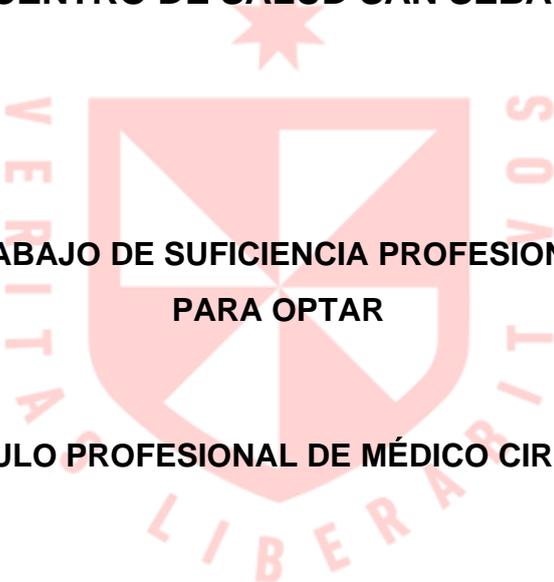


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA,
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOME Y CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN 2023-2024**



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

**PRESENTADO POR
MAURICIO RENATO QUISPE RAMIREZ**

**ASESOR
LUIS REYNALDO EXEBIO MOYA**

**LIMA - PERÚ
2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA, HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME Y CENTRO
DE SALUD SAN SEBASTIAN 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MAURICIO RENATO QUISPE RAMIREZ**

**ASESOR
DR. LUIS REYNALDO EXEBIO MOYA**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADOS

PRESIDENTE: EMMA MERCEDES HUAMANI DE LA CRUZ

MIEMBRO: JEFFREE TOVAR ROCA

MIEMBRO: SANDRO YANICK CANO GAMARRA

ÍNDICE

PORTADA.....	
INDICE	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
I.1. Rotacion en Ginecologia y Obstetricia	3
I.2. Rotacion en Pediatria.....	6
I.3. Rotacion en Medicina Interna	8
I.4. Rotacion en Cirugia General.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA ..	14
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	1 ¡Error! Marcador no definido.
III.1. Rotacion en Ginecologia y Obstetricia	¡Error! Marcador no definido.
III.2. Rotacion en Pediatria.....	¡Error! Marcador no definido.
III.3. Rotacion en Medicina Interna	¡Error! Marcador no definido.
III.4. Rotacion en Cirugia General.....	25
CAPITULO IV. REFLEXION DE CRITICA DE LA EXPERIENCIA	29
V. CONCLUSIONES	30
VI RECOMENDACIONES.....	31
VII. FUENTES BIBIOGRAFICAS	33

RESUMEN

Objetivo: Demostrar el conocimiento y experiencia adquirida, mediante sustentación de casos clínicos de las rotaciones de medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría y cirugía general.

Materiales y métodos: Casos clínicos extraídos de Historias Clínicas durante internado priorizando patologías de importancia.

Resultados: El internado medico conlleva a un periodo de consolidación del conocimiento adquirido durante los 6 años previos como estudiante de medicina humana, mediante experiencias y prácticas en las cuatro rotaciones.

Conclusión: El internado medico resulta en un requerimiento indispensable para culminar la formación como futuro médico cirujano, permitiendo explorar habilidades, así como acumular experiencia que solidifique el conocimiento adquirido de los años previos.

Palabras clave: Internado médico, consolidación de conocimiento, casos clínicos.

ABSTRACT

Objective: Demonstrate the knowledge and experience acquired by supporting clinical cases from the rotations of internal medicine, gynecology and obstetrics, pediatrics, and general surgery.

Materials and methods: Clinical cases extracted from Clinical Records during internship prioritizing important pathologies.

Results: The medical internship leads to a period of consolidation of the knowledge acquired during the previous 6 years as a human medicine student, through experiences and practices in the four rotations.

Conclusion: The medical internship is an essential requirement to complete training as a future surgeon, allowing you to explore skills, as well as accumulate experience that solidifies the knowledge gained from previous years.

Keywords: medical internship, consolidation of knowledge, clinical cases.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA, HOSPITAL NACIONAL

AUTOR

MAURICIO RENATO QUISPE RAMIREZ

RECuento DE PALABRAS

10742 Words

RECuento DE CARACTERES

59776 Characters

RECuento DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

157.2KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 26, 2024 11:39 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 26, 2024 11:40 AM GMT-5

● **10% de similitud general**

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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


DR. LUIS EXEBIO MOYA
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 32878 RNE. 15133

DNI: 06706178

ORCID: 0000-0001-5381-0339

INTRODUCCION

El internado medico representa una fase de consolidación de conocimiento indispensable para la formación como profesional de salud. En esta etapa se aplican los conocimientos teóricos adquiridos durante los 6 años anteriores como estudiante de medicina, poniéndolos en práctica para resolver casos clínicos de la vida real en un hospital general.

El trabajo de suficiencia profesional se basa en la vivencia de prácticas de internado desde la perspectiva de un estudiante de Medicina Humana. Se recopila casos clínicos de interés desde el 01 de abril de 2023 hasta el 31 de enero de 2024, extraídos de historias clínicas del Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa y Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé

En el internado medico iniciado en año 2023, el Ministerio de Salud determino un periodo de 10 meses divididos en 80% con rotaciones intrahospitalarias y 20% con rotación en centros de primer nivel de atención. De esta manera, durante el internado cada rotación correspondió a un periodo de 2 meses. En orden cronológico, los primeros 4 meses fueron en las especialidades de ginecología y obstetricia, y pediatría, realizados en el Hospital Madre Niño San Bartolomé; seguido de primer nivel de atención en Centro de Salud San Sebastián; y concluyendo con las áreas de medicina interna y cirugía general en el Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa.

La razón que llevó a realizar este trabajo fue la necesidad de plasmar las experiencias recabadas durante el internado; y la importancia de la perspectiva de un seguimiento hacia un caso clínico y lo que involucra. Un aspecto importante para resaltar es la relación médico paciente, ya que la medicina ha adquirido un enfoque biopsicosocial en el que el tratamiento ya no es únicamente dirigido a la patología misma, sino un apoyo integral hacia la persona. En este sentido, las habilidades comunicacionales son una de las principales herramientas que facilitan la relación con el paciente lo cual resulta clave para llegar a un diagnóstico certero mediante una buena anamnesis, y también lograr una mayor adherencia a los tratamientos. Asimismo, es

importante destacar los fundamentos de la bioética que, según Beauchamp y Childress, se basan en cuatro principios: la no maleficencia, que refiere a la obligación de no infringir daño intencionalmente, la beneficencia relacionada a prevenir el daño, eliminarlo o hacer el bien a otros; la autonomía, mediante el cual el paciente actúa de acuerdo con sus propias decisiones; y la justicia, que representa la equidad en los servicios de salud (1). En un ambiente hospitalario donde la atención es multidisciplinaria conformado por médicos, internos, residentes, enfermeros, técnicos, obstetricias, entre otros, el trabajo en equipo resulta otro factor importante; incluso entre los mismos internos es necesario saber trabajar en equipo para realizar un trabajo efectivo. Y por último la confianza entre los médicos asistentes y residentes para con los internos para ofrecer un camino guiado con los primeros pasos hacia la atención directa con el paciente en las especialidades respectivas ya sea atendiendo un parto, recibiendo una emergencia de paciente pediátrico o adulto, o realizando suturas.

El presente trabajo se compone de dos casos clínicos por cada especialidad intrahospitalaria. Un total de ocho casos en los que el autor tuvo oportunidad de ser parte del equipo multidisciplinario que otorgaron tratamiento a dichos pacientes.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Se desarrollo la rotación de medicina interna desde el 01 de abril de 2023 hasta 31 de mayo de 2023, en Hospital Madre Niño San Bartolomé.

Caso clínico N.º 1

Paciente mujer gestante de 25 años con iniciales K. T. B. en su semana 39 1 día por fecha de ultima regla, acude a emergencias de Hospital Madre Niño San Bartolomé a las 20:00 pm horas refiriendo perdida de líquido amniótico desde el día anterior a las 4:00 am, al momento con contracciones uterinas cada 5 a 10 minutos. Si percibe movimientos fetales. Niega sangrado vaginal. Niega antecedentes médicos y quirúrgicos de importancia. Niega reacción alérgica medicamentosa.

Al examen físico de evidencia:

T: 36.5 grados FC: 102 FR:21 PA: 100/65 -

Piel: Tibia/Hidratada/Elástica, llenado capilar menos de dos segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular, pulso periférico presente y simétrico.

