



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL "CENTRO
MEDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA"
DURANTE EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
LETICIA CRISTINA CHUQUIRUNA ESTRELLA**

**ASESOR
FERNANDO LIBERATO FELLES**

**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/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL "CENTRO
MEDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA"
DURANTE EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

LETICIA CRISTINA CHUQUIRUNA ESTRELLA

ASESOR

DR. FERNANDO LIBERATO FELLES

**LIMA - PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Johandi Delgado Quispe

Miembro: Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis abuelitos, en especial a mi abuelita que Dios la tenga en su gloria y ahora es un ángel en mi vida y desde donde este siempre me guía.

A mis padres, por su apoyo incondicional y su paciencia durante todos estos años de carrera.

A toda mi familia y amigos que son lo más valioso que tengo.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer la experiencia hospitalaria de lo que es el internado médico en la carrera de medicina humana, por ello este documento está basado en las prácticas hospitalarias del último año, en el centro médico naval durante el periodo 2022-2023 en las áreas de ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna. Se reúne la trayectoria profesional previo al internado además de mostrar los logros alcanzados en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos; así mismo se describe como se adquirió las competencias para un buen diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías más comunes e importantes en la vida profesional de un médico.

Objetivo: Exponer la experiencia hospitalaria durante el último año de carrera médica en un centro médico del Perú en el periodo 2022-2023.

Materiales y métodos: La población que se estudió fueron pacientes que se atendían en el centro médico naval de donde se recopilaron 8 historias clínicas.

Resultados: en la primera rotación de ginecología y obstetricia se presenta a una paciente mujer de 31 años con el diagnóstico de ingreso de Síndrome Doloroso Abdominal, diagnóstico final de Embarazo ectópico roto; y a una paciente mujer de 25 años con el diagnóstico de ingreso de Síndrome Doloroso Abdominal, diagnóstico final de Enfermedad pélvica inflamatoria. En la segunda rotación de pediatría, se presenta a un paciente varón de 2 meses con el diagnóstico de ingreso Síndrome diarreico agudo, diagnóstico final de campilobacteriosis; ya a una paciente mujer de 14 años con el diagnóstico de ingreso d/c TVP y TEP, diagnóstico final de trombosis venosa profunda. En la tercera rotación que fue de cirugía general, se presenta a un paciente varón de 69 años con el diagnóstico de ingreso litiasis renal derecha, diagnóstico final de Hidroureteronefrosis derecha; y un paciente varón de 40 años con el diagnóstico de ingreso d/c Fractura de dedo de pie derecho, diagnóstico final de Fractura de falange proximal del 5to dedo de pie derecho. Finalmente, en la rotación de medicina interna se presenta a una paciente mujer de 28 años con el diagnóstico de ingreso de Síndrome Doloroso Abdominal, diagnóstico final de Colecistitis aguda; y a una paciente mujer de 37 años con el diagnóstico de ingreso de Síndrome Doloroso Abdominal, diagnóstico final de Apendicitis aguda.

Conclusiones: El internado médico es una etapa que duró 10 meses en donde se consolidan las bases teóricas obtenidos durante la carrera universitaria y se adquieren conocimientos en base al contacto con los pacientes, analizar cada caso clínico y el manejo que se le da.

Palabras clave: Internado médico, Experiencia hospitalaria, Trayectoria profesional, Centro Médico Naval.

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this paper is to present the hospital experience of what is the medical internship in human medicine, so this document is based on hospital practices of the last year, at the naval medical centre for the period 2022-2023 in the areas of gynecology and obstetrics, pediatrics, general surgery and internal medicine. It gathers the professional trajectory prior to the internship in addition to showing the achievements achieved in the acquisition of theoretical and practical knowledge; likewise it describes how the competences were acquired for a good diagnosis, treatment and rehabilitation of the most common and important pathologies in the professional life of a doctor.

Objective: To present the hospital experience during the last year of medical career in a medical center in Peru in the period 2022-2023.

Materials and methods: The population studied were patients who were treated at the naval medical center from where 8 medical records were collected.

Results: in the first rotation of gynecology and obstetrics, a 31-year-old female patient is presented with the admission diagnosis of abdominal pain syndrome, final diagnosis of ruptured ectopic pregnancy; and a 25-year-old female patient with admission diagnosis of abdominal painful syndrome, final diagnosis of pelvic inflammatory disease. In the second pediatric rotation, a 2-month-old male patient with the admission diagnosis Acute diarrheal syndrome, final diagnosis of campilobacteriosis; and a 14-year-old female patient with the admission diagnosis d/c DVT and PE, final diagnosis of deep vein thrombosis. In the third rotation that was of general surgery, a 69-year-old male patient is presented with the diagnosis of right renal lithiasis admission, final diagnosis of right Hydroureteronephrosis; and a 40-year-old male with admission diagnosis d/c Right toe fracture, final diagnosis of Proximal phalanx fracture of the 5th right toe. Finally, in the rotation of internal medicine is presented to a 28-year-old female patient with the admission diagnosis of Painful Abdominal Syndrome, final diagnosis of acute cholecystitis; and a 37-year-old female patient with admission diagnosis of abdominal painful syndrome, final diagnosis of acute appendicitis.

Conclusions: The medical internship was a stage that lasted 10 months in which the theoretical bases obtained during the university degree were consolidated and knowledge was acquired based on contact with patients, analyzing each clinical case and the management given.

