

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL  
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN Y HOSPITAL  
EMERGENCIAS VITARTE DURANTE EL PERIODO JUNIO 2022  
A MARZO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR  
**CHRISTIAN SAMIR ALLCA MUÑOZ**  
**MACARENA MARLENE GANOZA FARRO**

ASESOR

**ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
DANIEL ALCIDES CARRIÓN Y HOSPITAL EMERGENCIAS VITARTE  
DURANTE EL PERIODO JUNIO 2022 A MARZO 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**CHRISTIAN SAMIR ALLCA MUÑOZ  
MACARENA MARLENE GANOZA FARRO**

**ASESOR**

**Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

**LIMA-PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga.

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe.

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera.

## **DEDICATORIA**

Dedicamos el presente trabajo a nuestros padres, quienes son el principal impulso para lograr la tan ansiada meta de la titulación profesional como Médicos Cirujanos.

Así mismo a nuestros familiares y amigos quienes siempre comprensivos, nos alentaron en cada paso de nuestra formación profesional.

Dedicado también a todos nuestros maestros quienes con gran vocación forjaron durante 7 años a los futuros médicos del país.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, a nuestro asesor Dr. Alberto Salazar Granara, al Instituto de Investigación (IDI) de la Facultad de Medicina Humana USMP y al Centro de Investigación de Medicina Tradicional y Farmacología (CIMTFAR) de la Facultad de Medicina Humana USMP.

Así mismo agradecemos al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Callao) y Hospital de Emergencias Ate Vitarte por permitirnos, a través de sus programas de Docencia e Investigación, llevar a cabo nuestro internado médico.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	x
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
1.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA .....	2
1.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA .....	5
1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.....	9
1.4 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL .....	12
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA .....	16
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL .....	17
3.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	17
3.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA.....	19
3.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA .....	21
3.4 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL.....	22
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA .....	26
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES .....	29
FUENTES DE INFORMACIÓN .....	30

## RESUMEN

El internado médico es la etapa en la cual los estudiantes de medicina de último año reciben su última formación para el desarrollo profesional como médico en un Hospital de alta complejidad y en un Centro de Salud de primer nivel. Estas prácticas están bajo supervisión de médicos calificados, los cuales brindan sus experiencias, conocimientos e incluso invitan al interno de medicina a ser partícipe de procedimientos médicos supervisados. El presente trabajo describe las experiencias obtenidas en forma de casos clínicos durante el internado médico llevado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el Hospital de Emergencias Ate Vitarte desde junio 2022 hasta marzo del 2023.

**Objetivo:** Describir las experiencias aprendidas durante las prácticas académicas en los servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Medicina Interna y Cirugía General durante el año 2022 y 2023.

**Metodología:** Se describió las experiencias recopiladas de diferentes casos clínicos en las distintas especialidades con las que cuentan los hospitales mencionados, con el fin de exponer lo aprendido durante las prácticas clínicas.

**Resultados:** Caso 1: Paciente gestante de 15 años, ingresa con dolor abdominal y pérdida de líquido claro de 3 horas de evolución. Se plantean los diagnósticos de gestante de 38 semanas por ecografía de primer trimestre, gestante adolescente y gestante mal controlada. Caso 2: Paciente femenino de 30 años con pérdida de líquido verdoso de 2 horas de evolución. Se plantea diagnóstico de tercigesta de 37.6 semanas por biometría fetal y ruptura prematura de membrana. Caso 3: Paciente femenino de 72 años que acude por presentar dolor interescapular y déficit motor, con antecedente de ECV. Se plantea los diagnósticos de pancitopenia, síndrome mielodisplásico, ECV secuelar por antecedente, HTA controlada por antecedente y Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada, por antecedente. Caso 4: Paciente varón de 65 años acude con signos de deshidratación y tendencia al sueño. Se plantean los diagnósticos de trastorno metabólico a descartar estado hiperosmolar hiperglucémico vs

trastorno metabólico mixto, encefalopatía metabólica, intoxicación alcohólica, intoxicación por consumo de drogas. Caso 5: Paciente varón de 4 años que acude por referencia hospitalaria por intoxicación de organofosforados, se plantean los diagnósticos de obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, insuficiencia respiratoria con oxígeno, neumonía adquirida en la comunidad y desnutrición calórico-proteica. Caso 6: Paciente femenino de 8 años acude por prurito y dolor en tórax derecho, se plantea el diagnóstico de Herpes-Zóster. Caso 7: Paciente varón de 27 años ingresa por herida de proyectil de arma de fuego en región abdominal, se plantea el diagnóstico de herida por proyectil de arma de fuego en región abdominal y perforación de intestino. Caso 8: Paciente de 19 años, ingresa con dolor abdominal que luego migra a fosa iliaca, asociado a hiporexia, náuseas y vómitos. Se plantean los diagnósticos de síndrome de dolor abdominal y abdomen agudo quirúrgico a descartar apendicitis aguda.

**Conclusiones:** Es de suma importancia generar evidencia y reporte de los casos clínicos vistos durante el internado médico con el fin de presentar lo aprendido durante dichas prácticas clínicas que a su vez generan evidencia científica para los demás profesionales de salud y/o estudiantes de medicina.

**Palabras clave:** Internado médico hospitalario.

## ABSTRACT

The medical internship is the stage in which final year medical students receive their final training for professional development as a physician in a high complexity Hospital and in a first level Health Center. These internships are under the supervision of qualified physicians, who offer their experience, knowledge and even invite the medical intern to participate in supervised medical procedures. The present work describes the experiences obtained in the form of clinical cases during the medical internship carried out at the Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión and the Hospital Emergencia Ate Vitarte from June 2022 to March 2023.

**Objective:** To describe the experiences learned during the academic internship in the services of Gynecology and Obstetrics, Pediatrics and Neonatology, Internal Medicine, and General Surgery during the year 2022 and 2023.

**Methodology:** the experiences collected from different clinical cases in the different specialties that the mentioned hospitals have were described to expose what was learned during the clinical practices.

**Results:** Case 1: 15-year-old pregnant patient, admitted with abdominal pain and loss of clear fluid of 3 hours of evolution. The diagnoses of 38-week pregnant by first trimester ultrasound, adolescent pregnant woman, and poorly controlled pregnant woman. Case 2: 30-year-old female patient with greenish fluid leakage of 2 hours of evolution. Diagnosis of 37.6 weeks tercigesta by fetal biometry and premature rupture of membrane. Case 3: A 72-year-old female patient presented with interscapular pain and motor deficit, with a history of CVD. The diagnoses of pancytopenia, myelodysplastic syndrome, sequelae of CVD by history, controlled hypertension by history and poorly controlled type 2 diabetes mellitus by history are proposed. Case 4: A 65-year-old male patient presents with signs of dehydration and a tendency to sleep. The diagnoses of metabolic disorder to rule out hyperglycemic hyperosmolar state vs. mixed metabolic disorder, metabolic encephalopathy, alcohol intoxication, drug intoxication are proposed. Case 5: A

4-year-old male patient who was referred to the hospital for organophosphate poisoning, with diagnoses of foreign body airway obstruction, respiratory failure with oxygen, community-acquired pneumonia, and caloric-protein malnutrition. Case 6: Female patient of 8 years of age presented with pruritus and pain in the right thorax, a diagnosis of Herpes-Zoster was made. Case 7: A 27-year-old male patient was admitted with a gunshot wound in the abdominal region, a diagnosis of gunshot wound in the abdominal region and perforation of the intestine was made. Case 8: 19-year-old patient, admitted with abdominal pain that later migrates to the iliac fossa, associated with hyporexia, nausea and vomiting. The diagnoses of abdominal pain syndrome and acute surgical abdomen are proposed to rule out acute appendicitis.

**Conclusions:** It is of utmost importance to generate evidence and report on the clinical cases seen during the medical internship to present what was learned during these clinical practices which in turn generate scientific evidence for other health professionals and/or medical students.

