



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO DURANTE LA PANDEMIA  
EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

**JULIO 2021 – ABRIL 2022**

**PRESENTADO POR  
DANIEL ANDREE PINEDO GARAY**

**ASESORA  
FRANCESCA CASTRO BRICEÑO**

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

**LIMA– PERÚ  
2022**



**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**

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO DURANTE LA PANDEMIA**

**EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

**JULIO 2021 – ABRIL 2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**DANIEL ANDREE PINEDO GARAY**

**ASESORA**

**FRANCESCA CASTRO BRICEÑO**

**LIMA, PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Johandi Delgado Quispe

**Miembro:** Dr. Fernando Herrera Huaranga

**Miembro:** Dr. César Aguilera Herrera

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de suficiencia profesional a mis padres, que me apoyaron incondicionalmente en este largo camino, y a mi hijo que fue mi gran impulso a no rendirme en los últimos peldaños de la carrera, para poder lograr con orgullo uno de mis objetivos como profesional.

Daniel Andree Pinedo Garay

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a Dios por cuidarme, protegerme y darme a las personas que me acompañaron durante mi camino profesional, mis padres, familiares, mi pareja y mis suegros; que me apoyaron en lo más importante, que es emocionalmente, fueron mi soporte incondicional. Por último a mis docentes que supieron formarme como médico profesional y como humano, creciendo ética y moralmente.

## ÍNDICE

<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	9
1.1 Rotación de Medicina	9
1.2 Rotación de cirugía	12
1.3 Rotación de Pediatría	16
1.4 Rotación de Ginecología	19
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	23
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	24
3.1 Rotación de Medicina	24
3.2 Rotación de cirugía	26
3.3 Rotación de Pediatría	27
3.4 Rotación de Ginecología	28
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	30
<b>CONCLUSIONES</b>	32
<b>RECOMENDACIONES</b>	33
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	34
<b>ANEXOS</b>	38

## RESUMEN

El presente trabajo se basa en la experiencia y reflexión, sobre el enfoque diagnóstico y abordaje terapéutico de los pacientes atendidos en el internado médico. El Internado Médico es la última etapa formativa pre profesional, en la cual el estudiante universitario de la carrera de Medicina Humana pone en evidencia sus habilidades y conocimientos teóricos adquiridos durante los primeros seis años de pre grado. A su vez aprender y participar en los nuevos procedimientos del ambiente laboral y sede de prácticas elegido.

El objetivo de este trabajo es mostrar tanto el enfoque y criterio de los internos hacia la atención de los pacientes, durante la pandemia, como también los conocimientos adquiridos en la realidad que se encontraba.

Otro de los objetivos del internado es la adquisición de conocimientos durante cada rotación y pulir el manejo o abordaje de cada patología, para así poder brindar el mejor beneficio a los pacientes y a la vez orientando al interno sobre una especialidad médica.

Ya que si bien es cierto, el conocimiento teórico médico es la base para conocer la fisiopatología y manejo de la enfermedad; la práctica clínica es el internado médico.

El Internado Médico ha sido realizado durante el periodo de julio de 2021 hasta abril del año 2022, durante la pandemia por el virus sars-cov-2 en hospital María Auxiliadora.

Como conclusión del trabajo, puedo definir que el internado médico es tanto una experiencia única como una gran oportunidad donde pondremos en práctica lo aprendido estos 6 años de carrera y pulir esos conocimientos, a su vez el desenvolvimiento del futuro médico, dentro de los beneficios, limitaciones, demandas y oferta en recursos humanos y materiales.

**Palabras claves:** Internado médico; pandemia; infección por coronavirus.



## ABSTRACT

The present work is based on the experience and reflection on the diagnostic and therapeutic approach of the patients attended in the medical internship, since the Medical Internship is the last pre-professional training stage, in which the university student of the career of Human Medicine demonstrates their skills and theoretical knowledge acquired during the first six years of undergraduate studies, as well as learning and participating in the new procedures of the chosen work environment and internship location.

The objective of this work is to show both the approach and criteria of the interns towards patient care, during the pandemic, as well as the knowledge acquired in the reality that was found.

Another of the objectives of the internship is the acquisition of knowledge during each rotation and refine the handling or approach of each pathology, in order to provide the best benefit to patients and at the same time orienting the intern on a medical specialty.

Since although it is true, theoretical medical knowledge is the basis for knowing the pathophysiology and management of the disease; clinical practice is medical internship.

The Medical Internship has been carried out during the period from July 2021 to April 2022, during the pandemic due to the sars-cov-2 virus in the Maria Auxiliadora hospital.

As a conclusion of the work, I can define that the medical internship is both a unique experience and a great opportunity where we will put into practice what we have learned these 6 years of career and polish that knowledge, in turn the development of the future doctor, within the benefits, limitations, demands and supply in human and material resources.

**Keywords:** Medical internship; pandemic; coronavirus infection.

## INTRODUCCIÓN

El Internado Médico siendo la última etapa formativa en la carrera de Medicina Humana, requiere de exigencia y dedicación constante; ya que es el dónde se realizarán las prácticas pre profesionales y adquisición de las competencias necesarias para nuestra formación.

Debido a los cambios surgidos por la emergencia sanitaria, hubo una reducción de plazas para los internos de ciencias de la salud, una reprogramación en el inicio del Internado, siendo de manera presencial y teniendo en cuenta los requisitos solicitados en el Documento Técnico.” Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria” (1)

- Declaración de voluntad
- Registro de datos en el aplicativo web
- Tamizaje para COVID-19
- Entrega de equipos de protección personal
- Tutoría en el establecimiento de salud
- Resolución de contratación emitida por el ministerio de salud
- Afiliación al SIS y cobertura de seguro de vida
- Inmunizaciones completas

Las rotaciones fueron en las 4 especialidades de: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología, abarcando las principales bases y desarrollo de un médico general, abarcando de esta forma la mejor formación posible para el interno.

La experiencia que forma el internado médico, no solo es la práctica en el manejo de las patologías, sino también, como desenvolverse en cada situación dada, teniendo presente nuestros derechos y los recursos.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La trayectoria del internado médico, se realizó efectivamente, con los conocimientos de diversos casos en cada rotación, adquiriendo principalmente las mejores decisiones para el manejo de estos.

