



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL JOSE AUGURTO
TELLO DE CHOSICA Y CENTRO DE SALUD NIEVERÍA DEL
PARAÍSO POR EL PERÍODO DE DIEZ MESES DURANTE EL
2022 – 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
JACKELINE CYNTHIA ZENTENO GORA**

ASESOR

FELIPE SANTIAGO TOLENTINO VALLADARES

LIMA - PERÚ

2023



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 MÉDICA EN EL HOSPITAL JOSE AUGURTO TELLO DE
CHOSICA Y CENTRO DE SALUD NIEVERÍA DEL PARAÍSO POR EL
PERÍODO DE DIEZ MESES DURANTE EL 2022 – 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR:
JACKELINE CYNTHIA ZENTENO GORA**

**ASESOR:
DR. FELIPE SANTIAGO TOLENTINO VALLADARES**

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dra. Cynthia Legna Huby Muñoz

Miembro: Dra. Maria Elena Castro Vallejo

2023

DEDICATORIA

Este presente trabajo se lo dedico a mis padres, mis hermanos y mis primos por su apoyo incondicional durante toda mi carrera universitaria.

INDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCION.....	viii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	10
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	11
CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	19
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES.....	21
FUENTES DE INFORMACION.....	22

RESUMEN

Se considera internado médico al último año de estudio, de la carrera de Medicina Humana, en la que se logra consolidar conocimientos aprendidos en pregrado.

Durante este internado, los estudiantes del séptimo año, tuvimos la oportunidad de permanecer por cinco meses en hospitales y otros cinco meses en centros de salud de diferentes distritos de Lima y provincias así como en algunos departamentos del Perú.

Las actividades dentro de los establecimientos se llevaron a cabo con total normalidad. A pesar de que aún permanecían las medidas de bioseguridad por la pandemia del COVID-19, no tuvimos trabas para mantener contacto directo con los pacientes; del mismo modo, se pudo realizar procedimientos sin ningún obstáculo, por supuesto con la tutoría y supervisión de los médicos.

En este trabajo expondré parte de las pericias vividas en el Hospital “José Augurto Tello” de Chosica y en el Centro de Salud “Nieveria del Paraíso” de Lurigancho. Por consiguiente, se hará una descripción breve de cada establecimiento de salud; así como, se mencionará las actividades y roles que asumí durante estas prácticas pre- profesionales.

Objetivo: Compartir experiencias vividas como interna de medicina humana plasmadas en ocho casos clínicos.

Metodología: Describir ocho casos clínicos de las cuatro grandes áreas de carrera como son: Ginecología y obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría.

Conclusiones: El internado médico es la última etapa de estudio de la carrera de pregrado de Medicina Humana, fase importante donde se logra consolidar conocimientos que se obtienen años previos cuyo objetivo es obtener habilidades y destrezas para mejor desempeño profesional como futuros médicos del país.

Palabras claves: Internado médico, COVID-19, casos clínicos, Ginecología y obstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría.

ABSTRACT

Medical internship is considered the last year of study, of the Human Medicine career, in which it is possible to consolidate knowledge learned in undergraduate.

During this internship, the seventh year students had the opportunity to stay for five months in hospitals and another five months in health centers in different districts of Lima and provinces, as well as in some departments of Peru.

Activities within the establishments were carried out as normal. Despite the fact that the biosecurity measures were still in place due to the COVID-19 pandemic, we had no obstacles to maintaining direct contact with the patients; In the same way, procedures could be carried out without any obstacles, of course with the guidance and supervision of doctors.

In this work I will present part of the experiences experienced in the "José Augurto Tello" Hospital in Chosica and in the "Nieveria del Paraíso" Health Center in Lurigancho. Therefore, a brief description of each health facility will be made; as well as, the activities and roles that I assumed during these pre-professional practices will be mentioned.

Objective: To share experiences lived as a human medicine intern embodied in eight clinical cases.

Methodology: Describe eight clinical cases from the four major career areas such as: Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, Surgery and Pediatrics.

Conclusions: The medical internship is the last stage of study of the Human Medicine undergraduate degree, an important phase where it is possible to consolidate knowledge obtained in previous years whose objective is to obtain abilities and skills for better professional performance as future doctors in the country.

Keywords: Medical internship, COVID-19, clinical cases, Gynecology and obstetrics, Internal Medicine, Surgery, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL
JOSE AUGURTO TELLO DE CHOSICA Y C
ENTRO DE SALUD NIEVERÍA DEL PARÁI

AUTOR

JACKELINE CYNTHIA ZENTENO GORA

RECuento DE PALABRAS

7137 Words

RECuento DE CARACTERES

40955 Characters

RECuento DE PÁGINAS

31 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

81.8KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 15, 2023 9:32 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 15, 2023 9:33 AM GMT-5

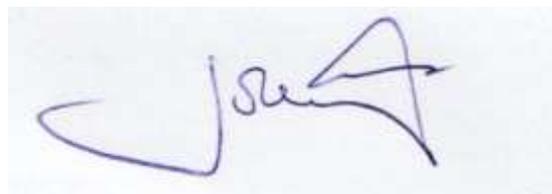
● **8% de similitud general**

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

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dr. Felipe Santiago Tolentino Valladares

ASESOR

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2009-4255>

INTRODUCCION

El internado medico viene a ser la última etapa de la formación académica de la carrera de Medicina Humana, etapa en la cual se ponen en práctica en ambientes hospitalarios y de centros de primer nivel, todos los conocimientos obtenidos previamente en las aulas y externados.

Durante esta etapa de desarrollo, el interno, al estar en contacto directo con el paciente, potencia sus fortalezas y refuerza sus debilidades tanto académicamente como ética y moralmente. De modo que se forme un profesional con conocimientos cognitivos, procedimentales, valores, actitudes y aptitudes. Habilidades que se logran con el apoyo, tutoría y supervisión de médicos asistentes, residentes, así como de todo el personal que labora en el establecimiento. (1)

El internado medico incluye cuatro grandes áreas como son: Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Cirugía general y Pediatría. Áreas por las que rotaran los internos de medicina durante su permanencia en los establecimientos de salud.

