



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS MÉDICAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO
LA HOZ Y EN EL CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE SURCO
DURANTE EL PERIODO DE INTERNADO MÉDICO ENERO 2020 –
ABRIL 2021**

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

**PRESENTADA POR
JUAN ANDRES MARCELLINI PONCE**

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

**LIMA, PERÚ
2021**



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS MÉDICAS EN EL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ Y EN EL CENTRO DE SALUD
SANTIAGO DE SURCO DURANTE EL PERIODO DE
INTERNADO MÉDICO ENERO 2020 – ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JUAN ANDRES MARCELLINI PONCE

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Giselle Vásquez Donayre

Miembro: Mg. Edgar Rolando Ruiz Sembra

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

DEDICATORIA

A mis padres, Juan y Flor, por su amor y apoyo incondicional para que pueda convertirme en la persona que soy hoy en día, por ser mi ejemplo a seguir, un impulso para que pueda cumplir mis metas, y por la admiración que les tengo; a mi tía Carola y a mi Señora abuela Isabel, por su absoluto cariño y apoyo que he recibido desde siempre. A mi querida familia que me brinda su apoyo, y para aquellos que han partido, sé que guían mis pasos donde quiera que voy.

Juan Andres Marcellini Ponce

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la virgen María, por darme salud y tener la oportunidad de alcanzar mis metas, además de bendecirme con una familia maravillosa.

A mis amados padres, por ser el soporte que necesito cuando las dificultades aparecen, por su apoyo y cariño incondicional desde el primer momento de mi vida.

A mis queridas tías Carola, Elizabeth y a mi Señora abuela Doña Isabel, por sus enseñanzas, consejos y apoyo en todo momento, espero no defraudarlas y seguir contando con su cariño y confianza. A toda mi familia, cuyos buenos deseos y consejos son fuente de fuerza para poder superar todas las adversidades.

A mis amigos, por el apoyo mutuo durante las clases y las rotaciones, les agradezco por los amenos momentos compartidos, les deseo lo mejor en sus vidas.

A la Universidad San Martín de Porres, mi alma máter, a su escuela de Medicina Humana, por acogerme en sus aulas y ser fuente de conocimientos constantes que procuraré aplicar en bien de mis pacientes y mi comunidad. A los maestros y profesores, que durante la carrera siempre se preocuparon por formar profesionales con un carácter humanístico y solidario hacia los pacientes.

INDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Importancia del internado médico	1
1.2 Objetivos logrados según silabo	2
1.3 Casos clínicos observados durante cada rotación	4
1.4 Integración de los conocimientos de toda la carrera	9
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	10
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACION	32

RESUMEN

El internado médico es la etapa final de la carrera de medicina humana que comprende el séptimo año de la misma, es un año crucial donde el interno tiene la oportunidad de reforzar y afianzar todos los conocimientos clínico-quirúrgicos adquiridos en los años anteriores a través de las diferentes rotaciones en establecimientos de salud. Las rotaciones que componen el internado son las de medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general. Antes de la llegada de la pandemia, el internado solía realizarse en establecimientos de nivel II en adelante enfocándose en desarrollar actitudes de tratamiento y recuperación de pacientes; pero posteriormente durante la pandemia y el progresivo regreso de los internos, la mayoría de estos fueron asignados a centros de salud del primer nivel, en donde el enfoque cambio hacia uno enfocado en la prevención y promoción de la salud. Este nuevo marco de pandemia mundial por el COVID-19, el internado sufrió cambios significativos como el número de horas que se podían asistir a un centro de salud, la cantidad de pacientes se redujo y la complejidad de patologías era menor, pero dentro de las dificultades, el autor tuvo la oportunidad de adquirir aptitudes orientadas hacia la prevención y promoción de la salud, reforzando la calidad de la relación médico paciente. El internado debe ser un año de consolidación del conocimiento, por ende se sugiere variedad entre las rotaciones clínico-quirúrgicas para poder abarcar una mayor cantidad de competencias, además de priorizar la vacunación contra el COVID-19 a los futuros internos para así reducir la incidencia de nuevos contagios.

Palabras clave: Internado médico, medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología, atención primaria

ABSTRACT

The medical internship is the final stage that a medical student must face, It takes place during the seventh year, the internship is crucial because the intern has the opportunity to reinforce and consolidate all the clinical-surgical knowledge acquired in previous years through the different rotations in hospitals. The rotations conforms the internship are internal medicine, pediatrics, gynecology and general surgery. Before the arrival of the pandemic, the internship used to be carried out in establishments from level II onwards focusing on developing attitudes of patient's treatment and recovery; But during the pandemic, a few months later, students made a progressive return, most of them were assigned to first-level health centers, where the focus changed giving priority to prevention and health promotion. This new framework of the global pandemic due to COVID-19, the way internship used to be suffered significant changes such as the number of hours that could be attended to a health center which decreased, the number of patients was reduced and the complexity of pathologies was lower, but within all the odds, the author had the opportunity to acquire skills oriented towards prevention and health promotion, reinforcing the quality of the doctor-patient relationship. The internship should be a year of consolidation of knowledge, therefore a variety of clinical-surgical rotations is suggested to be able to cover a greater number of procedures, in addition to prioritizing vaccination against COVID-19 to future interns to reduce the incidence of new infections and the spread of the virus.

Keywords: Medical internship, surgery, pediatrics, gynecology, first level of attention

INTRODUCCION

El último año de la carrera de medicina humana, el año de prácticas pre profesionales o más conocido como el internado médico, es el año en el cual los futuros profesionales de salud deben acudir a realizar sus últimas prácticas antes de poder ejercer la carrera, donde adquieren las competencias tanto clínicas como quirúrgicas en las diferentes áreas de un recinto hospitalario, las rotaciones se realizan en los servicios de medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología.

Durante el presente informe se relata las experiencias obtenidas por el autor del presente, describiendo las dificultades encontradas y las alternativas que se brindaron para que esta etapa sea del mayor provecho y satisfacción académica posible.

La primera rotación fue la de medicina interna, la cual fue llevada en el Hospital de Puente Piedra “Carlos Lanfranco la Hoz”, un establecimiento de nivel II-2 ubicado en la zona norte de la ciudad de Lima, en este recinto el interno recibió una inducción en las cuales se especificaban sus funciones las cuales fueron acudir a guardias diurnas y nocturnas en la unidad de emergencia, además de establecerse en las áreas de cuidados intermedios y hospitalización, donde se le encargo la tarea de monitorear los pacientes que allí se encontraban mediante las visitas médicas, la instauración de terapéutica, realización de procedimientos médicos y presentar interconsultas con otros servicios cuando fuera requerido, todo esto bajo la tutela y

supervisión de un médico asistente o residente que se encontrara de servicio junto al interno.

Ante la llegada de la pandemia, en el mes de marzo del año 2020, el Gobierno Central decretaba una cuarentena a nivel nacional con el fin de evitar la propagación y aumento de casos del nuevo coronavirus, lo cual condujo al retiro inmediato de todos los internos de los establecimientos de salud para preservar la salud de los estudiantes. El retorno gradual de las actividades tuvo lugar unos meses después, en el mes de Noviembre del 2020, el autor fue asignado a un centro de salud del primer nivel llamado Centro de Salud “Santiago de Surco”, ubicado en el distrito Limeño del mismo nombre y bajo la dirección de la DIRIS-LIMA SUR. Durante las rotaciones restantes, al autor se le fueron asignados nuevas funciones que comprendían asistir a consulta externa en turnos mañana y tarde, apoyar en los servicios de nutrición, inmunizaciones, TBC, obstetricia; además, de apoyar en la unidad de telemedicina siendo participe de las distintas reuniones y presentaciones de casos clínicos con médicos especialistas.

El equipo médico, de enfermería, técnicos y los que conforman el sistema de salud peruano han sido de gran importancia para la contención de la pandemia, desde los profesionales que laboran en unidades de cuidados intensivos, hospitalización, consulta externa hasta médicos que participan activamente en la creación de medidas y protocolos que ayuden a la población a entender la real importancia de la bioseguridad para que estén protegidos no solo ante esta nueva pandemia del COVID-19 sino contra otras enfermedades transmisibles

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Importancia del internado médico

El internado en la carrera de medicina humana es una parte crucial y muy importante de la misma, es la etapa final en la formación universitaria antes de ingresar al ejercicio profesional de la medicina, donde el estudiante consolida y fortalece sus conocimientos teóricos-prácticos que ha ido adquiriendo a lo largo de los primeros años en las asignaturas de ciencias básicas hasta culminar en el 6to año donde la parte clínica predomina, donde se pone en práctica y se consolida los conocimientos adquiridos en los años de formación de la etapa de pregrado, en esta etapa también se desarrollan nuevas habilidades con respecto a la relación médico-paciente, siempre brindando un trato empático, amable, humanista y con valores, procurando darle un diagnóstico y tratamiento certero, adicionalmente el interno está en obligación de conocer más sobre los diversos problemas de salud con los que acuden los pacientes a un establecimiento de salud, la realidad del sistema de salud y todo lo que esto conlleva; asimismo se asumen nuevas responsabilidades que antes no contaba como son la participación en prevención, promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación bajo la directriz y supervisión de un tutor o del médico asistente a cargo.

