evolución y pronta alta.

Caso 2:

Relato:

Paciente de sexo femenino de 65 años procedente del puerto de Chancay acude al servicio de emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 7 meses, menciona que anteriormente ya tuvo un primer episodio de dolor tipo cólico en región hipocondrio derecho después de haber comido anticuchos. Este termina cediendo con el consumo de AINES. Paciente indica que el segundo episodio fue tras la ingesta de una cena de carne de chancho frita, manifestó el mismo dolor en la misma zona, se agregan náuseas y malestar general. Es manejado con analgésicos por vía endovenosa. Paciente se realiza una ecografía abdominal alta para diagnóstico de colecistitis litiásica. La cual es confirmada y se programa intervención quirúrgica.

Síntomas principales: dolor intenso en hipocondrio derecho, se agregan náuseas y cámaras de vómitos.

Antecedentes personales
- Antecedentes Familiares: (-)
- Patología: (-)
- Quirúrgicos: (-)

- Alergias: (-)

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 83 lpm	Talla: 1.50cm
FR: 20 x´	Peso: 65kg
T°:36.7°C	Fio: 21%
Presión arterial: 120/60 mmHg	SatO2: 99%

Paciente en AREG, AREH, AREN, se aprecia

- Piel y Tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, leve sequedad, llenado capilar < 2", no presenta edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se perciben ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruido cardíaco rítmico de buena intensidad. No se auscultan ningún soplo, se puede llegar a palpar pulsos periféricos en las 4 extremidades.
- Abdomen: distendido, blando, ruidos hidroaéreos presentes de buena intensidad, leve dolor a la palpación profunda en cuadrantes superior derecho. Signo de Murphy (presente), no rebote presente, no signos peritoneales. No se palpan masas.
- Sistema nervioso central: Lucida, orientada en tiempo y espacio, escala Glasgow: 15/15, signos meníngeos negativos, no focaliza.

Plan de trabajo:

Se solicita ecografía en emergencia para el verificar el avance de la patología. En este examen se halla una morfología hepática conservada, sin lesiones, con un tamaño adecuado y ecogenicidad correcta. También se aprecia una vesícula biliar la cual presenta paredes engrosadas 7 mm. Se evidencia litiasis de 25 mm

impactada en la zona infundibular de la vesícula. Se diagnóstica colecistitis crónica calculosa, se pide exámenes de laboratorios prequirúrgicos, se alista paciente para COLELAP electiva.

Interpretación de resultados:

Hematología:

Hemoglobina: 13g/dL	Urea: 18 mg/dL
Hematocrito: 39%	Grupo y Factor: A+
LEU: 7680	TGO: 14 U/L TGP: 10 U/L
Abastionados:2%	PCR: Positiva
Creatinina: 0.5 mg/dL	Prueba COVID: Negativo

Diagnóstico definitivo:

1. Colecistitis crónica calculosa

Tratamiento:

Se indica procedimiento quirúrgico laparoscópico, paciente se prepara para sala de operaciones.

1. Nada por vía oral
2. Metronidazol 500 mg por vía endovenosa 8 horas
3. Ceftriaxona 2 gr por vía endovenosa Pre-sala operatoria
4. Ketoprofeno 100 mg vía endovenosa cada 8 horas por 3 días
5. Vendaje de miembros inferiores 30 minutos PreSOP

Seguimiento:

Previo a la intervención quirúrgica se le indica antibioterapia. Entre los hallazgos post operatorios se llega a observar una vesícula biliar 9x4 cm con paredes engrosadas. Durante la permanencia del paciente en hospitalización, se para evaluando la herida operatoria, su cumplimiento farmacológico y su bienestar general.

1.4 Rotación de Medicina Interna

Caso 1:

Relato:

Paciente de sexo femenino de 84 años con tiempo de enfermedad de 5 días, acude al servicio de emergencia por presentar tos en aumento con expulsión de expectoraciones verdosas, manifiesta dificultada para respirar, elevación de alza térmica no cuantificada, refiere que se agregan cámaras diarreicas (3 cámaras, líquidas, niega sangra, niega moco). Familiar acompañante manifiesta una marcada baja de peso en los últimos meses.

Síntomas principales: Tos con expectoración, dificultad respiratoria, diarrea, baja de peso.

Antecedentes personales
<ul style="list-style-type: none">- Antecedentes Familiares: (Esposo fallecido hace 5 años, cáncer de pulmón)- Patología: Diabetes mellitus tipo 2 (hace 15 años, en tratamiento con Metformina 850 mg), Hipertensión arterial (hace 7 años con tratamiento de Losartán 50 mg)- Quirúrgicos: (-)- Alergias: (-)

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 110 lpm	Talla: 1.62cm
-------------	---------------

FR: 25 x´	Peso: 60kg
T°:37.2 °C	Fio: 21%
Presión arterial: 110/70 mmHg	SatO2: 91%

Paciente aparenta regular estado general, aparenta regular estado de hidratación, aparenta regular estado de nutrición, se aprecia

- Piel y tejido celular subcutáneo: poca hidratación, elasticidad aumentada, fría, llenado capilar menor a 2", no edemas en miembros superiores, ni inferiores.
- Tórax y pulmones: Murmullo Vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. Intensidad correcta. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, no percibe dolos a la palpación superficial ni profunda.
- Sistema nervioso central: Lucido orientada en tiempo y espacio, escala de Glasgow: 15/15.