En mi caso, inicie mi rotación en el Hospital José Augurto Tello de Chosica (JATCH) y en el C.S. “Nievería del Paraíso” que está ubicados en la provincia de Lurigancho y en el distrito de Lima. Éste fue un internado algo atípico ya que fue la primera promoción que realiza un internado de cinco meses en hospital y cinco meses en centro de salud a diferencia de promociones anteriores.

Este presente trabajo contiene experiencias vividas durante mi internado por los que expondré algunos casos clínicos que presencié y fui parte del manejo y alta de los pacientes; como también, se realizará una descripción corta de los establecimientos en la que laboré.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En adelante, presentare ocho casos clínicos, dos de cada rotación que vendría a ser cada área de la medicina. Los presentes casos clínicos son parte de la experiencia que viví a lo largo de mi internado.

Las prácticas clínicas en el Hospital José Augurto Tello de Chosica se llevaron a cabo desde el 01 junio al 31 octubre del 2022, luego pase a rotar al Centro de Salud “Nieveria del Paraíso” de Lurigancho desde el 01 de noviembre del 2022 al 31 de marzo del 2023.

I.1. ROTACION DE GINECO – OBSTETRICIA

La primera rotación inicio el 01 junio del 2022 el cual duro 5 semanas y se llevó a cabo sin ningún contratiempo. Los asistentes nos mostraron todo su apoyo y paciencia al momento de realizar procedimientos invasivos como AMEUS, legrados uterinos, cesáreas, miomectomías, etc. Así como también pudimos acudir a los consultorios externos, que si bien se encuentran en otra sede, pudieron ser factibles.

CASO CLINICO N^a 1 (Hospital “Jose Augurto Tello”)

Gestante mujer de 36 años de edad acude a emergencia por presenta perdida de líquido por vía vaginal desde hace 2 horas, indica que percibe movimientos fetales, niega contracciones uterinas, niega síntomas de irritación cortical. Niega antecedentes de importancia.

Antecedente obstétrico:

- G2P1001
- FUR: 01/12/2021
- FPP: 08/09/22
- EG: 38 ss por ecografía del primer trimestre

A examen físico:

Funciones vitales:

- PA: 130/70 FC: 83 lpm
- T°: 36.5°C FR: 19 lpm Sat O: 98%

Al examen general: AREG, REH, REN, LOTEF

- Piel y conjuntivas: palidez moderada de mucosas y piel
- Cabeza y cuello: normal
- Ap Resp: MV pasa bien por ACP. No ruidos agregados
- Ap. Cardiovascular: RCR de buena intensidad
- Abd: b/d, RHA (+), tono conservado. AU: 31, feto único en LCD; LCF: 158 por min; PF: 3200 gr
- TV: no sangrado vaginal, vagina elástica y cérvix dehiscente
 - o Dilatación: -
 - o Incorporación: -
 - o Presentación: cefálica
 - o Altura de presentación: -4
 - o DU: ausente
 - o Membranas: rotas con liquido claro

Diagnostico:

- Ruptura prematura de membranas

Plan de trabajo:

- Pasa a observación
- Monitoreo materno fetal
- Se solicitó: prueba COVID, NST ecografía obstétrica, hemograma completo, examen de orina
- Se inicia antibiótico profiláctico con ampicilina y eritromicina
- Considerar termino de gestación

CASO CLINICO N° 2 (CS. “Nievería del Paraíso”)

Paciente mujer de 21 años de edad, segundigesta de 7 semanas, acude a servicio de obstetricia de centro de salud para recojo de resultados de laboratorio. Paciente niega molestias en el momento del interrogatorio. Indica que no llevaba una buena relación con su pareja por lo que decidieron separarse. Niega antecedentes de importancia.

Antecedente obstétrico:

- G1P1001
- FUR: 25/09/2022
- FPP: 02/07/2023
- EG por ECO: 9 2/7 ss por FUR

Al examen físico:

Funciones vitales:

- PA: 107/65 FC: 90 lpm
- T°: 36.5°C FR: 20 lpm Sat O: 99%

Al examen general:

- AREG, REH, REN, LOTEPE, deambula y ventila espontáneamente
- Piel: elástica, hidratada turgente. llenado capilar menos de 2 segundos, no palidez.
- Ap Resp: MV pasa bien por ACP. No ruidos agregados
- Ap. Cardiovascular: RCR de buena intensidad
- Abd: b/d, RHA (+), AU: indiferente,

En resultados de laboratorio se encuentra:

- Hemoglobina de 12.5gr/dl
- Grupo sanguíneo y factor Rh; O (+)
- Glucosa: 75mg/dL
- Examen completo de orina: 20-30 leucocitos por campo

Además de lo anterior, se realiza pruebas serológicas rápidas de VIH y sífilis. De las cuales la prueba de VIH resulta negativa; sin embargo, la prueba de sífilis resulta positiva.

Al obtener un resultado positivo a sífilis se inicia tratamiento con penicilina G benzatínica 2 400 000 UI, una ampolla intramuscular cada semana por 3 semanas.

Por resultados de examen de orina patológicos indicativos de Infección de Tracto Urinario, donde se evidencia 25 a 30 leucocitos/ campo sin presentar molestias urinarias, se indica tratamiento antibiótico con cefalexina 500mg c/ 6 horas por 7 días.

I.2. ROTACION DE MEDICINA INTERNA

La segunda rotación fue la de medicina interna, que duro 5 semanas. Al igual que la anterior no se presentó ningún contratiempo durante nuestra estadía. La rotación se pudo realizar tanto en hospitalización, emergencia y consultorio externo.