Palabras clave: Medical internship, Hospitality experience, Professional career,

Naval Medical Center.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL "CENTRO MEDICO NAVAL CIRUJA
NO MAYOR SANTIAGO TÁVARA" DURAN
TE**

AUTOR

LETICIA CRISTINA CHUQUIRUNA ES

RECuento DE PALABRAS

6883 Words

RECuento DE CARACTERES

39665 Characters

RECuento DE PÁGINAS

43 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

131.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 19, 2023 3:19 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 19, 2023 3:19 PM GMT-5

● **20% de similitud general**

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

- 19% Base de datos de Internet
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **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



Mg. FERNANDO, LIBERATO FELLES
ASESOR
DNI: 06183815
ORCID: 0009-0000-3160-8156

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa en la carrera de medicina humana donde los alumnos ponen en práctica todos sus competencias y conocimientos adquiridos en pregrado, es parte del plan de estudios y se desarrollan en unidades hospitalarias a nivel nacional, durante 10 meses que actualmente dura el internado. En el internado el alumno está en contacto directo con los pacientes y son testigos de las atenciones brindadas por los médicos a cargo desarrollando habilidades y destrezas además de conocimientos y aptitudes en las actividades médico – quirúrgicas.

La labor del interno de medicina incluye realizar las historias clínicas al ingreso al centro médico, evoluciones diarias, encargarse de efectivizar la realización de las pruebas de ayuda diagnóstica, seguimiento además de participar en las actividades académicas que incluyen exposiciones, conferencias magistrales, discusión de casos clínicos, todo esto bajo la supervisión de un tutor a cargo.

La autora del presente trabajo realizó su internado médico en el centro médico naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", es una institución con un nivel de complejidad III-1 que pertenece a la dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú y es parte de la Dirección Regional de Salud de Callao. El internado inició el primero de junio del 2022 sin embargo días previos a esta fecha se citó a los alumnos a capacitaciones donde se exponían temas sobre normas de bioseguridad, lavado de manos, adecuada distribución de los residuos sólidos y proyectos de investigación. Tuvo una duración de 10 meses donde rotábamos por las 4 grandes especialidades: ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico constituye una etapa en la formación de un médico. Esta etapa es una gran oportunidad para poner en práctica los conocimientos teóricos aprendidos durante el pregrado. El internado forma parte del plan de estudios de la carrera de medicina humana, por lo que es obligatorio que se desempeñen y capaciten en hospitales y centros de atención calificados además de integrar y consolidar las competencias.

El año académico inició el 1 de junio del 2022 con la rotación de ginecología donde pude ver algunos casos clínicos, de los cuales a continuación presentaré dos:

I.1. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

La primera rotación con la que empezó el internado fue ginecología inició el 01 de junio del 2022 y finalizó el 15 de agosto, duró aproximadamente 2 meses y medio. En esta rotación pudimos pasar por diferentes áreas como consultorio de ginecología, consultorio de obstetricia, hospitalización, contábamos con residentes de primer año y tercer año además de excelentes asistentes.

Caso clínico N° 1

Paciente con las iniciales GAP de 31 años procedente de Callao con un tiempo de enfermedad de 10 horas de inicio insidioso y curso progresivo, paciente acude a emergencia refiriendo dolor abdominal difuso a predominio de hemiabdomen inferior tipo opresivo, no irradiado, que se fue intensificando con las horas y sangrado vaginal escaso. Paciente con funciones biológicas conservadas, refiere haberse hospitalizado por pancreatitis aguda y gastritis crónica en 2021, como antecedentes gineco-obstetricos menciona: menarquia 12 años, régimen catamenial: 5/30, FUR: 09/05/2023, G1 P0000.

Funciones vitales

FR: 20 rpm FC: 105 lpm SatO₂: 96% T°: 36.2°C Peso: 65 kg Talla: 1.65 m

Examen físico:

AREG, AREN, AREH. Facies dolorosas.

Piel y faneras: T/H/E, LLC < 2''; no edemas.

T y P: Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, RHA conservados, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior a predominio izquierdo y de hipogastrio.

Rebote negativo.

GU: PRU y PPL negativos. Escaso sangrado. Resto diferido.

SNC: Despierta, reactiva a estímulos. LOTEP, EG 15/15.

Laboratorios:

Hb 6.5; Hto 22.6, Plaquetas 234; Leucocitos total 12.69×10^3 (abastados 0.0%, segmentados 87.4%, linfocitos 1.7%) Glucosa: 125 Urea: 21.3 Creatinina: 0.54 PCR: 1.70 Beta HCG: 4035.00 mU/ml Transaminasas: TGO 11.9, TGP 9.0 GGTP: 14.0 Bilirrubinas: TOT 0.42; directa 0.13; indirecta 0.29 Lipasa 39.1; Amilasa 50.0 Sedimento urinario: Resultados NO patológicos

Imágenes:

Ecografía abdomino-pélvica:

- Masa hiperecogénica heterogénea superior al útero con focos anexogénicos d/c embarazo ectópico y más alejado plastrón apendicular
- Líquido libre multocompartimental en probable relación a hemoperitoneo o ascitis

Pasa a observación y solicitar prequirúrgicos

Diagnóstico: Embarazo ectópico roto, hemoperitoneo, anemia severa

Tratamiento:

- Hospitalizar
- NPO
- Fluidoterapia
- Ketorolaco 10mg EV
- Realizar pruebas cruzadas para transfundir paquetes globulares
- Completar prequirúrgicos: Laparoscopia exploratoria y lavado de cavidad peritoneal

Caso clínico N° 2

Paciente con las iniciales MJE de 25 años procedente de Miraflores con un tiempo de enfermedad de 5 días de inicio insidioso y curso progresivo, paciente acude a emergencia por presentar dolor abdominal tipo urente en hemiabdomen

superior, luego dolor abdominal tipo punzante en hemiabdomen inferior, sensación de alza térmica y malestar general. Refiere náuseas y vómitos (3 episodios de contenido alimentario) refiere sangrado vaginal. Paciente no refiere antecedentes de importancia. Sus antecedentes obstétricos son: menarquia: 15 años RC: 03/28 FUR: 09/11/23 MAC: niega G0P0 y funciones vitales: Estables

Examen físico:

Piel: T/H/E, no ictericia, palidez

CV: RCR de buena intensidad, no soplos

TyP: MV para bien en ACP

Abd: b/d, dolor en fosas iliacas D/I e hipogastrio, RHA (+)

GU: Cervix: colpitis en fresa, leucorrea blanquecina

Laboratorios:

Examen de orina: Leucocitos 10-20 x campo Hematíes 5-10 x campo

Imágenes: Endometrioma derecho, ovario izquierdo de aspecto poliquístico, líquido libre escaso.