**Key words:** Hospital medical internship

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO  
MÉDICO EN EL HOSPITAL DANIEL ALCID  
ES CARRIÓN Y HOSPITAL EMERGENCIA  
S**

AUTOR

**CHRISTIAN SAMIR ALLCA MUÑOZ**

RECuento DE PALABRAS

**10168 Words**

RECuento DE CARACTERES

**58796 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**44 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**233.2KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 17, 2023 4:29 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 17, 2023 4:30 PM GMT-5**

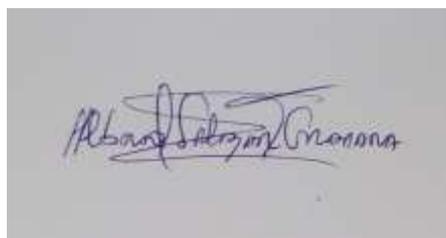
● **15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



**Dr. Alberto Salazar Granara**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1996-3176>

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es una parte en la formación de todo estudiante de medicina del séptimo año, que se encuentra próximo a graduarse. Este es un periodo de suma importancia ya que es el momento de la formación de todo estudiante de medicina que podrá poner en práctica los 6 años de formación, el cuál se desarrolla dentro de un ambito hospitalario frente a pacientes reales. En esta etapa el estudiante de medicina junto a diferentes profesionales de la salud entre ellos, médicos especialistas, enfermeras, obstetras aprende a desarrollarse dentro de un ambiente clínico real, permitiendole ejercer bajo supervisión de un médico calificado el desarrollo de la práctica médica. Esto con el fin de poder desarrollarse no solo en el manejo médico de las patologías, sino también aprender y reforzar el trato hacia las pacientes, respetando siempre la integridad de cada persona.

La práctica médica durante el internado de medicina en el Perú se desarrollaba normalmente en 12 meses, sin embargo, debido a los problemas a nivel mundial como la pandemia por COVID-19, el tiempo del internado médico tuvo que reducirse y reformularse. El internado médico realizado a la fecha consiste en 10 meses de rotación, de los cuales 5 meses se realiza en un centro de salud de primer nivel y los 5 meses restantes en un hospital de alta complejidad, con el fin de poder promover también a la formación médica en un primer nivel de atención ya sea promoviendo y/o previniendo patologías más frecuentes que se desarrollan en el medio. No obstante, sigue siendo de suma importancia el desarrollo del internado médico dentro de un hospital de alta complejidad, puesto que es la única etapa de la formación médica en la cual se puede rotar por los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Peidatría y Neonatología y Cirugía General.

Es por ello la importancia de poder generar también evidencia ya sea de experiencia médica del internado mediante la exposición de casos clínicos con el fin de poder demostrar y poner en práctica lo aprendido durante el internado. Por lo antes descrito es que se exponen en este trabajo diferentes casos clínicos

que se presentaron en el ámbito hospitalario, ya sea de pacientes hospitalizados o pacientes que acuden a la emergencia. Los casos descritos fueron recopilados durante la formación del internado médico el cuál comprendió desde 1 de junio 2022 hasta el 31 de marzo 2023 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el Hospital de Emergencias Ate Vitarte

## **CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El periodo de internado médico representa no solo una etapa de aprendizaje continuo sino también de consolidación y afianzamiento de cada una de las competencias adquiridas de manera teórica durante los años previos de carrera universitaria. Todo este proceso de aprendizaje y afinación de destrezas se desarrolla bajo la meticulosa supervisión y guía de médicos con no solo vocación de servicio y excelente profesionalismo, también gran calidad humana y vocación docente.

La importancia del internado médico en la trayectoria profesional del interno radica en el acercamiento al sistema de salud que, en nuestro contexto, luego de dos años de virtualidad, representa en primera instancia un reto de adaptación rápida, así como una gran oportunidad para aplicar conocimientos previos en las distintas áreas de rotación, sin dejar de lado la ética y respeto por el paciente, el cual debe primar siempre.

Durante los meses de rotación hospitalaria se nos brindó la oportunidad tanto de afinar el aspecto semiológico, que es base de la atención médica, así como de llevar a cabo procedimientos como curaciones, instrumentación quirúrgica, punción lumbar y descompresiva, paracentesis, toracocentesis, manejo de urgencias y emergencias, atención perinatal, reanimación cardiopulmonar y atención de parto, por mencionar algunos de ellos. Cabe resaltar que el apoyo, orientación y supervisión permanente de nuestros doctores a cargo resultó fundamental para que cada procedimiento se realice de manera correcta y sin problemas.

Adicional a lo previamente mencionado, también aprendimos sobre estrategias de salud pública y el correcto llenado de historias clínicas, Formato Único de Atención (FUA) y Sistema de Información Hospitalario (HIS), los cuales serán de gran ayuda para facilitar el manejo de atenciones al ser médicos generales.

A continuación, se expondrán ocho casos clínicos, cuatro de los cuales toman lugar en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, hospital de alta complejidad y referencia que pertenece a la región Callao de categoría III-1 (1); y cuatro que se desarrollan en el Hospital de Emergencias Ate Vitarte, perteneciente a la región Lima Este de categoría II-2(2). Mediante los casos clínicos que se reportarán en los siguientes párrafos se tiene como finalidad dar a conocer parte de las experiencias vividas durante los últimos 10 meses en las 4 especialidades que comprende el internado médico, las cuales son: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Neonatología y Cirugía General.

## **1.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

La rotación de ginecología y obstetricia requiere de especial atención ya que comprende el control y manejo de las patologías ginecológicas que son variadas, desde infecciosas, estructurales hasta funcionales, pero también del aspecto obstétrico, desde el área de fertilidad, concepción, control prenatal, manejo de patología obstétrica, atención del parto y puerperio. Bajo esta perspectiva, se exponen dos casos clínicos relevantes.

### **Caso Clínico N° 1**

#### **Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

##### **Anamnesis**

Acude al servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia, en compañía de familiar, una paciente mujer de 15 años, de iniciales K. M. C. G., primigesta nulípara, refiriendo dolor abdominal tipo contracción de intensidad 7/10, y pérdida vaginal de líquido claro desde hace 3 horas que humedece la cara interna de los muslos. Niega sangrado.

Al ampliar los datos para la elaboración de historia clínica se obtiene la fórmula obstétrica G1 P0000, edad gestacional por ecografía del primer trimestre 38 semanas con 4 días. La paciente acude con cartilla de control prenatal incompleta, con 05 controles prenatales, no presenta antecedentes personales patológicos ni antecedentes familiares de relevancia.

## **Examen físico**

Funciones vitales: presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 87 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98% a FiO<sub>2</sub> 0.21.

Paciente en aparente regular estado general, nutricional y de hidratación, con fascie dolorosa.

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. Mucosas hidratadas. Palidez +/+++.

Tórax y pulmones: Amplexación torácica simétrica. Patrón respiratorio regular. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, de buena intensidad y frecuencia. No soplos audibles. Pulsos periféricos palpables.

Abdomen: ocupado por útero grávido. Altura uterina 35 cm. Latidos cardíacos fetales 146 por minuto. Situación, posición y presentación en longitudinal cefálico izquierdo.

Tacto vaginal: cuello central, Incorporado 70%, dilatación 4 cm, altura de presentación -2 cm. membranas rotas, pelvis ginecoide.

Sistema nervioso central: orientada en tiempo, espacio y persona, no signos de irritación meníngea, no focalización.

## **Diagnósticos planteados:**

- Primigesta nulípara de 38 semanas 4 días por ecografía del primer trimestre, en trabajo de parto fase activa.
- Gestante adolescente.
- Gestante mal controlada.

## **Ampliación de historia clínica:**

Puérpera inmediata post parto eutócico que presenta desgarro perineal grado II. Minutos después de la reparación del desgarro perineal, la paciente presenta un

episodio de convulsión tónico-clónica generalizada, el cual dura menos de 5 minutos y resuelve sin dilatación de esfínteres. Paciente recupera la conciencia y se monitorean las funciones vitales, no volviendo a presentar otro episodio como el descrito.