1.2 Objetivos logrados según silabo

En condiciones normales el año de internado médico tiene una duración de un año, en esta oportunidad el internado médico se realizó de una manera diferente dado el contexto de pandemia mundial que se vive. En la primera parte del internado, el cual tuvo una duración de dos meses y medio, tiempo en el cual se pudo llevar a cabo la primera rotación según la especialidad asignada en cada hospital; en el particular del autor de este informe fue en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Puente Piedra "Carlos Lanfranco la Hoz" donde se le ofreció al interno la oportunidad de observar y participar de los diferentes casos que acudían al servicio ya mencionado, en el proceso de hospitalización y referencias de pacientes así como también interpretación de diversas pruebas diagnósticas, su análisis e interpretación, además de la terapéutica hasta que el paciente fuese dado de alta, sea referido hacia otro servicio hospitalario o referido hacia otro hospital de mayor complejidad, fue un período de muchas experiencias y aprendizajes obtenidos satisfactoriamente.

La parte más desafiante, pero a la vez que se encontró más interesante de toda la experiencia hospitalaria, fue en el área de emergencia, ya que en él se requiere de una mayor atención, pensamiento crítico inmediato y capacidad de resolución para lidiar con los diversos síntomas y signos que los paciente describen y así poder brindar un tratamiento adecuado y oportuno para cada uno de ellos.

Poco antes de concluir la primera rotación es que se ve interrumpida en el mes de marzo del 2020, cuando la preocupación por la pandemia crecía cada día, el lunes 16 de marzo de ese mismo, el gobierno junto al ministerio de salud deciden instaurar cuarentena al nivel nacional por 15 días, lo cual trajo como resultado que las autoridades competentes retiren a los internos de las áreas de ciencias de salud de todo establecimiento de salud, para preservar la salud e integridad de los estudiantes; esta medida tuvo una duración de aproximadamente 7 meses durante el peor momento de la primera ola de la pandemia, en los cuales no se tenían claras las condiciones para un eventual retorno y culminación adecuada

de la experiencia pre profesional del internado médico. Tras instaurarse el diálogo con las autoridades pertinentes y la promulgación de un decreto supremo que otorgaba las bases y el marco para el retomo de actividades (1), se procedió a la reincorporación voluntaria bajo dichos lineamientos en el que a partir del mes de noviembre del año 2020 gran parte del alumnado de 7mo año de la carrera de medicina humana fuera reasignada a diversos establecimientos de primer nivel de atención en salud.

Es en estas circunstancias el suscrito del presente documento fue asignado a un centro de asistencia de primer nivel ubicado en el distrito de Santiago de Surco, el Centro de Salud Santiago de Surco con vigencia desde el mes de noviembre del año 2020 hasta el mes de abril de abril del 2020 según resolución ministerial (2), evidenciando un desempeño con puntualidad, responsabilidad e identificación institucional bajo la Dirección y supervisión de la doctora Úrsula Paredes Martínez, en esta segunda etapa el interno estuvo a cargo de atención directa a los pacientes no COVID-19, con un promedio de atención de quince pacientes por día, siendo los casos más recurrentes: diabetes mellitus, hipertensión, obesidad, asma, entre otras; también se lograron tratar satisfactoriamente otras patologías más agudas como infecciones del trato urinario, diarreas, otitis, micosis, heridas, etc.; también participó de campañas de vacunación masiva contra el COVID-19. Actualmente el suscrito ha concluido satisfactoriamente la etapa final de las prácticas pre profesionales en el establecimiento antes mencionado, en un nuevo e inusual contexto tanto para los docentes como para los estudiantes, siendo una nueva experiencia para ambas partes, estando bajo la tutela y supervisión de un profesional médico encargado de velar por el cumplimiento establecido en el sílabo y más aún para lograr las competencias exigidas para los futuros médicos; sí como también salvaguardar la salud de los mismos, ya que dada la actual situación de pandemia que se vive, todo personal de salud y administrativo de cada establecimiento del país se encuentran en primera línea en lucha constantemente contra el virus COVID-19 en un alto riesgo de contraer la enfermedad.

Si bien es cierto el hecho de realizar las prácticas médicas en establecimientos de salud de primer nivel limita en cierta medida, involucrar y conocer la complejidad de otras patologías que los pacientes puedan presentar, no es impedimento para consolidar conocimientos acerca de promoción y prevención de salud, ya que la mayoría de patologías que se lograron tratar satisfactoriamente fueron crónicas como las ya mencionadas anteriormente. Es sabido que en el primer nivel de atención lamentablemente no siempre se cuenta con todas las pruebas diagnósticas más avanzadas o exámenes auxiliares específicos e incluso algunos medicamentos que son necesarios para el manejo más adecuado de algunas morbilidades, también hubo ocasiones donde el interno trabajó con recursos limitados y algunas otras ocasiones estos mismos estaban deficientes, pero siempre priorizo el brindar una buena atención de calidad al paciente, con trato humano como se inculca en esta casa de estudios, las experiencias ya mencionadas son las que usualmente se encuentran en los establecimientos de niveles primer nivel a lo largo y ancho de todo el Perú, estos mismos son parte de los centros de salud a los cuales los profesionales de la salud son asignados para cursar el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

1.3 Casos clínicos observados durante cada rotación

Dentro de las variadas experiencias a lo largo del último año de prácticas pre profesionales que componen el internado médico, el interno tuvo la oportunidad de apreciar muchos casos clínicos que le sirvieron para afianzar conocimientos acerca de ciertas patologías, a continuación se presentarán una serie de casos para explicar el manejo de ciertas patologías según cada rotación clínica-quirúrgica.

Para empezar se presenta el caso de un paciente varón de 80 años con antecedentes de fibrilación auricular, insuficiencia venosa e hipoacusia bilateral; con tratamiento actual de warfarina y furosemida sin reacción adversa a medicamentos, familiares refieren desde hace 4 días

desorientación tiempo-espacio con presencia de alucinaciones asociado a tos sin expectoración pero con movilización de secreciones, además se agrega disnea que va en aumento hasta día de ingreso. No refiere fiebre. A la exploración física en urgencias se encuentra: Regular estado general. Consciente, orientado en persona y espacio. Ligera sequedad de mucosas. PA 120/54 mmHg, FC 60 lpm, T° 36,5 °C, SpO2 88-89% (aire ambiente). CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, taquipneicos, no soplos. P: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, leve intensidad en ambos hemitórax, crepitantes y sibilancias en bases pulmonares a predominio de lado derecho, roncos diseminados por ambos campos pulmonares; resto del examen físico no contributivo. Se le solicita un hemograma donde se resalta Leucocitos $7,3 \times 10^9/L$. Neutrófilos 86%; Bioquímica Urea 87 mg/dl. Creatinina 1,03 mg/dl. Proteínas totales 6 g/dl. PCR 124; además de una radiografía de tórax donde se pudo apreciar una marcada consolidación en el lóbulo inferior derecho. El paciente ingresa en sala de medicina interna por sospecha de neumonía en lóbulo inferior derecho con insuficiencia respiratoria parcial. El siguiente caso se describe de la siguiente manera: Paciente varón de 45 años con un tiempo de enfermedad de 4 días que acude al hospital por emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico de alta intensidad, difuso, no irradiado en hemiabdomen que no ha cedido a pesar de ingesta de analgésicos. Niega tener antecedentes patológicos de importancia ni reacción adversa a medicamentos. Refiere náuseas, vómitos, sensación de plenitud, hiporexia. Deposiciones normales. No coluria ni acolia. A la exploración física en emergencia llega con PA 153/84 mmHg, T° 36°C, FC: 111 ppm, O2: 98%, Glasgow 15. Exploración abdominal: Ruidos hidroaéreos presentes, distendido, timpánico. Dolor difuso a la palpación superficial y profunda. No signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. Resto del examen no contributivo. Se le realizan diversos exámenes auxiliares donde se pudo resaltar AS: Leucocitos 9200/mm³, Neutrófilos 40.1, PCR 1.45 mg/dl, Urea 40 mg/dl, amilasa normal; una ecografía abdominal sin alteraciones, TAC abdominal: glándula pancreática muestra un parénquima homogéneo de normal tamaño, con realce normal; presencia de edematización de la grasa

peripancreática y una pequeña colección con bordes mal definida, no encapsulada en localización anterior y caudal al cuerpo pancreático. Luego de los resultados se da el diagnóstico de pancreatitis aguda y se determina que el paciente debe ser ingresado en la unidad de hospitalización de medicina interna.