Abd: Útero grávido, blando/ depresible, latidos cardiacos fetales 140, movimientos fetales (++), altura uterina en 38 cm, SPP: Longitudinal, cefálico, izquierdo, dinámica uterina en 1-2/10 minutos de 20 segundos de duración.

GU: Puño percusión lumbar negativo, tacto vaginal diferido.

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Tras realizar test de helechos resultante positivo, paciente cuenta con condiciones para parto vía vaginal por lo que se decide hospitalizar a paciente para maduración cervical y monitoreo obstétrico con los diagnósticos: Primigesta de 39 semanas 1 día por FUR, pródromos de trabajo de parto y ruptura prematura de membranas de 14 horas. Se inicia tratamiento: dieta completa, líquidos a voluntad, colocación de vía salinizada, ampicilina 2

gramos endovenoso cada 6 horas, eritromicina 500 miligramos endovenoso cada 6 horas, control de funciones vitales, e inicio con primera dosis de misoprostol vía vaginal a las 05:30 am con 25 microgramos y luego cada 4 horas. Se recibe prueba no estresante sin alteraciones. Se solicita también exámenes laboratoriales de hemograma, perfil de coagulación, examen de orina, hemoglucotest, perfil serológico, VIH, urea, creatinina; los cuales resultaron en valores normales. A las 12:30 pm se reevalúa encontrando dinámica uterina con contracciones frecuentes 2-3/10 minutos de 30 segundos de duración y buena intensidad, realizándose también un tacto vaginal que evidencia cérvix posterior acortado cerrado con altura de presentación -3 y pelvis ginecoide; se suspende misoprostol para evolución espontánea de trabajo de parto. Al día siguiente a las 07:30 am la paciente refiere acentuación de dinámica uterina, al tacto vaginal se encuentra cérvix blando, cerrado, central, incorporado en 80%, altura de presentación -2 (BISHOP 7) por lo que se decide inducción de trabajo de parto y pase a centro obstétrico (CO). En CO se indica oxitocina 10 Unidades Internacionales + 1000 centímetros cúbicos de cloruro de sodio al 0,9% a 8 gotas por minuto y regular según dinámica uterina.

Durante su estancia en CO cursa con buena dinámica uterina sin cambios cervicales hasta que feto presenta desaceleraciones tempranas y se decide cesárea de emergencia por estado fetal no tranquilizador. Pasa a sala de operaciones (SOP) con diagnósticos de primigesta de 39 semanas 2 días, estado fetal no tranquilizador, inducción de trabajo de parto fallida, ruptura prematura de membranas prolongado. Los hallazgos operatorios fueron un recién nacido vivo femenino con llanto al nacer de 3235 gramos y Apgar de 9/9, líquido amniótico claro sin mal olor de volumen escaso, placenta normo inserta, cordón umbilical con 2 arterias y una vena de +-55 centímetros, útero y anexos sin alteraciones significativas, y 500 cc de sangrado. Posterior a cesárea, se hospitaliza para observación y cuidados post operatorios; en el transcurso de 2 días paciente refiere leve dolor en herida operatoria, niega cefalea, niega náuseas, cursa afebril con resultados de hemoglobina y hematocrito control en rangos de anemia leve. De esta manera, se decide alta con indicaciones de ácido fólico 1 tableta cada 24 horas por 30 días y

naproxeno 1 tableta cada 12 horas por 5 días vía oral, se explica signos de alarma, y control por consultorio externo en Hospital General.

Caso clínico N.º 2

Primigesta de 20 años con iniciales A. F. B. C. en séptima semana de gestación acude a emergencia refiriendo sangrado vía vaginal asociado a leve dolor en región pélvica. Refiere ser una persona sexualmente activa antes y durante embarazo, mantiene hábitos nocivos de tabaco y alcohol los fines de semana y agrega antecedente de Diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con insulina. Niega antecedentes quirúrgicos. No reacciones alérgicas medicamentosas previas.

Al examen físico se evidencia:

T: 36.4 grados centígrados FC: 82 FR:18 PA: 125/75 IMC: 24.3

Piel: Tibia/Hidratada/Elástica, llenado capilar menos de dos segundos, palidez leve, no ictericia, no cianosis.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular.

Abd: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor leve a la palpación en hipogastrio y región pélvica, no signos de irritación peritoneal.

GU: Puño percusión lumbar negativo

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Durante el examen físico se decide evaluar el cérvix mediante la colocación de espejito. Se visualiza sangrado a través del cuello uterino y dilatación de este. Se decide solicitar hemograma y realizar una ecografía obstétrica transvaginal, lo cual muestra imágenes sugestivas de un aborto incompleto evidenciados con restos embrionarios. Debido a ello, se decide hospitalizar para realizar extracción de restos embrionarios y monitorización. Intrahospitalario, se le administra 2 tabletas de misoprostol intravaginal para completar la dilatación del cuello uterino. Posterior a 2 horas se reevalúa y se encuentra dilatación exitosa por lo que se procede a realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU), extrayéndose aproximadamente 5-6 cc de

material embrionario. Luego de procedimiento se mantiene en observación por 24 horas sin manifestar complicaciones agregadas. Ante evolución favorable se decide dar alta médica con indicaciones de ibuprofeno 1 tableta cada 8 horas por 3 días y metronidazol 1 tableta cada 12 horas por 5 días vía oral.

I.2. Rotación en Pediatría

Se desarrollo la rotación de medicina interna desde el 01 de junio de 2023 hasta 31 de julio de 2023, en Hospital Madre Niño San Bartolomé.

Caso clínico N.º 1

Paciente mujer de 6 años con iniciales A. A. F. R. de 18 kilos acude a emergencias del Hospital Madre Niño San Bartolomé acompañado de padre, quien refiere un tiempo de enfermedad de 3 días, presentando sensación de alza térmica cuantificada en dos oportunidades con valores de 38.1 y 38.5 grados Celsius, dolor tipo ardor en garganta y tos regular.

Al examen físico se evidencia:

T: 38.2 FC: 115 FR: 25 PA: 125/90

Piel: Tibia/Hidratada/Elástica, llenado capilar menos de dos segundos, no ictericia, no cianosis.

Orofaringe: placas exudativas, eritema.

Cuello: masa palpable de 1.5 cm en región cervical izquierda.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes, no dolor a la palpación, no signos de irritación peritoneal, blando, depresible.

GU: Puño percusión lumbar negativo

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Bajo anamnesis y evaluación exploratoria física se sugiere diagnóstico de Faringoamigdalitis Bacteriana. Por lo que se inicia plan de tratamiento, antibioticoterapia con amoxicilina de 250mg/5ml a lo que corresponde a 6 cc

cada 8 horas vía oral por 10 días y paracetamol en jarabe 120 mg/ 5 ml que corresponde a 7,5 cc PRN fiebre en intervalos separados de 8 horas mínimo. Se explica a paciente signos de alarma y se indica alta con indicación médica.

Caso clínico N.º 2

Lactante de 8 meses con peso de 8 kilogramos acude a emergencia con pariente a cargo presentando un cuadro de 72 horas de enfermedad manifestando pico de fiebre de 38 grados centígrados, pérdida de apetito, vómitos de contenido alimentario en 5 oportunidades y 7 deposiciones líquidas amarillentas abundantes con moco sin sangre en últimas 12 horas. Familiar agrega que lactante se encuentra somnoliento.

Al examen físico:

T: 37 grados FC: 128 FR:39 PA: 110/60

Piel y faneras: Llenado capilar menos de dos segundos, palidez leve, no ictericia, no cianosis, mucosas secas, conjuntivas secas, frialdad distal en extremidades.

Ojos: Hundidos

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor a la palpación profunda en abdomen difuso, no signos de irritación peritoneal.

GU: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo

SNC: Somnoliento, despierta al dolor, pupilas isocóricas, foto reactivas.

A partir de anamnesis y examen físico se plantea diagnóstico presuntivo de Deshidratación severa por gastroenteritis aguda. Por lo que se decide hospitalizar y solicitar hemograma, PCR, reacción inflamatoria en heces y electrolitos. Entre sus resultados se encuentra el hemograma dentro de valores normales, PCR positiva en 15 mg/dL, electrolitos dentro de normalidad y reacción inflamatoria en heces positivo con presencia de más de 70 leucocitos por campo con 80% polimorfonucleares. De esta manera, se plantea manejo de hidratación vía endovenosa por intolerancia oral. Se indica terapia de rehidratación endovenosa rápida con cloruro de sodio 0,9%

colocando 240 cc en primera hora y 560 cc en siguientes 5 horas, ondasetron como antiemético a dosis de 1,2 mg endovenoso, ampicilina 200 mg endovenoso cada 6 horas, control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico. Así, intrahospitalario, el paciente mejora estado de consciencia y sintomatología de ingreso por lo que se rota a terapia con sales de rehidratación oral a 400 cc en 4 horas. Lactante cursa con evolución favorable clínicamente evidenciándose despierto, ojos normales, sed presente, con mucosas húmedas y lágrimas presentes al irritarse. Por lo que se decide alta hospitalaria con indicación médica, se explica signos de alarma y control por consultorio externo de Hospital General.