Diagnóstico: Enfermedad pélvica inflamatoria, endometrioma derecho por ecografía, ovario izquierdo de aspecto poliquístico, ITU.

Tratamiento:

- Clindamicina 800 mg VO c/8hrs
- Uso de métodos de barrera (preservativo)
- Ciprofloxacino 50mg VO c/12 hrs
- Paracetamol 1gr VO c/8hrs
- Nistatina/metronidazol óvulos c/24 hrs
- Ranitidina 300 mg VO / 24hrs
- Dimenhidrinato 50 mg VO c/8hrs

I.2. ROTACIÓN DE PEDIATRIA

La siguiente rotación fue pediatría e inició la quincena de agosto, esta rotación pudimos ver patologías frecuentes ya que rotábamos por diferentes áreas como emergencia pediátrica y hospitalización. También tuvo una duración de 2 meses y medio, culminando fines de octubre.

Caso clínico N° 1

Lactante de sexo masculino de 2 meses de vida ingresa por emergencia traído por su madre quien refiere que el paciente presenta deposiciones poco consistentes de color verde-amarillentas de 2 días de evolución, la madre refiere un aumento significativo del número de deposiciones, de hasta 12 por día, con asociada a mucosos, además presenta sensación de dolor de cabeza esporádicamente. Presenta lactancia mixta con buena tolerancia.

Antecedentes: RN prematuro de 31 semanas por preeclampsia materna

Signos vitales: T:36.7 FC:105 PA:100/60

Examen físico:

Abdomen: RHA aumentados, blando y depresible, no masas no visceromegalías, ligero dolor a la palpación, no distensión. hepatomegalia de 2-2,5 cm sin esplenomegalia.

Resto sin hallazgos.

Laboratorio: reactantes de fase aguda negativos (PCR: 2,80 mg/L), gasometría, hemograma y coagulación normales.

coprocultivo: en espera de resultados

Durante los dos días de hospitalización hay un empeoramiento clínico por lo que se decide su paso a la unidad de cuidados intensivos.

Imágenes:

Radiografía de abdomen: patrón de aireación intestinal inespecífico y hepatomegalia. No impresiona de enterocolitis.

Radiografía de tórax y ecografía abdominal: normales.

Plan:

- Realizó punción lumbar
- Antibioterapia: ampicilina y amikacina EV.

Caso clínico N° 2

Paciente mujer de 14 años es traído a emergencia pediátrica por su familiar por presentar desde hace aproximadamente cinco días dolor intenso tipo hincada en región posterior de pierna izquierda que aumenta de intensidad al movimiento, días previos al ingreso se añade aumento de volumen en pie izquierda que luego aumenta hasta muslo, asociado a dificultad para la deambulación, niega sensación de alza térmica y trauma en dicha zona.

Antecedentes: Nacido por parto eutócico, a término, peso y talla adecuados para la edad gestacional, vacunas completas.

Funciones vitales:

T: 36 FC:105 FR:30 IMC: 32 PESO: 77cm TALLA: 1.53m

Examen físico:

AREH, AREN, AREG

Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2", acantosis nigricans en cuello, axilas e ingle

TCSC: incrementado a predominio abdominal, edema con fóvea de miembro inferior derecho +/+++ perímetro de pantorrilla: izquierda: 39,5 cm, derecha: 38.3 cm. Se palpan adenopatías cervicales e inguinales bilaterales, móviles, no dolorosas.

Cardiovascular: ruidos cardiacos taquicárdicos, no se auscultan soplos, pulsos periféricos disminuidos en arteria poplítea y pedia izquierda.

Tórax: sin hallazgos patológicos.

Locomotor: moviliza 4 extremidades presenta limitación funcional por dolor. Signo de Homans (+) izquierdo.

Laboratorios: Leucocitos: 245,000/uL, Hb: 12,9 g/dL, plaquetas: 38000/uL Dímero D: 11,55 ug/ml FEU glucosa: 88 mg/dL, urea: 45 mg/dL, creatinina: 1,85 mg/dL LDH auemntado, TP prolongado

Imágenes:

Ecografía Doppler: signos compatibles con trombosis oclusiva de vena safena menor desde plexo plantar hasta vena poplítea (+- 20 cm).

Diagnósticos: Trombosis venosa profunda a descartar tromboembolia pulmonar, síndrome metabólico y obesidad grado I, trastorno de la coagulación, injuria renal aguda

Plan:

- se hospitaliza
- fluidoterapia
- alopurinol, enoxaparina
- compresión de miembros inferiores con vendas
- analgesia
- control estricto de diuresis
- funciones vitales

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N° 1

Paciente varón con las iniciales AAF de 69 años procedente de Apurímac con un tiempo de enfermedad de 8 meses de inicio insidioso y curso progresivo. Paciente refiere que hace 7 meses presenta hematuria y dolor lumbar a predominio de lado derecho. Debido a esto se hospitalizó para la colocación de catéter doble "J", fue dado de alta y recibió tratamiento con ondas de choque (2 sesiones). Posterior a ello, comenta que le retiraron el catéter y comenzó con hematuria. Fue evaluado y se le indicó que se debe hospitalizar para realizarle litotricia endoscópica láser. Pacientes con funciones biológicas conservadas, niega antecedentes patológicos, refiere dos cirugías previas: apendicectomía (1989) y una reconstrucción de ligamento cruzado de rodilla izquierda (1999).

Funciones vitales:

FC: 77 FR: 21 T:36.7 PA:100/90 PESO:66kg TALLA:1,66m

Examen físico:

AREG, AREH, AREN

Piel: piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2seg, no ictericia, no palidez.

