



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO 2020 - ABRIL 2021**

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

**PRESENTADA POR
HORACIO HOMERO BARBA TORRES**

**ASESOR
DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON**

**LIMA, PERÚ
2021**



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ. ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
HORACIO HOMERO BARBA TORRES**

**ASESOR
DR. SIXTO ENRIQUE SANCHEZ CALDERON**

LIMA - PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Edelina Soto Espinoza

Miembro: Dra. Yanire Patty Macedo Alfaro

Miembro: Dr. Carlos Alberto Baldarrago Luna

DEDICATORIA

A Dios por la fuerza que me brinda cada día para guiarme y seguir adelante.
A mis padres, junto con ellos puedo hacer realidad este sueño tan anhelado.
A mi familia y personas especiales que siempre estuvieron apoyándome de diferentes maneras. Muchas gracias, toda mi dicha es compartida con ellos.

Horacio Homero Barba Torres

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCION	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Gineco Obstetricia	1
1.2 Rotación de Pediatría	4
1.3 Rotación de Medicina Interna	6
1.4 Rotación de Cirugía	9
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	13
CAPITULO III. APLICACION PROFESIONAL	15
3.1 Rotación de Gineco Obstetricia	15
3.2 Rotación de Pediatría	18
3.3 Rotación de Medicina Interna	21
3.4 Rotación de Cirugía	25
CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	30
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACION	34

RESUMEN

El internado, es el preámbulo de lo que será la vida profesional, implica ser el último peldaño en la preparación académica antes de ejercer el cargo de médico. En todas las profesiones en áreas de salud se desarrolla el internado, aunque el que se asumió no debería llamarse literalmente así por las adaptaciones que se tuvo que afrontar por el contexto mundial en el que se vive, reduciendo el número de horas prácticas nosocomiales, limitaciones en las intervenciones con los pacientes, entre otros.

La realización del trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivos determinar el desempeño, junto con la obtención de habilidades y destrezas que se obtuvieron durante el año de internado médico en el periodo de enero de 2020 a abril de 2021. Es así que se llevó a cabo el internado médico, en el contexto mundial de pandemia, permitiendo una reflexión crítica acerca de la experiencia adquirida y como moldeó nuestra conducta como próximos profesionales.

Como metodología se realizó la recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencias en el manejo de salud. En las conclusiones se puede decir que la situación de pandemia que se continúa viviendo ha repercutido dramáticamente en la sociedad, tanto en el aspecto económico, político y sociocultural. Dentro de este ámbito se desarrolló el internado médico, sumado al estrés y la incertidumbre del futuro profesional de miles de estudiantes de medicina, se añade el alto riesgo de contagio por la exposición a agentes patógenos, lo cual ponen en compromiso sus vidas y de su entorno más cercano. Con este contexto se realizaron las prácticas del internado médico, adecuándose a las nuevas medidas tomadas, pero siempre con el único propósito de adquirir más conocimientos, mayores destrezas y habilidades en el campo médico para brindar una atención de calidad a tantas personas que lo necesitan.

ABSTRACT

The internship is the preamble to what professional life will be, it implies being the last step in academic preparation before exercising the position of doctor. Internship is developed in all professions in health areas, although the one that was assumed should not be literally called that because of the adaptations that had to be faced due to the global context in which one lives, reducing the number of hours of nosocomial practice, limitations in interventions with patients, among others.

The objective of carrying out the work of professional sufficiency is to determine the performance, together with the obtaining of skills and abilities obtained during the year of medical internship in the period from January 2020 to April 2021. This is how it was carried out the medical internship, in the global context of a pandemic, allowing a critical reflection on the acquired experience and how it shaped our behavior as future professionals.

As a methodology, the collection of information was carried out according to evidence-based medicine and experiences in health management. In the conclusions, it can be said that the continuing pandemic situation has had a dramatic impact on society, both economically, politically and socio-culturally. Within this scope, the medical internship was developed, added to the stress and uncertainty of the professional future of thousands of medical students, the high risk of contagion due to exposure to pathogens is added, which put their lives and their lives at risk. closest environment. With this context, the medical internship practices were carried out, adapting to the new measures taken, but always with the sole purpose of acquiring more knowledge, greater skills and abilities in the medical field to provide quality care to so many people who need it.

INTRODUCCIÓN

Para lograr desarrollar el perfil médico que se requiere, se tiene que sustentar en bases sólidas de conocimientos, los cuales se obtendrán durante la vida universitaria incluyendo el internado médico, siendo este el último año de formación y de crucial importancia para favorecer la interacción con los pacientes, y en nuestra realidad esencial para el desempeño adecuado del profesional de medicina. (1)

Durante la etapa del internado médico se desea lograr que los estudiantes se incorporen a los servicios de salud y así desarrollen nuevas competencias para una adecuada atención integral de los problemas de salud individuales y colectivos, compartiendo la responsabilidad que tiene el médico en el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de los problemas de salud. (2)

Esta fase de internado es el preámbulo de lo que será la vida profesional del interno, ello implica la última etapa de su preparación universitaria antes de ejercer la profesión médica, con sus características, valores y actitudes que esta requiere. Durante este tiempo, el vínculo con la universidad aún se mantiene, para concluir su formación profesional, para un posterior desempeño en el ámbito laboral, y que se lleva a cabo dentro de una institución educativa superior orientada a garantizar que los alumnos obtengan los conocimientos, habilidades, actitudes, valores culturales y éticos que el perfil profesional requiere y que corresponde a los requerimientos para un buen ejercicio de la profesión. (3)

El internado médico es un “período correspondiente a las prácticas preprofesionales del último año de los estudios de pregrado, desarrolladas bajo la modalidad de docencia en servicio, con estricta tutoría de la

universidad.” Conforme a lo definido en el artículo 5 del Decreto supremo No. 021-2005-SA, esta modalidad formativa carece de normativa general. El SINAPRES, Reglamento del Comité Nacional de Pregrado de Salud, en el artículo 22 hace referencia al deber de las universidades de certificar la aptitud física y mental de los internos, por el que se debe de incluir el despistaje de tuberculosis, la vacuna contra hepatitis B, así como contra la fiebre amarilla en zonas endémicas.