I.3. Rotación en Medicina Interna

Se desarrollo la rotación de medicina interna desde el 01 de septiembre de 2023 hasta 31 de octubre de 2023, en Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Caso clínico N.º 1

Paciente masculino con iniciales M. A. R. T. acude refiriendo cursar con dolor tipo sordo en abdomen de manera difusa con irradiación a región lumbar. Se acompaña de vómitos en 5 oportunidades, sensación de alza térmica no cuantificada. Refiere que el cuadro inicio aproximadamente hace 5 días y se intensifica al ingerir comidas de contenido grasoso. Agrega antecedente de diabetes mellitus tipo 2 controlada con metformina de 850 mg cada 12 horas. Al examen físico se evidencia:

T: 37.6 grados FC: 115 FR:22 PA: 110/60 IMC: 35.8

Piel: Tibia/Hidratada/Elástica, llenado capilar menos de dos segundos, palidez leve, no ictericia, no cianosis.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos aéreos agregados, no tirajes.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos a la auscultación, no ingurgitación yugular.

Abd: Ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor intenso a la palpación difusa a predominio de hemiabdomen superior que se irradia en forma de cinturón hacia región lumbar. No signos de irritación peritoneal.

GU: Puño percusión lumbar negativo

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Tras la anamnesis y exploración física del paciente, se solicita hemograma, urea, creatinina, glucosa, perfil hepático, proteína c reactiva, amilasa, lipasa y perfil lipídico. Entre sus resultados alterados se muestra la presencia de leucocitosis de 9500 con bastonados 2%, PCR en 50, amilasa en 550, lipasa en 780, y triglicéridos en 8750; resto de exámenes sin alteraciones. A su vez se indica una ecografía donde se evidencia un páncreas hipo ecogénico aumentado de tamaño. De esta manera, se plantea diagnóstico de pancreatitis aguda a causa de hipertrigliceridemia severa y se decide hospitalizar a paciente. En su tratamiento se administra volumen con cloruro de sodio a 20 cc/kg acompañado de manejo sintomático vía endovenosa con tramadol, dimenhidrinato, omeprazol; y se decide NPO con nutrición enteral con sonda naso yeyunal. Para tratar la etiología se indica uso de insulina R escala de corrección, heparina sódica vía subcutánea, gemfibrozilo de 600 mg en vía oral y atorvastatina de 20 mg vía oral. Además, para su comorbilidad se indicó continuar con Metformina vía oral. Paciente recibe tratamiento continuo durante 5 días hasta manejar valores laboratoriales de hemograma sin presencia de leucocitosis, amilasa en 150, lipasa en 170, triglicéridos en 367, PCR en 2; además de clínica favorable manifestándose asintomático, presencia de apetito, adecuada progresión de tolerancia oral, y a la exploración física, disminución de dolor abdominal, así como presencia de ruidos hidroaéreos en intensidad y cantidad adecuada. De esta forma, paciente cursa con evolución favorable y se decide alta médica con indicaciones de tratamiento sintomático con control por consulta externa en Hospital General.

Caso clínico N.º 2

Paciente mujer de iniciales A. E. R. C. acude a emergencia de Hospital Casimiro Ulloa refiriendo cursar alza térmica cuantificada en dos ocasiones con 38.6 y 39.1 grados centígrados asociado a síntomas urinarios tales como disuria y tenesmo vesical. Indica que acudió a farmacia donde comento la fiebre y “sensación de no poder orinar” a lo que le indicaron paracetamol y

furosemida. La sintomatología inició 6 días antes de ingreso de manera progresiva hasta 12 horas antes de ingreso en la que se intensifica sintomatología, agregándose náuseas, vómitos en 5 oportunidades, escalofríos, lumbalgia y polaquiuria. Agrega antecedentes de diabetes mellitus diagnosticada hace 20 años en tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas, vejiga neurogénica y retinopatía diabética.

Al examen físico se evidencia:

T: 38.9 grados FC: 89 FR: 24 PA: 130/70 IMC: 29.7

Piel: Tibio/Hidratado/Elástico, llenado capilar menor a dos segundos, leve palidez, no cianosis, no ictericia, mucosas secas (+/+++)

Abd: Blando/depresible, no dolor a palpación, ruidos hidroaéreos (+), no signos peritoneales.

Cv: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.

Typ: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos patológicos agregados, no tirajes.

GU: puño percusión lumbar (+)

Neuro: Glasgow 15/15, LOTEP, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Presentado la anamnesis y el examen físico se solicita a paciente realizar examen de orina, urocultivo y hemograma. A la espera de resultados se decide trasladar a observación donde se indica hidratación con 1 litro de cloruro por vía endovenosa añadido con dimenhidrinato, metamizol, y ceftriaxona 1 gramo cada 24 horas como manejo antibiótico empírico. Los resultados indican: leucocitosis de 18500 con bastonados 5%, examen de orina con 100 leucocitos por campo y urocultivo positivo a *echericha coli* tipo *BLEE* manifestando resistencia a cefalosporinas de tercera generación, pero sensibilidad a carbapenémicos; por lo que se decide hospitalizar. Una vez encontrados hallazgos de urocultivo se cambia medicación antibiótica de ceftriaxona a meropenem 500 mg cada 8 horas vía endovenosa por un periodo de 10 días. En el transcurso de su estancia hospitalaria, la paciente mejora sintomatología clínica, negando náuseas, reducción del dolor lumbar, afebril últimos 3 días y se le solicita un nuevo examen de orina control en la que no se evidencia leucocituria (1 leucocito/campo), ni nitritos. Así, se opta por alta médica con manejo de antibiótico vía oral con cefuroxima 500 miligramos cada

12 horas por 7 días / cefalexina 500 miligramos cada 6 horas por 7 días / ciprofloxacino 750 miligramos cada 12 horas por 7 días, paracetamol 1 gramo vía oral condicional a fiebre, y control por consultorio externo de Hospital General.

I.4. Rotación en Cirugía General

Se desarrollo la rotación de cirugía general desde el 01 de diciembre de 2023 hasta 31 de enero de 2024, en Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Caso clínico N.º 1

Paciente femenino con iniciales L.E.R.S. acude a emergencia refiriendo sufrir una quemadura con agua hervida en miembros inferiores 4 días antes del ingreso. Menciona acudir a centro de salud de primer nivel de atención el día del accidente donde le indicaron antiinflamatorio y realizar higiene de la zona en casa. Cuatro días después acude al Hospital Casimiro Ulloa agregando dolor tipo ardor intenso y limitación de movilidad. Agrega antecedente de Hipertensión Arterial controlada con Losartan 100 mg cada 12 horas.

Al examen físico se evidencia:

T: 36.7 grados FC: 79 FR: 21 PA: 120/70 IMC: 37

Piel: Tibio/Hidratado/Elástico, llenado capilar menos de 2 segundos, lesiones tipo escaras mielecericas con eritema perilesional sangrante por quemadura de segundo grado en muslos con signos de flogosis, superficie de 18% (9s)

Abd: Blando/depresible, no dolor a palpación, ruidos hidroaéreos (+)

Cv: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos

Typ: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados

Neuro: Glasgow 15/15, LOTEPE

Tras la anamnesis y exploración física de la paciente, se establece diagnósticos de: Quemadura de segundo grado infectada en ambos muslos, celulitis, obesidad grado 2 e hipertensión controlada por historia clínica. Por lo cual se decide hospitalizar a la paciente, se solicita hemograma el cual manifiesta presencia de 15200 leucocitos con desviación izquierda por lo que se indica oxacilina para cobertura antibiótica. Al día siguiente mantiene clínica similar y se encuentra un nuevo hemograma con 17500 leucocitos con desviación izquierda por lo que se amplía tratamiento antibiótico con oxacilina

+ clindamicina vía intravenosa; y se decide realizar limpiezas quirúrgicas en sala de operaciones por lo que se solicita prequirúrgicos. La paciente se somete a 5 limpiezas quirúrgicas en SOP a través de las cuales el tejido de fibrina fue retirado en casi su totalidad, de igual manera el lecho sangrante fue disminuyendo hasta ser escaso, desaparecen los signos de flogosis, y ultimo hemograma control resulta en 6900 leucocitos con 1% de bastonados. Paciente cursó con evolución favorable y fue dado de alta por el servicio con tratamiento antibiótico y analgésicos vía oral, y control por consultorio externo de hospital general.