CASO CLINICO N° 1 (Hospital “Jose Augurto Tello”)

Paciente adolescente de 17 años de edad acude a emergencia de establecimiento traída por madre quien refiere que su menor hija le confesó que había ingerido 25 pastillas de paracetamol por motivos desconocidos por el cual madre induce al vómito. Paciente no refiere molestias.

Examen físico:

- Boca: mucosa húmeda
- Ojos: escleras no ictericas.
- TyP: MV pasa por AHT, no ruidos agregados
- CV: RCR de BI, no soplos.
- SNC: LOTEPE, no focalización.

Pasa a sala de observación con diagnóstico de envenenamiento por drogas y sustancias biológicas no especificadas. En sala de observación, se realiza el siguiente plan de trabajo:

1. Lavado gástrico
2. Hidratación con NaCl 0.9% 1000cc EV 30 gotas por minuto,
3. Protector gástrico como ranitidina 50mg EV cada 12 horas
4. Antídoto N-acetilcisteína 300mg (8 ampollas) diluido en un frasco de NaCl 0.9% 100cc pasar EV en 4 horas, luego 5 N-Acetilcisteína 300mg (4 ampollas) en frasco de NaCl 0.9% 500cc pasar EV en 16 horas,
5. CFV y BHE.

Además, se solicita exámenes laboratorio como hemograma, glucosa, perfil hepático, para descarte de presunta enfermedad toxica del hígado, en las cuales no se evidenciaron alteraciones. Durante su estadía en sala de observación, paciente recibe apoyo del psicólogo y al presentar mejoría clínica, es dada de alta con interconsulta a psicología.

CASO CLINICO N° 2 (CS. “Nievería del Paraíso”)

Paciente varón de 47 años de edad sin antecedentes de importancia acude a consultorio externo por presentar dolor torácico tipo hincada y disnea. Presentaba sat O₂ de 94% y resto de funciones vitales estables.

Al examen físico: T y P: MV abolido en mitad inferior de HTI, se ausculta crépitos. Trae consigo radiografía de tórax donde se evidencia derrame pleural moderado en 1/3 inferior de hemitorax izquierdo y posterior.

Además de resultados de perfil hepático donde el único valor alterado fue la fosfatasa alcalina (846), exámenes de BK negativos, descarte de VIH no reactivo y hemograma sin alteraciones. Días posteriores trae resultado de ADA de líquido pleural: 68.5 y cultivo de líquido pleural positivo donde no se evidencio células epiteliales, presento de 30 a 40 leucocitos, 20 a 30 hematíes

por campo, escasos gérmenes, no se observaron levaduras e identificación aislada de *Staphylococcus haemolyticus*.

Por resultado de exámenes evidentes se da el diagnóstico de TBC pleural y se inicia tratamiento anti-tuberculoso con el esquema I de 2HRZE/4H3R3 (Isoniacida 300MG + Rifampicina 600mg + Pirazinamida 1800mg + Etambutol 1200mg): sin embargo; luego de 10 días de haber iniciado el tratamiento presenta náuseas y vómitos con pérdida de apetito, por lo que se suspende la medicación por posible RAFA.

Es referido al gastroenterólogo del Hospital de Vitarte, con interconsulta a neumología para vigilar reacción adversa, tolerancia a medicamentos anti-TBC e inicio de reto terapéutico.

En cuanto al reto terapéutico, el paciente empieza con retos de etambutol por 4 días, isoniacida por 4 días siguientes, rifampicina por 4 días posteriores y finalmente con retos de pirazinamida en los últimos 4 días, los cuales consistían en el inicio de dosis baja y aumento gradual de dosificación. Para el progreso de cada reto se solicitó perfil hepático control observándose en todas ellas resultados normales.

Al cumplir reto, el paciente manifestó mejoría clínica y radiológica de la enfermedad. Se pudo evidenciar disminución de reacciones adversas de medicamentos; por lo que dos meses después, paciente culmina exitosamente primera fase y acude a consultorio para pase a esquema II de tratamiento antituberculoso continuando con Rifampicina 600mg + Isoniacida 700 mg 3 veces/ semana por 4 meses.

I.3. ROTACION DE CIRUGIA GENERAL

La tercera rotación fue cirugía general, el cual duró 5 semanas. Esta rotación estuvo sobretodo enfocada en emergencia, hospitalización y sala de operaciones.

CASO CLINICO N° 1 (Hospital “Jose Augurto Tello”)

Paciente varón de 18 años de edad quien niega antecedentes de importancia ingresa por emergencia por presentar desde hace 12 horas fiebre de 38°C, dolor en el mesogastrio que se irradia a FID de intensidad 9/10 y pérdida de apetito, según refiere porque le genera náuseas y vómitos.

Al examen físico:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, leve palidez
- Abdomen: b/d RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda en FID, Mc Burney (+), Blumberg (-)

Se solicita hemograma y ecografía abdominal donde se evidencio leucocitosis de 15 000 sin desviación izquierda (neutrófilos en 60%). Según la escala de Alvarado, presenta migración de dolor a fosa iliaca derecha, hiporexia, náuseas y vómitos, Mc Burney (+) es decir dolor en FID, Blumberg negativo es decir no presenta dolor a la descompresión en FID y fiebre. En resultados laboratoriales, encontramos leucocitosis pero sin desviación izquierda. Considerando, que cada síntoma y signo que presenta el paciente equivale a un punto más las leucocitosis, dos puntos en total obtenemos 7 puntos, el cual indica alta probabilidad de apendicitis aguda. Se confirma con el resultado de ecografía donde se halla un apéndice en posición para cecal con diámetro 10 cm y pared de 3 cm, así como líquido libre en cavidad.

Llegado al diagnóstico de apendicitis aguda, se procede a preparar al paciente para ingreso a sala de operaciones, por lo que se solicita los exámenes prequirúrgicos previa obtención del consentimiento informado del paciente.