### **CASOS CLÍNICOS SEGÚN CADA ÁREA DE ROTACIÓN:**

#### **1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA**

##### **CASO 1:**

Paciente varón de 50 años que ingresa por dolor abdominal difuso hace dos semanas, náuseas y vómitos en 2 ocasiones, auto medicado con tramadol en una ocasión, dolor cesa temporalmente, remitiendo a las pocas horas.

Al examen físico:

- Paciente en mal estado general
- PA: 100/70 mmHg FC: 90xmin FR:17xmin
- Piel y mucosas: Turgente, elástica, húmeda, no se evidencia ictericia
- Aparato Cardiovascular.: Ruidos Cardiacos rítmicos, no soplos
- Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes.

Ecografía abdominal (19-07-21)

- Colecistitis crónica reagudizada

Se le realiza una tomografía abdominal c/c (19-07-21)

- Evidenciándose una hepatomegalia, lesión en segmento v, a considerar un absceso hepático

Ecografía abdominal (22-07-21)

- Esteatosis hepática
- Colección abscedada en segmento v hepático de aproximadamente 7cc
- Meteorismo incrementado

Fosfatasa alcalina (24-07-21)

- 286

Diagnósticos:

- Absceso hepático
- Colecistitis crónica calculosa
- Diabetes mellitus por historia clínica

Plan:

- Se hospitaliza, para tratamiento antibiótico y seguimiento
- Dieta blanda hipoglúcida hiposódica + LAV
- Vía Salinzada
- Ceftriaxona 1g 2Amp C/24 EV
- Metronidazol 500 mg 1Amp c/6h EV
- NaCl 0.9% 100cc
- Tramadol 50mg 1Amp
- Dimenhidrinato 50mg 1Amp
- Insulina R según escala de corrección
- Dextrosa 33% 5Amp
- Metamizol 1g 1Amp
- Insulina NPH: 12UI 8am – 6UI 8pm
- CFV + BHE

## CASO 2

Paciente varón de 18 años refiere que hace tres meses, presenta dolor tipo punzante en hemiabdomen inferior, 2 cm bajo la cicatriz umbilical, 6/10 en escala de EVA, de manera esporádica, un día antes de su ingreso, refiere que durante sus horas laborales, presenta el mismo dolor 4/10, el cual no se irradia, ni exacerba, sin embargo el dolor no cesa, pasado 4 horas el dolor aumenta a 8/10, por lo que retorna a su domicilio, donde el dolor llega a ser al reposo, impidiendo levantarse, refiere automedicarse, no recuerda el nombre, pero que calma el dolor temporalmente, refiriendo que el dolor aumentaba a pequeños esfuerzos, se agrega náuseas y vómitos en una ocasión.

Funciones biológicas normales

Al examen físico:

- Paciente en regular estado general
- PA: 110/60 mmHg FC: 76x/min FR:18x/min
- Piel y mucosas: Turgente, elástica, húmeda, no se evidencia ictericia
- Aparato Cardiovascular.: Ruidos Cardiacos rítmicos, no soplos
- Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior difuso, que se exacerba al movimiento de MMII.
- Sistema óseo articular: Estructuras óseo articulares simétricas, con limitación en la articulación coxofemoral

Hemograma:

- Bilirrubina total 2.84mg/dl, Bilirrubina directa 0.48 mg/dl, Bilirrubina indirecta 2.36 mg/dl
- Deshidrogenasa láctica 244 U/l
- Leucocitos 20.81, Hemoglobina 13.6, Hematocrito 39, Plaquetas 166, Neutrófilos segmentados 84.8 %

Se toma una ecografía abdominal de primera instancia (09-07-21), que refiere:

- Leve hepatomegalia

- No dilatación de vía biliar intra ni extra hepática
- Imágenes de líquido interasas intestinales en fosa iliaca derecha con moderada dilatación de asas intestinales delgadas, requiere completar con estudio topográfico contrastado y correlato laboratorial.

TEM de abdomen c/c (10-07-21)

- Hepatomegalia leve
- Signos de proceso inflamatorio intestinal inespecífico
- Signos de leve colecistitis

Ecografía de partes blandas (12-07-21)

- Signos de leve bursitis ilioisquiática e ileofemoral en cadera izquierda, acumulo sinovial coxofemoral anterior.

Se desfocaliza al paciente y se realiza interconsultas a los siguientes servicios:

- Cirugía general: Refiere que no es un proceso de abdomen agudo
- Gastroenterología: Sugiere marcadores autoinmunes ANCA, ASCA, y colonoscopia.
- Reumatología: Sugiriendo los mismos exámenes de laboratorio

Diagnósticos:

- Espondilo artropatía seronegativa y enfermedad intestinal inespecífica

Manejo:

- Dieta líquida
- VS
- Prednisona 20mg 1tab c/24h
- NaCl 0.9% 100cc EV
- Ketoprofeno 100mg EV
- Paracetamol 500mg 1tab condicional a T mayor de 38.5 C°
- Metilprednisolona 40 mg EV c/24h

## 1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

## CASO 1

Paciente de 50 años, refiere que hace aproximadamente 3 días inicia cuadro clínico, caracterizado por dolor tipo cólico de moderada intensidad a nivel de mesogástrico asociado a no realización de deposiciones y no eliminación de flatos, niega náuseas, niega vómitos, no distensión abdominal, refiere que dolor persiste por lo que acude al nosocomio.