Se envía interconsulta al servicio de neurología para apoyo al diagnóstico al no presentar la paciente criterios para eclampsia, y al Módulo de atención al Maltrato Infantil y del Adolescente (MAMIS) por protocolo al ser menor de edad.

Luego de la evaluación por neurología se solicita una resonancia magnética con contraste encontrándose microcalcificaciones a nivel de hipófisis e imágenes compatibles con apoplejía hipofisaria, motivo por el cual se interconsulta a endocrinología para evaluación y sugerencias del manejo.

Paciente cumple horas de puerperio sin reportarse interurrencias por lo que luego de la emisión del acta de entrega por MAMIS y servicio social es dada de alta conjunta con el recién nacido. Se va de alta con asesoría por parte del programa de planificación familiar y método anticonceptivo de elección.

## **Caso Clínico N° 2**

### **Hospital Emergencia Ate Vitarte**

#### **Anamnesis:**

Se presenta al servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia una paciente mujer, gestante de 30 años, presentando dolor tipo contracciones uterinas, acompañado de pérdida vaginal de líquido verdoso desde hace 2 horas. Niega sangrado.

Fórmula obstétrica: G3 P1011

Fecha de última regla: 13/06/2022

#### **Examen físico:**

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca 74 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, temperatura 36.7 °C, presión arterial 111/68 mmHg, peso 77 kilogramos, saturación de oxígeno 97%

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, mucosas hidratadas, palidez no, ictericia no, cianosis no.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: Altura uterina 35 cm. Latidos cardíacos fetales 143 por minuto, situación, posición y presentación en longitudinal cefálico derecho.

Tacto vaginal: Incorporado 50%, dilatación dehiscente 1 dedo, altura de presentación -3 cm. membranas rotas, pelvis ginecoide.

Especuloscopia: Útero grávido, cérvix dehiscente 1 dedo, ante maniobra de valsalva, presencia de líquido meconial espeso.

Sistema Nervioso Central: Orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no focalización.

#### **Ecografía abdominal obstétrica:**

Feto único, longitudinal cefálico derecho, diámetro biparietal 96.5 mm., circunferencia cefálica 338.4 mm., circunferencia abdominal 321.6 mm., longitud de fémur 69 mm. Actividad cardíaca presentes y rítmicos, frecuencia cardíaca fetal 142 latidos por minuto. Movimientos fetales presentes, tono fetal conservado, ponderado fetal 3050 +/- 200 gramos.

Placenta con ubicación corporal anterior, grado III/III, ILA de 6 cm, pozo mayor de 2.5 cm.

#### **Diagnósticos planteados:**

- Tercigesta de 37.6 semanas por biometría fetal
- Ruptura prematura de membranas

### **1.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

La rotación de medicina interna resulta multidisciplinaria ya que cada paciente recibe un abordaje conjunto de distintas especialidades clínicas,

interconsultando en muchos casos a especialidades quirúrgicas. Por tal motivo resulta indispensable la actualización continua en distintas áreas como por ejemplo neumología, cardiología, reumatología, gastroenterología, entre otras.

### **Caso Clínico N° 3**

#### **Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

##### **Anamnesis:**

Paciente mujer de 72 años de iniciales E. G. B., quien ingresa a hospitalización del servicio de emergencia luego de haber sido admitida por emergencia. Al ingreso por emergencia refiere dolor interescapular y déficit motor. Luego de la evaluación respectiva y exámenes de apoyo al diagnóstico se plantea un ECV secular. Llama la atención dentro de los exámenes de laboratorio la disminución marcada de las 3 líneas celulares en el hemograma. Por tal motivo es ingresada a hospitalización, para ampliar estudios. Paciente refiere sentir gran sensación de cansancio.

Presenta como antecedentes patológicos personales hipertensión arterial controlada en tratamiento hace más de 20 años y diabetes mellitus tipo 2 no controlada con tratamiento irregular. Niega otras patologías. Niega antecedentes familiares relevantes.

##### **Examen físico:**

Funciones vitales: presión arterial 110/80 mmHg, frecuencia cardiaca 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 96% a FiO<sub>2</sub> 0.21. Hemoglucofotométrico: 364 mg/dL.

Paciente en decúbito dorsal activo, en aparente regular estado general, nutricional y de hidratación. Portadora de vía periférica permeable.

Piel y faneras: Tibia, poco hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas húmedas, palidez ++/+++, petequias. Amplias regiones de equimosis en relación con áreas de punción venosa.

Tórax y pulmones: Amplexación torácica simétrica, patrón respiratorio regular. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad y frecuencia. No soplos audibles. Pulsos periféricos palpables.

Abdomen: simétrico, globuloso. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible. No doloroso a la palpación. Timpánico. No signos de irritación peritoneal.

Sistema nervioso central: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Lenguaje coherente y fluido, pupilas isocóricas fotorreactivas. No signos de focalización. No signos de irritación meníngea.

### **Exámenes de laboratorio:**

Hemograma: leucocitos 2000, hemoglobina 7.1 g/dL, plaquetas 13000

Análisis de gases arteriales y electrolitos: sin alteraciones

Función renal: preservada

Biopsia y Aspirado de Médula Ósea: Patrón de crecimiento celular difuso con células con citoplasma mal definido y núcleo aumentado en tamaño, con cromatina vacuolada y nucleolo prominente.

### **Diagnósticos planteados:**

- Pancitopenia
- Síndrome mielodisplásico
- ECV secuelar por antecedente
- Hipertensión arterial controlada por antecedente
- Diabetes mellitus tipo 2 por antecedente, mal controlada.

### **Ampliación de historia clínica:**

Paciente presenta deterioro clínico durante la estancia hospitalaria. Debido que presenta anemia severa recibe trasfusiones de 6 paquetes globulares en total y 18 unidades de plaquetas en total debido a la persistencia de plaquetopenia. En el día hospitalario 23 refiere dolor inespecífico en el pecho que se irradia al hombro izquierdo y región interescapular, motivo por el cual es evaluada por el servicio de cardiología quienes determinan un infarto agudo de miocardio, junto con el cual se desarrolla un cuadro de hipotensión con necesidad de uso de vasopresores. Al estabilizarse se realiza una referencia para manejo en el

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y pasa a cargo del servicio de Oncología.

#### **Caso Clínico N° 4**

##### **Hospital Emergencia Ate Vitarte**

###### **Anamnesis:**

Paciente varón de 65 años acude a la emergencia por presentar tendencia al sueño, asociado a signos de deshidratación. Familiar refiere que un día antes estuvo bebiendo gaseosas en cantidad moderada por “presentar mucho calor”.

Antecedentes patológicos: Familiar refiere ser diabético desde hace 15 años, con tratamiento irregular, no recuerda medicación, hipertensión arterial desde hace 10 años en tratamiento regular con Losartán.

Cirugías previas: amputación de dedo pulgar de pierna derecha por complicación de diabetes mellitus.

###### **Examen físico:**

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca 105 por minuto, frecuencia respiratoria 21 por minuto, temperatura 37.2 °C, presión arterial 130/75 mmHg, saturación de oxígeno 98%

Piel y faneras: Tibia, deshidratada, levemente elástica, llenado capilar < 2 segundos, mucosas deshidratadas, palidez +/-, ictericia no, cianosis no.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos aumentados, no soplos.