En sala de operaciones, se realiza apendicetomía convencional donde procede a realizar una incisión infraumbilical derecha, se disecciona por planos y se identifica los siguientes hallazgos: un apéndice cecal de 11 cm por 4cm por 1 cm en posición paracecal interna flemonosa y supurada en toda su extensión, base congestiva, meso edematoso y ciego fijo. Se observa también líquido inflamatorio escaso en el parietocolico derecho.

Al día siguiente (24 horas después), se encuentra a paciente con funciones vitales estables, con dolor escaso en zona operatoria, deambula, tolera la vía

oral, elimina flatos, no realizo deposiciones pero si diuresis normal, niega náuseas y vómitos. Al evidenciar evolución favorable y no presentar interurrencias se da de alta con indicaciones médicas.

CASO CLINICO N° 2 (CS. “Nievería del Paraíso”)

Paciente varón de 24 años de edad acude a establecimiento por presentar herida en cabeza, refiere que hace 2 horas es agredido por vecino con una piedra en zona occipital, niega vómitos, convulsiones y pérdida de conocimiento. Niega antecedentes de importancia.

Al examen físico:

- SNC: LOTEPE. EG: 15/15. Alerta. No signos de focalización, no signos meníngeos
- Cabeza: solución de continuidad de bordes irregulares sangrantes de 5 centímetros ubicado en región occipital. Pupilas isocóricas, reactivas a la luz.
- Soma: moviliza las 4 extremidades, no se observan lesiones

Se procede a preparar equipo de sutura. El procedimiento fue realizar antisepsia de la zona con yodopovidona y suero fisiológico, se colocó lidocaína al 2% y finalmente se sutura usando hilo Nylon 3.0. Se mantiene en observación por 2 horas y al no presentar signos de alteración neurológica se da de alta con antibiótico profiláctico de dicloxacilina 500mg vo c/8horas por 5 días, analgesia con ibuprofeno, se explica signos de alarma; además de lavado diario y retiro de puntos en 7 días.

I.4. ROTACION DE PEDIATRIA

La cuarta y última rotación se llevó a cabo hasta el 31 de octubre el cual también duró 5 semanas. La rotación de los internos estuvo focalizada en hospitalización, UCIN, alojamiento conjunto, emergencia y consultorios externos.

CASO CLINICO N° 1 (Hospital “Jose Augurto Tello”)

Paciente mujer de 9 años de edad con antecedente de asma en tratamiento y alergia a ceftriaxona, acude en compañía de madre a EE.SS. por presentar desde hace 5 días SAT cuantificada en 38°C, escalofríos y dolor abdominal, toma paracetamol y calma síntomas momentáneamente. Al día siguiente, se agrega decaimiento, hiporexia, cefalea en región frontal, náuseas y vómitos (1 vez) los cuales también remiten temporalmente con mismo medicamento. Al 3er día, los síntomas persisten además aumenta a 3 veces la recurrencia de los vómitos e inicia con dolor en la zona lumbar motivo por el cual decide llevarla por emergencia donde con el diagnóstico de ITU se solicita examen de orina y urocultivo como también se indica nitrofurantoina 10ml VO c/8horas y paracetamol PRN. El mismo día al no tolerar la vía oral y persistir la fiebre (39°C según refiere la madre) regresa por emergencia donde se indica fosfomicina 3g 1 sobre c/24 horas, nitrofurantoina 100mg tab c/8 horas, ibuprofeno y dimenhidrinato condicional. Al día siguiente, 4to día del cuadro, continúan los vómitos, la fiebre (38.5 °C), el dolor abdominal, cefalea y el dolor en la zona lumbar razón por el cual la trae nuevamente a emergencia y con resultados patológicos de orina es hospitalizada por una ITU complicada.

En hospitalización se amplía anamnesis y paciente refiere que desde hace 20 días viene presentando ardor al orinar, tenesmo y polaquiuria, síntomas que iniciaron desde que hubo un cambio de tutor en la escuela quien les impedía salir al servicio higiénico en plena clase. Al examen físico: SNC: LOTEP, EG: 15/15, despierta, activa. Piel: THE, llenado capilar <2 seg. Abd: b/d, RHA (+), leve dolor a la palpación. PPL izquierdo (+), PRU (+) bilateral. Examen de orina: leucocitos: 20-30 /c, nitritos (+), gérmenes: escasos. Urocultivo positivo, recuento de colonias >100 000 se aísla E. coli leucocito 62 xc.

En hospitalización, se inicia tratamiento EV con amikacina 16mg/kg/día.

CASO CLINICO N° 2 (CS. “Nievería del Paraíso”)

Paciente varón de 7 años de edad es traído por madre refiriendo que desde hace 10 días presenta dolor abdominal, deposiciones semi-liquidadas sin moco,

sin sangre, inapetencia y pérdida de peso. A la ectoscopia, se observa a niño en condiciones higiénicas deficientes.

Al examen físico:

- Despierto, activo, responde a interrogatorio.
- Piel: THE, llenado capilar >2 seg. sin signos de deshidratación
- Abd: b/d, RHA incrementados, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Se solicita y se observa en examen seriado de heces, quistes de *Giardia lamblia* y Test de Graham negativo.

Con la anamnesis, examen físico y laboratorio se llega al diagnóstico de Parasitosis y se inicia tratamiento médico con metronidazol 15mg/kg/día divididas en 3 dosis por 7 días además de orientación y consejería en medidas de higiene.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

Como mencioné líneas arriba, inicié el internado médico en el Hospital José Augurto Tello de Chosica (HJATCH), un establecimiento de salud de categoría II-2 ubicado en la Av. Arequipa 218 del distrito de Lurigancho de la provincia de Lima en el departamento de Lima (2). El aún conocido Hospital materno por los pobladores de Chosica, cuenta con diversas especialidades médicas así como sala de operaciones, ecografía, radiografía, laboratorio, UCI y emergencia por lo que según su complejidad tiene la capacidad de prestar servicios de atención ambulatoria, hospitalización y emergencias (3).