Tórax y pulmones: sin alteraciones

Cardiovascular: sin alteraciones

Abdomen: Globuloso a expensas de tejido adiposo, móvil con la respiración, RHA (+) propulsivos de bueno tono, intensidad y frecuencia. Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda.

Genitourinario: Puño percusión lumbar derecho (+), punto renoureteral superior derecho (+)

Sistema nervioso central: Despierto, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

El plan de trabajo fue hospitalizarlo para intervención quirúrgica: Litotricia endoscópica láser, es evaluado por anestesiología, manejo del dolor y laboratorio prequirúrgico.

Exámenes de laboratorio:

Hb:15 TP:13.9 TTPa:49 Glu:89 Urea:39.9 crea:0.85 leuc:6 P. totales:6.9
plaq:300000 serológicas: no reactivo examen de orina: hemoglobina 3+
hematíes > 100 x campo

Imágenes:

Urotomografía sin contraste: moderada hidroureteronefrosis bilateral a predominio derecho sin evidencia de litiasis en trayecto ureteral, vejiga sobredistendida, crecimiento prostático grado II , litiasis renal bilateral. Ampliar estudios con un urotem con contraste para d/c estenosis ureteral., litiasis renal derecha.

Pielografía: Hidroureteronefrosis, portador de catéter doble "J" derecho, D/C Estrechez Pieloureteral post ureteroscopia.

Impresión diagnósticos: Hidroureteronefrosis derecha, litiasis renal derecha.

Tratamiento:

- NPO desde las 22H
- Cefazolina 2gr pre-SOP
- Midazolam 5mg/ml EV pre-SOP
- CFV

Caso clínico N° 2

Paciente varón con las iniciales RQF de 40 años procedente de san miguel con un tiempo de enfermedad de 12 horas de inicio brusco y curso progresivo. Paciente acude a emergencia del Centro Médico Naval por que refiere que, al caminar distraída en su casa, sufre golpe de pie derecho contra una pata del centro de mesa hace aproximadamente 12 horas, lo cual generó dolor de 7/10 y limitación a la deambulaci3n. Dichas molestias empeoraron.

Paciente niega antecedentes patol3gicos y quir3rgicos

Funciones vitales:

FC:77 FR:21 T:36.5 PA:115/95 PESO:66 TALLA:1.63

Examen f3sico:

AREG, AREH, AREN

Piel: piel tibia, el3stica, hidratada, llenado capilar <2seg, no ictericia, no palidez.

T3rax y pulmones: Sin alteraciones.

Cardiovascular: Sin alteraciones.

Sistema nervioso central: Despierto, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Examen preferencial: pie derecho

INSPECCI3N: Se evidencia equimosis en falange proximal del 5to dedo, no tumefacci3n, no deformidad.

MOVILIDAD: Flexo-extensi3n limitada por dolor en 5to dedo de pie.

PALPACI3N: Dolor a digitopresi3n en 5to dedo, en zona de falange proximal.

Im3genes:

Radiograf3a pie derecho: Se evidencia trazo de fractura oblicua epifisodiafisaria distal, con m3nimo desplazamiento en falange proximal del 5to dedo, eje conservado, aumento de volumen y densidad de partes blandas adyacentes.

Diagn3stico: Fractura de falange proximal del 5to dedo de pie derecho (AO/OTA 88.5.1.3)

Tratamiento:

- manejo conservador

- Dieta completa y Líquidos a voluntad
- Celecoxib 200mg VO c/12H
- Crioterapia por 15 minutos c/6H
- Pie derecho elevado a 30°
- Uso de Walker para deambular dentro de 1 semana

I.4. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La última rotación del internado comenzó el 15 de enero y terminó el 30 de marzo, aquí aprendimos a tener un enfoque general de todas las patologías, en esta rotación pasamos por emergencia y hospitalización, rotando por los diferentes pisos de hospitalización. Así mismo el hospital cuenta con médicos residentes de las diferentes especialidades que contribuían con el aprendizaje de los internos. Es así como concluyó las 4 rotaciones del internado médico.

Caso clínico N° 1

Acude a emergencia una mujer de 28 años natural y procedente de Junín, acude a emergencia por presenta dolor abdominal y vómitos. Refiere que hace 1 día aparece dolor abdominal tipo opresivo de intensidad 9/10 en fosa iliaca derecha que se irradia hacia el hombro derecho, no se alivia con ninguna postura. Luego de unos minutos, el dolor se localiza en epigastrio y se asocia a náuseas y vómitos. El vómito fue de contenido alimentario y fueron 5-6 veces. Niega sensación de alza térmica.

Funciones biológicas: apetito: abolida sed: aumentada orina y deposiciones: conservada

Antecedentes: Fumadora social 3-4 cigarros cada fin de semana, cólico biliar hace 1 año. Niega otros antecedentes de importancia.

Funciones vitales: Dentro de los valores normales, no fiebre.

Al examen físico:

Piel: tibia, hidratada y elástica, sin signos de deshidratación, no ictericia

Abdomen: Ruidos hidroaéreos ausentes. Rígido, poco depresible, no globuloso, doloroso a la percusión y a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, epigastrio, mesogastrio y fosa iliaca izquierda, dolor a la descompresión en todo el abdomen. No masas. Timpánico a la percusión. Signo de Murphy (+), Blumberg (-) y McBurney (-). No se palpa borde hepático. Espacio de Traube (-).

Genitourinario: Puntos renoureterales (-), Puño percusión lumbar (-)

Sistema Nervioso Central: LOTEP, no signos meníngeos, ni de focalización.

Imágenes:

Ecografía abdominal: vesícula distendida, pared engrosada hasta 7mm.

Hallazgos compatibles con colecistitis aguda.

Laboratorio:

Hb:13.3 leucocitos: 13300 con neutrofilia:70% plaquetas:32000 PCR:1.2 creatinina:0,78 LDH:400 ALT:45 AST:39 GGT:80 FA:215 Brr totales:0.5 amilasa y lipasa: normales.