Abdomen: Globuloso, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Sistema Nervioso Central: Desorientado en espacio y tiempo, orientado en persona, con tendencia al sueño, Glasgow 13/15

###### **Diagnósticos planteados:**

- Trastorno metabólico; descartar Estado Hiperosmolar Hiperglucémico vs. Trastorno metabólico mixto
- Encefalopatía metabólica
- Intoxicación alcohólica
- Intoxicación por consumo de drogas

### **1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA**

La rotación de pediatría y neonatología requiere de especial cuidado para la identificación oportuna y distintas patologías que afectan al paciente en sus primeros años de vida. Muchas veces a través de la anamnesis y evaluación del triángulo pediátrico podemos acceder a información vital para el manejo de las emergencias pediátricas. En el área de neonatología, la atención inmediata del recién nacido y evaluación en las primeras 48 horas de vida ayuda a identificar alteraciones y poder corregirlas a tiempo.

#### **Caso Clínico N° 5**

##### **Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

###### **Anamnesis:**

Acude a la guardia de emergencia pediátrica paciente varón de 4 años de iniciales N.D.Q.E, procedente del Hospital de Ventanilla por una referencia coordinada con diagnóstico presuntivo de intoxicación por organofosforados.

Paciente ingresa con soporte ventilatorio, acompañado de personal de salud y padres del menor. Refieren que no tienen claro el motivo por el cual el paciente se encuentra en tal estado, pero con los datos obtenidos en el interrogatorio se establece la presunción diagnóstica de aspiración de cuerpo extraño. Madre refiere que menor se encontraba jugando con trozos de Tecnopor y repentinamente presenta dificultad respiratoria y luego pérdida de conciencia.

Como antecedentes personales, el paciente no cuenta con inmunizaciones completas. Niega otras patologías. Antecedente epidemiológico: indigentes.

**Examen físico:**

Funciones vitales: presión arterial 90/70 mmHg, frecuencia cardíaca 85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 81% a FiO<sub>2</sub> 0.21.

Paciente con soporte ventilatorio mediante válvula-bolsa-mascarilla, en aparente mal estado general, mal estado nutricional y mal estado de hidratación.

Piel y faneras: Tibia, poco hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas húmedas, palidez ++/+++ . Cianosis perioral.

Tórax y pulmones: Amplexación torácica simétrica, patrón respiratorio irregular. Murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax. Se auscultan crépitos en ambos hemitórax.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, de buena intensidad y frecuencia. No soplos audibles. Pulsos periféricos palpables.

Abdomen: simétrico, distendido. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible. No impresiona doloroso a la palpación. Timpánico. No signos de irritación peritoneal.

Sistema nervioso central: No reacción a estímulos. No apertura ocular. No respuesta verbal.

**Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

Paciente requiere de una tomografía de tórax, sin embargo, al necesitar de soporte ventilatorio mediante ombú, la interna y residente de guardia continuaron ventilación manual durante procedimiento, con la respectiva protección del caso. Tomografía de tórax muestra patrón que se correlaciona con neumonía además de presencia de cuerpo extraño a nivel de laringe.

**Diagnósticos planteados:**

- Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño
- Insuficiencia respiratoria con oxígeno
- Neumonía adquirida en la comunidad
- Desnutrición calórico-proteica

- Riesgo social

### **Ampliación de historia clínica:**

Paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos (UCI) pediátrica para manejo inmediato de insuficiencia respiratoria. Luego de dos días pasa a sala de hospitalización pediátrica de donde es dado de alta al resolver el cuadro de neumonía.

## **Caso Clínico N° 6**

### **Hospital Emergencia Ate Vitarte**

#### **Anamnesis:**

Acude al servicio de Emergencia pediátrica una paciente mujer de 8 años acompañada de su madre, la cual refiere haber presentado prurito acompañado de un dolor de intensidad 8/10 a nivel de tórax derecho que se proyectan hasta región lumbar, posterior a ello aparecen unas lesiones de tipo pápulas que se proyectan desde la espalda hacia adelante. Por lo cual deciden acudir al Hospital.

Antecedentes personales, presentó varicela a los 4 años. Niega alergias

#### **Examen físico:**

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca 77 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, temperatura 36 °C, presión arterial 100/65 mmHg, saturación de oxígeno 99%

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, mucosas hidratadas, presencia de lesiones en forma de vesículas en racimos de uvas que se proyectan en dermatomas T9 y T10, palidez no, ictericia no, cianosis no.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: simétrico, no globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial.

Sistema Nervioso Central: Orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización.

### **Diagnóstico planteado**

- Herpes-Zoster

## **1.4 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

La rotación de cirugía general comprende el desarrollo de conocimientos teóricos llevados a la práctica para la resolución de distintas patologías quirúrgicas. Se requiere el manejo básico de atención inmediata de traumas, manejo de heridas, conocimiento e instrumentación quirúrgica y cuidado post operatorio.

### **Caso Clínico N° 7**

#### **Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

##### **Anamnesis:**

Acude a la guardia nocturna de emergencia paciente varón de 27 años de iniciales L. M. R, e ingresa directamente a la unidad de shock trauma por herida por proyectil de arma de fuego en región abdominal. Luego de la estabilización inicial del paciente, es evaluado por el equipo de guardia de cirugía general para manejo quirúrgico de emergencia.

##### **Examen físico:**

Funciones vitales: presión arterial 100/70 mmHg, frecuencia cardiaca 103 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 23 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 96% a FiO2 0.21.

Paciente ingresa con fascie dolorosa, con doble acceso venoso periférico.

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas húmedas, palidez ++/+++. Múltiples escoriaciones en rostro, tórax y miembros superiores e inferiores.

Tórax y pulmones: Amplexación torácica simétrica, patrón respiratorio regular. Murmullo vesicular en ambos hemitórax. Uso de musculatura accesoria para la inspiración. No se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, intensidad y frecuencia aumentadas. No soplos audibles. Pulsos periféricos palpables.

Abdomen: asimétrico, plano. Ruidos hidroaéreos presentes. Solución de continuidad compatible con orificio de entrada de proyectil de arma de fuego en mesogastrio, con signos de flogosis y sangrado. Blando, depresible. Doloroso a la palpación. Timpánico.

Sistema nervioso central: Despierto, reactivo a estímulos, lenguaje coherente, pupilas isocóricas fotoreactivas.

#### **Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

Se realiza ECO-FAST evidenciando líquido libre en cavidad abdominal, motivo por el cual ingresa a sala de operaciones de emergencia para exploración abdominal y reparación de hallazgos.

#### **Diagnósticos planteados:**

- Herida por proyectil de arma de fuego en región abdominal.
- Perforación de intestino

#### **Ampliación de historia clínica:**

Paciente tolera acto operatorio donde se reporta perforación yeyunal, por lo que realiza mediante laparotomía exploratoria una yeyunostomía y lavado de cavidad peritoneal. Pasa a recuperación y posteriormente a sala de hospitalización portando sonda nasogástrica y bolsa de yeyunostomía, además de cicatriz quirúrgica mediana supra e infraumbilical y dren.

En los días posteriores se evidencia mediante la sonda nasogástrica líquido de características biliosas. Además, se evidencia una fístula entero-cutánea de alto gasto que progresa de manera favorable hacia abajo gasto y posterior resolución. Paciente ambula, tolera vía oral y luego de 34 días de estancia hospitalaria es dado de alta y programado para control por consultorio.

Se reportan dos ingresos posteriores por emergencia donde presenta fiebre y secreción purulenta por boca de yeyunostomía, pero luego de las nuevas estancias hospitalarias sale de alta con control por consulta externa.

## **Caso Clínico N° 8**

### **Hospital Emergencia Ate Vitarte**

#### **Anamnesis:**

Acude a Emergencia del servicio de Cirugía General un paciente varón de 19 años, el cual presenta un tiempo de enfermedad de 12 horas de evolución. Refiere que hace 12 horas presentó un dolor inespecífico, de intensidad 6/10 a nivel abdominal asociado a hiporexia y náuseas. Hace 4 horas el dolor aumenta de 8/10 que migra a fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos en 2 oportunidades de contenido alimenticio. Hace 1 hora refiere que el dolor aumenta en fosa iliaca de 9/10 y se asocia fiebre, cuantificada por familiar del paciente en 38.5 °C, por lo cual deciden acudir a la emergencia.