Diagnostico diferencial:

1. Síndrome respiratorio
 - 1.1 Neumonía adquirida en la comunidad
 - 1.2 Insuficiencia cardiaca congestiva con edema pulmonar

Plan de trabajo:

Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo, proteína C reactiva, glucosa, urea, creatinina, prueba de péptidos natriuréticos, AGA e imagenología de tórax. Se gestiona con el personal para la colocación de una vía periférica permeable para su hidratación. A su vez se solicita la colocación de cánula binasal a 4 litros.

Resultados de laboratorio:**Hematología:**

Hemoglobina: 9 g/dL	Urea: 20 mg/dL
Hematocrito: 27.7%	Glucosa: 110 mg/dL
LEU: 16 010	BPN: no reactivo
PCR: 55%	AGA: Ph: 7.48, PCO2: 30, HCO3: 27, PO2: 80
Creatinina: 0.8 mg/dL	Prueba COVID: Negativo
Radiografía Tórax: presenta un patrón intersticial difuso en ambos pulmones, con broncograma aéreo marcado en pulmón derecho	

Diagnóstico definitivo:

1. Neumonía adquirida en comunidad

Tratamiento:

1. Dieta a traumática hiposódica + líquidos a voluntad
2. Ceftazidima 2 gr por vía endovenosa cada 8 horas
3. Ciprofloxacino 400 mg vía endovenosa cada 12 horas
4. Metamizol 1 gr por vía endovenosa PRN a temperatura mayor e igual 38°C
5. Losartán 50 mg por vía oral cada 12 horas
6. Metformina 850 mg por vía oral cada 24 horas
7. Tomar Hemoglucotest cada 8 horas (mañana – tarde – noche)
8. Oxígeno por cánula a 4 litros PRN a saturación de oxígeno <91%
9. Control de funciones vitales más balance hidroelectrolítico.
10. Paciente pasa a hospitalización en piso de medicina interna

Seguimiento:

Paciente paso a piso de hospitalización del servicio de medicina interna. Se indicó mantener un control diario mediante pruebas de AGA a su vez se mantuvo oxígeno a través de cánula binasal, cuanto fue requerido.

Paciente presento mejoría clínica con el transcurrir de los días. Se dio 12 días de antibioticoterapia antes de ser dada de alta.

Caso 2:

Relato:

Paciente se sexo masculino de 48 años refiere tener hace 7 días dolor al momento de micción (disuria), se agrega el aumento en la cantidad de veces que micciona al día (polaquiuria), manifiesta que en los últimos 3 días antes de venir a emergencia se agrega hiporexia y vómitos. Este ultimo genera inapetencia en el paciente causando hiporexia. Menciona presenta tenesmo. Acude a emergencia por presentar dolor en la zona lumbar.

Síntomas principales: disuria, polaquiuria, inapetencia, vómitos, dolor lumbar.

Antecedentes personales
<ul style="list-style-type: none">- Antecedentes Familiares: (-)- Patología: Hipertensión arterial (hace 3 años tratado con Losartán 50 mg)- Quirúrgicos: Apendicetomía laparoscópica (hace 5 años)- Alergias: (-)

Examen físico:

Funciones vitales:

FC: 120 lpm	Talla: 1.73cm
FR: 25 x´	Peso: 84kg

T°:39 °C	Fio: 21%
Presión arterial: 100/60 mmHg	SatO2: 99%

Paciente refiere mucho dolor, presenta una postura antiálgica con facie quejumbrosa.

- Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, poco elástica, húmeda, llenado capilar <2“. No edemas, no presenta palidez, no cianosis.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax. No presenta tirajes. No nuevos ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. Presenta buena intensidad. No se auscultan soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, No presenta dolor a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: Puntos renoureterales (-) y puño percusión lumbar bilateral (+).
- Sistema nervioso central: Lucido orientado en tiempo y espacio, escala de Glasgow 15/15, no presenta focalización, ni signos meníngeos.

Diagnóstico diferencial:

1. Síndrome febril
2. Sepsis (punto de partida urinario)
 - 2.1 Descartar: (ITU) infección del tracto urinario
 - 2.1.1 descartar: pielonefritis complicada
3. Hipertensión arterial en tratamiento
4. Sobrepeso

Plan de trabajo:

Se solicito hemograma completo, urea, creatinina, examen de orina, urocultivo, examen de glucosa, se solicita examen de imagenología: Ecografía de vías urinarias.

Resultados de laboratorio:**Hematología:**

Hemoglobina: 8 g/dL	Urea: 18 mg/dL
Hematocrito: 26%	Hemoglucolest: 120 mg/dL
LEU: 19 050	Prueba COVID: Negativo
PCR: 30%	
Creatinina: 0.9 mg/dL	
Ecografía vías urinarias: presenta un patrón intersticial difuso en ambos pulmones, con broncograma aéreo marcado en pulmón derecho	

Examen de orina:

LEU: >100 por campo	Nitritos: (+)
Piocytes: (+++)	Hematies: (>2 por campo)
Urocultivo: resultado en 4 días (pendiente)	

Diagnósticos finales:

1. Sepsis con punto de partida urinario:
 - 1.1 Complicación Pielonefritis
2. Hipertensión arterial

Tratamiento:

1. Dieta completa hiposódica + líquidos a voluntad
2. Ceftriaxona 2 gr por vía endovenosa cada 24 horas
3. Losartán 50 mgr por vía oral cada 12 horas
4. Metamizol 1 gr por vía intramuscular condicional a fiebre (>38°C)
5. Revisar urocultivo
6. Paciente pasa a piso de hospitalización de medicina interna
7. Control de funciones vital + balance hidroelectrolítico

Seguimiento:

Paciente paso a piso de medicina interna, cumplió tratamiento indicado por vía endovenosa, hasta el 4to día donde salió el resultado del urocultivo. Siendo este positivo para Escherichia coli, se evidencio en el antibiograma que es sensible a ceftriaxona por lo cual se indica continuar con el tratamiento por 14 días, luego se da de alta al paciente.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Las elecciones para el internado médico 2022 -2023 comienzan con la exposición de listas de nosocomios, en Lima y provincias, con plazas disponibles para la realización de este por parte de nuestra casa de estudios. La elección de sede se da por estricto orden de mérito, el cual es de conocimiento general de todos los postulantes.

El internado médico periodo 2022-2023 tuvo una duración de 10 meses. En este se realizan cuatro rotaciones por diferentes servicios como lo son: Pediatría (2.5 meses), Gineco-Obstetricia (2.5 meses), Medicina interna (2.5 meses) y cirugía (2.5 meses). El internado médico es considerado el año practico de la carrera de medicina humana. Mediante la tutela de los médicos residentes y el respaldo de los médicos asistentes durante todo este proceso es como se tuvo contacto, diagnostico y manejo con pacientes en los diferentes nosocomios.

El hospital donde realice la rotación de internado medico el cual es detalle a esta investigación es el Hospital de Chancay y SBS ubicado en la Calle Mariscal Sucre s/n, en el distrito de Chancay, provincia de Huaral, departamento de Lima. Este es un hospital categoría II-2, siendo nosocomio de referencia para diferentes centros de salud como lo son: CS Chancayllo, CS Aucallama, CS Pampa Libre, PS Cerro la Culebra, PS Quepepampa, PS Peralvillo, PS Pasamayo y PS Palpa.

El Hospital de Chancay y SBS presenta diferentes departamentos como lo son: Pediatría y Neonatología, Medicina, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Odontostomatología. A parte de eso cuenta con departamentos de Radiología, Enfermería, Anestesiología, Laboratorio, Farmacia, Servicio Social, Nutrición, Emergencia y Trauma Shock.

Por lo tanto, se enfatiza que este periodo de internado médico es crucial para la formación tanto práctica como académica de los estudiantes de medicina. Ya que nos prepara para enfrentar el futuro como médicos. Todo esto se logró a través de una práctica adecuada como lo fue la elaboración de la historia clínica,

actividades académicas, generando fortalecimiento de la relación médico-paciente y practicando tanto las habilidad y destreza clínica.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

ROTACION DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso 1: Aborto incompleto

Aborto espontáneo definido como la pérdida de un producto concebido previo a las 22 semanas de gestación o que el producto tenga un peso menor a 500 gr, está es considerada una de las complicaciones que se puede dar en una gestación. Entre las clasificaciones de abortos podemos encontrar el aborto retenido, es cuando hay la presencia de un saco gestacional, pero este está vacío o el embrión en su interior no presenta latidos y el aborto incompleto, que es cuando a la revisión física de tracto vaginal encontramos la presencia de tejido trofoblástico en el canal.

Cuando hablamos de la clínica, a la cabeza encontramos que esta está asociada a un sangrado activo semejante a la menstruación, pacientes refieren encontrar la presencia de coágulos en sus prendas íntimas y típicos dolores en el abdomen bajo. Existen diferentes factores que pueden desencadenar un aborto, como lo son: edad avanzada de la madre, aborto previo, madre que presente comorbilidades, que durante el embarazo se presente infecciones o incluso el uso de algunos medicamentos. Son variadas las etiologías entre ellas encontramos: anomalías físicas de la progenitora, alteraciones en los genes siendo esta la principal causa e incluso traumatismo durante la gestación. (1) (2) (3)

Es importante tener un dato fidedigno sobre la edad gestacional, siendo este posible gracias a la fecha de última regla (FUR) o a un examen de imagen como lo es la ecografía transvaginal, ambos nos brindan una información que nos ayudara a tomar la decisión del manejo. Gestantes con un tiempo de gestación menor a 9 semanas el manejo será expectante; en gestantes con menos de 14 semanas emplearemos medicamentos y mayor de 14 semanas estaremos frente a la potencia de realizar

una aspiración manual endouterina (AMEU). Este último es un procedimiento en el que se aspira el contenido del útero a través de una cánula conectada a un dispositivo de succión permitiendo la aspiración manual, se considera un procedimiento pronto, ambulatorio y veraz. (4)(5)

En este caso clínico tenemos una paciente de 16 años con una fecha de última regla hace 7 semanas, presenta un tiempo de enfermedad de 6 horas presentando sangrado vaginal abundante acompañado de dolor, dado lo anterior mencionado sospechamos de una gestación a descartar una amenaza de aborto. A la especuloscopia se aprecia leve sangrado, un orificio cervical externo entreabierto con evidencia restos. Al tacto el orificio cervical externo abierto y el interno permeable a 1 dedo. En el plan de trabajo se solicita laboratorios e imágenes ecográficas para confirmar la gestación evidenciando saco gestación sin contenido, confirmando el diagnóstico de aborto incompleto. Ya que la edad gestacional es de 6 semanas se tomó la decisión de realizar un AMEU. Procedimiento que fue realizado de manera exitosa y tolerado por la paciente. (6)