Funciones biológicas:

Apetito: Disminuido    Sed: Aumentado    Sueño: Sin alteraciones    Diuresis: Sin alteraciones    Deposiciones: Constipación

Antecedentes Quirúrgicos:

- 2018 Laparotomía exploratoria + aparente devolvulación
- 2020 Apendicetomía
- 2021 LE: obstrucción intestinal por bridas y adherencias

Al examen físico:

- Paciente despierto, obedece órdenes, en AREG, AREN, AREH.
- PA: 110/60    FC: 78 x min    FR: 19x min    SatO<sub>2</sub> 98%
- Piel y mucosas: Turgente, elástica, húmeda, no se evidencia ictericia, llenado capilar menor a 2"
- Aparato Cardiovascular: Ruidos Cardiacos rítmicos, no soplos
- Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores
- Abdomen: No distendido, RHA disminuidos, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, resistencia muscular involuntaria (-) y rebote (-), presencia de cicatriz transversal de 4 cm en CID.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma; Leuc; 8910, Abast: 0%, Seg: 78%, HB: 13.6 g/dl, Hto: 38%, PQ: 165000
- Glu: 122mg/dl    U: 21mg/dl    Cr: 0.78mg/dl

Radiografía de abdomen simple: Dilatación de asa gruesa a nivel de ángulo esplénico

Impresión Diagnóstica:

- Obstrucción intestinal: Vólvulo sigmoides, a descartar bridas y adherencias

Plan:

- NPO + SNG a gravedad
- Hidratación
- Analgésicos
- Colocación de JF
- Se prepara para SOP

**Operación Realizada:** Laparotomía exploratoria + liberación de Bidas y adherencias + sigmoidectomía + anastomosis T- L + LCS (05 Lt)

**Diagnóstico Post Operatorio:** Obstrucción intestinal por vólvulo sigmoides

**Hallazgos:**

- Adherencias firmes y laxas de epiplón hacia la pared abdominal que compromete asas delgadas y epiplón
- Colon ascendente dilatado y adherida al sigmoides por retracción que condiciona vólvulo sigmoides rotando en su eje 360°
- Secreción infamatoria en cavidad de aproximadamente 80 cc.

Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación hemodinámicamente estable.

## **CASO 2**

Paciente mujer de 24 años, refiere que hace aproximadamente 3 días presenta dolor abdominal difuso de intensidad 4/10 en escala de EVA, con el transcurso de las horas el dolor aumenta de intensidad a 8/10, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimenticio en 4 oportunidades, por lo que acude a su puesto de salud más cercano, donde le administran fármacos que calman levemente sus molestias regresando a su domicilio.



Síntomas descritos persisten en el tiempo, refiriendo dolor en la región de FID, por lo que acude nuevamente a su puesto de salud, donde es referida al hospital María Auxiliadora.

Funciones biológicas:

- Apetito: disminuido Sed: conservada Sueño: sin alteración
- Diuresis: sin alteración Depositiones: sin alteración

Al examen físico:

- Paciente despierto, obedece órdenes, en AREG, AREN, AREH.
- PA: 110/70 FC: 82 x min FR: 18x min SatO2 98%
- Piel y mucosas: Turgente, elástica, húmeda, llenado capilar menor a 2"
- Aparato Cardiovascular: Ruidos Cardiacos rítmicos, no soplos
- Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores
- Abdomen: No distendido, RHA disminuidos, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en FID, resistencia muscular involuntaria (+) y rebote (+)

Exámenes auxiliares:

- Hemograma; Leuc; 22.37, Abast: 1%, Seg: 78%, HB: 13.6 g/dl, Hto: 37%
- Glu: 156mg/dl U: 18mg/dl Cr: 0.71mg/dl

Ecografía abdominal:

- Proceso inflamatorio en FID: Apendicitis aguda
- Resto de órganos evaluados sin hallazgos patológicos significativos

Impresión Diagnóstica

- Apendicitis Aguda

Plan:

- NPO
- Hidratación
- Analgesia y antibioticoterapia

- Se prepara para SOP

**Operación Realizada:** Apendicetomía

**Diagnóstico Post Operatorio:** Apendicitis Aguda Perforada + Peritonitis Focal

**Hallazgos:**

- Apéndice cecal perforada a nivel del 1/3 distal
- Secreción purulenta de aproximadamente 60 cc
- Base y ciego sin alteraciones

Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación hemodinámicamente estable.

### 1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

#### CASO 1

Paciente menor de un año, que es traída por su madre a servicio de emergencia, refiriendo que hace 3 días menor presenta un aumento de volumen en la región inguinal derecha, por lo que acude a centro de salud más cercano, donde le indican acudir al hospital María Auxiliadora.

Funciones Biológicas normales

Inmunizaciones completas para la edad

Sin antecedentes de importancia

Al examen físico:

- Inspección general: AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio
- Piel y anexos: T/H/E llenado capilar menor a 2", no cianosis, no ictericia
- Cabeza: Normocefálo, simétrico, sin alteraciones
  - Ojos: sin alteraciones aparentes, pupilas reactivas
  - Nariz: Central, simétrica, no congestión
  - Oídos: Pabellones auriculares normales

- Boca y dientes, Labios sin alteraciones, mucosa hidratada, piezas dentales adecuadas para la edad.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, no masas
- Sistema linfático: Ganglio palpable en región inguinal derecha de 3x3 cm no doloroso, blanda, sin cambios de coloración; Región inguinal izquierda sin alteraciones.
- Tórax y mamas: Simétrico, sin alteraciones
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores
- Abdomen: RHA (+), globulosos, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: Genitales externos sin alteraciones aparentes
- SNC: Despierta, activa, reactiva a estímulos externos

Impresión Diagnóstica:

- Adenopatía Inguinal Derecha
- D/C Enfermedad por arañazo de gato

Exámenes de laboratorio:

- Leuc:14.05 N. Abast:0% N.Seg:54.5% Hb:11.1 Hto:32 PQ:445
- Cre:0.21 Glu:99 U: 26 K:4.43 Na:139.30 Cl:104

Ecografía de partes blandas:

- Signos de adenopatía abscedada en región inguinal derecha asociado a linfonodos reactivos y cambios inflamatorios adyacente.

Plan:

- Hemograma
- Anticuerpo B. henselae
- Antibiótico terapia:
  - Clindamicina 130g EV c/8h
  - Azitromicina 100mg VO c/24h

**CASO2**

Paciente varón de 9 meses, madre refiere que cuadro inicia hace 4 días con un episodio de diarrea c/moco, c/sangre (puntos negros) motivo por el cual acude a médico particular, quien receta furoxona 10 gotas c/6h, por 5 días, donde también se le realizó una RIH donde los leucocitos salieron aumentados, los siguientes días las heces eran de color verde oscuro, líquidas, una por día y dos deposiciones pastosas por día, con moco, sin sangre.