Caso clínico N.º 2

Paciente femenino con las iniciales L. M. Q. P. acude a emergencias refiriendo dolor en fosa iliaca derecha desde hace 3 días, el cual se intensifica aproximadamente 4 horas antes de ingreso, asociado a náuseas, vómitos y sensación de alza térmica.

Al examen físico se observa:

T: 37.6 grados FC: 120 FR: 26 PA: 100/60 IMC: 29

Piel: Tibio/Hidratado/Elástico, llenado capilar menos de 2 seg., palidez leve

Abd: distendido, dolor a palpación difusa predominio en fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos disminuidos, Mc. Burny (+), rebote (+).

Cv: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos

Typ: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados

Neuro: Glasgow 15/15, LOTEPE

Se solicita una ecografía abdominal donde se observa estructura tubular aperistáltica de 11 milímetros de diámetro, dolorosa a la eco presión, no colapsable, asocia liquido libre inter-asas y marcados cambios inflamatorios de grasa mesentérica concluyendo signos ecográficos de proceso inflamatorio apendicular agudo; por lo que se cataloga como abdomen agudo quirúrgico por apendicitis aguda complicada y pasa a sala de operaciones. Los hallazgos fueron múltiples adherencias parieto-epiploicas, abundante fibrina interasas y asa delgada edematizada. El plastrón apendicular se encontraba conformado por epiplon y asa delgada, conteniendo en su interior liquido purulento de aproximadamente 50 centímetros cúbicos (cc); el apéndice cecal se encontraba necrosado en sus 2/3 distales, digerida en su 1/3 proximal con

coprolitos libres y perforada en su base; además se encuentra aproximadamente 100 cc de líquido purulento en fondo de saco de Douglas. La operación duró 1 hora 45 minutos donde se registró un volumen de sangrado de 50 cc y la técnica operatoria se basó en los siguientes pasos:

1. AA + CCE.
2. Neumoperitoneo abierto.
3. Colocación de trocares bajo visión directa
4. Liberación roma de plastrón apendicular.
5. Aspiración de secreciones.
6. Identificación de apéndice con base en mal estado.
7. Electro fulguración de meso apendicular.
8. Realización de apendicetomía
9. Rafia de ciego con seda negra 2/0.
10. Lavado de cavidad con 4 litros de cloruro de sodio.
11. Revisión de hemostasia.
12. Retiro de pieza en guante operatoria por troquer 1.
13. Colocación de dren tubular en lecho apendicular
14. Colocación de dren laminar en fondo de saco de Douglas.
15. Retiro de trocares bajo visión directa
16. Cierre de incisiones y piel.

Ingresa a recuperación y posteriormente a área de hospitalización con diagnóstico de Post operado de apendicetomía laparoscópica complicada por plastrón apendicular abscedado + rafia de ciego + colocación de dren tubular + colocación de dren laminar. Durante su estancia post operatoria cursa con funciones vitales estables, ventilando espontáneamente, afebril, en cobertura antibiótica con ceftriaxona más metronidazol vía endovenosa; con indicación de NPO por 3 días. Luego de indicaciones, en posteriores 5 días, paciente progresa dieta con buena tolerancia vía oral, ambulación sin complicaciones, elimina flatos, realiza deposiciones y se mantiene afebril. Cursa con evolución favorable y se decide alta con indicaciones de antibioticoterapia y analgesia vía oral, y cita precoz en 48 horas después, en tópico de Cirugía General en mismo Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para lo cual no se observan complicaciones y nuevamente es dado de alta con control por consulta externa en hospital general.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El internado medico se realizó posterior a la coyuntura de pandemia por COVID 19 que afecto el desarrollo de nuestra formación como estudiantes de medicina. Esto debido a que dicho contexto conllevó al cierre de prácticas para estudiantes de medicina en hospitales; por lo que, a 2 semanas de haber iniciado las primeras prácticas en 4to año de carrera se inhabilitó el ingreso a los estudiantes y se desarrollaron los siguientes 3 años de manera virtual hasta último semestre previo a internado. Además, efecto de la pandemia fue la reducción del tiempo de internado de 12 a 10 meses.

Se tuvo la oportunidad de rotar en cinco áreas durante los 10 meses, de los cuales 8 meses fueron intrahospitalario y 2 meses en centro de primer nivel de atención.

Las primeras 2 rotaciones fueron Ginecología y obstetricia, y Pediatría en orden cronológico del 01 de abril hasta 31 de Julio del año 2023. Ambos se desarrollaron en el Hospital Madre Niño San Bartolomé fundado en el año 1651 por el Fray Bartolomé de Vadillo. La rotación de ginecología y obstetricia permitió manejar procedimientos de baja, mediana y alta complejidad tales como monitorización de trabajo de parto, atención de parto, legrados e incluso cesáreas, siempre bajo supervisión de asistente y/o residente a cargo. Mientras que en la rotación de Pediatría se nos enseñó de la importancia de la relación médico paciente sobre todo por ser pacientes menores que ante una patología y escenario intrahospitalario recaían en la angustia; en este periodo se permitió desarrollar historias clínicas, plantear tratamientos, y apoyar en la atención de emergencias pediátricas en compañía de medico asistente.

La siguiente rotación fue en un centro de primer nivel de atención llamado Centro de Salud San Sebastián. En esta fase el autor aprendió el manejo básico patologías no complicadas, así como realizar distintas campañas de prevención como: tamizaje de agudeza visual en colegios, charla de tamizaje de dislipidemias, diabetes mellitus, de cáncer de mama y cérvix, entre otros. Además, se instruyó el registro de atenciones mediante FUAS y HIS. Se destaca esta rotación debido a que resulta un escenario similar a lo que

desarrollara un médico serumista. En caso del autor, dicho periodo fue instruido por doctores de alta calidad y virtud de enseñanza que nos permitió seguir adquiriendo conocimiento.

Los últimos cuatro meses de rotación fueron Medicina Interna y Cirugía General en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa fundado en el año 1955. Dicho Hospital se especializa en atención y manejo de emergencias. En este periodo se destaca la confianza de los médicos residentes, así como asistentes que nos permitieron ser parte de la atención inmediata de patologías categorizadas como urgencias y emergencias, con lo cual se desarrolló la habilidad para realizar diagnósticos efectivos inmediatos, así como organizar un algoritmo de tratamiento sólido, rápido y basado en evidencia para resolver cada caso que acudía al hospital. Se destaca la exigencia de los doctores para presentar casos clínicos, realizar exposiciones y manejar información tanto de práctica como teórica. En Medicina Interna se dio oportunidad al autor de rotar por áreas de hospitalización, observación, emergencias, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios. Mientras que, en Cirugía General, el autor rotó también por áreas de traumatología, neurocirugía y anestesiología lo cual permitió ampliar aún más el conocimiento.

El año de internado puede considerarse un año de adversidades que, sin el apoyo y trabajo en equipo de los internos, así como residentes el resultado no sería el mismo; ello permitió el desarrollo exponencial de habilidades, experiencias y conocimiento que sirvieron para consolidar la formación como futuro médico.

CAPITULO III. APLICACION PROFESIONAL

III.1. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico N.º 1

Ruptura prematura de membranas (RPM)

La RPM refiere a la rotura de las membranas ovulares previo al inicio del trabajo de parto con lo cual se evidencia salida del líquido amniótico el cual puede suceder en partos a término mayor igual a 37 semanas de gestación o pretérmino, menor a este valor. Los factores de riesgo que conllevan a aumento de probabilidades de desarrollarla son: el antecedente de RPM en embarazo previo, la infección del tracto genital inferior, las hemorragias de primera y segunda mitad del embarazo, el tabaquismo, las malformaciones uterinas, el embarazo múltiple, las colagenopatías, el trauma abdominal, la anemia y ser de un bajo nivel socioeconómico. (2)

El diagnóstico se presenta clínicamente con salida de líquido transparente vía vaginal. De no confirmarse, existen exámenes complementarios tales como el Test de cristalización en la que se coloca la muestra obtenida del fondo del saco posterior en un portaobjetos y en microscopio se visualiza imagen similar a “hoja de helecho”; test de nitrazina, una tira reactiva que evidencia el pH siendo de 7 a 7.3 en líquido amniótico mientras que en caso sea orina o flujo el pH es menos de 6; el test de inmunocromatográfica mediante la determinación de proteínas *IGFBP1* y *PAMG1* de la decidua; o la ecografía obstétrica observándose la disminución del volumen de líquido amniótico. (2)