Las funciones de los internos dentro del hospital fueron elaborar historias clínicas, evolucionar diariamente a pacientes hospitalizados, seguimiento y monitoreo de pacientes, realizar contra referencias, recetas médicas, gestionar y/o agilizar referencias, etc. Del mismo modo, bajo vigilancia del médico se pudo realizar procedimientos no invasivos e invasivos como colocación de sondas vesicales, cierre de planos superficiales, suturas, retiro

de puntos, extracción de muestras entre otras actividades; todos realizados con un anticipado entrenamiento y capacitación en el tema hasta lograr la destreza.

Por otra parte, tenemos al Centro de Salud “Nievería del Paraíso” un establecimiento de nivel I-3 cuya dirección es Ex Fundo Agrícola Nievería Lote 62-B Lt.1 ubicado en el distrito de Lurigancho de la provincia y departamento de Lima. El establecimiento cuenta con médico general, obstetra, odontóloga, nutricionista, enfermeras y técnicos en salud quienes brindan básicamente atenciones preventivas promocionales así como la recuperación y rehabilitación de los pacientes (4).

Las funciones que el interno de medicina desempeño fueron: atención de pacientes bajo supervisión médica, llenado de FUAS, realizar visitas domiciliarias para entrega de sulfato ferroso, seguimiento de pacientes gestantes, diabéticos e hipertensos, asistir a colegios para charlas educativas sobre temas que concierne a adolescentes, campañas de promoción de la salud; salidas al campo para orientación y consejería en diversos temas, entre otras tareas.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CASO CLINICO N° 1 (Hospital “Jose Augurto Tello”)

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la ruptura de las membranas ovulares que ocurre antes que se inicie el trabajo de parto (60 minutos antes) en una gestación mayor de 22 semanas. Es la principal causa de muerte perinatal. (5)

Los factores de riesgo más asociados son la vaginosis, ITU y corioamnionitis. La clínica típica en la pérdida de líquido claro con olor a lejía que baja por el interior de los muslos con funciones vitales estables; si hubiese infección

infraamniotica, el líquido tiende a ser turbio, purulento o fétido además de presentar fiebre, taquicardia fetal, taquicardia materna, útero doloroso e irritable y síntomas de sepsis.(5)

El diagnóstico se confirma con el test de nitrazina (método que evalúa el pH vaginal), test de Fern o del helechito (es la cristalización de sales de cloruro de sodio) entre otros tests.(6)

Confirmado el diagnóstico, se hospitaliza al paciente y se mantiene en reposo absoluto, lavado de zona perineal y uso de corticoides como betametasona o dexametasona para maduración pulmonar, si lo requiere. No se hace uso de tocolíticos y toda RPM debe recibir antibiótico profiláctico para evitar posibles complicaciones infecciosas. Los fármacos usados son la combinación de ampicilina y eritromicina por 7 días. También se puede hacer uso de neuroprotectores como el sulfato de magnesio en menores de 32 semanas de gestación. Si tenemos una gestante con una gestación mayor a 34 semanas con RPM se indica inducción de trabajo de parto; sin embargo, si la gestación es menor a 24 semanas, la indicación es reposo absoluto y conducta expectante (7).

En el caso de esta paciente se trata de una gestante de 38 semanas sin alteración de funciones vitales por lo que estaríamos frente a un RPM sin infección infra amniótica, es decir, sin corioamnionitis; por lo que adecuado vendría a ser terminar la gestación.

CASO CLINICO N° 2 (CS. “Nievería del Paraíso”)

La sífilis es una infección sistémica curable ocasionada por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*. La vía de transmisión es sexual y transplacentaria, razón por la cual es un tema preocupante en las embarazadas ya que puede llevar a una perinatal (8).

El diagnóstico se hace de la misma manera que en las mujeres no embarazadas. Se realiza pruebas rápidas duales (PRD) o prueba rápida de sífilis (PRS) durante la atención prenatal con consejería previa, si no sale reactivo se repite el tamizaje en el III trimestre de gestación. Si sale reactivo,

se solicita el RPR cuantitativo y se inicia primera dosis de tratamiento con penicilina G benzatinica 2.4 millones, luego se repite la prueba RPR, si resulta no reactivo se procede a solicitar prueba confirmatoria con FTA Abs o TPHA; empero si, el resultado sigue siendo reactivo, se debe completar tratamiento una vez por semana por tres semanas, se indica tratamiento para pareja sexual y se realiza seguimiento con RPR cuantitativo al 3er, 6to y 12mo mes.(9)

Se dice que el tratamiento es completo cuando fueron administradas las 3 dosis de penicilina, para la prevención de la transmisión materno-infantil, la última dosis debió ser aplicada como mínimo cuatro semanas antes del parto, identificar y tratar a pareja sexual, proporcionar preservativos y hacer seguimiento de gestante según la norma técnica. Además, tener en cuenta que la puede haber reinfección de sífilis (9).

En caso de la paciente, se detectó e inicio tratamiento de forma precoz con la dosis que recomienda la norma técnica de salud para prevención de transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B (9).

III.2. ROTACION DE MEDICINA INTERNA

CASO CLINICO Nª 1 (Hospital “Jose Augurto Tello”)

El paracetamol es un medicamento con función antipirética y analgésico de uso extendido en la población. Por lo general, estos fármacos suelen ser inofensivas, sin embargo, si las dosis son mayores de 150mg/kg en niños de 8 a 12 años de edad y 7.5 - 8 gr en adultos, pueden llevar a una intoxicación generando daño hepático irreversible, daño renal e incluso puede llevar a la muerte (10) (11) .