Pasando a la rotación de pediatría, se presenta primero el caso de una niña de 7 años, sin antecedentes patológicos de importancia ni reacción adversa a medicamentos, con un tiempo de enfermedad de 1 mes, acude a consulta con madre quien refiere que paciente presenta exantema generalizado de 1 mes de evolución que no calma con aplicación de corticoides ni consumo de antihistamínicos, acompañado de prurito intenso a predominio nocturno, de difícil autocontrol que le produce gran irritabilidad y ansiedad. Al relato niegan viajes recientes, ni crianza de animales en domicilio, manifiestan que visitaron a unos primos de su edad 3 semanas antes del inicio de síntomas. Al examen físico se destacan lesiones tipo pápulas eritematosas asociadas a lesiones costrosas de 2-3 mm de diámetro en ambos brazos, región interdigitales, pliegues axilares, glúteos, cintura y miembros inferiores, con escoriaciones e intensa liquenificación en dorso de dedos. Ante la sospecha clínica se realizó raspado de las lesiones para el estudio histológico y se inició el tratamiento.

Lactante varón de 10 meses, sin antecedentes patológicos conocidos ni reacción adversa a medicamentos, acude a consulta llevado por madre por presentar irritabilidad persistente con vómitos y diarreas de 12 horas de evolución, fiebre de 38,6°C. Madre refiere que 10 episodios de deposiciones líquidas abundantes sin sangre ni moco, 5 episodios de vómitos. Al examen físico aparente regular estado general, decaído, pálido, llora sin lágrimas, mucosa oral seca y signo de ojos hundidos. Llenado capilar 3 segundos. Abdomen: leve distensión, ruidos hidroaéreos presentes y aumentados, dolor difuso a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas ni visceromegalias; Sistema nervioso central: activo, reactivo, irritable, fontanela normotensa. Por la clínica observada y los datos epidemiológicos se llegó al diagnóstico de Gastroenteritis aguda, diarrea con deshidratación moderada, se dispone

cursar con sintomáticos y plan de rehidratación. Posteriormente se realiza exámenes auxiliares, donde se resaltan los siguientes resultados: Leucocitos 15.600; PCR 36 mg/dl. Na 135 mmol/L, K 4,3 mmol/L, Ca 1,12 mmol/L, Cl 106 mmol/L.

La rotación de cirugía fue la que más dificultades trajeron, sin embargo se pudieron ver patologías desde un ámbito clínico-quirúrgico, los cuales serán presentados a continuación. Se presenta mujer de 45 años de edad con un tiempo de enfermedad de 8 horas, sin antecedentes patológicos de importancia ni reacción adversa a medicamentos, la paciente acude por dolor en miembro inferior derecho posterior a múltiples mordidas de perro conocido que envuelve con una venda y gasa. Nos argumenta que el día, cerca de la una del mediodía, refiere que recibió las mordeduras unas horas antes tras intentar separar al perro de un vecino que se enfrentaba a otro perro desconocido, decide acudir a consulta ya que el dolor en la herida afecta la movilidad de la extremidad afectada. Paciente refiere que animal tiene todas las vacunas al día, no presenta sintomatología compatible con la rabia y que se encuentra en buen estado de salud. Al examen físico se observa: Miembro inferior derecho: 3 heridas inciso-contusas, cavitadas de 1,5 cm de profundidad, dos en el lateral distal y otra en medial distal, piel con eritema y aumento de temperatura, el lecho de una de ellas con tejido necrótico. Se le otorga el diagnóstico de mordedura de animal y se procede con las curaciones y se la deriva al servicio de enfermería para las inmunizaciones correspondientes.

En el siguiente caso se describe a paciente mujer de 29 años de edad, con tiempo de enfermedad de 2 días, sin antecedentes patológicos de importancia ni reacción alérgica a medicamentos, que acude al centro de salud refiriendo dolor tipo cólico de leve intensidad que inicia hace 48 horas en epigastrio tras consumo de alimentos de alto contenido en grasas, que logra calmar tras toma de Buscapina; posterior a ello, alrededor de 4 horas después, el dolor tipo cólico se exagera a una intensidad severa 8/10 de manera continua, ubicándose en fosa iliaca derecha, de tipo continuo, acompañada de náuseas, vómitos en 2 oportunidades y alza térmica no cuantificada, por lo cual decide acudir a centro de salud. PA 110/72, FC 76x', FR 18x', T 37°C, al examen físico:

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), dolorosa a la palpación superficial y profunda con predominio a nivel de fosa iliaca derecha, Mac Burney (+), Obturador (+), Blumberg (+). La paciente es referida de emergencia al Hospital "María auxiliadora" con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda, se le solicito exámenes de hemograma completo, examen de orina completo y una ecografía abdominal para descartar el diagnóstico.

Por último, en la rotación de ginecología se reportan los siguientes casos: Mujer gestante de 20ss, con un tiempo de enfermedad de 5 días, sin antecedentes de importancia ni reacción adversa a medicamentos; acude por presentar disuria, poliaquiuria, tenesmo vesical, dolor suprapúbico durante la micción, además refiere que orina cargado y que su orina tiene mal olor. Se le indica un examen completo de orina, cuyos resultados son traído por la paciente a los pocos días, en estos se puede apreciar Leucocitos: 10-12 por campo, Hematies: 1-2 por campo, Gérmenes: 3(+++). Teniendo los resultados de laboratorio agregada a la clínica que presenta la paciente se le da el diagnóstico de infección de tracto urinario y se dispone con el tratamiento ambulatorio con el respectivo control y nuevo examen de orina al término de la terapéutica.

Durante un control ginecológico de rutina, llega paciente mujer de 25 años de edad, con fórmula obstétrica G2P1001, parto eutócico, sin antecedentes patológicos ni reacción adversa a medicamentos, edad gestacional de 37 semanas, acude a control prenatal con ecografía obstétrica cuyo informe resaltaba la presencia de placenta previa con hallazgos de irregularidad de espacios vasculares placentarios y adelgazamiento del miometrio. Al momento de la consulta paciente percibía movimientos fetales activos y negó pérdida de sangrado vaginal o de líquido amniótico. Aparente buen estado general, el examen clínico general estuvo dentro de lo normal. Examen obstétrico: útero grávido de 35 cm de altura, feto único en posición longitudinal cefálico y con 148 latidos cardíacos; la paciente se le otorgó el diagnóstico de placenta previa, por lo cual fue referida al Hospital "María Auxiliadora" para ser evaluada y tratada por el servicio de ginecología.

1.4 Integración de los conocimientos de toda la carrera

En el transcurso de estos 7 años de formación universitaria pre-profesional, los docentes siempre han tratado de llegar a sus alumnos mediante diferentes herramientas y metodologías para darle los conocimientos acerca de la fisiología, fisiopatología, la terapéutica y de todo lo que se requiere para que un futuro profesional médico pueda desarrollar un razonamiento crítico con el cual pueda ser capaz de identificar, proponer y tomar decisiones para dar solución a sus pacientes que se le presenten, considerando primordial la prevención y promoción de la salud.

En la etapa de ciencias básicas (pertenecientes los primeros tres años de carrera) se estudian cursos generales como matemáticas, biología, física, química, bioestadística, bioética, procedimientos básicos en medicina, etc.; que generan conocimientos aplicables a las diversas áreas de la medicina, mediante la solución de cálculos, conociendo estructuras del cuerpo micro y macroscópicas, descubriendo las reacciones de diversas sustancias dentro del cuerpo humano, estudiando el desarrollo de diversas funciones de los seres vivos, interiorizando acerca del peso de nuestras decisiones como futuros médicos en el bienestar de nuestros pacientes.

La etapa universitaria también permite al interno interactuar de manera cercana con su entorno social, a través de trabajos en grupos, voluntariados, desarrollando una responsabilidad social de protección del medio ambiente y de todos los seres que lo habitan, todas estas experiencias permiten desarrollar una empatía para con los pacientes y sus costumbres, que luego se establece en una buena y fuerte relación entre médico y paciente que permite una mayor cercanía con los enfermos y una mejor oportunidad de brindar alivio a los malestares que los aquejan.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El presente informe está basado en las experiencias vividas en el último año de prácticas pre-profesionales del autor durante sus rotaciones en diferentes establecimientos de salud.