El manejo será dependiendo de la edad gestacional ya sea a término (mayor a 37 semanas) se recomienda terminar la gestación dentro de las siguientes 12 horas con posibilidad de inducción vía vaginal si es que condiciones obstétricas lo favorecen; de igual manera pretérmino tardío (34-36.6 semanas) se recomienda iniciar la finalización del embarazo en primeras 24 horas ocurrida la rotura. Mientras que en un pretérmino entre 24 a 33.6 semanas existe controversia sobre el manejo expectante mientras se realiza la maduración pulmonar y neuro protección fetal; sin embargo, independientemente del caso es importante reconocer los criterios para culminación inmediata de la gestación, los cuales incluyen la presencia clínica de

corioamnionitis, desprendimiento de placenta, muerte fetal, o compromiso de la salud materna. (3)

Todo RPM debe incluir en su manejo el monitoreo materno funcional vigilando signos de infección que conduzca a una corioamnionitis: Fiebre, taquicardia materna, taquicardia fetal, leucocitosis mayor a 15 000, irritabilidad uterina o líquido amniótico fétido. Asimismo, se debe realizar una antibioticoterapia profiláctica con Ampicilina y eritromicina vía endovenosa. El uso de corticoides para maduración pulmonar fetal está indicado en gestantes entre 24 y 34 semanas en esquema con betametasona a 12 mg intramuscular cada 24 horas o dexametasona a 4 miligramos intramuscular cada 8 horas. La neuro protección fetal resulta efectiva para disminuir los casos de disfunción motora gruesa a corto plazo así como parálisis cerebral; el esquema de tratamiento es a base de sulfato de magnesio a dosis de ataque con 5 gramos endovenoso en bolo lento equivalentes a 4 ampollas de 5 mililitros al 25% en 100 centímetros cúbicos de dextrosa al 5% en un tiempo de 30 minutos, para luego pasar a dosis de mantenimiento con 1 gramo por hora intravenoso a goteo, equivalente a 8 ampollas de 10 ml al 25% en una dextrosa al 5% de 500 mililitros a razón de 7 gotas por minuto. (3)

Caso clínico N.º 2

Sangrado en Primer trimestre de embarazo – Aborto Incompleto

El aborto espontáneo según la ACOG (American College of obstetrics and gynecology) se define como un embarazo intrauterino no viable que evidencie saco gestacional vacío, o con contenido de resto embrionario o feto sin actividad cardíaca fetal. La SEGO (protocolos asistenciales en obstetricia) agrega la expulsión de un feto menor de 500 gramos, menor a 22 semanas de gestación añadido a resultados laboratoriales con BHCG en valores disminuidos (4).

La división de los tipos de aborto parte de la observación del cérvix. Si este se encuentra cerrado, se decide realizar una evaluación del estado del feto mediante ecografía, si presenta funciones vitales sin alteraciones se considera amenaza de aborto, mientras que si no se observan funciones vitales se determina como aborto frustrado. Por otro lado, si tras la utilización del espejo se evidencia dilatación del cérvix, se puede encontrar en curso o consumado.

En caso se encuentre en curso se debe observar el estado de las membranas; si membranas están íntegras se considera aborto inminente, y si están rotas, aborto inevitable. Si el cuello está dilatado y se considera consumado, mediante una ecografía transvaginal se determina si se encuentran restos embrionarios considerándose aborto incompleto, o por su contrario si no se evidencia restos embrionarios, aborto completo. (5)

Asimismo, el sangrado puede clasificarse en precoz, antes de las 12 semanas de gestación que corresponden al 85% de casos, y sus factores de riesgo se corresponden a trisomías autosómicas, diabetes mellitus tipo 1, defectos de fase lútea, infecciones, defectos anatómicos con miomas submucosos o útero bicorne, síndrome antifosfolípido y lupus; mientras que el tardío tiene lugar pasada las 12 semanas completas de gestación correspondiente al 15% teniendo como principal causa la incompetencia cervical. (5)

El diagnóstico parte de una gestante menor a 22 semanas que refiere cursar con sangrado que puede estar acompañado de dolor en región pélvica e hipogastrio, basado en dicha clínica es necesario realizar una exploración física dirigida a la observación del cuello uterino mediante uso de espéculo para determinar el origen, la dilatación del cérvix, la cantidad y aspecto del sangrado. Ecográficamente existen signos inequívocos para aborto diferido, entre ellos: la ausencia de actividad cardíaca en embrión de más de 5 mm en longitud cefalo caudal (LCC), ausencia de actividad de embrión con LCC mayor a 3,5 mm, y la presencia de saco gestacional de más de 20 mm sin polo embrionario ni saco vitelino. Además, mediante la ultrasonografía se puede diferenciar en un aborto completo en caso se encuentre homogéneo con una línea endometrial menor a 5 mm; y uno incompleto que se evidencia heterogéneo con línea endometrial mayor a 15 mm. (6)

El manejo de amenaza de aborto se basa en reposo con abstinencia sexual acompañado de antiespasmódicos y/o antiinflamatorios no esteroideos. En caso se presente aborto retenido o aborto incompleto se debe realizar evacuación endo uterina. Dicha evacuación se realiza mediante Aspirado Manual Endo uterino (AMEU) en caso sea gestante menor a 12 semanas y se encuentre hemo dinámicamente estable; mientras que en caso sea mayor a 12 semanas y se encuentre hemo dinámicamente inestable se opta por legrado uterino. Ambos procedimientos previa administración de misoprostol.

Los procedimientos tienen un tiempo de duración de aproximadamente 20 minutos; y posterior a ello, permanecer en observación 24 horas para recibir alta médica con analgésicos, antibióticos profilácticos; así como referencia para atención por psicología debido a las complicaciones psicológicas que puede conllevar esta patología. (4)

III.2. Rotación en Pediatría

Caso clínico N.º 1

Faringoamigdalitis Aguda (FAGA)

La guía de Minsa cataloga a la FAGA como un proceso febril agudo que manifiesta inflamación de la mucosa de dicha región conllevando a la aparición de exudado, eritema, edema y/o úlceras. Respecto a su etiología, puede ser causado principalmente por virus tales como *adenovirus*, *para influenza*, *Epstein Barr*, *coxsackie A* y *coronavirus*; mientras que de origen bacteriano se encuentra principalmente al *estreptococo beta hemolítico del grupo A* o *estreptococo pyogenes*, y en menor proporción los causados por *micoplasma pneumoniae*, *yersinia enterocolitica*, y *chlamydia pneumoniae*. Mientras que los factores de riesgo incluyen la edad entre 5 y 15 años, considerándose como la etiología viral más recurrente en menores de 3 años de edad. Otros factores incluyen las estaciones frías del año, el contacto con pacientes contagiados con FAGA, la asistencia a guarderías, colegios, hacinamiento, el bajo nivel socioeconómico y saneamiento básico en mal estado, generalmente la transmisión es por contacto estrecho entre personas por lo que los espacios cerrados favorecen su propagación. (7)

La clínica se basa en un dolor de garganta de inicio brusco asociado a picos febriles y cefalea; y se puede añadir la presencia de linfadenopatías cervicales. En caso se sospeche de etiología viral la clínica se direcciona a la aparición de conjuntivitis, diarrea, rinorrea y tos. Suele ser autolimitada, pero existen casos que conllevan a complicaciones como absceso periamigdalino, adenitis cervical supurativa, celulitis, fiebre reumática, OMA y mastoiditis aguda. Mientras que a la exploración física se encuentran placas exudativas, eritema en región faringoamigdalina y edema. El diagnóstico laboratorial puede realizarse mediante cultivo como Gold estándar, prueba de detección de

antígenos y el ASLO. (7) Clínicamente el diagnóstico se basa en los criterios de Centor modificados por Isaac que incluye 5 criterios los cuales son la ausencia de tos, la fiebre, presencia de adenopatías latero cervical dolorosa mayor a 1 centímetro, el exudado faríngeo y de edad entre 3 a 14 años. Se le otorga 1 punto según la presencia de cada criterio considerando el diagnóstico clínico si obtiene un puntaje igual o mayor a 4. (8)

Entre diagnósticos diferenciales etiológicos se debe considerar al *virus Herpes Humano tipo 1* que conlleva a la gingivo-estomatitis herpética que se acompaña de enanemas en toda la región bucal asociado a inflamación de encías; otro caso es los causados por *Coxsackie A* que genera la herpangina manifestada con enanemas localizados en fondo de boca afectando el paladar blando, úvula y pilares. (7)

El manejo de FAGA se realiza mediante antibioticoterapia y control de sintomatología. Para combatir el agente etiológico se indica Amoxicilina 50 mg/kg/día separado en dosis cada 12 horas por 10 días; si presenta alergia a penicilinas se puede optar por Azitromicina 10 mg/kg/día por 5 días. Para la sintomatología se suele indicar paracetamol a dosis de 10-15 mg/kg cada 8 horas condicional a fiebre y/o malestar general separado en ventanas de 8 horas. (9)

Caso clínico N.º 2

Deshidratación por cuadro diarreico.