La intoxicación por acetaminofén puede ser aguda o crónica, la intoxicación aguda es la forma más común y fácil de detectar con un acertado interrogatorio en adolescentes que presentan antecedente de ingesta o intento de suicidio. Las manifestaciones clínicas se dividen en 4 fases: la

primera fase (en las primeras 24 horas) inicia con síntomas inespecíficos como malestar general, náuseas, vómitos, palidez, diaforesis y pruebas hepáticas dentro de rangos normales. En la fase 2 (24-48 horas) se observa mejoría clínica pero con inicio de alteración de función hepática. En la fase 3 (72 a 96 horas), los síntomas reaparecen con mayor intensidad, algunas veces asociado a ictericia o alteración de conciencia, se encuentra evidente alteración hepática y renal; y en la fase 4 (>96 horas), se observa mejoría de síntomas con recuperación completa clínica y función hepática. El tratamiento consiste en estabilización del paciente, manejo de soporte, reducir a lo mínimo la absorción del fármaco (a través del lavado gástrico, recomendable en las primeras 4 horas post-ingesta) así como detectar el daño hepático para iniciar con el manejo específico que es el antídoto N- acetilcisteína (12).

En caso de la paciente, no refiere con precisión el tiempo transcurrido post-ingesta del medicamento, la madre trae consigo los blísters sin contenido pero se desconoce la cantidad exacta. Debido a que la paciente no manifiesta molestias y no presenta alteración en perfil hepático se presume que se encuentra en la primera fase. Se procede a cumplir con el plan antes mencionado.

CASO CLINICO N° 2 (CS. “Nievería del Paraíso”)

La tuberculosis pleural, también conocido como pleuresía tuberculosa o derrame pleural tuberculoso, es una forma común de tuberculosis extra-pulmonar. La afectación se da por diseminación linfática y hematogena del *Micobacterium tuberculosis* hacia los órganos (13).

El diagnóstico suele ser difícil ya que la clínica y las pruebas de imagen resultan ser inespecíficas. En la mayoría de los casos es preciso recurrir a pruebas como el PAAF guiado por ecografía (13).

El tratamiento es el mismo al de TBC pulmonar, dura 6 meses que comprende 2 meses de fase inicial y 4 meses de fase de continuación; tratamiento que difiere de otras tuberculosis extra-pulmonares donde si existiese afectación neurológica el esquema es distinto. Ante la manifestación de un RAFA, se

suele suspender siempre en cuando estas sean moderadas o graves incluso pueden llevar a cambios de esquema que pueden ser menos efectivos (14).

El reto terapéutico anti-tuberculoso consiste en volver a empezar el tratamiento luego de haberlo suspendido con el fin de identificar el fármaco que produce la RAFA. Se procede a desensibilizar que consiste en re exponer gradualmente al paciente al medicamento que desató la reacción adversa hasta que pueda tolerar la dosis según su peso (15).

En el caso presentado, se observa que el paciente durante el tratamiento antituberculoso presenta náuseas y vómitos generándole pérdida de apetito y por consiguiente baja de peso. Se le refiere para evaluación de médico especialista y establecer inicio de dosis para reto terapéutico hasta lograr dosis tolerable por el paciente.

III.3. ROTACION DE CIRUGIA GENERAL

CASO CLINICO N° 1 (Hospital “Jose Augurto Tello”)

La apendicitis aguda es considerada en la actualidad una de las causas más frecuentes de abdomen agudo; así como, una de las indicaciones más comunes para intervención quirúrgica abdominal (16).

Según la historia clínica de la enfermedad, la apendicitis aguda comprende de 4 fases:(17)

- 1- Fase congestiva: el cual se presenta de 4 a 6 primeras horas, donde ocurre una obstrucción linfática y venosa que estimulan las fibras tipo C del sistema nervioso simpático provocando dolor tipo visceral, asociado a hiporexia y náuseas. En esta etapa no se observa proliferación bacteriana.
- 2- Fase supurada: fase en la que se estimula las fibras tipo A generando dolor parietal. Se observa proliferación bacteriana sobretodo de Gram negativos a predominio de *E. coli*.

- 3- Fase necrosada: se caracteriza por presentar obstrucción arterial con isquemia apendicular, por lo que se presenta fiebre y leucocitosis evidente. En esta etapa además de la presencia de las bacterias *E.coli*, se produce la proliferación de bacterias anaerobias sobretodo de la *B. fragilis*.
- 4- Fase perforada: en esta última fase se evidencia complicaciones como peritonitis, abscesos y plastrones. Es en esta fase donde se presenta el dolor al rebote. Las bacterias presentes son las anaerobias.

Dentro de los estudios diagnósticos que se solicita para confirmar diagnóstico tenemos al hemograma donde se evidencia leucocitosis con desviación izquierda y elevación de los valores de PCR. La prueba de imagen más precisa en la tomografía con contraste; sin embargo, por su difícil accesibilidad se recurre a la ecografía como método de estudio inicial. (18)

Por otro lado, tenemos a la Escala de Alvarado, un score que permite decidir que conducta seguir ante una sospecha de apendicitis. Teniendo una alta probabilidad de sospecha diagnóstica, el tratamiento de esta patología es quirúrgica ya sea a través de laparoscopia o cirugía abierta llamada apendicetomía.(19), (20)

En caso de nuestro paciente, aplicamos la escala de Alvarado antes de realizar la intervención quirúrgica, el cual nos dio una puntuación de 7 indicando una alta probabilidad de tratarse de una apendicitis aguda.

CASO CLINICO N° 2 (CS. “Nievería del Paraíso”)

Las heridas son soluciones de continuidad producidas por interrupción de la estructura normal de la piel y tejidos blandos (21).

Para lograr una cicatrización correcta, debemos comprobar que la base de la herida este vascularizada, exenta de tejido desvitalizado, húmedo y exento de infecciones. (21). Después de comprobar y preparar el lecho de la herida, se afronta o se procede al cierre de la herida con puntos de sutura de modo que favorezca la cicatrización. Finalmente, se puede cubrir la herida con apósitos

limpios, los cuales deben ser elegidos en función a su capacidad de gestión del espacio muerto, control de secreciones, disminuir el dolor al momento de cambiar la gasa o apósito así como la prevención de proliferación de bacterias, manejable o manipulables por el personal y el mismo paciente (21).