Así mismo, en la actualidad la actividad de los internos se encuentra descrita dentro del Sistema Nacional de Articulación de Docencia – Servicio, normado en el Decreto supremo Nro. 021-2005-SA y la Resolución Suprema Nro. 32-2005-SA. En el cual se mencionan los convenios pactados entre establecimientos de salud y universidades, mencionando las condiciones en el que desempeñaran sus prácticas los internos de medicina. Los convenios referidos involucran a las instituciones del MINSA y del ESSALUD. Por consiguiente, cada institución de salud emite normas con deberes y derechos de los internos, lo cual constituye reglamentos heterogéneos en la materia. (4) El internado en salud tiene como eje principal favorecer al estudiante el dominio de recursos metodológicos y así facilitar la elaboración de sus propios conocimientos y junto al trabajo de docencia encamine y oriente la búsqueda de ese conocimiento. El manejo del paciente se constituye en la tarea motivadora para que el sujeto aprenda y es la base para desarrollar actividades en el aula, para que el alumno organice su aprendizaje y estimule su reflexión.

Las funciones en el ámbito clínico como son la recopilación de información, dentro del cual se realiza la entrevista médica, el examen físico integral; acompañado del registro de la información, realizando el llenado de la historia clínica, la integración sindrómica junto con la identificación de diagnósticos; el manejo a seguir como tratamiento terapéutico, el empleo de los recursos usados, la evolución y resolución del tratamiento. Las atribuciones descritas deben ser desarrolladas durante el internado de pregrado de Medicina y en relación con cuanto lo practique y lo interiorice, formara el nivel de atención medica que brindara en el desempeño como profesional.

Por ello, el trabajo tiene como objetivo general de determinar el desempeño con la adquisición de habilidades y destrezas que se obtuvieron durante el año de internado médico.

Como objetivos específicos se tienen como describir el empleo de los conocimientos en el campo de las ciencias básicas, conocimiento de las alteraciones anatómicas y patológicas que padecen los pacientes para la resolución de problemas clínicos en los servicios de medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; Describir el entrenamiento que recibieron los internos de medicina para el empleo de un criterio racional como prevalece en el profesional de medicina en la resolución de problemas de salud.

Este estudio aporta información de los internos de medicina acerca del desempeño y desarrollo de actividades en el campo clínico durante todo el internado médico.

Dentro de las limitaciones en el desarrollo de las prácticas clínicas, fueron las que se obtuvieron por el contexto mundial de crisis sanitaria por el cual se tuvieron que realizar varias modificaciones dentro del internado en ciencias de salud como la reducción de horas de prácticas hospitalarias, cambio de sede por una de menor exposición a agentes patógenos, clases virtuales muchas veces con problemas de conexión de internet, limitaciones en numerosos procedimientos por el alto riesgo de exposición, escases de equipos de protección, sin el cual no se puede desarrollar ninguna intervención médica, entre otros.

El año del internado clínico forma parte de la última instancia en el proceso de formación académica del profesional de medicina. Desde el ángulo educativo es de vital importancia su adecuado cumplimiento debido a que involucra al estudiante en el mundo real de la práctica profesional. En este periodo, que abarca un año aproximadamente, el estudiante vive el día a día con profesionales de diferentes disciplinas y con pacientes desde una perspectiva profesional, supervisada y guiada por tutores que laboran en el ambiente hospitalario en el que se desarrolla el internado.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACION DE GINECOLOGIA

Caso 1:

1. Anamnesis:

Paciente mujer de 26 años acude a Emergencia refiriendo contracciones uterinas cada 15 a 20 minutos, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega perdida de líquido amniótico, G2P1001, con antecedente de cesárea anterior por macrosomía fetal hace 15 meses.

2. Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, turgente, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no evidencia soplos.

Mamas: Blandas, no dolorosas a la palpación.

Abdomen: Ocupado por útero grávido, ocupado por feto único. Altura uterina: 34 cm, SPP: LPD, LCF: 140 por min, movimientos fetales (++/+++)

Genitales externos: Al tacto vaginal: Dilatación de 1cm, altura de presentación: -4, incorporación: 80%, membranas: integra.

Sistema nervioso central: Despierta, comunicativa, LOTEP, EG: 15/15.

3. Diagnóstico de ingreso:

Gestante de 39. 1 semanas por ecografía del primer trimestre.

Fase latente de trabajo de parto

Cesárea anterior 1 vez

Periodo intergenésico corto

Feto podálico

4. Plan:

Preparar cesárea de emergencia.

Se solicita exámenes prequirúrgicos (Hemograma, glucosa, urea, creatinina, TP, TC, RPR, sífilis, VIH, hepatitis B, covid 19), EKG y riesgo quirúrgico.

5. Evolución:

Se realiza cesárea segmentaria transversa iterativa, obteniéndose como producto recién nacido a término varón, con peso de 3760 g, APGAR 9 al min y 9 a los 5 min. Líquido amniótico claro, placenta de 450g, sangrado intraoperatorio de 500 cc.

Durante el post operatorio la paciente cursa con evolución favorable, estable hemodinámicamente, afebril, tolera vía oral, deambula activamente sin signos de ortostatismo, en condiciones de alta con las indicaciones de ketorolaco 10mg via oral cada 8 horas por 3 días. Control en el centro de salud de su jurisdicción en 10 días.