Caso 2: Parto eutócico (Expulsivo)

El parto es la etapa final del embarazo que termina con el nacimiento de un nuevo ser. Este puede ser eutócico o distócico. Un parto eutócico es un parto normal, cuyo proceso se lleva a cabo sin complicaciones de comienzo a fin. Este se da por vía vaginal, sin el uso de instrumental externo al cotidiano para atender estos casos. (7) (8)

En el caso presentado se da el abordaje de una paciente en gestación, que ingresa al servicio de emergencia por dolor tipo cólico, ganas de pujar y referir pérdida de tapón mucoso horas antes de llegar al nosocomio. Niega alguna pérdida de líquido.

Al examen físico se palpa una dilatación en 10 cm e una incorporación al 90%, se llega a evidenciar una presentación en +1, dando la indicación de parto en

expulsivo. Se lleva a la paciente en ese momento a centro obstétrico donde previa asepsia y antisepsia se coloca a la gestante en posición de litotomía y se le da las indicaciones para que puje y se puede llevar a cabo el parto. Este se da sin complicaciones al igual que el alumbramiento, luego la puérpera inmediata es monitorizada de cerca para la toma cada 15 min de sus funciones vitales. Luego la paciente pasa a piso de hospitalización de Gineco-Obstetricia donde continua con la monitorización hasta el alta sin complicaciones.

ROTACIÓN DE PEDIATRIA

Caso 1: EDA (Enfermedad diarreica aguda)

La enfermedad diarreica aguda es muy frecuente en pediatría sobre todo si se presenta por una inflamación del epitelio gástrico e intestinal. En pediatría la etiología más común son virus, entre ellos encontramos al rotavirus el cual es el primero en encabezar la lista de agentes patogénicos aislados en diarreas agudas pediátricas, mientras que en la familia de bacterias podemos encontrar a la Shigella spp y al Campylobacter spp.

Estos pacientes presentan una clínica de deshidratación marcada gracias a las constantes cámaras líquidas que se suelen asociar a vómitos. Este cuadro puede llegar a puntos críticos de deshidratación incluso acabar con la muerte del paciente pediátrico.

Cuando se sospecha esta patología el diagnóstico se da al elaborar una correcta historia clínica y un buen examen físico. Asu vez valorar el estado actual de hidratación que presenta el paciente.

El manejo es evitar la deshidratación por lo que tenemos que valorar bien el estado en el que se encuentra el paciente. Dependiendo si la deshidratación es leve, moderada o severa, se debe actuar. El manejo va desde una rehidratación por vía oral con sales de rehidratación oral para la recuperación del volumen corporal total a realizar la hidratación de manera endovenosa con soluciones cargadas con electrolitos y mantener en observación. (9) (10) (11) (12)

En el caso clínico tenemos a un paciente de 4 años con un tiempo de enfermedad de 12 horas, durante los cuales presento 7 cámaras diarreicas, este posee un antecedente de haber ingerido comida en la calle el día anterior. A la evaluación física se encontró una mucosa oral seca, además de enoftalmos de ambos ojos y un llanto sin muestra de lágrimas. Se maneja con rehidratación por vía oral, ya que tolera esta y es una deshidratación leve. Este manejo es tolerado por el paciente y evoluciona de manera favorable junto con el manejo antibiótico.

Caso 2: Otitis media aguda

La otitis es una enfermedad muy común en pediatría, sobre todo en edad temprana, debido a la anatomía y disposición que presenta la membrana timpánica. En esta patología es importante desarrollar una buena historia clínica ya que los antecedentes pueden indicarnos el diagnóstico sobre todo si son los factores de riesgo de esta enfermedad como lo son: antecedentes en la familia, repetición de la clínica, si son menores de 1 año de vida.

La importancia también recae en los antecedentes que pudo llegar a presentar como una infección viral (H influenzae o S pneumoniae) de la parte respiratoria con anterioridad, ya que este puede desarrollar un cuadro inflamatorio de las mucosas llegando a la trompa de Eustaquio dando como resultado la obstrucción del istmo desencadenando una pésima ventilación y presión en oído, haciéndolo este un lugar perfecto para el desarrollo de bacterias.

Los pacientes presentaran: otalgia, supuración de contenido purulento a través del oído afectado y pérdida parcial o total de la audición. El manejo se centra en la antibioticoterapia, a la cabeza encontramos la amoxicilina que es muy efectiva en la mayoría de las otitis medias agudas, por un tiempo no mayor de 12 días. El paciente debe referir marcada mejoría con el pasar de los días. (13)(14)(15)

El paciente masculino de 6 años presentó un tiempo de enfermedad de 2 días refiriendo un dolor de oído izquierdo intenso en aumento, se agrega fiebre.

A la evaluación clínica se evidencia secreción seropurulenta con una membrana timpánica levemente eritematosa. Toda esta clínica nos hace sospechar de una otitis media, dando así el tratamiento clínico correspondiente, el cual se baso en uso de antibióticos (amoxicilina). El cual genero una evolución favorable que termino en el alta del paciente.

ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso 1: Apendicitis aguda

En adultos una de las principales causas de intervención quirúrgica abdominal es la apendicitis aguda, ya que se presenta por una inflamación de las paredes del apéndice seguida de isquemia, que puede llegar a conducir una perforación, desencadenando una contaminación de toda la cavidad abdominal.

La causa más común en esta patología es la obstrucción del apéndice, esto se da por la presencia de fecalitos, procesos infecciosos, parásitos, tumores e hiperplasia linfoidea.

La presentación clínica más común en estos pacientes es un dolor abdominal que puede empezar en epigastrio y con el paso de las horas migra hacia la zona del cuadrante inferior derecho o fosa ilíaca derecha. Se pueden agregar otras manifestaciones como lo son: vómitos, náuseas, fiebre, diarreas y un malestar general.

A la evaluación física se palpa de manera ordenada el abdomen, buscando diferentes signos físicos los cuales pueden orientar el diagnóstico, entre los que encontramos: McBurney, Rovsing, Blumberg. El uso de escalas puede facilitar el diagnóstico, entre estas encontramos la Escala de Alvarado que puede orientar el curso de la patología. A su vez el uso de exámenes, tanto de laboratorio como de imágenes ayudan al médico en la toma de una mejor decisión en cuanto al manejo. Pero se recalca que el diagnostico de esta patología es netamente clínico. (16)(17)(18)(19)

En el caso clínico encontramos a un paciente varón de 33 años con un tiempo de enfermedad de 6 horas. Con un marcado dolor abdominal intenso (EVA 6/10), el cual a la evaluación física presento un dolor intenso a la palpación superficial y profunda en cuadrante inferior derecho y dio positivo para McBurney, siendo esto una sospecha clínica clara de abdomen quirúrgico. Que termina confirmándose con los exámenes de laboratorio e imagenología. El manejo en este caso fue quirúrgico, realizándose una apendicectomía laparoscópica, siendo confirmado el diagnóstico posteriormente por patología.

Caso 2: Colecistitis aguda

La colecistitis es una patología en la que la vesícula biliar presenta una inflamación profusa a través de sus paredes. Es una de las principales complicaciones quirúrgicas, siendo la colelitiasis la causa de cuadro obstructivo del conducto cístico más frecuente. La manifestación de esta patología en los pacientes es de suma importancia ya que es fundamental para el diagnóstico. Entre estas manifestaciones encontramos: dolor abdominal en hipocondrio derecho que puede desplegarse hacia la zona epigástrica, Signo de Murphy positivo y fiebre.

Exámenes de laboratorio con alteración en leucocitos, que pueden presentar una elevación muy marcada, incluso si superan los 22000 se debe sospechar de colecistitis gangrenosa.

Los exámenes de imágenes como la ecografía son de suma utilidad y de bajo costo para el diagnóstico. En la actualidad el uso de criterios como los de TOKIO ayudan a la interpretación de la clínica. Ya que este evalúa los signos de inflamación local, sistémica y hallazgos imagenológicos característicos de esta patología.

El método para manejar esta patología se centra en cesar toda alimentación que contenga grasa por vía oral, asociar a este manejo el uso de antibióticos y calmantes para el dolor. Por último, programar la intervención quirúrgica ya que este es el tratamiento definitivo. (20)(21)(22)(23)

En el caso clínico del presente trabajo tenemos a una paciente de sexo femenino de 65 años con un tiempo de enfermedad de 7 meses caracterizado por un dolor intenso en el cuadrante superior derecho el cual se describe como intenso que se presentaba después de la ingesta de alimentos altos en grasas. Es la misma clínica la que dirige el diagnóstico a una colecistitis, ayudada por un correcto examen físico que evidencia el signo de Murphy positivo. A su vez los exámenes de laboratorio e imagenología indican la presencia de cálculos en la vesícula biliar. El manejo optado fue el de la intervención quirúrgica, siendo este el tratamiento definitivo.

ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso 1: Neumonía adquirida en comunidad (NAC)

La NAC es una patología respiratoria que ataca al parénquima pulmonar, causada por alguno de los microorganismos patógenos que se llegan a adquirir en estancias comunitarias, siendo estos causantes de una mortalidad elevada. Al hablar de esta patología tenemos que estudiar los factores de riesgo como lo son: comorbilidades, historial patológico y la inmunodeficiencia que el paciente puede llegar a presentar. Los patógenos son muy variados, pero a la cabeza encontramos al *Streptococcus pneumoniae* y al *Haemophilus influenzae*, ambos son microorganismos que de no ser manejados correctamente pueden desencadenar problemas letales.

El contagio de la neumonía adquirida en comunidad se da de persona a persona a través de gotitas o aerosoles. Este al ingresar anida a lo largo de los bronquios, sobre todo en los lóbulos con mayor perfusión de ventilación. Las manifestaciones son inespecíficas al inicio de la enfermedad, pero a lo largo de la incubación estas se van presentando. A la cabeza tenemos los problemas respiratorios (tos productiva o puede ser seca en algunas situaciones, dificultad para respirar), algunos problemas como fiebre, malestar general o incluso

síntomas poco específicos como lo es el trastorno de conciencia en los adultos mayores. En la evaluación física se aprecia crepitantes en el hemitórax afectado, disminución del murmullo vesicular e incluso se puede llegar a auscultar sibilantes y roncales.