Diagnósticos: Colecistitis aguda

Plan de trabajo:

- Hidratación con NaCl 0.9%, oxigenoterapia
- Farmacológico: Analgésicos

- Antibioticoterapia: piperacilina tazobactam

Caso clínico N° 2

Paciente mujer de 37 años, natural y procedente de Lurín, acude a emergencia por presentar desde hace 3 días dolor abdominal tipo cólico de baja intensidad ubicado en hemiabdomen inferior y leve distensión abdominal que aliviaba con las deposiciones y los flatos. 1 día antes del ingreso, el dolor se vuelve más intenso y se localiza en fosa iliaca derecha. Se acompaña de hiporexia y las deposiciones de consistencia semisólida, sin moco ni sangre que aumentan en frecuencia (4 cámaras). Refiere haber tomado un analgésico la cual alivia el dolor. Acude a emergencia ya que el dolor es de 10/10 y presenta distensión abdominal que no cede. Niega náuseas, vómitos y sensación de alza térmica. Como antecedentes patológicos: niega.

Signos vitales: estables

Examen físico:

AREG, AREH, AREN

Piel: Turgente, hidratada y elástica

Abdomen: Abdomen levemente distendido, no masas, a la palpación abdomen blando, depresible, doloroso tanto en la palpación superficial como la profunda en FID. Blumberg (+) y McBurney (+), RHA presentes

SNC: LOTEP

Laboratorios:

PCR: 0.13 glucosa:87 urea: 34 creatinina:0.77 leucocitos:14700 hb:12.2 plaquetas:258000 INR:0.88

Imágenes:

Ecografía abdominal: apéndice de 7,7 mm de diámetro asociado a hiperrefringencia de la grasa adyacente y pequeña cantidad de liquido libre. No signos de complicación.

Diagnóstico: apendicitis aguda, D/C Gastroenterocolitis Aguda.

Plan:

- Hidratación NaCl 0.9%
- NPO
- Laboratorio: Coprocultivo, hemocultivo, reacción inflamatoria en heces
- Farmacológico: Analgésicos
- Quirúrgico

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, ubicado en av. s/n República de Venezuela, Bellavista – Callao, se inauguró el 4 de julio 1956 gracias a la Resolución Ministerial del 12 de marzo de 1952. La Dirección de Salud de la Marina, es el órgano técnico normativo y administrativo que planea, organiza, dirige y controla las actividades del sistema de salud de la marina, las instituciones que comprenden son : Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” y en IPRESS del primer nivel de atención: Hospital de la Base Naval del Callao “PMUM”, Policlínico Naval de San Borja, Policlínico Naval de Ancón, Clínica Naval de Iquitos y la Posta Naval de Ventanilla, los cuales brindan servicios de alta calidad (1).

Este centro tiene un nivel de complejidad III-1 por ello es responsable de las referencias de los centros de menor complejidad, se encarga de brindar atención en salud a los pacientes del personal naval y sus familiares ya que cuenta con sofisticados y avanzados equipos de imagen y un grupo humano capacitado para dichos trabajos.

El establecimiento luego de toda la coyuntura mundial fue recuperando notablemente la cantidad de atenciones diarias en las diferentes especialidades lo cual ayudo y contribuyo a mejorar la adquisición de competencias necesarias para nuestra formación profesional como médicos generales.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

I.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1

Un embarazo ectópico se define como la implantación de un óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio. El embarazo ectópico es la causa más común de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo (2).

El diagnóstico de embarazo ectópico cursa, al inicio, sin clínica y es importante recordar la determinación de β -HCG positiva y que una ecografía transvaginal no evidencie gestación.

Actualmente no existe un patrón clínico que pueda predecir con seguridad el diagnóstico de un embarazo ectópico, sin embargo, una presentación muy común es el dolor agudo e intenso en hipogastrio tipo punzante que en el caso de esta paciente lo presentaba y que reflejaría el desgarro de la trompa, otro signo clave que nos orienta al diagnóstico es la amenorrea de 7 semanas y sangrado vaginal escaso.

En este caso nos encontramos con una paciente que cuenta con clínica aparente y con un resultado de Beta HCG positivo (4035) además de anemia severa (Hb 6.5) y junto a las imágenes nos orientan hacia esta patología. Al momento del ingreso ella se encuentra con signos vitales estables por ello se le hospitaliza y se le realizan los exámenes oportunos y finalmente indican una laparoscopia exploratoria más lavado de cavidad por la sospecha de hemoperitoneo.

Por lo tanto, el embarazo ectópico debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal y shock hipovolémico en una paciente sexualmente activa (3).

Caso clínico N° 2

La enfermedad pélvica inflamatoria se caracteriza por infección e inflamación del tracto genital superior. Generalmente suele ser un diagnóstico clínico y puede causar importantes consecuencias para la salud reproductiva de las mujeres en edad fértil, como: endometritis, abscesos tubáricos. peritonitis pélvica y

salpingitis (4).

Habitualmente es una infección polimicrobiana en la que los agentes patógenos más prevalentes son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, ambos son patógenos de transmisión sexual (5).

Como se mencionó el diagnóstico es principalmente clínico y se basa en criterios mayores: dolor abdominal bajo, dolor a la movilización cervical, inflamación ovárica bilateral; criterios menores: temperatura >38.3 cervicitis mucopurulenta, elevación de VSG o PCR, infección cervical por *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae*, presencia de masa inflamatoria en la ecografía (5). Cuando se sospeche de una enfermedad inflamatoria pélvica se suele solicitar estudios analíticos además de serológicos para poder descartar otras enfermedades de transmisión sexual.

El tratamiento habitualmente es empírico ya que raramente se confirma el diagnóstico.