El día del ingreso presentó un vómito de contenido alimenticio de regular cantidad, luego presenta 6 vómitos de menor cantidad precedidos de náuseas, horas antes de su ingreso, madre nota hipo actividad, ojos hundidos y labios secos, con tendencia al sueño e hiporéxico, motivo por el cual acude al hospital María Auxiliadora.

Funciones Biológicas:

- Apetito: Disminuido
- Sed: Aumentado
- Sueño: sin alteraciones
- Orina: Sin alteraciones,
- Deposiciones: Disminuidas en consistencia

Inspección general: AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio.

- Piel y anexos: T/H/E llenado capilar menor a 2", no cianosis, no ictericia
- Cabeza: Normocefálico, simétrico, sin alteraciones
  - Ojos: sin alteraciones aparentes, pupilas reactivas
  - Nariz: Central, simétrica, no congestión
  - Oídos: Pabellones auriculares normales
  - Boca y dientes, Labios sin alteraciones, mucosa hidratada, piezas dentales adecuadas para la edad.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, no masas
- Sistema linfático: Sin alteraciones
- Tórax y mamas: Simétrico, sin alteraciones
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores

- Abdomen: RHA (+++), globulosos, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: Genitales externos sin alteraciones aparentes
- SNC: Despierta, activa, reactiva a estímulos externos

Impresión Diagnóstica:

- Enfermedad Diarreica Aguda: Viral vs Bacteriana

Exámenes de laboratorio:

- Leuc:27.43 N. Abast:2% N.Seg:78% Hb:11.3 Hto:32 PQ:418
- Cre:0.32 Glu:122 U: 24 K:4.24 Na:141.60 Cl:108
- RIH (-) COVID (-)

Plan:

- Se solicita coprocultivo
- Hemograma control
- Iniciar tolerancia oral
- CFV + OSA

#### **1.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA**

##### **CASO 1**

Paciente mujer de 44 años ingresa por tóxico de G-O el 09/11/21 a las 3:15am, con producto y placenta expulsados en pantalón, refiere escaso sangrado, niega pérdida de líquido, niega SAT u otros síntomas.

FUR: 05/08/21

Signos Vitales: PA: 120/80 FC: 98 FR: 18 SatO2: 98% T: 36°C

Antecedentes:

- CA4V:
  - G1: 2000 / 3200Kg / 40ss / Ca / Podálico
  - G2: 2003 / 3010Kg / 40ss / Ca / SFA
  - G3: 2007 / 3100 Kg / 40ss / Ca / CA2V
  - G4: 2017 / 3300Kg / 40ss / Ca / CA3V
  - G5: Actual

- Hipertiroidismo (En tto con " Tiamazol" 20mg c/24h VO)

Al examen físico:

- AREG, AREH, AREN
- Piel: T/H/E. llenado capilar < 2"
- Abd: RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales
- TV: Cérvix permeable 1 dedo, sangrado vaginal escaso, se extrae restos placentarios manualmente, Útero AVF +/- 14cm, anexos libres

Se solicitó

- Hemograma, Glu, U, Cr
- Perfil hepático

Diagnósticos:

- Aborto Fetal Tardío
- Hipertiroidismo X HC
- CA4V

Plan:

- Reevaluación
- Se envía feto y placenta a patología
- Reevaluación (6:45am):

Signos vitales

- PA: 110/70 FC: 88 FR: 18 SatO2: 97% T: 36.6°C

Hemograma

- Leuc: 10.36 Hb: 8.5 g/dl Hto: 25 Pq: 20 Abs: 0% Cr: 0.27 U: 26 Glu: 98 TGO: 31 TGP: 14 DHL: 141

Diagnósticos:

- Aborto Fetal Tardío
- Hipertiroidismo X HC
- CA4V
- Anemia Moderada

Plan:

- Hospitalización para LU en SOP

Tratamiento

- NPO
- CFV + OSA
- NaCl 9% 1000cc
- Oxitocina 20U
- Clindamicina 900mg EV c/8h
- Gentamicina 80mg EV c/8h
- Tramadol

SOP (9:51 am)

- Operación Realizada: EBA + LU
- Hallazgos: Útero:
  - Histerometría 12cm, restos endometriales escasos, sin mal olor

Indicaciones post SOP

- NPO x 6h
- CFV + OSA
- NaCl 9% 1000cc
- Oxitocina 20mg
- Clindamicina 900mg EV c/8h
- Gentamicina 80mg EV c/8h
- Metamizol 20mg VO c/24h
- Ibuprofeno 400mg VO c/8h
- Vendaje de mamas
- SS Hemg control
- I/C Endocrino

**CASO 2**

Paciente mujer de 40 años ingresa por tóxico de G-O el 08/11/21 1:30pm, refiriendo dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de intensidad 7/10 desde hace 48h, acude con ecografía que evidencia embarazo ectópico.

FUR: 18/09/21

G4P3013

Signos Vitales

- PA: 120/70 FC: 100 FR:18 SatO2: 98% T: 36.5°C

Al examen físico:

- AREG, AREH, AREN
- Piel: T/H/E. llenado capilar < 2"
- Abd: RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales
- TV: Cérvix cerrado posterior, Útero AVF +/-7cm, no sangrado vaginal, no se palpa masa

Exámenes de laboratorio

- Leuc: 10.0 Hb: 13.5 g/dl Hto: 38 Pq: 219 Abs: 0%

ECO TV

- Masa paraovarica de 27x20mm, se observa embrión de 4mm

Plan:

- Programar para SOP

Diagnósticos:

- Embarazo Ectópico tubárico derecho / no complicado

SOP (10:12pm):

- Minilap: Salpinguectomia derecha e izquierda
- Hallazgos:
  - Hemoperitoneo 100cc
  - Trompa derecha con solución de continuidad
  - Ovario derecho sin alteraciones
  - Útero SAS



- Trompa izquierda edematizada
- No pus

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

La experiencia se desarrolló en el Hospital María Auxiliadora que es una institución prestadora de servicios de salud nivel III-I de acuerdo a la RD N° 425-06-DISA-II-LS/DL de fecha 01 de setiembre del 2006. Ubicado en lima, Av. Miguel Iglesias 968, San Juan de Miraflores 15801.