Caso 2:

1. Anamnesis:

Paciente mujer de 34 años acude a Emergencia refiriendo contracciones uterinas cada 10 minutos, percibe movimientos fetales, refiere pérdida de tapón mucoso, perdida de líquido amniótico hace 2 horas y niega sangrado vaginal. Con G2 P1001.

2. Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, turgente, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia, no palidez

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no evidencia soplos.

Mamas: Blandas, no dolorosas a la palpación, no secretoras.

Abdomen: Ocupado por útero grávido, conteniendo feto único. Altura uterina: 36 cm, SPP: LCD, LCF: 148 por min, movimientos fetales (++/+++), dinámica uterina: 1 contracción por hora.

Genitales externos: Al tacto vaginal: Dilatación de 1cm, altura de presentación: -2, incorporación: 90%, membranas: integra.

Sistema nervioso central: Despierta, comunicativa, LOTEP, EG: 15/15, no signos de focalización.

3. Diagnóstico de ingreso:

Segundigesta con 40.2 semanas por ecografía del primer trimestre.

Fase latente de trabajo de parto.

4. Plan:

Se le hospitaliza en centro obstétrico para monitorización.

Se solicita exámenes de laboratorio (Hemograma, glucosa, urea, creatinina, TP, TC, RPR, sífilis, VIH, hepatitis B, covid 19), examen de orina, ecografía obstétrica y perfil biofísico fetal.

5. Evolución:

Luego de 2 horas la paciente es reevaluada, al tacto vaginal se evidencia dilatación 4 cm, incorporado 90%, altura de presentación -2; por lo cual entra en fase activa de trabajo de parto, se continua monitorización materno-fetal. El parto 3 horas después, de forma espontánea, se obtiene un producto recién nacido vivo a término del sexo femenino con peso 2660gr, APGAR 9-9; se le realiza episiotomía mediolateral derecha, con alumbramiento activo incompleto, por lo cual se le realiza una revisión de cavidad más legrado uterino puerperal y se obtiene restos endouterinos. Paciente cursa con signos vitales estables, afebril, sin signos de ortostatismo al deambular, con buena tolerancia oral, se espera que cumpla las 48 horas para el alta médica.

1.2 ROTACION DE PEDIATRIA

Caso 1:

1. Anamnesis:

Paciente neonato varón de 27 días de nacido presenta hace 4 días sensación de alza térmica cuantificada (38.8°C), para lo cual lo medicaron con paracetamol (8 gotas) más amoxicilina, pese a ello persisten los síntomas por lo cual acude a emergencia. Niega otros síntomas como diarrea, náuseas, vómitos. Paciente menciona adecuada tolerancia oral. Con antecedentes de Parto eutócico, Peso al nacer: 3495 gr, llanto inmediato, alta médica conjunta.

Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, turgente, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia, no palidez

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos regulares de buena intensidad, no evidencia soplos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no masas, no presencia de dolor a la palpación superficial y profunda.

Genitales externos: Sin alteraciones, de acuerdo a sexo

Sistema nervioso central: Despierto, comunicativa, LOTEPE, EG: 15/15, no signos de focalización.

2. Diagnóstico de ingreso:

Sd Febril

ITU a descartar

3. Plan:

Se solicita exámenes de laboratorio (Hemograma, PCR, examen de orina, covid 19), examen de orina.

4. Evolución:

Se reciben exámenes de laboratorio:

Hemograma: Leucocitos: 16.400 mm³, Hemoglobina: 10.3 gr/dl, plaquetas: 406 000; PCR: 6. Examen de orina: leucocitos > 100 por campo.

Paciente es hospitalizado con el diagnóstico de Infección del tracto urinario, con tratamiento: lactancia materna a libre demanda, hidratación vía endovenosa, antibioticoterapia (amikacina 75mg EV c/24hrs, ampicilina 190mg EV c/6hrs), antipirético (paracetamol 15 gotas condicional a T>38°C). Se le solicita urocultivo

Durante las siguientes horas el paciente presenta picos febriles en 4 oportunidades por lo cual se le cambia paracetamol en gotas a metamizol 125 mg EV c/8hrs). Se le añaden los diagnósticos de Pielonefritis, sepsis de punto de partida urinario y descartar malformación congénita de las vías urinarias, se solicita ecografía renal, y exámenes de laboratorio de control, continuar antibioticoterapia (amikacina 75mg EV c/24hrs, ampicilina 250mg EV c/6hrs). Con un hemograma: Leucocitos: 10.700, Hemoglobina: 9.9 mg/dl, Plaquetas: 331 000. PCR: 7.1 mg/dl.

Paciente es reevaluado, madre del menor refiere mejoría de los síntomas, enfermería reporta febrícula (37.8°C) en una oportunidad, luego cursa afebril, refiere adecuada tolerancia oral (LME), con los siguientes diagnósticos: ITU, Pielonefritis, Sepsis tardía, Anemia moderada. Ecografía renal sin alteraciones, Urocultivo: positivo para Escherichia Coli resistente a ampicilina, por lo cual se suspende dicho antibiótico.

Paciente cursa hemodinamicante estable, afebril tolera vía oral, presenta mejoría de síntomas y se queda hospitalizado hasta culminar tratamiento antibiótico con amikacina 75mg EV c/24hrs, hidratación y paracetamol 15 gotas condicional a T>38°C más medios físicos.

Caso 2:

1. Anamnesis:

Paciente varón de 5 años es traído a emergencia por familiar refiriendo sospecha de ingesta de moneda de 50 céntimos, hace aproximadamente 40 minutos, niega síntomas de dificultad respiratoria o tos.

Al examen físico:

Piel y faneras: Hidratadas, llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia, no palidez

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores, no tirajes.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no evidencia soplos.

Abdomen: No distendido, blando y depresible, no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes (+/++++), no masas.