La primera rotación hospitalaria fue desarrollada en un establecimiento de segundo nivel de atención, específicamente perteneciente al nivel II-2, como el Hospital de Puente de Piedra “Carlos Lanfranco la Hoz”, perteneciente a MINSA, el hospital es considerado uno de los principales del cono norte de Lima, siendo referencia de los distritos de Puente Piedra, Ancón y Carabaylo (3). Al ser un hospital de nivel II-2, el hospital cuenta con laboratorio, farmacia y camas para pacientes que necesiten ser hospitalizados, además de la atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, atención quirúrgica, adicionalmente también cuenta con unidades de emergencia, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, neonatología y UCI general. El hospital cuenta con una población referencial regional, por lo que pacientes con patologías de menor complejidad eran contrareferidos a centros de salud de menor nivel correspondientes a sus respectivas jurisdicciones; mientras que por otro lado pacientes que necesitaban un manejo de mayor complejidad eran referidos a hospitales de nivel III como el Hospital “2 de Mayo”, Hospital “Arzobispo Loayza” u Hospital “Almenara” por citar algunos; los cuales el interno participo muchas ocasiones en referencias acompañando pacientes trasladados en ambulancia.

Durante los meses de enero a marzo del año 2020 en un periodo previo a la pandemia de COVID-19 el autor se encontraba realizando su primera rotación del internado médico en dicho hospital, donde se le fue dado múltiples responsabilidades sobre pacientes que tenía a su cargo, participando activamente de las visitas médicas diarias, realizando y/o asistiendo diversos procedimientos médicos, en las áreas de hospitalización, emergencia y cuidados intermedios del servicio de Medicina Interna consolidando los conocimientos adquiridos durante las etapas previas de formación.

Las rotaciones consiguientes se llevaron a cabo en el Centro de Salud Santiago de Surco, de nivel I-3 ubicado en el distrito de Santiago de Surco en la ciudad de Lima, perteneciente a la red Barranco-Chorrillos-Surco de la DIRIS Sur. Es un centro con atención de 12 horas al día, se encuentra atendiendo en una casa habitación cuya infraestructura es inadecuada para la función que realiza, contando con los siguientes servicios de atención ambulatoria: consulta médica, obstétrica, odontológica, nutrición, psicología, servicio social y de enfermería. Además ambientes como laboratorio, farmacia, tópico de urgencias, saneamiento ambiental, caja, sala de espera, rayos x, admisión y servicio de limpieza. La población del distrito de surco es aproximadamente 290,000 habitantes y la población objetivo es aquella en la cual es primordial la promoción y prevención de la salud, entre ellos los adultos mayores, niños, adolescentes y gestantes (4). Las referencias de pacientes con patologías que requieran mayor nivel de atención se realizan al Hospital “María Auxiliadora” por ser hospital de referencia de la micro red.

Ante la llegada de la pandemia, el Hospital de Puente Piedra “Carlos Lanfranco la Hoz” sufrió una gran reestructuración de recursos humanos y materiales, los pabellones y las camas de los diferentes servicios fueron ambientadas para pacientes COVID-19, mientras que los consultorios externos fueron habilitados para zona de hospitalización alejados de los pacientes infectados con el virus, pero esto resultó en la reducción de camas y ambientes utilizables para la práctica hospitalaria. Por otro lado, la situación del Centro de Salud Santiago de Surco también se vio

afectada por la pandemia y la aparición del virus Sars-cov2, los consultorios y el laboratorio del primer piso fueron adaptados para recibir pacientes infectados, dejando los pisos segundo y tercero para la atención ambulatoria de las demás especialidades como medicina interna, obstetricia, enfermería, nutrición, psicología, etc. En ambos establecimientos de salud la falta de personal de salud que se vio obligado a pasar a teletrabajo por ser personas de riesgo afecto negativamente la fuerza en la atención que ambos centros podían ofrecer a sus respectivos pacientes.

Sin duda alguna la situación actual de pandemia que se vive logro afectar el internado médico de una manera sin precedente, entre lo que más resalta el autor es la disminución de casos de pacientes con patologías frecuentes que requieran un manejo en un ámbito hospitalario, lo cual también se ve repercutido en la complejidad de las enfermedades que el interno pueda llegar a observar durante su último año de prácticas, además en lo negativo que puede conllevar el alto riesgo continuo de contagio al estar en cualquier establecimiento de salud; pero también se puede decir que afecto de una manera positiva ya que al estar en un primer nivel el interno puede lograr una mejor comprensión del paciente haciendo que su relación médico paciente mejore, además de tener experiencia en patologías cotidianas que se vuelven familiares para el estudiante y así mejorar sus capacidades en la promoción y prevención de la salud.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

El presente capítulo está centrado en la atención al paciente, y lo que los internos de medicina próximos a ser profesionales de la salud tienen como fundamental reto, que es el de velar por la pronta recuperación y mejorar la calidad de vida de los pacientes en la medida de lo posible, mediante la aplicación de conocimientos y valores humanos que fueron instruidos durante la formación académica, como el respeto, confianza, empatía y todo lo que necesita para lograr una buena relación médico – paciente, alcanzar una comunicación efectiva con el paciente y este pueda expresar detalladamente y con franqueza las dolencias que lo aquejan.

Procediendo a la discusión de los casos presentados en el capítulo anterior, tenemos el primer caso de la rotación de medicina, catalogado como una neumonía adquirida en la comunidad, se describe la NAC como una neumonía intersticial crónica que se caracteriza por una apariencia homogénea de fibrosis intersticial densa o laxa con inflamación intersticial crónica leve a moderada (5). El agente etiológico más frecuente de NAC a nivel mundial y latinoamericano es el *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), otros organismos importantes son *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* (6). El diagnóstico se logra gracias a los criterios clínicos: enfermedad < 2 semanas con tos, dolor torácico, disnea más fiebre, taquicardia o taquipnea, adicionando hallazgos focales al examen físico de tórax, en el segundo y tercer nivel de atención el diagnóstico se sustenta con una radiografía de tórax en la cual se aprecian

cambios radiográficos recientes. Se deberá hospitalizar al paciente si cumple con los siguientes criterios: Confusión, Taquípnea ($>30/\text{min}$), Hipotensión ($<40 \text{ mg/dl}$) (7). La terapéutica pacientes ambulatorios el antibiótico de elección es la Amoxicilina en altas dosis (1 gr vo cada 8 horas de 7 a 10 días) para cubrir neumococo resistente a la penicilina; los pacientes hospitalizados pueden ser tratados por vía oral si su tolerancia es adecuada, ausencia de vómitos y si están hemodinámicamente estables. La terapia de elección será la misma que pacientes ambulatorios. El paciente puede continuar su tratamiento por vía ambulatoria si cumple con los siguientes criterios: tolerancia oral adecuada, ausencia de fiebre en menos de 48 horas, FC y FR dentro de los normal, $\text{SatO\%} > 90\%$ (7). En el caso de nuestro paciente podemos decir que los criterios utilizados para el internamiento fueron adecuados según la guía de práctica clínica, además gracias al score CURB 65(8) se obtuvo un score de 4 catalogándose una neumonía severa empezando con Antibioterapia empírica con Levofloxacino y Amoxicilina-Clavulánico durante 10 días, El paciente responde bien al tratamiento por lo que se decide dar el alta al paciente tres días después del ingreso con Unidad de Hospitalización Domiciliaria para terminar la pauta de antibiótico intravenoso y control médico. En esta oportunidad el tratamiento fue acorde de las guías y protocolos establecidos respetando la terapéutica indicada y los criterios de alta.

En el segundo caso se relata un paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda. La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio súbito del páncreas, y es uno de los trastornos gastrointestinales que más comúnmente requieren valoración en el servicio de emergencias (9). Está asociado a alteraciones sistémicas y metabólicas que se deben a una liberación de enzimas hidrolíticas, toxinas y citoquinas que pueden ocasionar falla multiorgánica (10). La etiología más común de pancreatitis aguda es la colelitiasis, estando en más del 50% de todos los casos, otra causa frecuente es el consumo de alcohol en exceso (11). La mayoría de los pacientes tienen un inicio agudo con dolor abdominal epigástrico intenso y persistente, que en algunas ocasiones puede estar en el

cuadrante superior derecho o en casos más raros solo se limita al lado izquierdo. En pacientes con pancreatitis por cálculos biliares, el dolor es bien localizado y el inicio es rápido, teniendo una máxima intensidad a los 10 a 20 minutos. Por el otro lado, en pacientes con pancreatitis por causas hereditarias, metabólicas o por alcohol, el dolor puede ser menos brusco. El dolor en banda suele irradiarse en banda en un 50% de ocasiones (12). Para realizar el diagnóstico de pancreatitis aguda se requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios: dolor abdominal agudo súbito, persistente, en epigastrio, que puede irradiar hacia la espalda. Amilasa o lipasa elevados en tres veces los valores normales; además de hallazgos característicos de en tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética como colecciones intraabdominales (13). El tratamiento de la pancreatitis aguda va a depender de la severidad de la enfermedad y de la presencia de complicaciones; el manejo consiste en 3 pilares fundamentales: la restitución de fluidos, analgesia y nutrición (14). Las guías recomiendan una resucitación temprana con hidratación IV y disminuir morbilidad y mortalidad (11). Se sugiere una combinación de opioides con AINE y paracetamol puede maximizar la analgesia (15). Las guías actuales recomiendan el inicio temprano dentro de las primeras 24 horas de nutrición enteral en pacientes con pancreatitis aguda leve. Una revisión de la Asociación Americana de Gastroenterología concluyó que en pacientes con pancreatitis moderada y severa, la nutrición enteral se recomienda sobre la parenteral, ya que esta reduce el riesgo de infección, necrosis peri pancreática y falla orgánica (16).