Siendo referencia de los distritos de Lima Sur y región sur del Perú. Al ser un establecimiento III-I brinda atención de emergencia, ambulatoria y hospitalaria, contando con un equipo encargado de garantizar el funcionamiento de las unidades productoras de servicios, constituido por médicos especialistas, licenciados en: enfermería, psicología, trabajo social; tecnólogo médico, otros profesionales como Profesional de la salud. (2) (3).

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En el hospital María Auxiliadora, en cada área hospitalaria, se manejan las patologías según las guías de práctica clínica.

### 3.1 ROTACIÓN DE MEDICINA

#### CASO 1

Paciente con el diagnóstico de absceso hepático, el cual es un proceso supurativo, focal y poco habitual, que puede ser causado por diferentes agentes, siendo los más frecuente los abscesos piógenos y amebianos (4); patología de gran importancia por su morbimortalidad (6). Los antecedentes son de gran importancia, ya que nos ayuda a acercarnos a la probable causa de la patología, debido a las condiciones asociadas, como las infecciones de la vía biliar o el tubo digestivo (5).

Se le realizó estudios de imágenes, ecografías y tomografías que son los estudios Gold estándar, para esta patología (6); en su primera ecografía nos refieren una colecistitis crónica reagudizada, la cual podría indicar el punto de partida, y pensar más en la posibilidad de un absceso piógeno, que en uno amebiano; en su segunda ecografía se detalla la ubicación y el tamaño de la lesión.

El tratamiento de un absceso hepático es drenaje, ya sea percutáneo o quirúrgico, acompañado de tratamiento antibiótico (6) (7), en caso cumpla con los criterios para un drenaje, los cuales son (5):

- Absceso hepático del lóbulo izquierdo,
- Absceso con un borde delgado de parénquima hepático (<10 mm) a su alrededor
- Absceso hepático múltiple
- Absceso inminente ruptura reconocida en imágenes
- Falta de respuesta a la terapia médica después de 3 a 5 días.

La lesión no cumplía con los criterios, ya que la lesión se encontraba en el lóbulo derecho, era menor de 10 cc, era único; por lo que se decidió manejo

con antibióticoterapia y seguimiento con ecografía a las 4 semanas o en la posibilidad del caso tomografía.

El tratamiento recomendado en abscesos piógenos, es la combinación de amplio espectro como las cefalosporinas de 2da y 3ra generación asociados a anaerobios como Metronidazol (5).

Por lo que en el paciente se usó, Ceftriaxona 1g 2Amp C/24 EV y Metronidazol 500 mg 1Amp c/6h EV; presentando a los días una evolución favorable.

## **CASO 2**

Paciente de 18 años que ingresó con un dolor abdominal difuso; que a la evaluación se encontró una limitación en la articulación coxofemoral por dolor, el cual se irradiaba hacia el hemiabdomen inferior, fue hospitalizado y evaluado por las especialidades requeridas, dando como diagnóstico, enfermedad inflamatoria intestinal más una espondiloartropatía seronegativa.

La enfermedad inflamatoria intestinal, es una enfermedad idiopática, teniendo como tipos principales la enfermedad de Crohn y la Colitis ulcerosa, causada por una irregularidad en la respuesta inmunitaria de la microflora intestinal, afectando cualquier parte del tracto gastrointestinal de boca a ano y otra que se limita a afectar la mucosa colónica, respectivamente (8).

Se le realizó los estudios serológicos ANCA y ASCA, dando negativo para ambos; colonoscopia con biopsia, que dio como resultado:

- Íleon biopsia endoscópica; ileítis crónica y aguda moderada, con erosión de la mucosa y edema, congestión vascular, hemorragia intersticial, y la presencia de acúmulos linfoides  
No se observa granulomas, ni enteroparásitos, ni neoplasia maligna.
- Colon izquierdo, biopsia endoscópica: Un fragmento en relación a pólipo hiperplásico. Colitis crónica no específica, moderada.

Esta enfermedad se puede asociar a manifestaciones extra intestinales como artritis, enfermedad hepática, uveítis en 10 a 20% (8), por lo que se toma Rx de pelvis evidenciando una inflamación en la articulación coxofemoral, sin embargo,

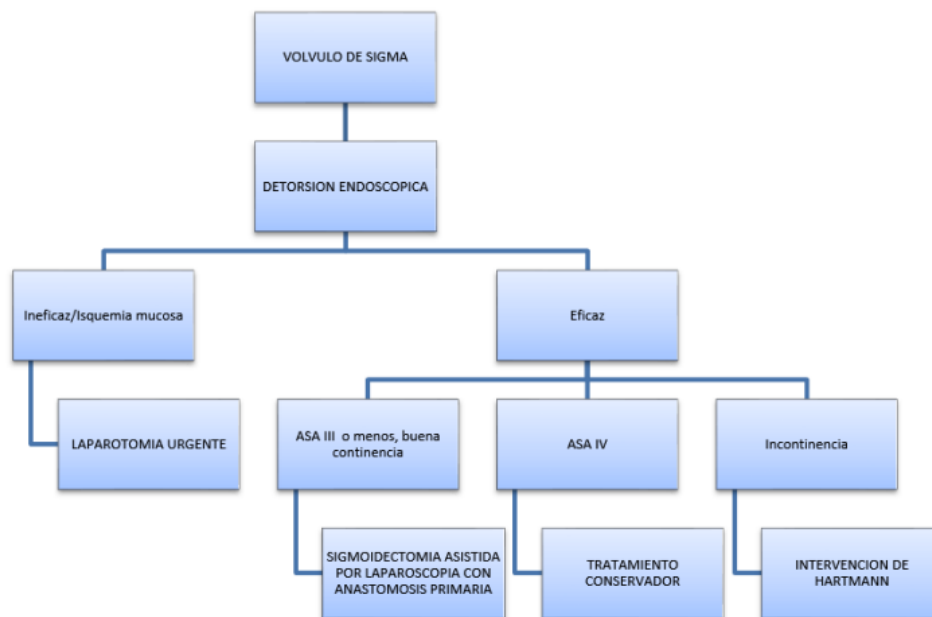
por ausencia de mayores síntomas se describe como una espondiloartropatía seronegativa no definida y probable artropatía enteropática (9).