Sistema nervioso central: No conectado con entorno, tendencia al sueño con llanto por momentos cuando despierta, tono y fuerza muscular conservada, no focaliza.

2. Diagnóstico de ingreso:

Probable Ingesta de cuerpo extraño

3. Plan:

Se solicita radiografía de tórax y abdomen.

4. Evolución:

En la Radiografía de tórax: se observa presencia de moneda en región anterior del mediastino, a nivel de 1/3 proximal del esófago. Paciente se encuentra asintomático al momento de ser reevaluado, queda en observación. Control radiográfico a las 4 horas, observándose ubicación de la moneda a nivel gástrico. Paciente es dado de alta, se le explican los signos de alarma a los padres, y se pide número telefónico para monitoreo. A las 48 horas se reporta eliminación espontánea de la moneda.

1.3 ROTACION DE MEDICINA

Caso 1:

1. Anamnesis:

Paciente mujer de 26 años acude a Emergencia refiriendo dolor abdominal en hemiabdomen superior de tipo cólico, acompañado de vómitos varias veces al día, no defeca hace 2 días.

2. Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, turgente, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no evidencia soplos.

Abdomen: Blando, depresible, doloroso en hemiabdomen superior, RHA (+), Mc burney (-), Murphy (-)

Sistema nervioso central: Despierta, comunicativa, LOTEP, EG: 15/15.

3. Diagnóstico de ingreso:

Síndrome doloroso abdominal

D/C Pancreatitis

D/C Colecistitis

Constipación

4. Plan:

Se administra NaCl 9% 1000 cc. Un frasco

Ranitidina 50 mg ev, stat Hioscina 20 mg ev stat y dimenhidrinato 50 mg ev stat

Se solicita exámenes de laboratorio (Hemograma, glucosa, urea, creatinina, amilasa, lipasa, PCR, Covid 19), radiografía y ecografía abdominales.

5. Evolución:

Se reciben exámenes de laboratorio indicados. Hemograma: Leucocitos 17.200, Hemoglobina 14.8, plaquetas 361000, amilasa 1681, lipasa 3689.1, Urea 17.3, creatinina 0.62, PCR 5.00. Se obtuvo la ecografía abdominal con las siguientes conclusiones: Liquido libre en cavidad abdominal intrapelvica al momento del examen. Enfermedad intrapelvica inflamatoria. Meteorismo intestinal incrementado (se sugiere ampliar estudios con TEM abdominopélvico con contraste)

La paciente es hospitalizada con el diagnóstico de Pancreatitis aguda, por lo que se inicia tratamiento: Se indica nada por vía oral, hidratación (Dextrosa con electrolitos y Cloruro de sodio, dos frascos de 1000 cc cada uno.

Protector gástrico con omeprazol una ampolla cada 24 hrs, Tramadol ev, dimenhidrinato ev, metoclopramida ev c/ 8 horas. Metamizol 1g ev condicional a temperatura mayor a 38.5 C. Hemoglucotest cada 8 horas, Oxígeno por CNB condicional a SAT O2 menor de 95%, cabecera 30, CFV + BHE. Pase a hospitalización, se le realiza TAC donde evidencia una inflamación homogénea del páncreas y leve lesión del tejido peri pancreático.

Caso 2:

1. Anamnesis:

Paciente varón de 46 años, con inicio de patología actual hace una semana del ingreso a la institución. Paciente refiere que presenta sensación de alza térmica cuantificada en 38.7 C, acompañado de dificultad respiratoria, tos con emisión de secreciones blanquecinas. Luego de dos días presenta expectoración de color verdoso y empeoramiento de la disnea por lo que decide ir a emergencia, donde luego a la evaluación se decide su ingreso para estudio y tratamiento.

Al examen físico:

Al control de las funciones vitales en emergencia se obtienen: PA: 120/70 mmHg, Pulso: 74 por minuto, frecuencia respiratoria: 32 por minuto, Temperatura de 37,5°C

Piel y faneras: Tibia, turgente, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, disminución del murmullo vesicular y crepitantes en hemitórax izquierdo.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no evidencia soplos.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial

Sistema nervioso central: Despierta, comunicativa, LOTEP, EG: 15/15.

2. Diagnóstico de ingreso:

Neumonía adquirida en la comunidad

D/C Derrame pleural

3. Plan:

Se solicita exámenes de laboratorio (Hemograma, glucosa, urea, creatinina, PCR, Covid 19), radiografía de tórax.

4. Evolución:

Los exámenes de laboratorio al ingreso arrojaron como resultados: hemoglobina 12,1 gr/dl, leucocitos 12 900 por mm³, plaquetas 295 000/mm³, glucosa 102 mg /dl, urea 35 mg/dl, creatinina 1 mg/dl. En la radiografía de tórax se evidencia condensación lobar en base a hemitórax izquierdo. Prueba rápida de Covid 19 negativo.

El paciente recibió inicialmente tratamiento con oxígeno y antibioticoterapia con ceftriaxona y claritromicina por 3 días, presentando mejoría clínica, es dado de alta con tratamiento antibiótico empírico ambulatorio con amoxicilina/ácido clavulánico 2g/125mg cada 12 horas durante 10 días, asociándose acetilcisteína 600 mg/24 horas y paracetamol 1g/8h, siendo favorable la evolución clínica en las semanas siguientes

1.4 ROTACION DE CIRUGIA

Caso 1:

1. Anamnesis:

Paciente varón de 26 años con tiempo de enfermedad aproximado de 20 horas de dolor abdominal progresivo y sensación de distensión abdominal y vómitos a repetición. Refiere una deposición el día de ayer. Niega otras molestias. Refiere apendicectomía hace 8 años por apendicitis aguda complicada y laparoscopia diagnostica por obstrucción intestinal hace un año y medio.

2. Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, turgente, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no evidencia soplos.

Abdomen: No distendido, blando, depresible, RHA (+), doloroso en mesogastrio, no reacción peritoneal

Tacto Rectal: ampolla rectal vacua, esfínter normotónico, no sangrado

Sistema nervioso central: Despierto, comunicativo, LOTEP, EG: 15/15.

3. Diagnóstico Sindrómico:

Síndrome doloroso abdominal

D/c obstrucción intestinal

4. Plan:

Analgésicos

Se solicita exámenes de laboratorio (hemograma, PCR), radiografía abdominal.

5. Evolución:

Se reciben exámenes de laboratorio indicados. Hemograma: Leucocitos 14800, Hemoglobina 15.1, plaquetas 227000, PCR 0.90. En la radiografía abdominal se observa distensión de asas delgadas, pila de monedas (+), no neumoperitoneo.

Por la clínica y exámenes obtenidos el paciente presenta como diagnósticos: Síndrome doloroso abdominal, obstrucción intestinal: bridas y adherencias. Por lo que se plantea posibilidad de manejo quirúrgico, se le coloca sonda nasogástrica, se evidencia salida de líquido intestinal por esta.

Se le programa para cirugía: Laparotomía exploratoria, en donde se evidencia la obstrucción intestinal por bridas y adherencias

Durante el post operatorio el paciente permanece estable hemodinamicamente, con leve dolor en herida operatoria, niega nauseas, niega vómitos, niega SAT, sí diuresis, no deposiciones, no elimina flatos. Se le indica: NPO + sonda nasogastrica, NaCl 0.9% 1000 cc EV 35 gts, ceftriaxona 1g EV c/12 horas, metamizol 2g EV c/8 horas luego 1 gr

condicional a $T > 38.3^{\circ}\text{C}$, metoclopramida 10mg ev c/8 horas, dexketoprofeno 50 mg EV c /8 horas, omeprazol 40 mg EV c/24 horas, deambulaci3n con faja. En el postoperatorio d3a 2 se le indica tolerancia oral m3s clampaje de SNG. Paciente cursa con evoluci3n favorable.

Caso 2:

1. Anamnesis:

Paciente var3n de 30 a3os con tiempo de enfermedad de 2 d3as, caracterizado por dolor abdominal tipo punzada de intensidad 3/10 en fosa iliaca derecha, por lo que ingiere analg3sicos con los cuales cede parcialmente. Hace 1 d3a el dolor se vuelve m3s intenso, no se irradia, no calma con analg3sicos, se asocia a nauseas e hiporexia.

2. Al examen f3sico:

Piel y faneras: Tibia, turgente, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, palidez (+/+++), no ictericia.

T3rax y pulmones: T3rax sim3trico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no evidencia soplos.

Abdomen: Leve distensi3n, blando, depresible, RHA (+), dolor a la palpaci3n en cuadrante inferior derecho, Mc burney (+), Blumberg (+), Rovsing (+)

Sistema nervioso central: Despierto, comunicativo, LOTEP, EG: 15/15.

3. Diagn3stico:

S3ndrome doloroso abdominal

Apendicitis Aguda

4. Plan:

Se solicita ex3menes de laboratorio (hemograma, PCR), examen de orina y ecograf3a abdominal

Preparar cirug3a de emergencia

5. Evolución:

Se reciben exámenes de laboratorio indicados. Hemograma: Leucocitos 14000, Hemoglobina 13.8, plaquetas 332000, PCR 0.90. Se obtuvo la ecografía abdominal con las siguientes conclusiones: Imagen tubular hipocogénica de 11mm, con sutil edema de pared, con colección laminar. Con lo cual se le programa al paciente a cirugía para exéresis del apéndice. Se le realizó Apendicectomía laparoscópica y se le colocó Dren Pen Rouse por Apendicitis Aguda Necrosada.

Durante el post operatorio el paciente permanece estable hemodinámicamente, con leve dolor en herida operatoria, niega náuseas, niega vómitos, niega SAT. Con leve distensión abdominal, RHA (+/+++), blando, depresible, con incisión transversa en fosa iliaca derecha, sutura bien afrontada, no aumento de volumen, no secreciones. Presenta dren pen rose con secreción serohemática de 23 cc. El paciente se encuentra con el diagnóstico de apendicectomía abierta + DPR por apendicitis aguda necrosada, por lo que se le indica: NPO, NaCl 0.9% 1000 cc EV 2 frascos, ceftriaxona 1g EV c/12 horas, metronidazol 500 mg EV c/8 horas, metamizol 2g EV c/8 horas, ranitidina 50 mg EV c/8hrs, metoclopramida 10mg EV c/8 horas, CFV + BHE. Con evolución favorable.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz", es un órgano desconcentrado de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, entidad que depende de la Dirección de Salud V Lima Ciudad. Es un Hospital Categorizado mediante Resolución Directoral No 134-DG-DESPDISA III-LN-2005 que aprueba la categorización del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz" como un Hospital de Mediana Complejidad (Nivel 11-2). Como tal, es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito de referencia, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud de la población.

Como Hospital de referencia de los establecimientos de la Dirección de Red de Salud Lima Norte IV, ejerce competencia sanitaria sobre los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y la parte del distrito de Carabayllo.

La unidad de apoyo a la docencia e investigación es el órgano encargado del planeamiento, organización, investigación y desarrollo de los recursos humanos institucional tales como los internos de medicina y de otras carreras de salud.

El interno de medicina realiza sus prácticas directamente con los pacientes, aplicando conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante 12 semestres de estudios previos; de manera que, al culminar el año de Internado, estará perfectamente capacitado, para dar solución a todo problema clínico - quirúrgico susceptible de presentársele al Médico General. Estas prácticas, están debidamente orientadas por profesores coordinadores de sedes hospitalarias, así como de Tutores, para cada uno de las 4 áreas o

Especialidades por las que rotan los Internos por un periodo de 3 meses, integrando en forma efectiva los equipos de salud.