Algunos scores nos pueden ayudar a tomar mejores decisiones en cuanto al manejo de estos pacientes, uno de estos es el CURB-65. En el cual se evalúa parámetros de laboratorio como físicos puntuándolos del 0-4 pasando de un manejo ambulatorio a un ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Cabe recalcar que el uso de imágenes como como lo es la radiografía de tórax son fundamentales en casos de sospecha ya que pueden ayudarnos con la confirmación del diagnóstico. El tratamiento en esta patología se enfoca en el sistema respiratorio, habrá que cubrir las necesidades que tenga cada paciente respecto al oxígeno requerido y el uso de antibióticos dependerá del germen que se sospeche. (24)(25)(26)(27)

En el caso clínico encontramos a una paciente de sexo femenino de 84 años con un tiempo de enfermedad de 5 días, refiriendo tos con expulsión de flema verdosa, que manifiesta dificultad para respirar. Al examen físico se llega a auscultar murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares. Se auscultan sibilantes. Presenta 2 punto en el score CURB65, por la edad y la leve confusión al momento de llegar a emergencia. Como manejo se le da oxígeno por cánula binasal para mantener una buena saturación a la par se le da una terapia antibiótica para el manejo de la neumonía. El diagnóstico se termina de confirmar con los resultados de laboratorio y de imagenología. Paciente evoluciona favorablemente con el manejo farmacológico y las medidas tomadas para el control de saturación.

Caso 2: Infección del tracto urinario complicada

Una infección de vías urinarias puede clasificarse en infección de tracto inferior (cistitis) e infección de tracto superior (pielonefritis). Esta patología se produce por la contaminación por patógenos que pueden ingresar por vía vaginal, ya que

esta es la puesta más cercana, se puede dar por contaminación conjunta por materia fecal ya que el ano esta cerca del canal vaginal. Entre los factores para desarrollar esta infección encontramos a la cabeza una mala protección durante las relaciones sexuales, que las mismas pacientes hayan presentado infecciones con anterioridad, que presenten alguna malformación estructural, diabetes, etc. La etiología a la cabeza es la Escherichia coli esta es la causante principal de la cistitis.

La clínica será variada dependiendo la edad de nuestro paciente y el sexo, siendo los síntomas más frecuentes: la disuria, polaquiuria y la fiebre. El diagnóstico no solo esta basado en la clínica del paciente sino en los resultados de laboratorio, como es el examen de orina y el urocultivo. El manejo será de manera empírica, ya que el urocultivo demora algunos días, este nos indicará el patógeno exacto y la sensibilidad que presenta frente a los antibióticos. (28) (29)(30)(31)

En el caso clínico presentado tenemos a un paciente de sexo masculino de 48 años con un tiempo de enfermedad de 7 días, por la clínica presentaría una infección urinaria baja, presenta como factor de riesgo hipertensión arterial. Refiere que anterior mente nunca ha tenido un cuadro similar. En sus exámenes de laboratorio se evidencia una elevación marcada de leucocitos, junto con otros valores de laboratorio alterados. El manejo medico en estos casos es la hospitalización y en tratamiento antibioticoterapia empírica hasta obtener el resultado del urocultivo. El cual al salir se continuo con la medicación ya que esta era sensible para Escherichia coli BLEE. Paciente presenta evolución favorable y es dado de alta al terminar el tratamiento.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERENCIA

El entorno sanitario a nivel nacional durante el internado 2022-2023, fue nuevo para todos, ya que veníamos saliendo de una pandemia que había sacado a flote todas las carencias de nuestro sistema de salud. Es en este marco que se da el internado médico. El número de contagios para esas fechas iba en declive, pero aún se mantenían niveles de protección como lo son el uso de mascarillas y la toma de muestras. El Hospital de Chancay y SBS no fue la excepción, durante todo el internado se nos brindó equipos de protección, como mascarillas y mandiles descartables, para nuestra protección. En cuanto al tema de atención en caso de sospecha se solicitaba la prueba rápida para la detección del virus COVID19, la cual era obligatoria para todo paciente que pasaba a hospitalizarse.

Ante la posibilidad de contagiarse siendo estudiante de medicina, se brindó un seguro de salud, como es el SIS y pruebas tanto rápida como molecular a todo interno que llegaba a presentar algún síntoma de dicha enfermedad. Asimismo, el nosocomio brindó charlas y talleres prácticos para abordar como futuros médicos todo caso sospechoso que pudiéramos tener en nuestras manos.

Durante la fase del internado todo estudiante tiene la oportunidad de trabajar en cuatro especialidades. La rotación en Ginecología y obstetricia, la cual se basa en la atención de pacientes de sexo femenino y pacientes que estén gestando. Esta se divide en 4 sectores, los cuales están cubiertos por un médico asistente, residente y acompañado de mínimo un interno de medicina. Estas son piso de materno, Emergencia, centro obstétrico y consultorio.

Otra de las rotaciones es Pediatría la cual permitió a los estudiantes de último año de la carrera de medicina humana tener contacto directo con pacientes desde el momento de su nacimiento hasta los 14 años. Dándoles herramientas tanto prácticas como teóricas para poder abordar las diferentes patologías que llegan al nosocomio. Esta rotación se divide en neonatología y pediatría, que a su vez se subdividen en piso de pediatría y emergencia.