Antecedentes quirúrgicos: Niega, alergias: Niega

#### **Examen físico:**

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca 90 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, presión arterial 110/60 mmHg, temperatura 38 °C, saturación de O<sub>2</sub> 97%, talla 1.70 metros y peso de 72 kilogramos. IMC: 21.17

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, mucosas hidratadas, palidez no, ictericia no, cianosis no.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos

Abdomen: Simétrico, no globuloso, poco tejido adiposo. Ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la digitopresión profunda y superficial en fosa iliaca derecha, puntos dolorosos de Mc Burney positivo, Rovsing positivo.

Sistema Nervioso Central: Orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no focalización

**Diagnósticos planteados:**

- Síndrome de dolor abdominal
- Abdomen Agudo Quirúrgico a descartar apendicitis aguda

## **CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

Los casos expuestos se desarrollaron en 2 hospitales tanto en Lima como en el Callao:

### **Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

Hospital con 82 años de historia, ubicado en el distrito de Bellavista en la Provincia Constitucional del Callao. Pertenece a la DIRESA Callao. Es, actualmente, el establecimiento de salud de mayor resolución en la red de establecimientos del Ministerio de Salud a nivel Callao, hospital de referencia a nivel nacional y sede docente de diversas universidades, incluida la Universidad de San Martín de Porres. Es un Hospital Nacional Categoría III-1 en el cual se realizaron las rotaciones de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología y Cirugía general en el periodo junio 2022-marzo 2023. Además de las rotaciones programadas, la variedad y complejidad de los casos evaluados permitió la rotación en servicios de traumatología, gastroenterología, oncología, neurología, entre otros; asegurando siempre el acompañamiento de docentes y personal de salud de excelente nivel y con los protocolos reglamentarios para el correcto desarrollo de las actividades, asegurando la salud tanto de internos como de pacientes.

### **Hospital de Emergencias Vitarte**

El hospital se encuentra ubicado en el distrito de Ate-Vitarte, dentro de Lima Metropolitana, perteneciente a la DIRIS Lima Este. El hospital cuenta con la particularidad de tener dos unidades ejecutoras, la 050 y la unidad ejecutora 148. La unidad 050 fundada en 1957 empezando como un puesto de salud, para luego ir progresando hasta contar con diferentes especialidades médicas. Por último, la unidad ejecutora 148 fundada en el año 2022. En este hospital se pudo hacer las rotaciones de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología y Cirugía General entre los meses de noviembre 2022 a marzo 2023. Durante este periodo la rotación contó con un nuevo y moderno hospital de nivel II-2 el cual brindaba todos los implementos necesarios para poder ejercer la práctica clínica.

## **CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

El internado médico en hospitales de gran posibilidad de resolución permite la evaluación de diversos casos, así como distintos enfoques y manejo, lo que permite el contraste entre la información teórica, la evidencia científica y el manejo en la práctica médica. Debido a ello es posible establecer puntos de comparación y similitud en los enfoques y manejos, siempre teniendo como principal meta la mejoría del paciente.

### **3.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

#### **Caso clínico 1:**

Se expuso el caso de una gestante adolescente mal controlada. Se entiende como control prenatal al conjunto de procedimientos y actividades que toman lugar durante la gestación y buscan el monitoreo e identificación de factores de riesgo o patologías ya establecidas que ponen en riesgo la salud tanto materna como fetal. (3) Según lo dispuesto por el Ministerio de Salud del Perú, una gestante debe tener como mínimo seis controles prenatales (4) y según la Organización Mundial de la Salud estos deben ser cuando menos ocho (5), los cuales se registran en la cartilla de control prenatal que cada gestante debe portar.

Es importante detallar que, durante la atención a la gestante en el control prenatal, que comprende la atención por un profesional de la salud, se busca identificar aquellos antecedentes y factores de riesgo que pueden comprometer la salud intrauterina del feto, la salud materna y también que pueden predisponer a complicaciones relacionadas al parto. (6)

En el caso planteado el principal factor de riesgo es la edad de la madre. La Organización Mundial de la Salud reporta que madres entre 10 y 19 años presentan mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas. Por otro lado, los bebés de madres adolescentes presentan mayor riesgo de presentar bajo peso al nacer, ser prematuros o presentar alguna afección grave en el periodo neonatal. (7)

Por último, resalta el acceso de manera fácil y gratuita que reciben las puérperas a asesoría en planificación familiar ya que se sabe que el arma más poderosa para la toma consciente de decisiones es la información verídica y actualizada. Resulta de gran utilidad que puedan acceder a un método anticonceptivo de manera gratuita incluso durante la estancia hospitalaria de puerperio, siempre bajo el consentimiento informado de la paciente. (8)

### **Caso clínico 2:**

Se define como ruptura prematura de membranas corioamnióticas cuando se presenta luego de las 22 semanas de gestación y antes del inicio de trabajo de parto. Esta patología se presenta hasta en el 3-4% de los embarazos y precede al 40-50% de los partos en prematuros. (9) Es de suma importancia poder detectar a tiempo una ruptura de membrana ya que puede condicionar en la paciente y en el futuro producto infecciones, lo cual puede comprometer la vida de ambos pacientes. Es importante poder reconocer los factores de riesgo que se puedan presentar en toda gestante que está llevando su control prenatal ya sea en el hospital o en su centro de salud. Entre los factores de riesgo a identificar tenemos al embarazo múltiple y polihidramnios, infecciones cervicovaginales, presentación podálica y transversa, antecedente de ruptura prematura de membrana y parto pretérmino, infección urinaria, traumatismos y pruebas auxiliares invasivas.(10)

Para la detección de una ruptura prematura de membrana es importante poder hacer uso de exámenes auxiliares que nos podrán acercar aún más al diagnóstico. Se puede realizar mediante Especuloscopia y evidenciar la pérdida de líquido amniótico mediante maniobras de valsalva que fue lo que se realizó en el presente caso para su detección. Entre otros exámenes se puede realizar la prueba de pH o test de Nitriazina,(11) el cual consiste en utilizar un papel de tornasol, la cual medirá el valor de pH vaginal siendo esta ligeramente alcalino en presencia de líquido amniótico. La prueba de helecho o test de Fern (12)es un examen el cual se realiza mediante la visualización de cristales en forma de helecho por medio de un microscopio o en todo caso de poder contar con ecografía poder determinar oligohidramnios. (13)

La paciente es valorada por el ginecólogo y obstetra de guardia el cual indica cesárea por presentar líquido meconial ante una ruptura prematura de membrana. Previa a la cirugía se coloca una vía EV para administración de ampicilina 1 gramo EV según indicación de Flujograma MINSA.(10) Entre los hallazgos se recibe un recién nacido vivo de sexo masculino, con peso de 3350, APGAR de 9-9, talla 49 cm, perímetro cefálico 34.2, perímetro torácico de 34, edad gestacional de 40 semanas con presencia de líquido amniótico meconial de escasa cantidad.

A pesar de ser una ruptura prematura de membrana de 2 horas de evolución es importante valorar los signos de alarma como son la fiebre materna, alteración de latidos fetales, disminución de latidos fetales o presencia de Oligoamnios severo, porque estos pueden ser indicadores de complicaciones de la ruptura de membrana como la corioamnionitis, endometritis puerperal, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis y shock séptico. (14)

### **3.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

#### **Caso clínico 3:**

El caso clínico presentado muestra a una paciente con pancitopenia, la cual se define como una afección en la que las tres líneas celulares (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) se encuentran disminuidas en número de manera simultánea. (15) Como suele ser común, es un hallazgo incidental, en el presente caso clínico la paciente ingresa por emergencia bajo el cuadro de un evento cerebrovascular (ECV) y al realizar los exámenes de laboratorio basales se encuentra esta disminución en la analítica de sangre periférica.