En caso del paciente se realizó la limpieza y desinfección, así como el desbridamiento de tejido desvitalizado antes del cierre de la herida. Se deja indicado antibiótico que cubra *Stafilococo aureus* y analgesia.

III.4. ROTACION DE PEDIATRIA

CASO CLINICO N° 1 (Hospital “Jose Augurto Tello”)

La infección del tracto urinario (ITU) es problema frecuente en la población pediátrica. Se estima que al menos la décima parte de las niñas ha padecido ITU con cultivo positivo para bacterias (22).

La etiología más frecuente es la bacteria Gram (-) *E coli* (90%) sobre todo en casos de ITU complicada. Según la bibliografía, niños mayores (>3meses) que lucen tóxicos se debe comenzar tratamiento con cefalosporina o aminoglucósidos por vía parenteral y al observar mejoría clínica se da de alta con tratamiento antibiótico por vía oral hasta completar catorce días (23) (24).

En el caso presentado, se identifica la clínica característica como son fiebre alta, molestias urinarias, dolor lumbar, vómitos, entre otros; así como, factores de riesgo, pues se trata de una escolar mujer que retiene la orina supuestamente horas ya que no le permiten salir en clase, promoviéndose la proliferación bacteriana. Se encuentra un examen de orina patológico y urocultivo positivo para *E. coli*. Al inicio se da manejo medico ambulatorio sin embargo, al no remitir síntomas se opta por tratamiento endovenoso con amikacina ya que refiere ser alérgica a la ceftriaxona.

CASO CLINICO N° 2 (CS. “Nievería del Paraíso”)

La parasitosis intestinal genera una importante cifra de infecciones en población pediátrica a nivel nacional. Los parásitos detectados con mayor frecuencia son *Ascaris lumbricoides*, *Trichuri trichura* y *Giardia lamblia* (25).

En nuestro medio, el rango de edad de mayor prevalencia es amplia, observándose en niños, adolescentes y jóvenes. En cuanto a la *Giardia lamblia* esta presenta un cuadro clínico variado, que ocurre tras la ingesta de alimentos o aguas contaminadas por el quiste del protozoo, que llegando al intestino delgado se fija a la mucosa y eclosiona dando lugar a trofozoitos quienes generan las manifestaciones clínicas agudas como son la diarrea acuosa esteatorreica, náuseas, deposiciones de mal olor, dolor abdominal, entre otras; así como, manifestaciones clínicas crónicas que son compatibles con procesos de mala absorción ocasionando desnutrición y anemia ferropénica. (26)

El diagnóstico de la giardiasis se hace con la visualización microscópica directa de los quistes en las heces del paciente, para ello se solicita examen parasitológico seriado; sin embargo, si estos estudios salen negativos y/o la sintomatología persiste, se recomienda realizar ELISA en heces.

El tratamiento de elección en pacientes tanto sintomáticos como asintomáticos, es el metronidazol de 15 a 30 mg/kg/ dividida en 3 dosis por 5 a 7 días (27). Otras bibliografías recomiendan como tratamiento inicial, en niños mayores o igual a 3 años, la dosis única de tinidazol o en su defecto la nitazoxanida sobre el metronidazol debido a su mayor efectividad y menos efectos secundarios (28).

En nuestro caso, el paciente es traída por madre por presentar clínica y examen de heces indicativo de parasitosis intestinal por lo que se indica el medicamento disponible en nuestro centro de salud. Además del tratamiento farmacológico, se aconseja tomar precauciones en cuanto al estricto cumplimiento de lavado de manos y alimentos que se van a ingerir.

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

EL 18 de mayo de 2022, la decana académica de la Facultad de Medicina Humana – USMP anuncia, a través de una resolución el inicio del internado medico el cual tendría una duración de 10 meses iniciando el 01 de junio del 2022 y culminando el 31 de marzo del 2023.

Días antes del inicio oficial del internado, la directiva del Hospital José Augurto Tello de Chosica convoca a todos los internos para la presentación de las autoridades del establecimiento; así como una sesión educativa sobre el uso adecuado del Equipo de Protección Personal (EPP), la importancia y el lavado correcto de manos, el llenado de Formato Único de Atención (FUA), entre otras. Posteriormente se hizo un recorrido por las diversas especialidades que presenta el Hospital José Augurto Tello como son Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría.

Del mismo modo, en noviembre del mismo año, se dio inicio del internado en los centros de salud donde se realizó una Charla de inducción y presentación de autoridades en el C.S. “Nieveria del Paraíso”

El ambiente laboral de ambos establecimientos fue dentro de todo bueno, con excelentes profesionales de salud que no se negaban a compartir sus conocimientos y experiencias valorando cada oportunidad que nos otorgaba cada profesional sea medico asistente, residente, licenciado o técnico. En cada rotación tuve la oportunidad de intervenir con la orientación, guía y paciencia de cada uno de ellos; se me permitió cumplir roles importantes en sala de operaciones, intervenir en consultorio y emergencia durante la atención a los pacientes, realizar procedimientos invasivos y no invasivos como colocación de sonda, colocación de vías periféricas, suturas, curaciones, etcétera; así como, actividades como entrega de sulfato ferroso, vacunación, visita domiciliaria a pacientes que no pueden acudir al centro por diversas razones, charlas educativas en colegios y escuelas, campañas de salud, etcétera.

El internado médico me permitió vivir experiencia únicas y de muchos aprendizajes importantes y necesarios para poder afrontar situaciones

médicas con menor dificultad, así como también consolidar conocimientos adquiridos en las aulas presenciales y virtuales procurando llenar esos vacíos que quedaron por la pandemia.