COMPETENCIAS:

- Perfecciona su actitud frente al paciente, así como frente a los miembros integrantes del equipo de salud con los que participará, actuando con mucha responsabilidad, corrección y eficiencia.
- Realiza la confección adecuada de las Historias Clínicas en: Sala de Hospitalización, Emergencia y Consultorios Externos durante las 4 unidades temáticas (Medicina, Cirugía, Gineceo-Obstetricia y Pediatría) bajo responsabilidad supervisada.
- Mantiene una excelente presentación y comportamiento de acuerdo a su status universitario y compenetrándose progresivamente en el rol de actor fundamental en el equipo de salud.
- Ejercita su función con prestancia y solidez de conocimientos básicos.
- Plantea el diagnóstico presuntivo de los casos, estableciendo diagnósticos diferenciales previos.
- Formula el diagnóstico definitivo, utilizando los recursos clínicos y los exámenes auxiliares optimizando los recursos.
- Plantea la terapéutica necesaria bajo la supervisión permanente con los otros miembros del servicio.
- Amplía sus conocimientos en relación con los cuadros clínicos que se presentan revisando la bibliografía en textos, tratados revistas o internet.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

A continuación, se presentan las discusiones de los casos anteriormente descritos de acuerdo con cada servicio que se ha cursado como Ginecología, Pediatría, Medicina y Cirugía. Dichas discusiones se realizaron de acuerdo con fundamentos teóricos aplicados a la práctica.

3.1 ROTACION DE GINECOLOGIA

Discusión de Caso 1:

Casi en la finalización del embarazo, el feto en mayor medida gira secuencialmente hasta lograr una presentación cefálica. Cabe mencionar que cuando las nalgas o piernas del producto ingresan en la pelvis antes que la cabeza, a esta presentación es denominada pélvica o pelviana.

La presentación pélvica tiene como prevalencia 3 a 4 % de los partos únicos. El origen del problema en la versión cefálica espontánea en su mayoría es poco clara y solo se puede identificar en un 7 a 15 % de los casos. Los diversos factores que están inmiscuidos en la aparición de la presentación podálica, también llamada pelviana, están agrupados en maternos, placentarios y fetales.

La discusión hasta la actualidad persiste en la preferencia del parto por vía vaginal o cesárea en pacientes con presentación pelviana, diversas investigaciones se han realizado con la finalidad de detectar la incidencia de complicaciones en cada uno de estos casos. (5)

Al verificar las investigaciones realizadas se pudo constatar que la cesaría planificada produjo menor riesgo de mortalidad perinatal frente al parto vaginal planificado. El American College of Obstetricians and Gynecologists (2012)

cambiaría su criterio en lo concerniente a la presentación pelviana y en la actualidad recomienda que la decisión en cuanto al tipo de parto dependerá de la experiencia que cuente el médico y que es posible la atención de un parto vaginal planificado de un solo feto en presentación pelviana con el riguroso seguimiento del protocolo de cada hospital. (6)

Por otra parte, se presentan múltiples factores que favorecen la elección del mejor tipo de parto ya sea para el feto o la madre. Dentro de estos factores se encuentran las características del feto, las dimensiones de la pelvis, las complicaciones coexistentes de la gestación, la experiencia quirúrgica del médico, la preferencia de la paciente y la infraestructura del hospital. (7)

En nuestro caso se decide optar por el parto por cesárea debido la cesárea previa, periodo intergenésico corto y las condiciones e infraestructura del hospital lo permiten, además de que según la literatura esta vía disminuye el riesgo de mortalidad perinatal y otras complicaciones.

Discusión de Caso 2:

El trabajo de parto consiste en una secuencia de contracciones involuntarias, rítmicas y progresivas del útero que van a producir el borramiento (afinamiento y acortamiento) y la dilatación del cuello uterino. La organización Mundial de la salud (OMS) como ente rector refiere que el trabajo de parto consiste en una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el borramiento (afinamiento y acortamiento) y la dilatación del cuello uterino. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el parto eutócico como aquel que comienza de manera espontánea, se considera de bajo riesgo al inicio del trabajo de parto, durante todo el proceso del parto. El nacimiento del bebe es espontaneo en presentación de vértice entre las 37 y las 42 semanas de gestación. Luego del nacimiento, la madre y el bebe se encuentran en condiciones óptimas de salud.

Durante la fase latente del periodo de parto, las contracciones uterinas irregulares se vuelven progresivamente más coordinadas, las molestias son mínimas y el cérvix se borra y se dilata unos 4 centímetros. El tiempo de la fase de latencia varia en su duración y es difícil de precisar, pero se toma como una media de 8 horas en nulíparas y 5 en las múltiparas. La duración

de la fase se considera alterado si persiste por más de 20 horas en las nulíparas o más de 12 horas en las multíparas.

Durante la fase activa del parto, el cérvix se dilata por completo y la presentación desciende hacia la pelvis media. Se toma como promedio de duración de la fase activa, de 5 a 7 horas en las nulíparas y 2 a 4 horas en las multíparas. Tradicionalmente se espera que el cérvix se dilate como aproximado 1,2 cm por hora en las nulíparas y 1,5 cm por hora en las multíparas.

El periodo expulsivo es el momento desde que se completa la dilatación cervical hasta el parto. En promedio, dura unas 2 horas en las nulíparas y 1 hora en las multíparas.

El proceso del alumbramiento continua después del parto cuando el producto ha salido por completo y se espera la salida de la placenta. Esta etapa dura en promedio solo unos minutos, pero puede llegar hasta 30 min.