Dentro de los estudios siguientes al diagnóstico planteado se realiza la biopsia y aspirado de médula ósea tomando como área de aspirado la cresta iliaca posterosuperior. (16) Posterior a este estudio se establece como diagnóstico sindrómico un síndrome mielodisplásico definido como un grupo de trastornos caracterizados por bajos recuentos de líneas celulares y falla en la hematopoyesis. (17)

En el caso específico de la paciente que se presentó en párrafos anteriores uno de los principales riesgos a los que se vio expuesta fue el sangrado inminente por la trombocitopenia severa con riesgo vital debido a un recuento de plaquetas inferior a 20000, (18) por lo que la transfusión de plaquetas fue fundamental para preservar la vida de la paciente. Así mismo, el examen físico meticuloso diario de la paciente permite descartar signos de sangrado, ya sea sangrado gastrointestinal a través de evidencia por las heces, sangrado gingival, presencia de petequias o equimosis, entre otros.

Al lograr estabilizar a la paciente, fue asumida por el servicio de oncología para mejor estudio del cuadro que presenta.

#### **Caso clínico 4:**

En el presente caso se determinó un paciente con un diagnóstico de Estado Hiperosmolar Hiperglucémico. Esta es una enfermedad la cual se presenta en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 sin haber tenido un control de la glucosa o tratamiento, ya sea por una deficiencia relativa de la insulina que conlleva a la eliminación de glucosa por la orina en conjunto con agua, resultando en una deshidratación y por ende elevando la osmolaridad plasmática. (19)

Es importante poder determinar mediante exámenes de laboratorio el Estado Hiperosmolar Hiperglucémico, la cual se determina por un pH > 7.30, una osmolaridad plasmática > 320 mOsm/kg, un estatus mental en estupor o coma y una glucosa > 600 mg/dl. (20) Con estos valores se pudo determinar que el paciente presentado en el caso clínico presentó el Estado Hiperosmolar Hiperglucémico.

El tratamiento para este paciente consiste principalmente en una rehidratación inicial con NaCl 0.9% a 1 L/h. Se debe también administrar insulina regular endovenoso de 0,1 U/Kg/bolo, luego continuar en infusión continua de 0.1 U/Kg/h. Se debe hacer hincapié también en poder evaluar los niveles de K<sup>+</sup> en el paciente ya que si los valores de K<sup>+</sup> están por debajo de 3, se deberá colocar un reto de K<sup>+</sup> (40 mEq/h.), y no requerirá administración de insulina, sin embargo, valores de K<sup>+</sup> entre 3.3-5.2, el reto de K<sup>+</sup> deberá ser de 20 mEq/h en conjunto con la administración de insulina como se detalló previamente. Pero si

los valores de K<sup>+</sup> están por encima de 5 no requerirá reto de K<sup>+</sup> y solo se deberá tratar con insulina, ya que la insulina provocará el ingreso de K<sup>+</sup> al nivel intracelular. (21)

### **3.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA**

#### **Caso clínico 5:**

La aspiración en cuerpo extraño es un caso que se presenta frecuentemente en la emergencia pediátrica, especialmente en niños menores de 3 años. (22) El caso presentado ejemplifica la gravedad a la que puede llegar esta entidad, pues si bien muchos de los casos resuelven espontáneamente debido al mecanismo de ingesta que permite la expulsión del objeto extraño por el tracto gastrointestinal, aquellos cuerpos extraños que se aspiran pueden generar obstrucción de la luz del árbol respiratorio. Por lo expuesto es que la complicación más grande es el aumento de la morbimortalidad en el paciente pediátrico. (23)

El uso de tomografía para apoyo al diagnóstico ha demostrado gran utilidad en el diagnóstico y abordaje inicial en casos de obstrucción de vía aérea por aspiración de objeto extraño gracias a su precisión, rapidez y accesibilidad. (24) En el caso clínico además de ello, ayudó a identificar un patrón patológico pulmonar que se correlaciona con neumonía, dato no menor teniendo en cuenta la gravedad de estado del paciente quien cursaba con insuficiencia respiratoria lo cual conllevó a su estadía en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Resalta en el desarrollo de este caso clínico la importancia que radica en una adecuada anamnesis, interrogatorio y manejo oportuno del paciente pediátrico, que tiene como resultado la resolución del caso que, luego de la estancia hospitalaria, permitió que el paciente sea dado de alta sin mayores complicaciones. (25)

#### **Caso clínico 6:**

La presentación del caso clínico corresponde a un Herpes zoster, el cual es una enfermedad causada por el virus herpes humano tipo 3 o varicela zoster que

contiene un ADN, es un virus perteneciente a la familia Herpesviridae, subfamilia, alfa herpesvirinae, del género Varicelovirus. (26) En pediatría esta es una enfermedad que no suele presentarse de forma muy común. Se presenta principalmente como una reactivación del virus de varicela zoster y generalmente no se presenta con complicaciones, como si suele presentarse en pacientes adultos. (27) Esta es una enfermedad que se desarrolla principalmente de forma benigna aproximadamente entre los 50 años, de estas un 20% se presenta en adultos entre 50-59 años y un 40% ocurre por encima de los 60 años. (28)

En el caso de la paciente fue tratada con aciclovir de 180 miligramos cada 4 horas por 5 días, a una dosis de 30mg/kg/día. El dolor remitió a los 3 días y las lesiones vesiculares fueron secándose hasta formarse costra hasta desaparecer en los siguiente 8-10 días, sin dejar ningún tipo de secuelas.

Es importante poder diagnosticar de forma clínica esta patología para poder dar un tratamiento oportuno. Así como también poder detectar en niños inmunosuprimidos, ya que la manifestación de la enfermedad suele ser más abrupta siendo muy similar a un cuadro de un paciente adulto que se manifiesta con neuralgia post herpética, sobreinfección bacteriana, neumonías por sobreinfección o hepatitis. (29)

Existen también otros métodos de diagnósticos como por ejemplo la reacción en cade de la polimerasa (PCR) o por tinción inmunohistoquímica directa obtenidas de las lesiones cutáneas, (30) pero no siempre suelen estar al alcance, por lo cual se enfatiza en la importancia de la detección clínica mediante las formas de vesículas que se proyectan sobre uno o dos dermatomas.

### **3.4 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

#### **Caso clínico 7:**

Los pacientes que acuden a emergencia por lesiones por proyectil de arma de fuego (PAF) requieren de una evaluación rápida pero meticulosa pues la atención precoz es la clave para mejorar el pronóstico y sobrevivencia del paciente. (31). Resulta imprescindible conocer el manejo inicial y atención del paciente con

heridas penetrante por PAF en el contexto de violencia en el que vivimos, pues a nivel global representan el 9.6% de carga global de enfermedad y son la tercera causa de muerte en la población adulta. (32)

En el caso clínico presentado es importante recordar los aspectos expuestos en la guía de Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS) (33). Aquellas heridas en el área abdominal cobran especial importancia por las complicaciones propias de perforación de víscera, ya sea sólida o hueca, que implica el trauma a este nivel. Así mismo, es importante reconocer las estructuras vasculares que se encuentran en esta región pues la lesión de estas conlleva a profusas hemorragias. (34)

En el caso planteado fue fundamental el estabilizar inicialmente al paciente en la unidad de shock trauma. Una vez estable, la evaluación por Eco-Fast (*Focused Assessment with Sonography in Trauma*) resulta muy útil pues permite la rápida toma de decisiones con criterios tanto clínicos como imagenológicos. (35)

La fístula yeyunal que presentó el paciente es una de las complicaciones esperadas en lesiones de este segmento intestinal. Una fístula de alto gasto se acompaña de complicaciones tanto propias de la patología como desnutrición, infección de sitio operatorio, entre otras, así como las complicaciones asociadas a la prolongada estancia hospitalaria que conlleva. (36)

El paciente expuesto, con un adecuado manejo del post operatorio así como la atención multidisciplinaria conjunta con nutrición y rehabilitación, adicionado a curaciones meticulosas y evaluaciones diarias logró la recuperación y posterior alta para control ambulatorio.