En el caso presentado la paciente manifiesta sintomatología sugerente de EPI y en el examen físico se evidencia signos de cervicitis, en la analítica era completamente normal exceptuando la presencia de ITU. En este tipo de casos es muy importante no solo el tratamiento sino el cuidado después del alta ya que fácilmente puede volver a presentarse el cuadro y además se ha demostrado que a mayor número de episodios de EPI mayor riesgo de padecer infertilidad y embarazos ectópicos (6).

I.2. ROTACIÓN DE PEDIATRIA

Caso clínico N° 1

La campilobacteriosis es una zoonosis, es decir una enfermedad transmitida a los humanos a través de animales o por productos de origen animal. Muy a menudo, los animales muertos o la carne se contaminan por las heces durante el sacrificio sin embargo el *Campylobacter* raramente causa enfermedad en animales (7).

La infección por *Campylobacter* spp. es una de las principales causas de diarrea bacteriana en todo el mundo y se asocian con altas tasas de mortalidad y

retrasos en el crecimiento lineal en niños que viven en países de ingresos bajos a medianos (8). La combinación de una dieta deficiente, condiciones inadecuadas, gestión deficiente de desechos, la lactancia actual, inmunosupresión, la edad extrema y las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o las enfermedades hepáticas se han identificado como factores de riesgo para su desarrollo (9). Por lo tanto, el primer mes de vida es más susceptible a enfermedades invasivas provocadas por esta bacteria, que en ocasiones son un cambio en las heces o fiebre, que son las únicas manifestaciones de una enfermedad de base grave.

El reconocimiento del microorganismo es la clave para iniciar el tratamiento específico y mejorar el pronóstico de la evolución.

Los síntomas suelen aparecer entre 2 y 5 días después de la infección, aunque el período de incubación varía entre 1 y 10 días. Los síntomas más comunes son diarrea sanguinolenta, dolor abdominal, fiebre, dolor de cabeza, náuseas y vómitos. Suelen durar de 3 a 6 días (10).

A propósito del caso el paciente tuvo un empeoramiento de los síntomas, con cuadros diarreicos persistentes y un hemocultivo negativo por ello se sospecha de un agente etiológico que necesita condiciones especiales de crecimiento además de tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 500mg durante 5 días además de una correcta hidratación, paracetamol 1g condicional a fiebre e ibuprofeno si es requerido.

Caso clínico N° 2

La trombosis venosa profunda se define como la oclusión parcial o completa de la cavidad venosa por un coágulo de fibrina que reduce el flujo sanguíneo a los tejidos circundantes y se acompaña de una respuesta inflamatoria local capaz de embolización. Ciertos factores de riesgo no modificables aumentan la susceptibilidad a los eventos trombóticos, lo que debe tenerse en cuenta; edad, sexo femenino y etnia caucásica. La suma de los factores relacionados con la aparición de los síntomas clásicos anteriores debe hacer sospechar al médico una trombosis de las extremidades inferiores. En conclusión, esta patología tiene un gran impacto social, económico y epidemiológico, por lo que un diagnóstico rápido y correcto es crucial para reducir la recurrencia y las complicaciones fatales (11).

El paciente ingresa con escasa sintomatología, refiriendo molestias locales en el miembro inferior izquierdo. Niega cualquier otro tipo de sintomatología como disnea, fatiga o palpitaciones. A pesar de esto la medición de las funciones vitales pone en alerta al equipo de emergencia, ya que se encontraba taquicárdico y taquipneico. La presunción diagnóstica vira de un posible cuadro de infección de partes blandas a trombosis venosa profunda con posible tromboembolismo pulmonar. Rápidamente se logra completar una serie de estudios que determinan la etiología como leucemia. Por las características morfológicas y el grupo etario se plantea el probable diagnóstico de LLA. No se cuenta con pruebas de inmunohistoquímica para confirmar esta sospecha. Por el alto riesgo de síndrome de lisis tumoral y la evolución tórpida del paciente se requiere manejo en UCI pediátrica.

Los pacientes a menudo se presentan con hepatoesplenomegalia voluminosa, leucemia cutis, síntomas del sistema nervioso central e hiperleucocitosis (12).

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico N° 1

La urolitiasis tiene una prevalencia que es mayor en hombres y tiene una incidencia máxima entre los 45 y 70 años. Los factores de riesgo varían según el tipo de cálculos, pero los principales son los antecedentes de urolitiasis familiar o personal, baja ingesta de líquidos, uso de diuréticos de asa. Los cálculos pueden depositarse en cualquier parte del tracto genitourinario, desde la pelvis renal hasta la uretra, luego de haberse formado en los conductos colectores. Sin embargo, la clínica más común consta de la siguiente sintomatología: dolor unilateral severo y tipo cólico denominado “cólico renal”, irradiado hacia ingle, labios, testículos o perineo, empeoramiento del dolor, puño percusión lumbar positivo, náuseas, hematuria, vómitos y RHA disminuidos, disuria, polaquiuria y urgencia, posición antálgica al moverse (13).

Utilizamos exámenes de diagnóstico auxiliares adicionado a la clínica como: hemograma: leucocitosis; bioquímicos: BUN y creatinina elevada para ver lesión renal aguda; examen de orina: hematuria, cristaluria o hallazgos que indiquen ITU; tomografía abdomino-pélvica sin contraste: características del cálculo, localización, grado de obstrucción, hidronefrosis, atenuación de grasa perirrenal, ecografía abdomino-pélvica: pacientes que no deben someterse a rayos X.

Con el paciente se puede apreciar la clínica típica de una urolitiasis que inicio con una hematuria y con los resultados de laboratorio e imágenes se pudo confirmar el diagnostico además de eso se vio que presenta una hidronefrosis que sucede cuando la orina no puede drenar y se acumula en el riñón esto puede ocurrir por diversas causas pero en el paciente se sospecha que es a causa intrínseca por obstrucción de en los tubos que drenan la orina debido a esa complicación el paciente fue hospitalizarlo para intervención quirúrgica: Litotricia endoscópica láser (14).