La sociedad española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica define el cuadro diarreico como la presencia de 3 o más episodios de deposiciones líquidas de consistencia reducida en un periodo no mayor de 24 horas. Según si tiempo de presentación se puede clasificar en agudo si la duración es menor a 1 semana; persistente, entre 8 a 13 días; y crónica en caso dure más de 2 semanas. (10)

Los factores de riesgo asociados incluyen medioambientales como las zonas de carencia de agua potable, saneamiento deficiente, endémicas de parasitosis, de hacinamiento, convivencia con animales, bajo nivel socioeconómico, bajo grado de instrucción de padres, madres adolescentes; de estilos de vida donde se incluye el consumo de agua contaminada, mala

práctica de lavado de manos, vacunación incompleta, mala higiene personal, contacto con paciente con cuadro diarreico, viaje a zonas tropicales; los factores asociados a la misma persona incluye a pacientes pediátricos menor de 2 años, con desnutrición, anemia o presencia de inmunodeficiencia; y factores hereditarios como alergias, enfermedad celiaca o síndrome de intestino ultracorto. (11)

Las manifestaciones clínicas se basan en 3 aspectos, referidos al aparato digestivo donde se encuentra la diarrea, náuseas, vómitos, gases y dolor abdominal; inespecíficos como la fiebre, fatiga, convulsiones, pérdida de apetito; y en casos graves, los de deshidratación incluyendo trastorno del sensorio, sed aumentada, signos de pliegues, llantos sin lágrimas, ojos hundidos, taquicardia, entre otros. Los exámenes auxiliares que se pueden solicitar en estos pacientes son el coprocultivo, lactoferrina, reacción inflamatoria, electrolitos, aga y hemograma completo. El diagnostico evidentemente es clínico, siendo de suma importancia determinar el grado de deshidratación para ofrecer el tratamiento correspondiente. Según la guía de MINSA se indican 3 escenarios al momento de evaluación de la deshidratación. El primer escenario presenta a un paciente alerta, con ojos normales, boca y lengua húmedas, lagrimas presentes, no avidez para beber agua, signo de pliegue negativo. Un segundo escenario corresponde a un paciente pediátrico intranquilo o irritable que presenta ojos hundidos, boca y lengua secas, lagrimas escasas, signo de pliegue que desaparece lentamente pero menos de 2 segundos y al ofrecer agua bebe rápidamente, bastan 2 o más signos para determinarla como tal. El tercer escenario refiere a un paciente que presenta 2 o más de los siguientes signos letárgico o inconsciente, ojos hundidos y secos, boca y lenguas muy secas, lagrimas ausentes, incapacidad para beber o lactar y signo de pliegue mayor a 2 segundos; incluyendo un signo clave que son compromiso del estado de conciencia, incapacidad para beber y signo de pliegue. (11)

En base a dichos escenarios se plantea manejo específico. El plan A corresponde a el escenario 1 en el que se indica manejo domiciliario vía oral con líquidos caseros a modo de reposición volumen a volumen. En caso plan A fracasa o presenta clínica asociada al segundo escenario se inicia Plan B,

el cual se recibe en establecimiento de salud, indicando sales de rehidratación oral o vía gastroclisis en caso de intolerancia oral, a dosis de 50 a 100 cc/kg en 4 horas. En caso no mejore clínica o se presente un paciente pediátrico con sintomatología de escenario 3, se inicia Plan C; dicho manejo requiere hospitalización para reposición de volumen. En este último escenario, si paciente manifiesta signos de shock hipovolémico, la reposición será con cloruro de sodio al 0,9% a dosis de 20 cc/kg/bolo en 2 a 3 oportunidades; si tras dicha reposición no mejora clínicamente, se debe sospechar de shock séptico por lo que se debe preparar uso de vasopresores. En caso se encuentre en tercer escenario y no presenta signos de shock hipovolémico, se inicia terapia de rehidratación endovenosa rápida; en menores de 1 año se repone 100 cc/kg en 6 horas administrándose el 30% del volumen en primera hora y restante 70% en siguientes 5 horas para completar una terapia de 6 horas; mientras que en pacientes mayores a 1 año se administra el 30% en primeros 30 minutos y restante 70% en siguientes 2 horas 3 minutos para completar una terapia de 3 horas. Si paciente responde a tratamiento de Plan C, pasa a Plan B y posteriormente a Plan A para luego ser dado de alta. Otros manejos para el cuadro diarreico incluyen al suplemento de Zinc a dosis de 20 mg/día por 10 días para disminuir el tiempo, intensidad y recurrencia de diarrea en mayores de 6 meses, el ondasetron como antiemético, racecadotril como antidiarreico y probióticos. (11)

III.3. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico N.º 1

Pancreatitis

La pancreatitis aguda resulta en una enfermedad originada por la activación, liberación intersticial y la auto digestión del órgano por sus enzimas causando injuria localizada, respuesta inflamatoria sistémica, falla multiorgánica e incluso la muerte.

Las causas pueden ser infecciosas por bacterias como tuberculosis, *escherichia coli*; virales como *sarampión*, *echovirus*, *hepatitis A*; o por parásitos como los *áscaris*. También puede ser desencadenada por alteraciones mecánicas como traumas, anomalías congénitas, u obstrucciones como cálculos biliares o tumores; por alteraciones metabólicas

como hipertrigliceridemia, hipercalcemia, enfermedad renal, cetoacidosis y desnutrición severa; por ingesta medicamentosa englobando a la furosemida, tetraciclina, sulfonamidas, corticoides, metronidazol, nitrofurantoina, entre otros. Y por último otras causas son por alcohol etílico, anfetaminas, intoxicación por carbamatos u órganos fosforados, toxinas de escorpión, e idiopáticas. (12)

La clínica se presenta como un dolor abdominal intenso que se irradia a espalda en cinturón acompañado de íleo paralítico con ausencia de ruidos hidroaéreos, náuseas y vómitos. Existen signos de mal pronóstico como el de Cullen que refiere a equimosis a nivel periumbilical, el signo de grey Turner a nivel de flancos, y de Fox con equimosis en región inguinal. Los exámenes de laboratorio esenciales que apoyan el diagnóstico son la amilasa que debe estar elevado 3 veces su valor normal, la lipasa que se considera la más sensible, específica y con mejor perfil cinético, positivo si está elevado en 2 veces su valor normal, y hemograma para evaluar presencia de leucocitosis. Además, la tomografía axial computarizada va a solicitarse como diagnóstico si clínica no corresponde a enzimas negativas. (12)

El pronóstico se basa en el Índice de Severidad Tomográfico que se realiza mediante una TAC evaluando los criterios de Baltazar y el porcentaje de necrosis pasado 72h. Los criterios de Baltazar incluyen el grado A que refiere páncreas normal (0 puntos); B, presencia de edema del tejido pancreático (1 punto); C, inflamación de grasa peri pancreática (2 puntos); D, una colección de líquido (3 puntos); E, dos o más colecciones de líquido o una de gas (4 puntos). Mientras que el porcentaje de necrosis se realiza con TAC: menor a 30% se indica 2 puntos, entre 30 a 50% se indica 4 puntos y mayor a 50% recibe 6 puntos. De esta manera, si la suma de el puntaje obtenido por los criterios de Baltazar y el Porcentaje de necrosis es mayor o igual a 6 se considera como mal pronóstico. (13)

El manejo se basa en hidratación energética de paciente con lactato de ringer a 250-500 ml/hora o cloruro de sodio al 0,9% a 20 ml/kg hasta conseguir una diuresis mayor a 0,5 ml/kg/hora. La analgesia se basa en el uso de opioides tales como petidina y tramadol; y en caso paciente se encuentra con saturación menor a 95% se indica oxigenoterapia. Además, todo paciente con

diagnóstico de pancreatitis se maneja en NPO (no alimentos por vía oral) sin dejar de lado la nutrición vía enteral por sonda nasoyeyunal para evitar la traslocación bacteriana. La antibioticoterapia se reserva para casos que manifiesten signos de infección, no está indicado la profilaxis antibiótica. Una vez recibido el manejo, el inicio de la tolerancia oral se indica luego de manifestarse asintomático, presentar apetito, así como auscultación de ruidos hidroaéreos, y bioquímicamente debe encontrarse tanto la amilasa como la proteína C reactiva en valores negativos. (12)