Considerando la patología como cuadro agudo, se decide dar tratamiento corticosteroide, prednisona y metilprednisolona, demostrando una evolución favorable en 7 días, se hizo la transferencia al servicio de reumatología y gastroenterología para seguimiento de patología.

### 3.2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

#### CASO 1

Paciente varón de 50 años con el diagnóstico de vólvulo sigmoide; patología frecuente en ancianos, postrados en cama, o paciente con historia de estreñimiento crónico (10) (12), siendo su localización más frecuente el sigmoide en un 60 – 70%, seguido por el ciego en un 20 – 30% (11), y más del 60 – 70% presentan cuadros agudos (10); se llegó al diagnóstico con una RX de abdomen, presentando el signo característico de grano de café.



Algoritmo de manejo de vólvulo sigmoide (11).

En los antecedentes del paciente refiere una devolvulación endoscópica anterior, y una apendicectomía, por lo que se decide realizar una laparotomía exploratoria + liberación de Bridas y adherencias + sigmoidectomía + anastomosis T- L.

Ya que después de una devolvulación exitosa, sigue el manejo quirúrgico, teniendo una tasa más baja de recurrencia (13).

## CASO 2

Paciente mujer de 24 años, con diagnóstico de apendicitis aguda; emergencia clínica y una de las causas más comunes de dolor abdominal e indicación más común quirúrgica, no traumática, definida como inflamación del revestimiento interno del apéndice (14) (15).

Se realizó una ecografía, estudio de imagen gold estándar para apendicitis, indicando un proceso inflamatorio, corroborando la patología (15).

A su vez se utilizó el score de Alvarado, dando como resultado, 10 puntos.

Componente	Puntaje
Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náuseas y/o vómitos	1
Dolor a la palpación en fosa iliaca derecha	2
Dolor al rebote o descompresión	1
Fiebre	1
Leucocitosis	2
Desviación a la izquierda	1

Fuente: Elaborada por Mónica Thuel con base en Acute Appendicitis – Appendectomy or the "Antibiotics First" Strategy.2015

Tratamiento de primera instancia es quirúrgico, por lo que se realizó una apendicectomía (16).

## 3.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

### CASO 1

Paciente menor de un año, con el diagnóstico de adenopatía inguinal derecha a D/C Enfermedad por arañazo de gato, llamado también linfadenitis regional subaguda, causado por el agente Bartonella henselae (17), se realizó anticuerpo B. henselae, dando positivo; sin embargo el resultado toma tiempo, por lo que el

tratamiento se decide de acuerdo a la gravedad del caso, en casos leves se administra azitromicina durante 5 días, ya que en la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente en 1 a 2 meses (18) (19); en caso de un paciente inmunodeprimido, categorizándolo como una linfadenopatía grave se pueden usar Rifampicina - Ciprofloxacino - Gentamicina por vía intramuscular - Trimetoprim/sulfametoxazol (TMP-SMZ) (17).

## **CASO 2**

Paciente varón de 9 meses, con el diagnóstico de diarrea aguda a descartar viral o bacteriana. Patología de gran importancia, siendo la segunda mayor causa de muerte en niños menores de 5 años (20), definida como, la frecuencia de deposiciones, tres o más veces en 24 horas, de consistencia líquida (20) (21),

Los agentes más recurrentes en menores de 5 años son la E. coli y el rotavirus; y como consecuencia más grave es la deshidratación (20) (21), en caso del paciente se le evalúa, teniendo en cuenta la escala de tres que nos proporciona la OMS (20):

- Deshidratación grave (al menos dos)
  - letargo o pérdida de conocimiento
  - ojos hundidos
  - no bebe o bebe poco
  - retorno lento (2 segundos o más) a la normalidad después de pellizcar la piel.
- Deshidratación moderada (al menos dos)
  - desasosiego o irritabilidad
  - ojos hundidos
  - bebe con ganas, tiene sed.
- Ausencia de deshidratación (no hay signos suficientes)

Paciente presentaba ojos hundidos y letargo, por lo que se hospitaliza, para inicio de tratamiento y seguimiento de deshidratación grave.

Se inicia rehidratación EV con solución salina, agregando complemento de zinc (20) (22).

### **3.4 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA**

## CASO 1

Paciente de 44 años con diagnóstico de aborto tardío, es decir muerte fetal antes de las 20 semanas, clasificado como tardío pasando las 12 semanas (23) (24).

Tipo	Definición
Temprano	Aborto antes de las 12 semanas de gestación
Tardía	Aborto entre las 12 y las 20 semanas de gestación
Espontáneo	Aborto no inducido
Inducido	Terminación del embarazo por razones médicas o electivas
Tratamiento	Terminación del embarazo porque la vida o la salud de la mujer están en riesgo o porque el feto está muerto o tiene malformaciones incompatibles con la vida
Amenaza de aborto	Sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación sin dilatación cervical pero con signos de que puede producirse un aborto espontáneo
Inevitable	Sangrado vaginal o rotura de las membranas acompañado de dilatación del cuello
Incompleto	Expulsión de parte de los productos de la concepción
Completo	Expulsión de todos los productos de la concepción
Recurrente o habitual	≥ 2 a 3 abortos espontáneos consecutivos
Retenido	Muerte no detectada de un embrión o un feto que no es expulsado y que no produce sangrado (también llamado huevo muerto y retenido, feto muerto, embarazo anembrionado o pérdida embrionaria intrauterina)
Séptico	Infección grave de los contenidos uterinos durante o poco antes o después de un aborto

Su etiología:

- Cromosomopatías, siendo la más frecuente
- Infecciones agudas
- Enfermedades inmunológicas
- Traumatismos
- Idiopático (23) (24)

La paciente presentaba como factores de riesgo, edad mayor de 35 años y su antecedente patológico de hipertiroidismo (24), lo cual nos puede orientar a la etiología del caso; la paciente acudió al centro ya con el producto en pantalón, por lo que el manejo fue legrado uterino más AMEU (24) (ANEXO1).