Como se relató en este caso, la sintomatología del paciente nos da la correcta impresión diagnóstica de pancreatitis, por lo cual se obtiene un score BISAP de 0 con lo cual se puede precisar que se está frente a una pancreatitis leve (17). Con lo que correlaciona el también usado score de Balthazar basado en la tomografía abdominal, el cual da un puntaje de 3 siendo catalogada como una pancreatitis aguda leve (18). En este paciente la terapéutica instaurada fue metamizol, paracetamol y omeprazol IV, se discreta de este tratamiento ya que no se hace uso de

la restitución de líquidos, además de ordenar nada por vía oral hasta que se vea una evolución que pueda sugerir el uso de alimentación enteral.

A continuación, con respecto a la rotación de pediatría se presenta el siguiente caso clínico. Paciente de 7 años que fue catalogado con escabiosis o sarna. La sarna es la infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*, que se transmite por contacto directo con otras personas que tengan el parásito en la piel, con un periodo de incubación de 3 a 6 semanas (19). La clínica inicial de la escabiosis es el prurito intenso, a predominio durante las noches, respeta la cabeza excepto en los lactantes, y que es debido a una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV frente al parásito, sus heces o sus huevos. Pueden aparecer pápulas y surcos progresivamente en áreas donde se encuentra el parásito; generalmente están localizados en pliegues interdigitales, muñecas, axilas, pezones, glúteos y órganos genitales (19). La terapéutica preferentemente es el uso de la permetrina 5% (loción o crema); en niños > 2 meses y adulto: aplicación única con un tiempo de contacto de 8 horas y después aclarar (generalmente en las noches antes de dormir). La permetrina es más fácil de usar (sin dilución) y es preferible frente a benzoato de bencilo en niños y mujeres gestantes o que estén dando de lactar. La aplicación única es suficiente para eliminar al parásito, pero una segunda aplicación 7 días después reduce el riesgo de fracaso terapéutico con supervivencia del ácaro con sus crías o sus huevos; una terapéutica vía oral con Ivermectina 200 mg/kg de peso a dosis única también es recomendable (20). La clínica y el antecedente epidemiológico de contacto con otros niños apoyan el diagnóstico de escabiosis. Este paciente fue tratado con aplicación de benzoato de bencilo 25% en una aplicación antes de dormir, además de la indicación del lavado de todas sus prendas y ropa de cama, la familia con quien convive el paciente también fue administrada con la terapéutica para evitar una nueva infestación del parásito. De acuerdo a la guía nacional la terapéutica instaurada es la recomendada para estos casos.

El siguiente caso clínica nos presenta un lactante de 10 meses que llega con el diagnóstico de gastroenteritis aguda y diarrea con deshidratación

moderada, La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se caracteriza por el aumento de la frecuencia de las deposiciones, más de 3 en un periodo de 24 horas, de consistencia líquida/acuosa, que puede ir acompañada de vómito y/o fiebre. La duración del evento no debe ser mayor de 14 días (21). La deshidratación se define como el desequilibrio hidroelectrolítico producto de la pérdida de agua y electrolitos que toma lugar durante la enfermedad diarreica aguda cuando estas pérdidas no se reemplazan adecuada ni oportunamente (22). La etiología predominante de la diarrea aguda infantil es de origen viral (rotavirus, norovirus, adenovirus y otros atípicos); mientras que son menos frecuentes son las de origen bacteriana (*Shigella sp*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella no Typhi*, etc.) o parasitaria (*Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, etc.) (23). La clínica puede estar presente en forma de diarrea, náuseas, vómitos, dolor con meteorismo aumentado, pujo, tenesmo y suelen tener una remisión por sí sola con el paso de los días (21,22,23); los signos que indican deshidratación son muy amplios y variados, van desde alteraciones del sensorio como irritabilidad, decaimiento, tendencia al sueño, letárgica, coma en casos muy severos, aumento de sed, presencia del signo de pliegue, fontanela deprimida, mucosas secas, llanto con ausencia de lágrimas, ojos hundidos, Taquicardia, llenado capilar lento > de 2 segundos, oliguria, hipotensión, taquipnea con patrón respiratorio acidótico (22). La terapéutica es integral, ya que va desde medidas de prevención como el lavado de manos de parte del menor hasta de las personas que viven con él, además de tener cuidado con la manipulación y preparación de alimentos, adicionalmente cumplir con el esquema de vacunación, incluyendo inmunización para rotavirus; en cuanto a la deshidratación el plan de tratamiento estará supeditado a una evaluación exhaustiva para la clasificación en: Plan A para la prevención de deshidratación; Plan B para tratar la deshidratación y Plan C con el fin de tratar la deshidratación grave con o sin shock (21,22,23). El paciente en esta ocasión correlaciona su clínica de vómitos, diarreas en repetidas ocasiones con dolor abdominal visiblemente marcado; en adición de algunos signos como irritabilidad, mucosas secas y ojos hundidos nos confirman los diagnósticos planteados; se inicia terapéutica tras

evaluación con Plan de rehidratación B, que consiste en suministrar suero oral a una dosis de 100 ml/kg en 4 horas. La dosis total se debe calcular en 8 tomas, dejando un espacio de 30 minutos y se debe ofrecer lentamente a libre demanda, con taza y cucharilla para no sobrepasar la capacidad gástrica y así disminuir la posibilidad de vómito.

Prosiguiendo con la rotación de cirugía general, se presenta el caso de paciente mujer de 45 años que acude al centro de salud por presentar múltiples heridas inciso contusas. La mayoría de mordeduras son causadas por perros (85%-90), este tipo de heridas son temidas debido a la posibilidad de que se produzca una infección y sobre todo a que se pueda llegar a transmitir la rabia con su mordedura (24). Es una enfermedad mortal causada por un virus neurotrópico encontrado en la saliva de animales infectados. El virus rábico ataca casi a todos los mamíferos, aunque los canes siguen siendo la principal causa en países desarrollados; también se han registrado casos de rabia transmitida por murciélagos, gatos, monos, zorrillos, mapaches, zorros y pumas (25). Los niveles de exposición frente a la rabia se clasifican en: sin exposición, exposición leve y grave. Ante la llegada de alguna mordedura de cualquier animal, se debe proceder a llenar la ficha epidemiológica correspondiente y notificar de manera oportuna a los distintos departamentos como control de zoonosis, epidemiología y enfermería. Se estipula en la norma técnica que la atención del paciente que haya sufrido mordedura se debe proceder al lavado con abundante agua y jabón, este es procedimiento más importante para disminuir la carga viral y la concentración bacteriana en el lugar de la mordedura, no se recomienda suturar la herida ya que podría provocar una mayor infiltración de virus y bacterias, con excepción de mordeduras de largas extensiones, desgarradas o localizadas en cara; de requerir sutura, debe quedar floja y con puntos de afrontamiento, sin suturar el tejido celular subcutáneo que facilite el drenaje. Si la situación lo amerita se recomienda infiltrar suero antirrábico alrededor y por debajo de la herida, antes de proceder a la sutura y se aplicará inmunización antitetánica de acuerdo a los antecedentes de vacunación del paciente. Además se indicará antibióticos y otros que sean necesarios según

valoración clínica-epidemiológica. Adicionalmente, ante casos de exposición severa se indica la administración de suero antirrábico hiperinmune, dosis única durante toda la vida del paciente, acompañado de un esquema de vacunación antirrábica con la vacuna tipo CLR Fuenzalida-Palacios o de tipo cultivo celular (26). En el caso de la paciente presentaba heridas que no supuraban, acompañadas del corto tiempo que se habían suscitado y gracias a las curaciones que se le realizó dentro del consultorio no fue requerido al administración de antibiótico terapia, inmediatamente después se procedió a la entrevista acerca del incidente para el llenado de la ficha epidemiológica obteniendo la información de que el can agresor no presentaba síntomas de rabia y se encontraba en buen estado de salud; La paciente fue derivada al área de enfermería para recibir una dosis de vacuna antitetánica, la ficha epidemiológica fue llevada y notificada al servicio de epidemiología del centro de salud cumpliendo con la normativa dictada para estos casos.