CONCLUSIONES

El internado médico viene a ser la etapa más importante para un estudiante de medicina humana donde se busca fijar conocimientos adquiridos en los seis años previos. Además de adquirir destrezas que por pandemia no fueron posibles.

En este año, las prácticas se llevaron a cabo dentro de lo más normal posible, se mantuvo las medidas de bioseguridad con el uso y desecho adecuado de los Equipo de Protección Personal proporcionados por los establecimientos; además, de énfasis en lavado de manos y desecho adecuado de residuos sólidos.

En cuanto a la relación con el personal, el interno explota habilidades entre ellas la habilidad de la comunicación y de trabajo en equipo; pues durante esta etapa, es donde el interno más interacciona con los diferentes personales de la salud desde el médico asistente hasta el personal administrativo con la búsqueda del bien común del paciente.

Por tanto, la experiencia que se vive en el internado además de ser necesaria y primordial para la formación de un estudiante y futuro profesional de la salud, es un periodo donde se consolida muchos aspectos y cualidades de un estudiantes de medicina, al asumir roles que fortifican los valores de responsabilidad, disciplina, empatía, respeto y aprecio por lo que se hace y por quien se hace.

RECOMENDACIONES

Se sugiere proporcionar mejores condiciones laborales a los futuros internos como ambientes adecuados donde puedan descansar o estudiar.

Del mismo modo, procurar llevar un buen ambiente laboral a través de la comunicación, coordinación y planificación de roles para evitar conflictos que puedan repercutir en el desempeño del personal y evitar extrapolarlas a los pacientes.

Al interno, sugerir dar la iniciativa para que pueda sacarle mayor provecho a las rotaciones. Los centros de salud suelen tener deficiencias materiales así como recursos diagnósticos escasos, por lo que cómo interno de medicina es crucial aprender a manejar estas situaciones de manera asertiva.

Se recomienda a los jefes o tutores realizar charlas inductivas al inicio de cada rotación para evitar que el interno divague en cosas que nunca se le enseñaron como llenado correcto del FUA, llenado correcto del Sistema de Información Hospitalario (HIS, por sus siglas en inglés) y otros.

FUENTES DE INFORMACION

1. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005
2. Hospital José Agurto Tello de Chosica - HJATCH [Internet]. 2021 [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hospital-jose-agurto-tello-de-chosica>
3. ASIS_DISTRITO CHOSICA 2019.pdf [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD_MINSA/DOCUMENTOS_ASIS/ASIS_DISTRITO%20CHOSICA%202019.pdf
4. Centro De Salud Nieveria Del Paraiso en Lurigancho | MINSA [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD . [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-este/centro-de-salud-nieveria-del-paraiso-lurigancho/>
5. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guías%20de%20Práctica%20Clínica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatología%20del%202018.pdf>
6. Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ruptura%20prematura%20de%20membranas&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
7. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. julio de 2018;64(3):405-14.
8. Syphilis in pregnancy - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/syphilis-in-pregnancy?search=sifilis%20en%20gestantes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H28
9. Norma Técnica de Salud para prevención de la transmisión materno infantil de VIH, sífilis y Hepatitis B [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
10. Intoxicación por paracetamol. protocolos_secip_2021.indb.

11. Intoxicación por paracetamol (acetaminofeno) - Traumatismos y envenenamientos - Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/intoxicaciones-o-envenenamientos/intoxicaci%C3%B3n-por-paracetamol-acetaminofeno>
12. Mancipe LC, Fernández A. DC, Fernández A. DG. INTOXICACIÓN POR ACETAMINOFÉN. Revista Med. diciembre de 2010;18(2):221-7.
13. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerado-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2015;17(1):3-11.
14. Vera O, Calderón TE, Granado MR, Moreno NE, Romañuk C, Vera O, et al. Reacción adversa causada por fármacos antituberculosos en un paciente con tuberculosis pulmonar y meníngea. Revista de la OFIL. junio de 2020;30(2):147-9.
15. Rodriguez Hurtado DC, Ramirez Cuentas JH, Pacheco Salas VH, Salazar Salas LE, Casalino Carpio E, Lizarzaburu Lizarzaburu L, et al. Efectos adversos de consecuencia fatal por tratamiento con fármacos antituberculosos. Revista Medica Herediana. octubre de 2002;13(4):148-52.
16. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
17. Hernández-Orduña J. Clasificación práctica de la gravedad y manejo médico-quirúrgico de la apendicitis aguda. Cir Gen. 14 de septiembre de 2021;42(4):263-73.
18. Diagnóstico de la apendicitis - NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/apendicitis/diagnostico>
19. Manejo de la apendicitis aguda en adultos - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#
20. de Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. junio de 2015;54(2):121-8.

21. Principios básicos del tratamiento de heridas - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/basic-principles-of-wound-management?search=manejo%20de%20heridas%20abiertas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H55268944
22. Infecciones del tracto urinario en niños: manejo y prevención a largo plazo - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-children-long-term-management-and-prevention?search=tratamiento%20de%20infeccion%20urinaria%20en%20ni%C3%B1as&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
23. Chaves MO. INFECCIÓN URINARIA EN NIÑOS.
24. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE ITU EN EDAD PEDIÁTRICA.
25. Parásitos intestinales | Pediatría integral [Internet]. 2015 [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/parasitos-intestinales/>
26. parasitosis por giardia lambia - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/search?search=parasitosis%20por%20giardia%20lambia&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=es&max=10&index=&autoCompleteTerm=
27. Marcos L, Maco V, Terashima A, Samalvides F, Miranda E, Gotuzzo E. Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural en Sandia, Departamento de Puno, Perú. Parasitología latinoamericana. enero de 2003;58(1-2):35-40.
28. Giardiasis: Treatment and prevention - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/giardiasis-treatment-and-prevention?search=parasitosis%20por%20giardia%20lambia&source=search_result&selectedTitle=2~112&usage_type=default&display_rank=2