## CASO 2

Paciente mujer de 44 años con el diagnóstico de embarazo ectópico tubárico derecho / no complicado, que es la implantación del óvulo fuera de cavidad uterina (24), tomando como primera prueba de diagnóstico la hormona gonadotropina coriónica humana, para confirmar el embarazo (25), sin embargo, la herramienta más importante para el diagnóstico es la ecografía transvaginal, para la visualización del saco intrauterino o extrauterina (26).

Paciente fue hospitalizado y el tratamiento fue laparotomía exploratoria, ya que fue un embarazo ectópico no complicado (24).

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

Las rotaciones tenían divisiones de corto periodo y limitaciones por causa de la pandemia; como es el caso de las guardias, que fueron diurnas y con el horario límite de solo 6 horas en hospitalizaciones. La rotación de medicina interna, se dividió en hospitalización y guardias en emergencia, teniendo rotaciones en emergencia una vez por semana; en hospitalización cada interno tenían camas a su cargo siendo responsables que se cumplieran las indicaciones dadas por los asistentes y residentes de la especialidad. La gran cantidad de pacientes en medicina interna fue una oportunidad para aprender cómo realizar una buena historia clínica, mejorando cada día en la anamnesis y el examen físico; muchas veces faltaba espacio en el área de emergencia, por la gran demanda de exámenes de laboratorio, como pacientes hospitalizados. En hospitalización se logró el seguimiento de cada caso, aprendiendo el manejo de las patologías.

La rotación de cirugía, que también estaba dividida en dos servicios: hospitalización y emergencias. Hospitalización se dividió en especialidades: Urología, traumatología, neurocirugía y cirugía plástica; y cirugía general o abdominal. Emergencia de igual manera tenía sus divisiones: cirugía general y traumatología. Durante la rotación hubo limitaciones con respecto a la entrada de sala de operaciones por el tema de pandemia y legal, de igual manera el tiempo de rotación en las especialidades, fueron demasiado cortas, siendo 3 días como máximo por rotación, por lo que no se logró hacer un seguimiento en la



evolución de los pacientes; sin embargo se logró poner en práctica lo aprendido y adquirir los conocimientos básicos de cada especialidad; en cirugía general o de abdomen que fue donde estuvimos más tiempo, también hubo limitación con respecto a la entrada de sala de operaciones, sin embargo se pudo hacer seguimiento y evolución de una buena cantidad de pacientes, aprendiendo el pre y post manejo e las patologías quirúrgicas más frecuentes como apendicitis aguda o colecistitis. En emergencias el interno de medicina tuvo una mayor participación tanto en la atención como en la participación de los manejos, poniendo en práctica lo teórico como la práctica, por la gran cantidad de demanda, teniendo siempre la supervisión de los médicos residentes de turno.

La rotación de pediatría se dividió en hospitalización y emergencia, en ambos servicios se notó la gran falta de educación en salud por parte del padres, viéndose así muchas negligencias o patologías que pudieron ser tratadas en primera instancia, sin pasar a mayores. En hospitalización se pudo hacer seguimiento de las patologías vistas o que en algunas oportunidades el seguimiento se hacía desde el ingreso del paciente por el servicio de emergencia, hasta su alta, pudiendo así poner en práctica y adquirir conocimientos y la experiencia necesaria.

La rotación de ginecología y obstetricia, fue la rotación con mayor demanda, fue dividida en 4 servicios; emergencias, hospitalización, centro obstétrico y consultorio externo. En consultorio externo se vio gran irresponsabilidad por las gestantes que faltaban a sus citas, y el examen físico solo se realizaba si era necesario, por lo que la participación del interno era limitada; en centro obstétrico se veía a las pacientes que estaban fase activa o que serían programadas para sala de operaciones, era una gran competencia a la hora de atender parto, ya que muchos residentes preferían hacerlo o las obstetras que priorizaban a sus internas de obstetricia, por lo que el interno de medicina tenía poca participación en la atención de parto o muchas veces nula; en emergencias se vio una gran demanda, como muchas negligencias y falta de conocimiento por parte de los pacientes, siempre se contaba con dos asistentes, tres residentes y dos o un interno de medicina, el ambiente es pequeño y los materiales que se usaban escasos, por lo que fue de gran ayuda que cada uno llevara su implemento básico y necesario para la atención de las pacientes, desarrollándose así cada

uno personalmente con la supervisión de los médicos residentes y asistentes. Hospitalización tenía sus divisiones: Lado B que es donde se encontraban las pacientes pos parto, sea parto eutócico como cesárea; obstetricia y ginecología, que era dividido por semana de gestación y otras patologías, la demanda en hospitalización también era muy alta, muchas veces la falta de cama era una limitación, sin embargo, el interno que tenía diferentes camas a su cargo, se hacía responsable que se cumplieran las indicaciones dadas por los asistentes con ayuda de los residentes, participando también en las programaciones de los casos que se necesitaba SOP.

Una gran experiencia en cada servicio y ganando conocimientos como amistades en cada rama de la carrera

## **CONCLUSIONES**

La experiencia del internado medico es única y de gran valor en nuestra carrera, siendo el último año formativo, y mucho más para los que tuvieron las clases vía virtual ya que las prácticas del sexto año se dieron practicante en el internado médico.

Vivimos día a día y hora a hora diferentes casos en las rotaciones dadas, cada paciente es una historia distinta, la cual nos favorece para tener un mayor rango de referencias en cada patología, creciendo de manera intelectual y humana.