El manejo de forma activa de la tercera fase del parto disminuye el riesgo de presentar hemorragia post parto, disminuye la duración de esta etapa y reduce el requerimiento de la administración de oxitócicos. (8)

Este manejo consiste en:

- La administración de agentes uterotónicos como lo son oxitocina, ergonovina o misoprostol.
- Aplicar una tracción controlada o regulada de forma suave del cordón umbilical.
- Aplicación de masajes uterinos luego de que la placenta descienda y sea expulsada.

Con respecto a la revisión de la placenta se procede a colocarla sobre una superficie plana con fines de evaluar su integridad. Lo que se evalúa es primero la cara fetal y luego se invierte para evaluar la cara materna. Si la superficie de la placenta no se encuentra integra, indicara retención parcial de cotiledones.

La revisión de la cavidad esta sugerida solo en casos específicos como en la sospecha de retención de placenta parcial o completa, hemorragia uterina post nacimiento por una posible atonía uterina o masaje uterino, previa condición de analgesia y asepsia adecuada, con el objetivo de minimizar el dolor y la infección.

En nuestro caso la paciente tiene un trabajo de parto eutócico, sin interurrencias durante la fase latente y activa. La dilatación avanza dentro de los tiempos establecidos por la literatura y es monitorizada constantemente en el centro obstétrico, el periodo de alumbramiento se manejó de manera activa con oxitocina 10 UI, pese a ello el alumbramiento fue incompleto por lo que se tuvo que hacer una revisión de cavidad y legrado uterino, procedimiento mediante el cual se obtuvieron y retiraron restos placentarios.

3.2 ROTACION DE PEDIATRIA

Discusión de Caso 1:

Las infecciones del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas con mayor frecuencia en pediatría, con especial severidad en lactantes menores de 3 meses. En tal caso, el sexo y la edad son factores importantes en la incidencia siendo más frecuente en varones menores de 6 meses de edad y en mujeres a partir del año de vida. Se tiene como agente etiológico más frecuente al *Escherichia coli*, que tiene como prevalencia entre el 60 – 80 %. Factores que incrementen la probabilidad de infecciones por otros microorganismos como el *Proteus mirabilis* (6 a 10%) y *Klebsiella pneumonia* (3 a 5%) son la previa exposición a antibióticos o las anomalías urinarias. (9) En los grupos de neonatos y lactantes no continentes el signo que guía al médico es la fiebre sin foco. La presencia de un foco de fiebre no excluye, pero si reduce, la probabilidad de una ITU. Así mismo en ausencia de fiebre la sospecha de una infección urinaria debe ser baja.

El diagnostico de infección urinaria en pediatría requiere de una prueba de urocultivo, previo a la administración de la antibioticoterapia, que permita posteriormente realizar un tratamiento dirigido y basado en el antibiograma. La ultrasonografía es prescrita en episodios agudos solo en infecciones urinarias que precise hospitalización, sospecha de complicaciones e ITUSs recurrentes. (10)

La finalidad de la antibioticoterapia es conseguir el alivio de los síntomas, prevenir el riesgo de la sepsis y reducir posibles complicaciones. El tratamiento precoz es de suma importancia en el ITU febril, en niños con

aparición séptica, inmunodeficiencias o anomalías nefro o urológicas conocidas.

Más del 60 % de E. coli aislados son resistentes a amoxicilina o ampicilina y un 20 a 40% a cotrimoxazol, por lo que ninguno de los antes mencionados son recomendados en el manejo empírico de la ITU. Los antibióticos que mantienen una alta efectividad son las cefalosporinas de segunda y de tercera generación, también la fosfomicina y los aminoglucósidos. (11)

Felizmente la mayoría de los niños pueden tratarse de manera ambulatoria por vía oral, aunque lo óptimo es que sean reevaluados en 48 horas.

Dentro de las Indicaciones de ingreso hospitalario y antibioticoterapia parenteral se encuentran los lactantes menores de 3 meses, lo que se encuentren con afectación del estado general o aspecto séptico, con inmunidad deprimida, en estados de deshidratación, vómitos o de déficit en la tolerancia oral, con uropatías obstructivas, pacientes con imposibilidad de asegurar un seguimiento correcto o que tengan fracaso anterior de manejo oral (continuidad de la fiebre y afectación general luego de 48 horas de tratamiento continuo)

En el caso de nuestro paciente cursa solo con picos febriles que no remitían con los antipiréticos, además de ser varón y lactante menor de 3 meses, lo cual coincide con la epidemiología y clínica de una ITU alta (pielonefritis) según indica la literatura, además de presentar urocultivo positivo a E. Coli resistente a ampicilina por lo que se le tuvo que suspender, quedándose solo con amikacina (aminoglucósido), por cual no se le debió dar ampicilina al inicio ya que es frecuente la resistencia a este antibiótico según nos dice la literatura.

Discusión de Caso 2:

La ingesta de cuerpos extraños que ocurre con mayor incidencia en niños es la ocasionada por monedas.

Los principales sitios anatómicos para la retención de monedas son a nivel cricofaríngeo, a nivel del arco aórtico y a nivel del esfínter esofágico inferior.

En los pacientes que presentan retención de la moneda en el esófago y son sintomáticos como la tos, estridor, dificultad respiratoria, sialorrea, disfagia, etc. en estos casos la indicación de la remoción quirúrgica debe ser inmediata. Las complicaciones de estos pacientes sintomáticos incluyen a la necrosis focal de la mucosa, edema y agitación, el cual comprometen la vía aérea.

Los pacientes con síntomas de vía aérea, como se describió antes, generalmente tienen objetos extraños retenidos en el esófago proximal. Dolor, sialorrea y disfagia, son generalmente vistos en pacientes con objetos extraños en el tercio medio y distal del esófago.