El siguiente caso presenta a una paciente de 29 años con diagnóstico de apendicitis aguda. La apendicitis aguda es la patología quirúrgica más frecuente y en la que más errores diagnósticos se cometen; es el resultado de la obstrucción luminal del apéndice ileocecal seguida de infección (27). La etiología de esta patología continúa siendo un enigma, se sabe la existencia de una etapa inicial que es caracterizada por obstrucción del lumen apendicular por causa de una hiperplasia linfoide, fecalitos, tumores o cuerpos extraños; esto favorece a la secreción de moco y que este se vuelva caldo de cultivo para bacterias (28). El dolor es descrito de instauración aguda y localizado inicialmente a nivel epigástrico o periumbilical, posteriormente con el paso de las horas el dolor migra a la fosa iliaca derecha donde incrementa en intensidad, sin embargo esto solo ocurre en un 50-60% de los casos; anorexia y náuseas acompañan frecuentemente al dolor abdominal (29). Para obtener un diagnóstico certero, no sólo la historia clínica y los síntomas son importantes, sino que se tendrá la ayuda de exámenes auxiliares como los imagenológicos, el ultrasonido (US) y la tomografía abdominal (TAC) han demostrado tener unas altas sensibilidad y especificidad (30). La toma de un hemograma

suele llevarse a cabo previo el diagnóstico definitivo, se resalta un aumento en los leucocitos entre 12 000 y 18 000 mm³ (31), también se recomienda la toma de examen de orina completo para descartar la posibilidad de una infección del tracto urinario que pueda simular la sintomatología de la enfermedad (32). El tratamiento óptimo en los casos de apendicitis aguda no perforada conforma restitución de fluidos endovenosos, suministro de dosis única de antibiótico preoperatorio (cefalotina o ampicilina siendo las mejores opciones) y apendicectomía de urgencia. Sin embargo estas indicaciones no aplican en pacientes con apendicitis perforada, en donde se propone un manejo no quirúrgico con tratamiento antibiótico y posterior apendicectomía posterior entre 8 a 12 semanas de resuelto el cuadro (33). Gracias a la sintomatología y el informe de ecografía que la paciente presenta, se puede sustentar el diagnóstico de apendicitis aguda, esta tuvo una clasificación de severidad de Alvarado de 3 puntos a falta de confirmar resultados de laboratorio (34), lo cual se le cataloga como una apendicitis de bajo grado y se realiza referencia de emergencia para establecimiento de salud de mayor complejidad resolutive y servicio de cirugía general.

Para la culminación de la serie de casos clínicos, se presentan a continuación dos acerca de la rotación de ginecología. El primero nos relata la historia de una paciente gestante de 20 semanas que fue diagnosticada con infección del tracto urinario. Las infecciones del tracto urinario (ITU) son comunes en mujeres embarazadas. Por convención, la ITU se define como la infección del tracto inferior (cistitis aguda) o del tracto superior (pielonefritis aguda) (35). El agente etiológico principal es la *E. coli*, encontrada dentro de casos de bacteriuria asintomática como en ITUs en mujeres embarazadas, otras entidades frecuentes son *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, y organismos gram positivos, incluido el estreptococo del grupo B (36). La bacteriuria no tratada, la pielonefritis y en menor grado la cistitis aguda se ha asociado con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en la mayoría de los casos (35). Con respecto al diagnóstico se debe integrar la sintomatología y exámenes de orina. Bacteriuria Asintomática: más de

100,000 colonias/ml de un único uropatógeno, sin síntomas específicos; la mayoría ocurren en el primer trimestre del embarazo. Cistitis: más de 100,000 colonias /ml de un solo patógeno que se acompaña de síntomas urinaria, aparece en 1.3% de las gestaciones, la mayoría se presentan en el segundo trimestre del embarazo. Pielonefritis: mas 100,000 colonias /ml de un solo patógeno que se acompaña de sintomatología sistémica, el 80% aparecen en el segundo, tercer trimestre y en el puerperio. La sintomatología entre las diferentes entidades clínicas puede cambiar, en una ITU baja encontramos disuria, poliaquiuria, dolor suprapúbico, orina turbia con ocasional hematuria, dolor en puntos uretrales; en la ITU alta observaremos fiebre, calofríos, sensación nauseosa, vómitos, lumbalgia, malestar general, puño percusión lumbar positiva; mientras que en la bacteriuria asintomática no hay signos ni síntomas de infección urinaria (35). En el caso de esta paciente, la clínica y los resultados del examen de orina apoya el diagnóstico de una infección de las vías urinarias bajas; se le instauró cefalexima 500mg vo cada 6 horas por 7 días, lo cual va con lo establecido en las guías de práctica clínicas o en las actualizaciones más recientes como antibiótico de primera elección tanto como nitrofurantoína y Amoxicilina-Clavulánico (35).

Para concluir con la serie de casos expuestos, se presenta a una paciente gestante de 25 con el diagnóstico de placenta previa. El acretismo placentario es la infiltración del miometrio por vellosidades coriales, está caracterizada por implantación anormal de la placenta siendo una de las principales causas de hemorragia obstétrica (37). Presenta factores de riesgo como gran multípara, mayor de 35 años, periodo intergenésico corto, placenta grande o anormalmente insertada y/o antecedentes de legrado, uterino, endometritis, cesárea. Entre los síntomas que se presentan se van a encontrar sangrado al rojo vivo, latidos cardiacos fetales variables o ausentes, el dolor está ausente y los cambios hemodinámicos dependen de la pérdida de volumen (38). Esta patología puede ser diagnosticada por medio de la ultrasonografía y la resonancia magnética. Los principales signos sugestivos de placenta acreta en la ultrasonografía incluyen la irregularidad de los espacios vasculares

placentarios acompañado de adelgazamiento del miometrio (37). En cuanto a las medidas que se deben tomar cuando la placenta acreta se vuelva previa y se presente sangrado, en lo que respecta al primer nivel de atención se debe reconocer los signos de alarma, no realizar tacto vaginal ni examen ginecológico con espéculo, referir oportunamente con todos los preparativos necesarios como colocación de 2 vías EV de NaCl al 0.9% con catéter N°18; monitoreo de funciones vitales estricto y de preferencia colocar sonda Foley con bolsa colectora (38). El tratamiento definitivo se lleva a cabo de manera quirúrgica en un establecimiento de mayor complejidad; se debe valorar la localización de la placenta y evaluar la posibilidad de parto vaginal o cesárea (38). El tratamiento para el acretismo placentario es la histerectomía (39). Con respecto al caso de la paciente en mención, la imagen diagnóstica fue clave para saber la condición del acretismo placentario, la paciente no presentaba ninguna sintomatología, pero se le realizó la referencia pertinente, como sugiere la guía de práctica clínica, hacia el Hospital “María Auxiliadora”, adicionalmente se le indicó que ante cualquier malestar, especialmente sensación de sangrado, acuda inmediatamente a la emergencia de dicho hospital para que pueda ser evaluada y tratada por el equipo de especialistas.

Las actividades académicas virtuales se realizaban un día específico de la semana, en el cual se llevaban a cabo presentaciones de diferentes temas, discusión de la terapéutica y simulaciones tipo casos clínicos por parte del médico docente con el fin de capacitar a los internos de medicina para el próximo paso a seguir en la carrera médica como es el de realizar el SERUMS, promoviendo el desenvolvimiento con seguridad y asertividad de los próximos médicos, aclarando dudas y reforzando conocimientos.

Las actividades prácticas se desarrollaron en los servicios disponibles del establecimiento de salud, para los cuales se debía contar con la teoría previa para obtener el mayor de los provechos de los casos que acudían al hospital o centro de salud, correcta indicación de los insumos del establecimiento de salud tanto medicamentos como exámenes auxiliares.

La realización de la historia clínica era llevada a cabo por el médico permitiendo que el interno interviniera de manera asertiva haciendo preguntas para orientar una mejor impresión diagnóstica, mientras que el paciente se siente en confianza y puede asimilar mejor la consulta para seguir las indicaciones médicas que se les iban otorgando. Bajo la supervisión, asesoría y tutela del médico encargado, se permitió al interno poder tomar el control de la entrevista médica en las diversas áreas donde se realizó la rotación, ya sea emergencia, consulta externa o teleconsulta, reforzando así el correcto desenvolvimiento delante del paciente para proponer un diagnóstico y sugerir un tratamiento.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Previo que se declare la pandemia mundial de COVID-19, el internado era una etapa muy esperada por los futuros médicos ya que es una oportunidad de oro para consolidar el conocimiento que por tantos años se va adquiriendo en esta ardua y difícil carrera; solía ser un año donde el interno empezaba con todas las energías y las ganas de aprender todo lo posible, de ver y discutir los casos más interesantes que se presentaban, de ofrecerse para ayudar al médico de turno o al residente con cualquier procedimiento, y sobre todo aprender mucho de sus propios pacientes, ya que se dice que no hay mejor libro que el mismo paciente; adicionalmente de las responsabilidades que se le asignaban a cada interno sobre estar siempre pendiente de sus pacientes y sus respectivas evaluaciones. También es cierto que el internado solía desarrollarse bajo unas condiciones muy rigurosas en aspectos como horarios y carga laboral, que ponían a prueba la resistencia física y mental del interno, pero que en muchas veces era recompensado el esfuerzo con quedarse hacer algún procedimiento, examinar muchos pacientes o sacar el máximo provecho de las juntas y/o reuniones médicas; con la pandemia esa mística del internado se ha perdido un poco, ya que esas exigencias no se pueden encontrar en el primer nivel de atención.