La rotación en el servicio de Cirugía está dividida en dos segmentos. En Cirugía, donde el interno tiene la oportunidad de asistir a sala de operaciones, maneja pacientes en el área de emergencia y realiza todas las curaciones en piso de cirugía. Por otro lado, está la Traumatología que ayuda al interno a formarse en todo lo que es manejo de pacientes con fracturas. Dándole la oportunidad de abordarlos en el área de emergencia, piso de hospitalización y apoyando al médico asistente en sala de operaciones.

Por último, encontramos la rotación de la especialidad de Medicina Interna, la cual enseña al interno de medicina los conocimientos en el manejo de patologías cotidianas en pacientes que vienen al servicio de emergencia, así como el manejo en piso de hospitalización en pacientes con complicaciones de las enfermedades crónicas. A su vez brinda el apoyo en el manejo de interpretación de exámenes de laboratorio e imagenológico. Enseñando la importancia de la relación médico paciente y el trabajo en conjunto con otras especialidades para el mejor abordaje en pacientes.

En suma, durante el internado médico cada rotación en cada especialidad incita a todo estudiante a reafirmar lo aprendido durante toda la carrera, como a ampliar la manera de manejar diferentes situaciones, ayuda a desarrollar sus habilidades en diagnósticos y tratamientos certeros para una posteriormente tomar buenas decisiones.

CONCLUSIONES

La etapa de internado médico es parte fundamental en la formación tanto práctica como académica en un médico, puesto a que es la etapa donde da por finalizado el aprendizaje universitario poniéndolo en práctica durante los 10 meses que duró este proceso.

El internado 2022 -2023 se realizó del 01 de junio 2022 al 31 de marzo 2023 cumpliendo todo este tiempo en el Hospital de Chancay y SBS. Este periodo fue dividido en 4 rotaciones de dos meses y medio en los diferentes servicios, siendo estos: ginecología y obstetricia, Pediatría, cirugía y medicina interna. Al grupo de internos se nos dividió en grupos de 4 internos, los cuales rotamos juntos por cada especialidad, durante los diez meses. En las diferentes rotaciones se contaba con tutorías, una vez por semana, por parte de los médicos especialistas, siendo estas de carácter obligatorio. Se trataban diferentes puntos de cada especialidad, se presentaban casos clínicos de pacientes hospitalizados y se realizaban talleres prácticos. Esto ayudó a fortalecer nuestros conocimientos y a actuar como profesional ya que es lo que se espera de nuestro manejo en cada paciente. Desarrollando diferentes habilidades tanto en el manejo médico-paciente con la resolución de problemas usando diferentes herramientas disponibles y nuestro pensamiento crítico.

Es fundamental recordar que el interno dará su primer vistazo como profesional en la salud a todas las necesidades y carencias con la que se enfrentará en un futuro no lejano.

RECOMENDACIONES

Cabe señalar que el internado médico en el periodo 2022-2023 fue el primer contacto de estudiantes de medicina en el último año de la carrera con un nosocomio post pandemia. Estudiantes los cuales llevaron todas sus clases los últimos dos años previos al internado medico de manera virtual. Es importante abordar estas carencias en el conocimiento práctico que lamentablemente dejó la pandemia en el futuro personal de salud ya que son pilares que reforzar para poder brindar un servicio optimo. En todos estos diez meses se realizaron diferentes maneras de ayudar en esas carencias por parte del nosocomio de Chancay, implementando clases, exposiciones y talleres prácticos, los cuales se deberían mantener para poder complementar e incrementar el conocimiento y la práctica clínica. Al igual que las directrices para los futuros internos, por parte del ministerio competente, ya que, si bien somos parte del equipo de salud, hay que recordar que aún estamos en una etapa de aprendizaje.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Aborto incompleto: Presentación clínica, diagnóstico y evaluación inicial - UpToDate [Internet]. [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-clinical-presentations-diagnosis-and-initial-evaluation?search=P%C3%A9rdida%20del%20embarazo%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Forna F. Gülmezoglu M. Procedimientos quirúrgicos para la evaluación del aborto incompleto [Internet]. [citado 25 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001993/full/es>
3. Luise C, Jermy K, May C, Costello G, Collins WP, Bourne TH. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. *BMJ* 2022 May; 324 (3): pp. 873-875.
4. Romina Izzedin B. Artículos de Investigación. Aborto espontáneo. *Liberabit*. [Internet]. 2012, Enero [citado el 25 de Abril de 2023]; Vol. 18. N.1. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100007
5. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2019 Dic [citado 2023 Mayo 05]; 84(6): 460-468. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>.
6. Serrano Angulo Aida, Concepción Fera Lourdes. Misoprostol en la inducción del aborto temprano. *CCM* [Internet]. 2014 Dic [citado 2023 Mayo 05]; 18(4): 700-708. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400010&lng=es
7. Ontero C, Leida C. El parto y el nacimiento en la modernidad, visión y perspectiva. *Comunidad y Salud* [Internet] Junio de 2017 [citado el 25 de Abril de 2023]; vol. 15, n.1, pp. 42-52. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932017000100006
8. Barbosa F, Junqueira S. Prácticas para estimular el parto normal [Internet]. 2011, vol.20, n.3, pp. 169-173 [citado 25 abril de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200007

9. Flórez I, Contreras J, Sierra J. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento [Internet]; 2015 Junio [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatria-213-articulo-guia-practica-clinica-enfermedad-diarreica-S0120491215000075>

10. Povea E, Hevia D. Enfermedad diarreica aguda. Rev Cubana Pediatría [Internet] 2019 Octubre. [citado 25 de Abril de 2023]; vol.91, n.4, e928. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312019000400001

11. Díaz J, Echezuria M, Petit de Molero N, Cardozo V. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2014 Mar [citado 2023 Mayo 05]; 77(1): 29-40. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007&lng=es.

12. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Tratado de Pediatría. 21. edición. New York: Editorial Elsevier; 2019. pp. 1272-1275

13. Otitis media aguda en pacientes pediátricos: Manejo clínico y diagnóstico - UpToDate [Internet]. [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=otitis%20media%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

14. López V, Borgaro R, Jaramillo L. Otitis media aguda en pediatría. Salud Pública de México [Internet] 2019, Dic. [citado 25 de Abril de 2023]; Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n5/450-455/#>

15. García Vera C. Otitis media aguda. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2013 Junio [citado 2023 mayo 06]; 15 (Suplemento 23): 49-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300006&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300006>.

16. Gonzalez F. Apendicitis Aguda. Medicina Interna. Costa Rica [Internet]. 2018, Marzo [citado 26 de Abril de 2023]; Vol. 29 N. 1. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152012000100010

17. Rafael P Merylin, Quispe R Kathya, Pantoja S Lilian R. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2022 Jul [citado 2023 Mayo 05]; 22(3): 463-470. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-

05312022000300463&lng=es.
2022. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v22i3.4378>.

Epub 09-Jul-

18. Rodríguez Fernández Zenén. Tratamiento de la apendicitis aguda. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2019 Mar [citado 2023 Mayo 05]; 58(1): e737. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000100010&lng=es. Epub 30-Jun-2019.
19. Quevedo Guanche Lázaro. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2007 Jun [citado 2023 Mayo 05]; 46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200011&lng=es.
20. Gargallo C, Aranguren F, Simón M. Colecistitis aguda en el servicio de aparato digestivo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España [Internet]. 2022 Septiembre [citado 26 de Abril de 2023]; Vol. 14 N. 3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
21. Guzman E. Carrera L. Aranzabal S. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social de Perú. Perú. [Internet]. 2022 Enero. [citado 26 de Abril de 2023]; vol.42, n.1, pp. 58-69. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000100058
22. Quevedo Guanche Lázaro. Colecistitis aguda: Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2007 Jun [citado 2023 Mayo 05]; 46(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200013&lng=es.
23. Ángel-González Manuel Santiago, Díaz-Quintero Camilo Andrés, Aristizábal-Arjona Felipe, Turizo-Agamez Álvaro, Molina-Céspedes Isabel, Velásquez-Martínez María Antonia et al. Controversias en el manejo de la colecistitis aguda tardía. *rev. colomb. cir. [Internet]*. 2019 Dec [cited 2023 May 05]; 34(4): 364-371. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822019000400364&lng=en.
24. Lozano J. Neumonía adquirida en comunidad. *Offarm [Internet]*. 2015 Septiembre [citado 26 de Abril de 2023]; Vol. 22 N. 8, pp. 82-85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-neumonia-adquirida-comunidad-13051497>
25. Vernaza S, Mckinley E, Soto M, Gualtero S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. [Internet]. Colombia; Universitas Medica; 2018 Octubre. [citado 26 de Abril de 2023]; Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v59n4/0041-9095-unmed-59-04-00093.pdf>

26. Cemeli Cano Mercedes, Laliena Aznar Sara, Valiente Lozano José, Martínez Ganuza Berta, Bustillo Alonso Matilde, García Vera César. Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2020 Mar [citado 2023 Mayo 06]; 22(85): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100005&lng=es. Epub 03-Ago-2020.
27. Jaramillo-Jaramillo Laura Isabel, Martínez-Sánchez Lina María, Gaviria-García Juan Ricardo. Neumonía adquirida en comunidad: Adherencia a las guías terapéuticas, importante eslabón en el desenlace clínico del paciente. *Rev Cient Cienc Méd* [Internet]. 2015 [citado 2023 Mayo 05]; 18(1): 36-42. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100008&lng=es.
28. Zarate E, Sarmiento E, Osoreo F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2006, Abril. [citado 26 de abril de 2023]; Vol.23, N.1, pp.26-31 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006
29. Aguinaga A., Gil-Setas A., Mazón Ramos A., Alvaro A., García-Irure J.J., Navascués A. et al. Infecciones del tracto urinario. Estudio de sensibilidad antimicrobiana en Navarra. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2018 Abr [citado 2023 Mayo 06]; 41(1): 17-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000100017&lng=es. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0125>.
30. Cires Pujol Miriam, Freijoso Santiesteban Elsie, Vergara Fabián Eduardo, Machado Otto, Alfonso Ismany, Salas Obregón Lisset et al. Guía para la práctica clínica en infecciones del tracto urinario. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2002 Abr [citado 2023 Mayo 05]; 18(2): 155-160. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200010&lng=es.
31. Lozano J. Infecciones del tracto urinario. *Offarm* [Internet]. 2003, Dic. [citado 26 de abril de 2023]; Vol. 22. N.11. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-13055924>