Por último, es necesario recalcar que la pancreatitis aguda severa puede conllevar a complicaciones sistémicas basadas en el score de Marshall representando falla orgánica respiratoria con PaO₂/FiO₂ menor de 300, falla renal con incremento de creatinina y falla hemodinámica con presencia de hipotensión. Otro tipo de complicaciones son las locales como abscesos, necrosis estéril o infectada, y el pseudoquiste que suele aparecer pasado las 4 semanas como una masa única en cuerpo o cola de páncreas asintomática. (12)

Caso clínico N.º 2

Pielonefritis

La pielonefritis resulta en una infección del parénquima renal causada principalmente por *escherichia coli*, y en menor proporción por gérmenes como *proteus mirabilis*, *klebsiella* y *enterococcus*. La clínica se basa en la presencia de síntomas urinarios como la disuria, polaquiuria, tenesmo vesical e incontinencia urinaria, acompañado de fiebre, hematuria, vómitos, náuseas y/o dolor lumbar. Al examen físico se puede encontrar puño percusión lumbar y puntos renoureterales positivos durante la palpación. (14)

En laboratorio se sugiere solicitar hemograma para verificar la presencia de leucocitosis con desviación a la izquierda, examen de orina para evidenciar la leucocituria, y cultivo de orina para identificar el patógeno y dar antibioticoterapia específica. La ecografía se reserva para casos de sepsis grave, fracaso renal agudo, antecedente que aumente riesgo a obstrucción ureteral o persistencia de fiebre pese a tratamiento antibiótico específico. El manejo se dirige a combatir la infección mediante antibioticoterapia y

confrontar la clínica con sintomáticos. El tratamiento empírico sin criterios de ingreso a hospitalización es con ciprofloxacino 750 mg cada 12 horas por 7 días vía oral. En presencia de requerimiento de hospitalización sin criterios de sepsis o shock séptico se debe indicar ceftriaxona 1 gramo endovenoso al día y si es alérgico a betalactámicos, Aztreonam 1 gramo endovenoso cada 8 horas. Mientras que si requiere hospitalización y manifiesta signos de severidad como lo son la detección tardía, sepsis, vómitos, shock séptico, o riesgo de mala evolución en caso sea desnutrido o tenga compromiso del sistema inmunológico, se indica ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas junto a amikacina 15 mg/kg cada 24 horas. Y en caso se relacione a infección post cuidados de salud o nosocomiales se prefiere manejo empírico con carbapenémicos como el meropenem a 500 mg intravenoso cada 12 horas. Sin embargo, independientemente al caso, el tratamiento antimicrobiano es específico a según salga el resultado del urocultivo realizado al ingreso, donde se visualiza la sensibilidad y tipo de bacteria que se encuentra desarrollando la infección. Para la sintomatología, en presencia de fiebre se puede utilizar paracetamol o metamizol, en presencia de vómitos se puede agregar dimenhidrinato y realizar una hidratación a dosis de 1,5 litros al día en adultos, y en formas severas plantear un manejo dirigido al shock séptico. (14)

III.3. Rotación en Cirugía General

Caso clínico N.º 1

Quemadura

Las quemaduras son traumatismos de daño local y sistémico que genera un efecto inmediato mediante lesiones visibles, así como tardíos mediante efectos de mala perfusión y oxigenación a tejidos. Las quemaduras pueden causarse por agentes térmicos como agua o grasa caliente que genera necrosis coagulativa (NC), mientras que el frío causa necrosis licuefactiva (NL); eléctricas, con bajo voltaje (NC) o alto voltaje (NL); y químicas con agentes ácidos (NC) o alcalinos (NL). En casos severos se puede desarrollar shock hipovolémico que incrementa riesgo de muerte en primeras 72 horas, o shock séptico que aumenta riesgo de mortalidad pasado las 72 horas. (15)

El primer paso es enfriar la quemadura en el acto retirando todos los objetos que puedan ser fuentes de calor y rociar agua corriente por no más de 20 minutos inmediatamente. Se debe vigilar la vía aérea y respiración, determinar si el accidente fue en espacio cerrado o región cefálica estuvo expuesta a llamas, verificar presencia de estridor, ronquera o sibilancias; y en caso de distrés respiratorio será necesaria la intubación orotraqueal. Respecto a la circulación se requiere al menos una vía de acceso endovenoso para manejo de resucitación, se prefiere de amplio calibre entre 14 a 18, la presencia de taquicardia e hipertensión suelen ser causadas por el mismo dolor; y por último se debe revisar el estado de conciencia mediante la escala de Glasgow. Una vez realizado la atención inmediata, se extiende las zonas quemadas para verificar el porcentaje de superficie corporal afectado. En este caso se utiliza la regla de nueves para catalogarlo, en la que la región cefálica corresponde a 9%, las extremidades superiores 9% cada una, las extremidades inferiores 18% cada una, región pélvica 1%, torso anterior 18% y torso posterior 18%. (16)

Asimismo, se debe evaluar la profundidad de la lesión. Esta se clasifica en 4 tipos: Quemadura de primer grado en la que se evidencia hipersensibilidad que compromete únicamente la epidermis y suele reepitelizarse espontáneamente en menos de una semana. Las quemaduras de segundo grado, compromete dermis y epidermis causando flictenas, hinchazón y edema, y puede tardar hasta 3 semanas en cicatrizar. Las quemaduras de tercer grado comprometen dermis epidermis y tejido celular subcutáneo suelen ser acartonadas, con dolor principalmente en región periférica de las lesiones, generalmente tratadas con injertos de piel. Por último, las quemaduras de cuarto grado que involucra tejidos profundos como músculo y/o hueso. (16)

Una vez determinado la superficie y grado de las quemaduras se procede a la fluidoterapia para resucitación en casos de compromiso de más del 20% de superficie corporal afectada. Una de las fórmulas para determinar la cantidad a administrar es Parkland en la que se multiplica 4ml de cloruro de sodio al 0,9% por el peso en kilogramos del paciente por el porcentaje de superficie corporal quemada, y su resultado se divide entre 24 horas. El 50% del

resultado de la fórmula de parkland se administra en primeras 8 horas, mientras que el 50% restante se administra en las 16 horas siguientes. (17). Respecto al manejo del dolor se indican analgésicos endovenosos con opioides o metamizol; y se recomienda la colocación de vacuna antitetánica en pacientes con historia de inmunización incompleta o que no ha recibido en últimos 5 años. En el manejo de las heridas, es necesario realizar limpiezas continuas con gel antimicrobiano como el hidrogel con plata iónica o sulfadiazina de plata; el periodo entre cada limpieza es de acuerdo a la gravedad de la lesión para evitar la aparición de signos de flogosis y que comprometan un riesgo de infección. (16)

Caso clínico N.º 2

Apendicitis

La apendicitis aguda representa una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico. Entre sus causas se encuentra la obstrucción por coprolitos, obstrucción por hernias, neoplásicas o infecciosas por parásitos. La sintomatología se basa en una serie de eventos fisiopatológicos. Se inicia con la fase congestiva que refiere a una obstrucción venoso y linfático ocasionando edema de apéndice lo cual implica engrosamiento de la pared progresiva, a su vez estimula el peritoneo visceral y con ello las fibras simpáticas tipo C, generando dolor de tipo visceral inespecífico con previa disminución de apetito y asociado a náuseas. Luego aparece la fase supurada que implica la proliferación bacteriana a predominio de gram negativos como la *escherichia coli*, se estimula el peritoneo parietal y con ello a las fibras somáticas tipo A que genera dolor localizado. La siguiente fase es la obstrucción al flujo arterial que ocasiona isquemia y proliferación de anaerobios bacteroides, caracterizada clínicamente con fiebre y marcada leucocitosis. Y finaliza con la perforación del apéndice. (18)

En la exploración física existen puntos dolorosos que orientan al diagnóstico de apendicitis. Entre ellos está el Mc Burney, para apéndice cecal; Morris, para ileal; Iccene, retro cecal; y Lanz, pélvica. Otros signos son el del obturador para apéndices de localización pélvica y se evalúa en decúbito supino; el signo de iliopsoas para retro cecales y se evalúa en decúbito lateral; Dunphy que ante todo debería generar dolor en fosa iliaca derecha; signo de Horn que al

traccionar testículo derecho causa dolor en fosa iliaca derecha; y signo de Rovsing en el que se realiza presión en fosa iliaca izquierda y genera dolor en lado contralateral. (18)