Caso clínico N° 2

Las falanges de los dedos pequeños de los pies a menudo se fracturan como resultado de un traumatismo axial, generalmente cuando el paciente golpea los dedos de los pies contra una cama o una silla mientras camina descalzo, por ello se denomina "fractura del caminante nocturno".

En casos con desplazamiento significativo, se puede lograr una reducción satisfactoria mediante una maniobra de tracción cerrada después de la aplicación de anestesia local; para que se logre un resultado satisfactorio es suficiente una inmovilización con una blanda posterior con cintas que unen el dedo fracturado además del uso de calzado cómodo abierto o de punta ancha, como sandalias de suela rígida

Las fracturas de la falange proximal del hallux son el resultado de traumatismos axiales previos, y en los casos en los que exista un compromiso articular con un fragmento de tamaño considerable, se debe evaluar la posibilidad de reducción y fijación externa. Habitualmente la gran mayoría de fracturas no desplazadas se tratan de manera conservadora (15).

En el caso presentado el mecanismo de acción es el más frecuente y el tratamiento casi siempre es conservador, como en cualquier fractura lo importante es que se logre consolidar, que el pie no presente dolor y que se logre un funcionamiento adecuado mejorando progresivamente los rangos articulares.

I.4. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1

La colecistitis aguda es una patología producida por la obstrucción e inflamación de la vesícula biliar, se dice que es la complicación más frecuente de la litiasis vesicular, esta habitualmente es sintomática provocando un cólico hepático o colecistitis aguda litiásica. El proceso secundario a la obstrucción es la infección de la bilis estancada lo cual e en la mitad de los casos es causada por Escherichia Coli, Klebsiella y enterococos. (16)

La mejor prueba de diagnóstico para diagnosticar la colecistitis aguda es un examen de ultrasonido del cuadrante superior derecho del abdomen. Se asocia con una especificidad del 90% y puede detectar cálculos de hasta 2 mm, así como pólipos y mucosidad de la vesícula biliar, según el operador de ultrasonido. Los hallazgos ecográficos sugestivos de colecistitis aguda versus colelitiasis incluyen engrosamiento de la pared de la vesícula biliar mayor de 3 mm, líquido percolequístico y signo ecográfico de Murphy positivo. (17).

Actualmente los diagramas de flujo para el tratamiento de colecistitis aguda se crearon con el objetivo de mostrar el tratamiento más adecuado de acuerdo con el grado de severidad. A pesar de ello, estos criterios no toman en cuenta el estado físico y las comorbilidades que pronostican la elección del tratamiento. Por esa razón los factores de riesgo son evaluados por: factores predictivos, como son el Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI) y Clasificación del Estado Físico de la Sociedad Americana de Anestesiología (18).

El caso presentado nos muestra los síntomas más frecuentes, el paciente presenta dolor abdominal en fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos, signo de Murphy positivo y con un antecedente de cólico biliar ante la sospecha de colecistitis aguda se le realizó una ecografía abdominal donde se vio una vesícula con paredes engrosadas y luego se optó por un tratamiento conservador.

Caso clínico N° 2

La apendicitis se define como la inflamación del apéndice vermiforme y es la causa más común de abdomen agudo e indicación de cirugía de emergencia en el mundo. Es la indicación más común de cirugía abdominal no traumática en el mundo además es una entidad que se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida (19). El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, que frecuentemente es periumbilical y epigástrico y luego se traslada al cuadrante inferior derecho. Las náuseas y los vómitos comienzan después del inicio del dolor y la fiebre suele presentarse unas seis horas después del cuadro clínico.

El diagnóstico de la apendicitis se realiza de acuerdo con los hallazgos que encontramos en el interrogatorio, la exploración física exhaustiva y los resultado de laboratorio y/o imagen por ese motivo se han diseñado distintos sistemas de diagnóstico como la escala de Alvarado modificada que va asignando un puntaje de acuerdo con los siguientes criterios: dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y vómito (1 punto), dolor ante la palpación en la fosa iliaca derecha (2 puntos), rebote positivo en la fosa iliaca derecha (1 punto), temperatura mayor de 37.5 (1 punto) y leucocitosis (2 puntos). Por lo tanto, de acuerdo con la suma de puntos será el manejo que recibirán los pacientes (20).

- Puntaje 0-3: bajo riesgo para apendicitis y podría egresarse con la consejería de regresar si no presenta mejoría sintomática.
- Puntaje 4-6: hospitalización; si el puntaje se mantiene igual después de 12 horas, se recomienda la intervención quirúrgica.
- Puntaje de 7-9: apendicectomía.

Actualmente el tratamiento para apendicitis aguda va desde un manejo quirúrgicas hasta uno conservador. Por todo lo expuesto anteriormente y para mayor entendimiento es necesario conocer una clasificación de apendicitis aguda.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico que estaba programado para iniciar el 1 de mayo del 2022 con una duración de 10 meses rotando por las cuatro grandes especialidades sin embargo debido a problemas de resoluciones se retrasó un mes, por lo cual oficialmente se inicio el 1 de junio del mismo año sin ningún inconveniente y culmino el 30 de marzo del 2023.

La experiencia que uno se lleva como interno de un centro médico es gratificante ya que adquieres habilidades y competencias que nos ayudaran para el siguiente paso que es el SERUMS debido a que estas en contacto mas cercano y continuo con los pacientes y doctores que te van guiando.

La autora de este trabajo comenzó rotando por el área de ginecología y obstetricia donde se puede ingresar a procedimientos quirúrgicos, atender partos, realizar papanicolaou, monitorear el embarazo.

La segunda rotación fue pediatría aquí te dividían en dos áreas, uno seria pediatría propiamente dicha donde rotabas por hospitalización y emergencias pediátricas, la mayoría de los casos que se podían ver eran las patologías más comunes; la otra área era neonatología cuya duración era 1 semana, se tenían guardias de noche y además podíamos entrar al alojamiento conjunto y zona uci.