Un punto importante que se vivió en el internado medico fue, que aún hay un gran grupo de personas que se auto medican, muchas veces dificultando el cuadro que presenta, y aumentando su morbilidad, lo cual hizo que se tomaran

decisiones más drástica o de emergencia en algunas patologías, escapando de nuestras manos ciertas consecuencias, por lo que deja como experiencia, que en cada atención al paciente se debe tomar unos minutos para la educación sanitaria, formando a la misma ciudadanía a largo plazo.

Tanto los internos de medicina y como todo personal de salud, no debe perder su humanidad, por la gran cantidad de pacientes y el corto tiempo que se tiene, un buen manejo de las patologías, debe ir de la mano con la relación médico paciente.

## **RECOMENDACIONES**

Durante el internado médico, hay infinidad de casos, sin embargo, se debe aprender a priorizar y categorizar si es una urgencia o una emergencia o en todo caso una patología que podría ser tratada ambulatoriamente, esto se dará a largo plazo, con la ayuda del tutor responsable y los médicos residentes que están presente en cada rotación; a su vez la gran importancia de una buen anamnesis, la cual se va mejorando con cada paciente, tanto en las preguntas como el enfoque de cada uno.

Si bien hubo limitaciones por la pandemia, tanto en la atención de algunos casos, como en las salas de operaciones, se trató de hacer todo lo posible como internos de medicina para adquirir los conocimientos de cada patología.

Son de gran ayuda las escalas o scores para el diagnóstico del paciente, como las guías de práctica clínica, las revisiones internacionales, para el manejo de las patologías.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Documento Técnico Lineamiento para el Desarrollo de las Actividades de los internos de Ciencias de la Salud 2021 en el Marco de la Emergencia Sanitaria.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1962106/Documento%20T%C3%A9cnico%3A%20%22Lineamiento%20para%20el%20Desarrollo%20de%20las%20Actividades%20de%20los%20internos%20de%20Ciencias%20de%20la%20Salud%202021%20en%20el%20Marco%20de%20la%20Emergencia%20Sanitaria%22.pdf>
2. 104.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/transparencia/transparencia/104.pdf>
3. RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA historia.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/v2/pdf/historia/historia.pdf>
4. Liver Abscess: Background, Pathophysiology, Etiology. 25 de enero de 2022 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/188802-overview#a7>
5. Sharma S, Ahuja V. Liver Abscess: Complications and Treatment. Clinical Liver Disease. 2021;18(3):122-6.
6. Vista de Actualización en el diagnóstico y tratamiento de los abscesos hepáticos producidos por infecciones bacterianas, revisión bibliográfica [Internet]. [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/628/827>

7. Liver Abscess Treatment & Management: Medical Care, Surgical Care, Consultations. 25 de enero de 2022 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/188802-treatment>
8. Inflammatory Bowel Disease: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 14 de junio de 2021 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/179037-overview>
9. Santillana DJR. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ARTROPATÍAS SERONEGATIVAS. :68. 2011 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en:  
[http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia\\_artropseronegativa2011.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia_artropseronegativa2011.pdf)
10. Presentación clínica del vólvulo sigmoideo y cecal: anamnesis, examen físico [Internet]. [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2048554-clinical#b1>
11. López-Ruiz JA, Tallón-Aguilar L, Sánchez-Moreno L, López-Pérez J, Oliva-Mompellán F. Tratamiento del vólvulo de colon sigmoides mediante detorsión endoscópica seguida de sigmoidectomía asistida por laparoscopia en régimen de urgencia diferida. 2017;38:4.
12. Vólvulo colónico | NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/problemas-anatomicos-parte-inferior-del-aparato-digestivo/volvulo-colonico>
13. Sigmoid and Cecal Volvulus Treatment & Management: Approach Considerations, Initial Measures, Endoscopic Detorsion and Decompression. 24 de julio de 2020 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2048554-treatment#d12>
14. Appendicitis: Practice Essentials, Background, Anatomy. 26 de junio de 2021 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/773895-overview>
15. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda:

- revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. Cirujano General. :6.
16. Urbina VG, Vázquez SR, Gutiérrez MT. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Revista Médica Sinergia. 1 de diciembre de 2019;4(12):e316-e316.
  17. Cat Scratch Disease (Cat Scratch Fever): Background, Pathophysiology, Etiology. 17 de octubre de 2021 [citado 22 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/214100-overview>
  18. Enfermedad por arañazo de gato en la población pediátrica: 6 años de... : The Pediatric Infectious Disease Journal [Internet]. [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2020/10000/Cat\\_scratch\\_Disease\\_in\\_the\\_Pediatric\\_Population\\_\\_6.7.aspx](https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2020/10000/Cat_scratch_Disease_in_the_Pediatric_Population__6.7.aspx)
  19. Cat Scratch Disease and Bartonellaceae: The Known, the Unkno... : The Pediatric Infectious Disease Journal [Internet]. [citado 22 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2021/05001/Cat\\_Scratch\\_Disease\\_and\\_Bartonellaceae\\_\\_The\\_Known,.3.aspx](https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2021/05001/Cat_Scratch_Disease_and_Bartonellaceae__The_Known,.3.aspx)
  20. Enfermedades diarreicas [Internet]. [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
  21. Vázquez-Rojas A, Jesús RM-D. DIARREICAS agudas en menores de cinco años. :5. [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://eipediatria.com/num\\_ants/julio-septiembre-2020/03\\_V%C3%A1zquez-Rojas\\_A\\_Rev\\_EIP\\_2020.pdf](https://eipediatria.com/num_ants/julio-septiembre-2020/03_V%C3%A1zquez-Rojas_A_Rev_EIP_2020.pdf)
  22. Pediatric Gastroenteritis Treatment & Management: Medical Care, Prevention. 26 de junio de 2021 [citado 23 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/964131-treatment>
  23. Aborto espontáneo - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual Merck versión para profesionales. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>

24. Per, Ministerio de Salud, Per, Dirección General de Salud de las Personas. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD: guía técnica. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007.
25. Embarazo de localización desconocida [Internet]. Medscape. [citado 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5903673>
26. Ectopic Pregnancy: Practice Essentials, Background, Etiology. 25 de enero de 2022 [citado 24 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2041923-overview>

# ANEXOS

## ABORTO