En el ámbito social se puede encontrar buenos colegas de trabajo con los cuales además de tener intereses en común al encontrarse en el área de

la salud, se realizan actividades que fomentan el trabajo en equipo, es muy importante generar un ambiente de cordialidad, respeto y apoyo mutuo entre los médicos docentes, internos, pacientes y demás profesionales de la salud, ya que al permanecer durante largos turnos en el hospital se crea una convivencia que puede marcar como los internos se desenvuelven en sus roles.

Con respecto a la reasignación y reincorporación de los internos a establecimientos de salud del primer nivel de atención producto de la pandemia global del COVID-19, el autor regresó con muchas expectativas por conocer de primera mano la dinámica de trabajo de un centro de primer nivel de atención, el manejo de pacientes, los diferentes planes que contaban, el enfoque que se le da a la promoción y prevención de la salud, y hasta en cierto grado la parte administrativa que también es bueno que un profesional de la salud sepa manejar para tomar las mejores decisiones a favor de su centro y de sus pacientes; todo esto ya que durante la etapa de ciencias básicas y clínica las oportunidades que tiene un interno de conocer el primer nivel de atención se reducen a un par de asignaturas o pocas visitas a un centro de salud.

Otro apartado que se debe resaltar es con respecto a las medidas de bioseguridad requeridas para continuar el desarrollo del internado médico, estas incluían recortar las horas de permanencia hospitalaria, uso obligatorio de equipo de protección personal, la reducción del número de internos en algunos centros de salud, vacunación, entre otras. Fueron un reto para el centro de salud ya que este no estaba acostumbrado a recibir internos de medicina. El interno quedó satisfecho con todas las medidas ya mencionadas ya que fueron cumplidas a cabalidad por el centro de salud de surco.

Sin embargo, el progreso del internado dentro del establecimiento de salud tuvo toda la rigurosidad académica que fue posible dentro de sus capacidades teniendo en cuenta las limitaciones que se pudieran encontrar y por supuesto acompañado de absolutamente todos los cuidados necesarios que conciernen a la situación que se vive a nivel

mundial gracias a la pandemia para evitar que las lamentables e irreparables pérdidas de colegas que nos han golpeado duramente sigan aumentando. Si bien es cierto el internado estuvo limitado por una poca cantidad de pacientes, se pudo llevar a cabo un internado satisfactorio en los servicios disponibles en el establecimiento de salud, es una experiencia diferente pero de la cual se ha tratado de sacar el mayor provecho posible, junto a la guía y dirección de los tutores médicos a cargo que han apoyado de la mejor manera posible y han contribuido al crecimiento profesional de los futuros médicos.

Este último año de internado médico ha traído una serie de nuevas dificultades a los internos en diferentes ámbitos de su formación, estas dificultades no solo afectaron de manera negativa sino que algunas lo hicieron de manera positiva, por ejemplo en la actualidad se da una mayor relevancia y énfasis a las medidas de bioseguridad que siempre fueron un pilar muy importante dentro del desarrollo del acto médico, pues el personal de salud se encuentra siempre en exposición a diferentes tipos de infecciones y en muchas ocasiones estas medidas, como el lavado de manos, uso de mascarilla o guantes, son las más efectivas para evitar la expansión de muchas patologías.

Al estar asignado a un establecimiento nivel I-3, se contaba con un área de Obstetricia, donde se pudo aprovechar la experiencia de atención de problemas ginecológicos y obstétricos no complicados, atención de gestantes con sus respectivos controles prenatales, planificación familiar, también se derivaban pacientes hacia otros establecimientos correspondientes de acuerdo al nivel de complejidad.

En el área de Pediatría la atención se realizó en el marco de consulta externa, el objetivo en esta rotación era aprender sobre el manejo de dosis en pacientes pediátricos, orientación a los padres de familia para evitar enfermedades en sus hijos e identificar las situaciones de riesgo de los mismos que necesiten manejo especializado para la referencia correspondiente a centros de un mayor nivel de atención.

Al ser un establecimientos de primer nivel de atención no se cuenta con servicio de Cirugía, pero durante los turnos de consulta externa el autor tuvo la oportunidad de examinar y descartar clínicamente la presencia de abdomen agudo quirúrgico los cuales necesitaban ser referidos inmediatamente a establecimientos con mayor capacidad resolutive, y también el interno tuvo la oportunidad de participar en teleconsultas con especialistas para referencias con respecto a patologías quirúrgicas no emergencias que podrían ser referidas a centros de mayor nivel de atención.

CONCLUSIONES

Siendo el internado médico un año crucial para la formación del profesional de la salud, este ha traído nuevas experiencias en diferentes ámbitos, desde el académico hasta el social; todo esto con sus respectivas dificultades, pero también con oportunidades que antes el interno no podía tener ya que la formación se basaba exclusivamente en el manejo hospitalario de enfermedades.

Al desarrollarse las actividades pre profesionales en distintos establecimientos de salud, tanto en hospitales del segundo nivel de atención como del primer nivel, las experiencias fueron variadas, dando la oportunidad al interno de conocer de primera mano cómo funciona un establecimiento del primer nivel donde las patologías más frecuentes fueron crónicas y en algunos casos de un menor nivel de complejidad, acompañado esto de un rol importante de la prevención y promoción de la salud en la población, ya que es uno de los pilares de la atención integral en salud. Además de participar en áreas poco comunes para el internado como son la parte de inmunizaciones, obstetricia, nutrición, telemedicina y plan nacional de TBC.

Por otra parte, durante la rotación previo a la etapa de pandemia por el virus COVID-19, el internado se llevó a cabo en una sede hospitalaria de mayor complejidad donde el interno participó activamente y de manera satisfactoria de las diferentes unidades que el servicio de medicina interna le pudo proveer como emergencias, donde las patologías más frecuentes eran infecciones urinarias, abdomen agudo, neumonías, descompensaciones funcionales u otras emergencias que requerían de ingreso a trauma-shock; así como las unidades de cuidados intermedios y hospitalización, donde el interno formaba parte de las rutinarias visitas médicas, realizaba procedimientos como curación de heridas, participaba de las interconsultas con otros servicios y el constante monitoreo de sus pacientes.

Sin duda alguna este último año de internado médico estuvo acompañado de muchos retos y complicaciones que llevaron a todos los internos del país a cuestionarse sobre las formas en como estos se resolverían, cuestiones tan simples como el traslado al hospital desde casa trajeron a muchos serias dudas y preocupaciones, el hecho de poder contagiarse o llevar el virus a casa donde habitaban con sus familiares representó uno de los mayores temores para los estudiantes de la salud tras ver que muchos colegas caían enfermos o que alguno de ellos no lograba ganar la batalla a la enfermedad, en mucho de los casos los internos tuvieron la paciencia de sus tutores ya que no fue fácil para nadie adaptarse a este nuevo estilo de trabajo que se presume pueda durar unos años más dependiendo de los avances del país en sus acciones contra la pandemia.

Aún queda un largo camino que recorrer para que el mundo pueda vencer al virus y superar esta trágica situación, y más aún para que se establezcan lineamientos eficaces que salvaguarden la integridad física y emocional de los internos de medicina, pero mientras haya estudiantes que conserven sus ideales de vocación hacia el paciente y el bien de su comunidad no importa el lugar en donde se realice el internado médico, sino la capacidad para comprender, atender y ayudar a los pacientes de una manera humanista consiguiendo ser el más importante apoyo para lograr el bienestar de los mismos.

RECOMENDACIONES

Antes de finalizar, el autor desea sugerir algunas recomendaciones en base a las conclusiones a que se llegó luego del presente informe. Se sugiere una mayor organización en el número de plazas y la distribución de las mismas, exhortando a las autoridades correspondientes un mayor compromiso acerca de la asignación de plazas y del tiempo que lleva para la comunicación de estas hacia los estudiantes, tomando en cuenta factores fundamentales que el interno debe tomar en consideración como vivienda, transporte, alimentación, nivel de protección y uso de epp, exposición al virus y condiciones físicas del interno en caso tuviera alguna que no le permita estar en un ambiente de alto riesgo ante el virus COVID-19.

Se recomienda continuar con la medida del estipendio mensual hacia los internos de la salud, que en este caso fue del monto mínimo vital, incrementado por el estado de emergencia de pandemia en que se vive; continuar con esta remuneración hacia los futuros internos es vital ya que antes del internado muchas plazas eran *ad honorem* y con este estipendio muchos lograr cubrir gastos como los que demanda transporte, alimentos, vivienda, compra de equipos de protección personal, entre otras que ayudan a sobrellevar la dura situación económica que viven muchas familias y que a todos afecta en esta pandemia.