El diagnóstico y manejo se realiza en base a la escala de Alvarado. Esta incluye migración del dolor (1 punto), anorexia (1 punto), nauseas (1 punto), dolor en fosa iliaca derecha (2 punto), dolor al rebote (1 punto), fiebre (1 punto), leucocitosis (2 punto), y desviación a izquierda (1 punto). Si la sumatoria de puntaje de Alvarado recae entre 1 a 3, se sospecha de otras causas; si esta entre 4 a 6 se indica tomografía axial computarizada; y si recae entre 7 a 10 puntos se decide apendicetomía como manejo quirúrgico. En caso la tomografía no da sugerencias claras de diagnóstico se puede reevaluar en 12 horas con nuevo hemograma para realizar nueva escala de Alvarado; si el nuevo resultado es entre 1 a 3 se sospecha de otras causas, pero si el nuevo resultado arroja 4 a 10 puntos se opta por manejo quirúrgico. El tratamiento de elección es la apendicetomía a muñón libre destinado para casos en los que la base no se ve afectada; por el contrario, en casos donde evidencie compromiso de la base de apéndice se opta por una jareta. El cuidado post operatorio incluye hidratación parenteral, NPO dependiendo de la anestesia empleada o hasta el restablecimiento del tránsito gastrointestinal en casos complicados, alimentación oral progresiva mediante tolerancia con dieta líquida, blanda y luego completa; antibioticoterapia con esquema de Amikacina + clindamicina/metronidazol, deambulación precoz y analgesia con AINES vía endovenosa. (19)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico iniciado en el año 2023 resulta una experiencia indispensable y atractiva para un estudiante que ha recabado información en los últimos 6 años para poder ponerlo en práctica con la ayuda y supervisión de Médicos asistentes y residentes. Las jornadas laborales variaban según la rotación y hospital en el que uno se encontraba. Por lo general, eran de 8 a 12 horas diarias de lunes a domingo sin incluir los guardias que podían extenderse a 36 horas continuas de prácticas. En lo mencionado, cabe recalcar que no era una obligación, sino una correspondencia propia del interno para sostener estos horarios y lograr aprovechar todo tiempo efectivo posible para observar, aprender, practicar y desarrollar nuevas habilidades, así como consolidar conocimientos. Siendo necesario debido a las consecuencias que trajo la pandemia durante nuestra formación. La coyuntura del COVID 19 cerró las puertas a toda la promoción del autor a 2 semanas de haber iniciado las primeras prácticas hospitalarias como estudiante en el año 2019; a partir de ello, se nos mantuvo enseñanza únicamente vía virtual, lo cual no nos permitió desarrollar prácticas los siguientes 3 años hasta recién el último semestre previo al inicio de internado. En este sentido, se resalta la necesidad de disponer todo el tiempo posible para desarrollar en tan solo un año lo que no se pudo realizar en los anteriores tres años. Para lo cual debo destacar la labor de los médicos y residentes de cada área en la que se tuvo la oportunidad de rotar por su paciencia y virtud de enseñanza para permitirnos crecer como futuros médicos.

En referencia a la universidad San Martín de Porres, se mantuvieron clases con evaluaciones semanales de las cinco rotaciones que tuvimos; además de realizar simulacros mensuales del Examen Nacional de Medicina.

V. CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa que permite al estudiante en formación la oportunidad para optimizar las habilidades y conocimientos mediante la práctica vivencial de atención directa con pacientes en diferentes especialidades. Esto acompañado de un equipo multidisciplinario que incluye a médicos asistentes, residentes, personal de enfermería, cuerpo técnico y personal de obstetricia con el objetivo de trabajar en equipo para atender la patología de un caso clínico específico.

Dicho internado tuvo una duración de 10 meses realizados en Hospitales Generales y centros de salud de primer nivel; 4 meses en Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 4 meses en Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, y 2 meses en Centro de Salud San Sebastián. Estas rotaciones se distribuyen en especialidades de importancia general como lo es Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Medicina General y Cirugía General.

Asimismo, a la par del internado se desarrollaron clases de desarrollo de casos clínicos, exámenes y simulacros de preparación para el Examen Nacional de Medicina mediante material ofrecido por la Universidad San Martín de Porres a sus alumnos.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda a todo estudiante de medicina que ingresa a internado médico que aproveche el máximo tiempo efectivo de cada rotación ya que es el único periodo en el que se puede realizar atenciones de primera línea a patologías específicas de pacientes supervisado por médicos asistentes y residentes.

En segundo lugar, guardar respeto por los asistentes y residentes a cargo ya que ellos son los que están a responsabilidad de los internos y quienes otorgan tanto sus enseñanzas como la confianza para que se realicen procedimientos.

En tercer lugar, el autor resalta la importancia de los pases de visita. Se recomienda tener iniciativa de presentar casos durante las rotaciones de hospitalización en respectivas áreas. De este modo, la patología deja de ser una simple enfermedad de un libro y se torna en un caso específico donde el interno se vuelve parte de la experiencia del desarrollo de la enfermedad del paciente y eso permite la solidificación del conocimiento tanto del abordaje como el manejo del caso presentado. Por lo que, a más casos presentados durante pases de visita, mayor su capacidad de entender las patologías específicas.

En cuarto lugar, se recomienda buscar un grupo de cointernos que permita una compañía más agradable durante las rotaciones, esto genera un ambiente que en momentos de adversidades sirva de desestres y fuerza para seguir desarrollando las practicas.

Por último, no tener miedo de errar, el internado sigue siendo una etapa de aprendizaje; lo importante es que tras el error uno debe repasar el conocimiento faltante para que no vuelva a suceder. Es una etapa que todo estudiante de medicina debe disfrutar y valorar, la recomendación del autor es que no lo vean como un año que se tiene que “aprobar”; por el contrario, es donde uno confrontara su propio estado de habilidades y conocimiento y se percatará que la experiencia práctica es muy diferente a lo que se muestra en los libros.

Por último, se recomienda tratar de la mejor manera a sus pacientes. La relación médico paciente es un tema que el autor destaca. Habrá momentos de estrés acumulado por las jornadas laborales extensas, pero no se debe

olvidar que la comprensión, el respeto, el explicar bien el procedimiento y dolencia al paciente, la paciencia, la sensibilidad y la confianza son virtudes y deberes que todo medico debe manifestar para sus pacientes.

VII. FUENTES BIBLIOGRAFICAS

1. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. 2010;(22):121–57.
2. Votta, R., Martínez, A., Muntaner, C., Tissera, R. Rotura prematura de membranas. Consenso FASGO XXXVI. 2022. Recuperado de https://www.fasgo.org.ar/images/Actualizacion_Consenso_de_RPM.pdf
3. Prelabor Rupture of Membranes. ACOG. 2020. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/03/prelabor-rupture-of-membranes>
4. Early pregnancy loss. ACOG. 2018. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss>
5. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Gob.pe. Recuperado de https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
6. Aborto espontaneo. *Progresos de Obstetricia y Ginecología (Internet)*. 54(4), 207–224. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2010.10.008>
7. Pérez, L., Álvarez, J., Pérez, R. Faringoamigdalitis aguda y sus complicaciones. *Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Protoc diagn ter pediatr*. 2023; 2: 51 – 79
8. Pérez, R. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr [internet]*. 2020. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.004>
9. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores. Unidad de Atención Integral Especializada. 2019. MINSA.
10. Porro, J., López, R., Murillo, M. Diarrea aguda. *AEPED. [internet]*. 2023. 1:99-108 Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_diarrea_aguda.pdf

11. Ministerio de Salud. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Gob.pe. 2017. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
12. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS, American College of G. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 1400-1415.
13. Mancilla, C., Sanhueza, S. Clasificación de Balthazar-Ranson. *Gastroenterol. latinoam* 2010; Vol 21, Nº 3: 415-417.
14. Ferreira, J. Pielonefritis Aguda: Abordaje Diagnóstico y Terapéutico. ResearchGate. [internet]. 2019. 55: 21-26. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/339130298_Pielonefritis_aguda_abordaje_diagnostico_y_terapeutico
15. González, L. Las quemaduras y su tratamiento. Elsevier [internet]. 22(9), 62–68. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-las-quemaduras-su-tratamiento-13053120>
16. Ministerio de Salud. Guía para el abordaje del paciente quemado agudo. 2019. 1ra edición. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3311496-guia-para-el-abordaje-del-paciente-quemado-agudo-guia-para-personal-de-salud>
17. Vázquez-Torres, J., Zárate-Vázquez, D. Manejo de líquidos en el paciente quemado. *Medigraphic*. [internet]. 2011. 34 (supl. 1): 146-151. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29446>
18. Rebollar, R., García, J., Trejo, R. Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. *Rev. Hosp. Jua. Mex.* 2009; 76 (4): 210-216.
19. Rafael Parhuana, M. R., Quispe Rivera, K. M., & Pantoja Sánchez, L. R. Acute appendicitis: clinical, surgical and pathological concordance in a Peruvian emergency hospital. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2022, 22(3), 463–470. Disponible en <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i3.4378>