### **Caso clínico 8:**

La apendicitis aguda es una enfermedad la cual se caracteriza por ser una emergencia quirúrgica abdominal que más frecuentemente se presenta en el mundo, con una presentación de riesgo durante la vida de 8.6% en varones y un riesgo de 6.0% en mujeres. (37) Hoy en día la operación de una apendicitis aguda llega a no ser complicada siempre y cuando se detecte a tiempo ya que

dependiendo de la hora de presentación de la patología esta puede incluso a condicionar a presentarse como una perforación de la apendicitis desencadenando en una peritonitis, la cual el manejo puede llegar a ser más complicado. (38) Es por ello la importancia de poder detectarla a tiempo, y para ello se cuentan con diferentes escalas para la determinación de la enfermedad. Entre las que más se usan dentro de la práctica clínica tenemos la escala de Alvarado o el Apendicitis Inflammatory Response (AIR) score. (39)

La escala de Alvarado es de suma importancia en la detección de la apendicitis aguda, así como también nos indica el actuar del médico frente a diferente puntaje que represente la patología. En el caso descrito tenemos un paciente varón el cual presentó migración del dolor que al inicio fue inespecífico y luego se localizó en fosa iliaca derecho, lo cual nos da un puntaje de 1. Presentó a su vez también hiporexia y náuseas, las cuales cada uno representa un puntaje de 1. El paciente no llegó a presentar en la emergencia signo de rebote, pero si presentó dolor en fosa iliaca derecha, con un puntaje de 2, asociado a fiebre de 38 °C, con un puntaje de 1. A nuestro paciente en la emergencia se le realiza un hemograma completo el cual evidencia leucocitosis > 10 000 células/mm<sup>3</sup>, con un puntaje de 2 y desviación a la izquierda con un puntaje de 1. En total el paciente se califica con un puntaje de 9 de 10 en la escala de Alvarado por lo cual es candidato a una apendicectomía laparoscópica.

Es importante primero poder discernir y diferenciar entre las otras patologías que se pueden presentar de forma muy parecida a una apendicitis aguda entre pacientes jóvenes y varones. Uno de los diagnósticos que se podría pensar también podría deberse a una infección de tracto urinario alto, que se caracteriza por presentar fiebre y dolor en fosa iliaca, sin embargo nuestro paciente nunca manifestó problemas renales como disuria, además que la presentación llega a ser progresiva en el tiempo, mientras que la apendicitis se presenta de forma más aguda y brusca con migración de dolor clásico que empieza en epigastrio, pasando por mesogastrio y terminando localizándose en fosa iliaca derecha. (40)

El paciente fue intervenido a una apendicectomía laparoscópica, la cual se encontró un apéndice en su fase necrosada en su tercio distal y supurada en los dos tercios restantes con base apendicular en buen estado sin liquido

inflamatorio en cuadrantes, no perforada, por lo cual no hubo ninguna complicación en la cirugía y el paciente se quedó un día hospitalizado para valorar funciones vitales y herida operatoria, para luego ser dado de alta.

## CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La formación médica en el Perú para un estudiante de medicina se basa principalmente en 3 etapas, una primera etapa de formación de ciencias básicas, la segunda etapa de formación clínica y una tercera y última etapa que comprende el Internado Médico. Ninguna de las etapas puede estar desligada de la otra, y cada una de ellas tiene un valor e importancia agregada para el desarrollo de una buena formación médica. Es importante recalcar que tanto la parte de ciencias básicas y de formación clínica son de vitalidad para un buen desempeño en el Internado Médico, puesto que esta es la última etapa de la formación en la que todo estudiante de medicina pondrá todos sus conocimientos en práctica dentro de un ambiente clínico real, frente a pacientes reales con dolencias reales.

Sin embargo, el problema de la pandemia provocó que se redujera la formación médica en el internado de 12 meses a 10 meses siendo esta una etapa de vital importancia de todo futuro médico. Aun así, creemos que el aprendizaje dentro de los hospitales o centros de salud fueron los indicados para poder ejercer bajo supervisión médica, la práctica clínica. Creemos que existen deficiencias en los establecimientos de salud en la cual el interno de medicina no contaba con las herramientas necesarias para un buen aprendizaje, sin embargo, es una situación que se verá reflejada en el SERUM por lo que puede ser también una preparación para poder reaccionar de manera oportuna y con ingenio en otros establecimientos en los cuales no lleguen los insumos necesarios para ejercer la medicina.

El interno de medicina también se enfrenta a diferentes situaciones durante su última etapa de formación, como por ejemplo el Examen Nacional de Medicina (ENAM), un examen el cual determina mediante un examen de opción múltiple el nivel de aprendizaje que obtuviste durante los 7 años de formación y el cual es importante para la elección de plazas de SERUM y residentado médico. Todo ello durante un contexto de formación y estudio constante durante los 10 meses de internado médico, se recibió apoyo también de la universidad la cual contaba

con un desarrollo de simulacros durante los fines de semanas para llegar de manera óptima y en mejor condición de preparación al ENAM.

Si bien es cierto que es una etapa compleja de la formación médica, también es uno de los mejores momentos de la carrera en la cual uno puede poner en práctica todo lo aprendido durante sus años de formación, adquirir conocimientos de forma directa y rápida con el paciente, pero sobre todo aprender a cómo tratar a las personas y no enfermedades, de esta forma generar y entablar una relación médico-paciente de la forma más empática posible. Es por tal motivo lo antes mencionado la importancia del internado médico y la importancia de que esta vuelva a presentarse por 12 meses y no 10 meses como se presentó en esta oportunidad por la situación de actual de pandemia por COVID-19, con el fin de poder tener más tiempo de aprendizaje de forma directa en los hospitales.

## CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa importante en la formación de todo médico ya que se puede plasmar todo lo aprendido durante los años de formación sobre el paciente, siempre contando bajo la supervisión de un médico especializado, el cual también nos provee de sus conocimientos y habilidades de la práctica clínica. La formación durante el hospital nos enseña a poder desenvolvernos frente a situaciones reales de emergencia y como poder actuar, así como también el manejo de pacientes hospitalizados y ver su evolución día a día.

Por otro lado, la experiencia encontrada en los centros de salud también son de importancia puesto que se puede ver la realidad del sistema de salud y en la capacidad que tiene cada interno de medicina para poder manejar situaciones médicas bajo un contexto diferente el cual muchas veces no contaremos con los insumos necesarios para el ejercicio de la práctica médica. También es importante poder ver el manejo de un centro de salud bajo la dirección de un médico ya que también estaremos ligados en el SERUM a realizar dichas actividades de administrador de un puesto de salud.

Durante la etapa del internado se adquieren nuevas habilidades, conocimientos y experiencias, por lo cual, es una etapa que debe ser tomada de forma responsable y organizada porque se está tratando con personas, donde se busca primero no hacer daño y lograr llegar a un diagnóstico certero para poder generar un tratamiento óptimo dependiendo de la situación de cada paciente. Así como también aprendemos mucho sobre el valor humano y el trabajo en equipo multidisciplinario para poder lograr metas y/u objetivos planteados ya sea por un puesto de salud o un hospital de alta complejidad.