Un punto muy importante que se llevó a cabo durante el internado médico fue la vacunación contra el COVID-19 para todo el personal de salud incluyendo a los internos en todos los niveles de atención, una medida que debe ser saludada y felicitada, sin embargo, se sugiere priorizar las inmunizaciones hacia los internos ingresantes ya que sin estas el riesgo de que los mismos desarrollen una forma severa de la enfermedad se reduce significativamente; adicionalmente de ser una forma de que los establecimientos presenten nuevos casos de contagios y que a posteriori el personal que labora en ellos no se vea obligado a retirarse de su hogar,

mermando aún más la escasez de personal que se vive actualmente gracias a la pandemia.

Durante el presente informe se notifica la marcada diferencia entre las labores que realizan los internos en sus diferentes plazas de práctica; siendo esta la más marcada entre los diferentes niveles de atención donde las características de los pacientes y el manejo de las patologías cambian, ya que al estar orientadas en un enfoque diferente, una hacia la promoción y prevención mientras que la otra prioriza la recuperación y la rehabilitación de pacientes. Se recomienda dividir de manera eficaz las rotaciones para que el futuro interno tenga oportunidad de abordar ambos tipos de pacientes, siendo participe en actividades que abarquen todo tipo de aptitudes, tanto en salud pública como clínico-quirúrgicas.

FUENTES DE INFORMACION

1. MINSA. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020. [Internet]. Ago 2020. [Citado 13 abril 2021]. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
2. MINSA. Resolución directoral N° 539-2020 OGGRH. [Internet]. Dic 2020. [Citado 13 abril 2021]. Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1736300/Resoluci%C3%B3n%20Directoral%20N%C2%B0%20539-2020-OGGRH-MINSA.pdf>
3. HCLLH. Plan de elaboración de análisis de situación de salud del Hospital “Carlos Lanfranco la Hoz” 2018. 2017 dic.
4. Red Salud Barranco-Chorrillos-Surco. “Análisis de la Situación de Salud Distrito de Santiago de Surco 2016”. 2016
5. Flaherty R, et al. Causes, clinical manifestations, evaluation, and diagnosis of nonspecific interstitial pneumonia. [Internet]. [Citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/causes-clinical-manifestations-evaluation-and-diagnosis-of-nonspecific-interstitial-pneumonia?search=pneumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H376211228
6. Grupo de trabajo de la Asociación Latinoamericana de Tórax. Actualización de las recomendaciones ALAT sobre la Neumonía adquirida en la comunidad. Arch Bronconeumol 2004; 40 (8): 360-75.)
7. Sociedad peruana de enfermedades infecciosas y tropicales. Guía de práctica clínica: Neumonía adquirida en la comunidad en adultos. 2009. [Internet]. [Citado 15 abril 2021]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2418.pdf>
8. Calderón W, et al. El puntaje CRB-65 y mortalidad en neumonía extrahospitalaria. [Internet]. [Citado 14 abril 2021]. Disponible en:
<https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v18n2/pdf/a02.pdf>
9. Habtezion A. Inflammation in acute and chronic pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol [internet]. 2015. [Citado 16 abril 2021]. Disponible en: www.cogastroenterology.com

10. Lodewijkx P, et al. Nutrition in acute pancreatitis: a critical review. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology* [Internet] 2016 [Citado 17 abril 2021]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1586/17474124.2016.1141048>
11. Mandalia A, et al. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. [Internet] 2019 [Citado 15 abril 2021]; 7 (958). Disponible en: <https://doi.org/10.12688/f1000research.14244.2>
12. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. Oct 2019. [Internet]. [Citado 16 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2
13. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Revista médica sinergia*. [Internet]. 1 de julio de 2020. [Citado 17 abril 2021]; 5(7):e537. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/537>
14. Swaroop S. Management of acute pancreatitis. Mar 2021. [Internet]. [Citado 16 abril 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H106843438
15. Johnstone C. Pathophysiology and nursing management of acute pancreatitis. *Nursing Standard* [Internet] 2018. [Citado 14 abril 2021]; vol. 33. 4 (75-82). Disponible en: <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11179>
16. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:1400
17. Villacís X, et al. Validación del Score de BISAP como Sistema Pronóstico en Pancreatitis Aguda. *Revista gastroenterología Perú* [Internet]. 2011 Jul. [Internet] [Citado 18 abril 2021]. 31 (3): 231-234. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300005&lng=es
18. Schwaner C, et al. PANCREATITIS AGUDA: INDICE DE SEVERIDAD EN TC. EVALUACION DE COMPLICACIONES Y HOSPITALIZACION. *Rev. chil. Radiol.* [Internet]. 2003 [citado 2021 Abr 18]; 9(4): 187-193. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000400005&lng=es.

19. Laliena S, et al. ESCABIOSIS: LESIONES PRURIGINOSAS ALTAMENTE CONTAGIOSAS. Rev. Ped. Elec. [Internet] 2018, Vol 15, N°2. [Citado 18 abril 2021]. Disponible en: <http://revistapediatria.cl/volumenes/2018/vol15num2/pdf/ESCABIOSIS%20LESIONES%20PRURIGINOSAS%20ALTAMENTE%20CONTAGIOSAS.pdf>
20. Balkan S, Barel P, Bottineau M, et al. Guía Clínica y Terapéutica para uso del personal sanitario cualificado en programas curativos en hospitales y dispensarios. *Medicins sin frontieres*. 2016. [Internet]. [Citado 16 abril 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4229.pdf>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Gula de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. 2013. [Internet]. [Citado 16 abril 2021] Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_SO0/GPC_diarrea/gpc_diarrea_completa.aspx, revisado el 4 de enero de 2017
22. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento de la diarrea. Manual clínico para los servicios de salud. OPS, 2008. Vol 11. [Internet] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166083/1/9789275329276.pdf>, revisado el 4 de enero de 2017
23. National Institute for Health and Care Excellence. Diarrhoea and Vomiting Caused by Gastroenteritis: Diagnosis, Assessment and Management in Children Younger than 5 Years. 2009. [Internet]. [Citado 15 abril 2021] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63844/>, revisado el 4 de enero de 2017
24. Jofré M, et al. Recomendaciones para el manejo de mordeduras ocasionadas por animales. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2006 Mar [Citado 17 abril 2021]. 23(1): 21-32. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182006000100002&lng=es.
25. Navarro V, et al. Situación actual y control de la rabia en el Perú. *Rev. Perú. med. exp. Salud pública* [Internet]. 2007 Ene. [Citado 19 de abril 2021]; 24(1): 46-50. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000100008&lng=es
26. MINSA. Norma técnica de salud para la prevención y control de la rabia humana en el Perú. [Internet]. Abr 2017. [Citado 17 abril 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
27. Dolores D, Ceballos J. GUÍAS CLÍNICAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS. Madrid. 2019. 17 (230-31)

28. Klingler P, Seelig M, DeVault K, et al. Ingested foreign bodies within the appendix: A 100-year review of the literature. 1998. *Dig Dis*, 16, 307-313.
29. Birnbaum B, Wilson S. Appendicitis at the millennium. *Radiology*. 2000. 215, 338-346
30. Doria A. US or CT for diagnosis of appendicitis in children and adults? A metaanalysis. 2006. *Radiology*, 241, 85–93
31. Albu E, et al. Diagnostic value of C-reactive protein in acute appendicitis. *Dis Colon Rectum*. 1994. 37, 50–51.
32. Vissers R, Lennarz B. Pitfalls in Appendicitis. *Emerg Med Clin N Am*, 2006. 28, 105–116.
33. Morrow, S. E. y K. D. Newmana. (2007). Current management of appendicitis. *Seminars in Pediatric Surgery*, 16, 34-40
34. de Quesada L, et al. Alvarado score used as a clinical resource for diagnosing acute apendicitis. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2015 Jun [citado 19 abril 2021]; 54(2): 121-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004&lng=es.
35. Glaser A, Schaeffer A. Urinary Tract Infection and Bacteriuria in Pregnancy. *Urol Clin North Am*. Nov 2015; 42(4):548-57. [Internet]. [Citado 18 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=urinary%20tract%20infection%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H249334047
36. Harris R, Gilstrap L. 3rd. Cystitis during pregnancy: a distinct clinical entity. *Obstet Gynecol*. 1981; 57:578
37. American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta accreta. Committee Opinion. No. 529. *Obstet Gynecol*. 2012; 120:208–10
38. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Perú. Ene 2007. [Internet]. [Citado 17 abril 2020]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
39. Dueñas G, et al. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol*. [Internet]. 2007 [citado 18 abril 2021]. 72(4): 266-271. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

75262007000400011&lng=es.
75262007000400011

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717->