La tercera rotación fue cirugía, fue la más intensa de todas, no solo por el horario de trabajo sino tambien por la cantidad de pacientes que esperan ser atendidos. Aquí se nos permitió asistir a cirugías, curación de heridas, pasar por emergencia y hospitalización. Esta rotación se dividió en 2 semanas en traumatología y 1 semana en urología.

Finalmente, la rotación con la que culmino todo fue con medicina interna, cada 2 o 3 semanas podíamos rotar diferentes salas de hospitalización. En este servicio lo mas extenuante fueron las guardias diurnas y nocturnas esto debido a la gran cantidad de pacientes que acudían para una atención por emergencia.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es una etapa donde se consolida todo lo aprendido durante tu carrera universitaria donde te formas como un profesional de medicina humana.
2. El internado brinda experiencias enriquecedoras donde no solo se obtiene conocimientos y aptitudes sino también contribuye a la parte humanística como el trabajo en equipo y la empatía con los pacientes.
3. El centro médico naval es un instituto con categoría III-1 la cual es una sede docente donde recibes una formación adecuada para llegar a ser un profesional capacitado.
4. La pandemia generó cambios en la dinámica del internado médico y debido a eso nos pudimos adaptar a las nuevas demandas que generaba dicho acontecimiento.

RECOMENDACIONES

Se alienta a los internos ingresantes acudan diariamente al internado médico presencial ya que es muy importante durante la etapa de formación académica. Las universidades deben seguir impulsando la educación médica que complementé con la etapa del internado.

Los hospitales deben seguir asegurando una formación académica adecuada además de proporcionar más ambientes donde los internos puedan descansar o estudiar cómodamente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nosotros | Disamar [Internet]. Disamar.mil.pe. 2022 [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
2. Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002; 17: 3224-30.
3. Ovejero Gómez VJ, Bermúdez García MV, Pérez Martín Á, García Rodríguez J. Hemoperitoneo masivo asociado a embarazo ectópico: revisión de su manejo diagnóstico y tratamiento quirúrgico. SEMERGEN - Medicina de Familia [Internet]. 2011 Nov [cited 2023 Apr 16];37(9):514–8. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-hemoperitoneo-masivo-asociado-embarazo-ectopico-S1138359311002255>
4. Leidy Vásquez Valerio. Enfermedad pélvica inflamatoria. Revista Medica Sinergia [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 16];2(12):11–4. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/102>
5. Baquedano Mainar L, Lamarca Ballester M, Puig Ferrer F, Ruiz Conde MA. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2014 [cited 2023 Apr 16];79(2):115–20. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200009
6. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): a propósito de un caso - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2020 [cited 2023 Apr 16]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermedad-pelvica-inflamatoria-epi-a-proposito-de-un-caso/>

7. World. Campylobacter [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2020 [cited 2023 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter>
8. Parker CT, Schiaffino F, Huynh S, Paredes Olortegui M, Peñataro Yori P, Garcia Bardales PF, et al. Shotgun metagenomics of fecal samples from children in Peru reveals frequent complex co-infections with multiple Campylobacter species. PLoS Negl Trop Dis. 4 de octubre de 2022;16(10):e0010815.
9. Havelaar AH, Brhane M, Ahmed IA, Kedir J, Chen D, Deblais L, et al. Unravelling the reservoirs for colonisation of infants with Campylobacter spp. in rural Ethiopia: protocol for a longitudinal study during a global pandemic and political tensions. BMJ Open. 5 de octubre de 2022;12(10):e061311.
10. Mardones, G.; López, J. Implicancias de campylobacter spp. como patógeno alimentario. Chilean J. Agric. Anim. Sci., ex Agro-Ciencia (2017) 33(1): 73-83.
11. 01-01-2016. revista medica sinergia [Internet]. Revistamedicasinergia.com. editorial medica esculapio; 2023 [cited 2023 Apr 16]. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/360/732>
12. Gözdaşoğlu S. Infant Leukemia [Internet]. Leukemia [Internet]. Exon Publications; 2022 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586204/>
13. Curhan G, Aronson M, and Preminger G. Kidney stones in adults: Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis. UpToDate, 2023.

14. RD N° 000151-2020-DG- Insnsb URO - 3 - GPC Hidronefrosis - VF [Internet]. Studocu. Studocu; 2020 [cited 2023 Apr 16]. Available from: <https://www.studocu.com/es-mx/document/colegio-universitario-del-valle-de-mexico/psicologia-de-la-salud/rd-n0-000151-2020-dg-insnsb-uro-3-gpc-hidronefrosis-vf/20032283>

15. Gamba CE, Guerrero S. Actualización en Patología de PIE Y TOBILLO [Internet]. 9.^a ed. Bogotá: ISBN No 978-958-99846-5-9; 2021 [citado 11 abril 2022]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sccot.org.co/pdf/Capitulos/pie_y_tobillo.pdf

16. Colecistitis aguda CQFM [Internet]. Studocu. Studocu; 2021 [cited 2023 Apr 16]. Available from: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-de-ecatepec/anatomia/colecistitis-aguda-cqfm/14663520>
17. Jones MW, Weir CB, Sassan Ghassemzadeh. Gallstones (Cholelithiasis) [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Apr 19]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459370/>
18. Tipantuña Mera AS, Feijóo Tapia PA. Aplicación de los criterios de Tokio en el diagnóstico de colecistitis aguda y su tratamiento [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2020 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52808>
19. Hernández-Cortez J, Luis J, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz, Jesús David, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano general [Internet]. 2019 [cited 2023 Apr 16];41(1):33–8. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033#B39
20. Mán E, Simonka Z, Varga A, Rárosi F, Lázár G. Impact of the Alvarado score on the diagnosis of acute appendicitis: comparing clinical judgment, Alvarado score, and a new modified score in suspected appendicitis: a prospective, randomized clinical trial. Surg Endosc. 2014; 28: 2398-2405.