## RECOMENDACIONES

- Se sugiere implementar un año de externado médico con el fin de que la transición al internado médico no se dé de forma abrupta.
- Las universidades deberían establecer más preparación para el ENAM, ya sea generando convenios con otras universidades o academias particulares.
- No dejar de lado las exposiciones de casos clínicos durante el ejercicio de la práctica clínica en los hospitales, bajo supervisión de médicos especialistas y tutores de las universidades.
- Aprobación de la “Ley del Internado” N.º 6969
- Establecer horarios estratégicos para el desarrollo de simulacros en los distintos servicios.
- Generar incentivos para los alumnos que aprueben el ENAM con notas superiores al promedio.
- Establecer un plan estratégico para el apoyo al estudiante que no apruebe el ENAM.
- Establecer de forma constante un apoyo psicológico para los internos de medicina durante esta etapa de formación.
- Fomentar y establecer guías para el acompañamiento del proceso de trámites para bachiller, titulación registro en ASPEFAM y registro a SERUM.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Visión y Misión – Hospital Nacional [Internet]. [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/vision-y-mision/>
2. Hospital Vitarte [Internet]. [cited 2023 Apr 13]. Available from: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/MisionVision.aspx>
3. Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):880–6.
4. Embarazadas deben recibir como mínimo 6 atenciones durante la gestación - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31002-embarazadas-deben-recibir-como-minimo-6-atenciones-durante-la-gestacion>
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. 2016 [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?sequence=1>
6. Castañeda Paredes J, Santa-Cruz-Espinoza H, Castañeda Paredes J, Santa-Cruz-Espinoza H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Enfermería Global [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 13];20(62):109–28. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412021000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Adolescent pregnancy [Internet]. [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
8. Obtener implante anticonceptivo femenino - Servicio - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://www.gob.pe/7316-obtener-implante-anticonceptivo-femenino>
9. Menon R, Richardson LS. Preterm prelabor rupture of the membranes: A disease of the fetal membranes. Semin Perinatol [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2023 Apr 13];41(7):409–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807394/>

10. De Salud M. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA.
11. Seeds AE, Hellegers AE. Acid-base determinations in human amniotic fluid throughout pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1968 May 15 [cited 2023 Apr 13];101(2):257–60. Available from: <http://www.ajog.org/article/0002937868901968/fulltext>
12. Tchirikov M, Schlabritz-Loutsevitch N, Maher J, Buchmann J, Naberezhnev Y, Winarno AS, et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): Etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *J Perinat Med* [Internet]. 2018 Jul 26 [cited 2023 Apr 13];46(5):465–88. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2017-0027/html>
13. Chamberlain PF, Manning FA, Morrison I, Harman CR, Lange IR. Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume: I. The relationship of marginal and decreased amniotic fluid volumes to perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1984 Oct 1 [cited 2023 Apr 13];150(3):245–9. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937884903594/fulltext>
14. Abrahami Y, Saucedo M, Rigouzzo A, Deneux-Tharoux C, Azria E. Maternal mortality in women with pre-viable premature rupture of membranes: An analysis from the French confidential enquiry into maternal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Apr 13];101(12):1395–402. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.14452>
15. Definición de pancitopenia - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/pancitopenia>
16. Aspiración y biopsia de médula ósea - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/bone-marrow-biopsy/about/pac-20393117>
17. Síndrome mielodisplásico: I. Biología y clínica [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from:

- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892000000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892000000100001)
18. Campuzano Maya G. Módulo 1 (La clínica y el laboratorio), número 64. *Medicina & Laboratorio*. 2007;13:411–35.
  19. English P, Williams G. Hyperglycaemic crises and lactic acidosis in diabetes mellitus. *Postgrad Med J* [Internet]. 2004 May [cited 2023 Apr 14];80(943):253. Available from: </pmc/articles/PMC1742991/?report=abstract>
  20. Gosmanov AR, Gosmanova EO, Kitabchi AE. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. *Acute Endocrinology* [Internet]. 2021 May 9 [cited 2023 Apr 14];119–47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279052/>
  21. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barrett EJ, Kreisberg RA, Malone JL, et al. Management of Hyperglycemic Crises in Patients With Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2001 Jan 1 [cited 2023 Apr 14];24(1):131–53. Available from: <https://diabetesjournals.org/care/article/24/1/131/21107/Management-of-Hyperglycemic-Crises-in-Patients>
  22. Foreign object inhaled: First aid - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/first-aid/first-aid/basics/art-20056612>
  23. Tuñón AL. Ingesta-aspiración de cuerpo extraño. [cited 2023 Apr 14]; Available from: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)
  24. Wang ML, Png LH, Ma J, Lin K, Sun MH, Chen YJ, et al. The Role of CT Scan in Pediatric Airway Foreign Bodies. *Int J Gen Med* [Internet]. 2023 Feb 15 [cited 2023 Apr 14];16:547–55. Available from: <https://www.dovepress.com/the-role-of-ct-scan-in-pediatric-airway-foreign-bodies-peer-reviewed-fulltext-article-IJGM>
  25. Metrangolo S, Monetti C, Meneghini L, Zadra N, Giusti F. Eight years' experience with foreign-body aspiration in children: What is really important for a timely diagnosis? *J Pediatr Surg*. 1999;34(8).
  26. DeCS [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30982>

27. Cofré J. Herpes zoster. En: Banti A ledermann WJ. Enfermedades Infecciosas en Pediatría [Internet]. 2ed ed. Cofré J, editor. 2001 [cited 2023 Apr 14]. 313–314 p. Available from: <https://typeset.io/pdf/enfermedades-infecciosas-en-pediatria-banfi-a-ledermann-w-4ylrbj59zh.pdf>
28. Aarli JA, Abramsky O, Yawn BP, Gildea D. The global epidemiology of herpes zoster. *Neurology* [Internet]. 2013 Sep 3 [cited 2023 Apr 14];81(10):928–30. Available from: <https://n.neurology.org/content/81/10/928>
29. Schmader K. Herpes Zoster. *Ann Intern Med*. 2018 Dec 18;169(12):897.
30. Sauerbrei A. Diagnosis, antiviral therapy, and prophylaxis of varicella-zoster virus infections. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2023 Apr 14];35(5):723–34. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10096-016-2605-0>
31. Ramos Xavier L, Alves Crespo M, Soares De Oliveira CM, De Freitas Baldez L, Clínic C, Ramos L, et al. Tratamiento inicial de heridas por proyectil de arma de fuego. A propósito de un caso clínico Initial treatment of gunshot wounds. A clinical case report. 2008;
32. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 | Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-article/global-and-regional-mortality-235-causes-death-20-age-groups-1990-and-2010>
33. Student Course Manual ATLS® Advanced Trauma Life Support®. 2018;
34. Cantú-Alejo DR, Reyna-Sepúlveda F, García-Hernández S, Sinsel-Ayala J, Hernández-Guedea M, Pérez Rodríguez E, et al. Presentation, management and evolution of patients with abdominal gunshot wound. A decade of violence in Mexico. 2020 [cited 2023 Apr 14]; Available from: [www.cirugiyacirujanos.com](http://www.cirugiyacirujanos.com)
35. Ecografía fast en la evaluación de pacientes traumatizados [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011704758>

36. Almeida Varela R, Suárez Echeverría O, Pérez Gutiérrez O, Selman Houssein E, Cordovés Sánchez C, García Ruiz Y. Fístula de alto gasto. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 14];51(2):187–200. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932012000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
37. Körner H, Söndena K, Söreide JA, Andersen E, Nysted A, Lende TH, et al. Incidence of Acute Nonperforated and Perforated Appendicitis: Age-specific and Sex-specific Analysis. *World Journal of Surgery* 1997 21:3 [Internet]. 1997 [cited 2023 Apr 14];21(3):313–7. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s002689900235>
38. Wen SW, Naylor CD. Diagnostic accuracy and short-term surgical outcomes in cases of suspected acute appendicitis. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 1995;152(10):1617–26.
39. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* [Internet]. 1986 May 1 [cited 2023 Apr 14];15(5):557–64. Available from: <http://www.annemergmed.com/article/S0196064486809933/fulltext>
40. Lee SL, Walsh AJ, Ho HS, Schwesinger WH, Grosfeld JL, Kuhn J, et al. Computed Tomography and Ultrasonography Do Not Improve and May Delay the Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis. *Archives of Surgery* [Internet]. 2001 May 1 [cited 2023 Apr 14];136(5):556–62. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/391421>