Con los pacientes asintomáticos la conducta a seguir no es precisa. Pueden tener estenosis esofágica, perforación fistulas traqueoesofágicas, así como el desarrollo de la dificultad respiratoria. En estos pacientes el pasaje al estómago va a depender de la localización que tengan en el esófago. Las monedas que se encuentren ubicadas en el 1/3 proximal del esófago tendrán un porcentaje de pasaje espontáneo al estómago en aproximadamente un 14%, los que tengan localización en el 1/3 medio tendrán un 43%, mientras aquellos localizados en el último tercio podrían llegar a tener un pasaje hasta 67%. El 50% de los pacientes que tuvo un pasaje espontáneo, lo realizó dentro de las seis primeras horas, y el resto hasta en 19 horas. (12)

Un método opcional a la endoscopia en pacientes asintomáticos puede ser la observación y monitorización a través de radiografías.

A pesar de las complicaciones que puedan presentarse al ingerir estos cuerpos extraños, el retiro inmediato está indicado solo en los pacientes que tengan signos o síntomas tales como: estridor, dificultad respiratoria, sialorrea, disfagia, por lo cual se debe realizar una vigilancia ya que hay un riesgo real de retención de la moneda en el esófago y pueden presentar complicaciones secundarias.

En nuestro caso, el paciente carecía de síntomas por lo que lo más prudente fue un control radiográfico a las 4 horas, tiempo aproximado en el que el 50% de las monedas, pasan al estómago. Paciente cursa con funciones vitales estables, es dado de alta al observar el cuerpo extraño en cavidad gástrica, se le da indicaciones sobre signos de alarma a los padres y a las 48 horas se reporta que el menor expulsó el cuerpo extraño de forma espontánea.

3.3 ROTACION DE MEDICINA

Discusión de Caso 1:

La pancreatitis aguda es un proceso en el cual existe una inflamación reversible del tejido debido a la activación intraparenquimatosa de enzimas digestivas, a diferencia de la pancreatitis crónica en la cual no hay recuperación. La inflamación y necrosis que hay en el tejido pancreático producen una respuesta inflamatoria generalizada, la cual puede finalmente causar un compromiso multisistémico con disfunción orgánica y llegar hasta la muerte, hasta en la mitad de los pacientes graves.

La etiología más común es la presencia de cálculos en la vía biliar en un rango de 65 %, el consumo elevado de alcohol con un 10 %, la hipertrigliceridemia hasta en 13%, y el resto de las causas corresponde a un 15%.

Pueden presentarse los siguientes síntomas típicos como dolor localizado en abdomen superior, náuseas y vómitos. La pancreatitis puede abarcar desde un proceso que se auto limita hasta un trastorno múltiple de órganos en el cual se presenta una respuesta inflamatoria sistémica y la muerte.

Para el diagnóstico de pancreatitis aguda debe existir la presencia de al menos dos de los siguientes criterios:

- Dolor en epigastrio que se presente de manera súbita, el cual puede irradiarse a espalda.
- Niveles séricos de amilasa o lipasa elevados mínimo tres veces los valores normales.
- Imágenes como tomografía o resonancia magnética en el cual se evidencie lesiones características de pancreatitis aguda.

La elevación de amilasa y/o lipasa en sangre debe ser mínimo tres veces el límite superior del valor normal. La lipasa es el mejor indicador debido a su especificidad para realizar el diagnóstico. Asimismo, puede mantenerse elevada después del inicio de síntomas, a diferencia de la amilasa.

Las mejores técnicas de imagen para realizar el diagnóstico de pancreatitis son la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética. A pesar de ello, tienen un costo elevado y en el caso de la litiasis biliar la ecografía hepatobiliar es considerada el examen de elección.

Para evaluar la severidad de la pancreatitis se utiliza la clasificación de Atlanta. Esta consta de 3 niveles, en la leve, los pacientes solo requieren tratamiento de soporte y presentan resolución completa en un promedio de 7 días, sin complicaciones; en la moderada, se presenta falla orgánica, pero transitoria que resuelve en máximo 48 horas, o complicaciones locales como colecciones peri pancreáticas sin la presencia de falla orgánica; y severa, donde hay una falla orgánica persistente por más de 48 horas. (14)

La falla orgánica está definida como:

- A nivel respiratorio una presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno mayor de 300.
- A nivel circulatorio una presión arterial sistólica menor a 90 mmHg que no responde a líquidos.
- A nivel renal una concentración en plasma de creatinina mayor a 170 $\mu\text{mol/L}$.

Existen diversos sistemas para realizar la estadificación de la severidad de la pancreatitis y así mejorar el pronóstico, entre ellos tenemos a la clasificación de Ranson, APACHE II, BISAP, el índice de severidad por tomografía computada (CTSI). (15)

La clasificación de Ranson tiene poco poder predictivo para determinar la severidad de la pancreatitis. Además, tiene la desventaja que requiere de 48 h para completarse, por lo que se puede perder tiempo valioso en estadificar el riesgo del paciente.

La clasificación de Ranson tiene un bajo valor predictivo debido a que requiere de 48 horas para completarse, por cual existe un retraso al estadificar el riesgo.

En el caso del APACHE II, si la puntuación es mayor a 8 en una pancreatitis severa resulta un predictor útil. La ventaja de esta clasificación es que puede realizarse dentro de las 24 horas del ingreso, a diferencia de la clasificación de Ranson, además que se puede dar seguimiento a la evolución del paciente de manera seriada.

El CTSI es un índice de severidad que utiliza la tomografía con contraste intravenoso y es determinado según el grado de inflamación en el páncreas, la cantidad de colecciones y finalmente la presencia de necrosis.

En la actualidad se tiene como alternativa el BISAP que es un sistema donde se evalúan 5 parámetros: Nitrógeno de Urea mayor a 25 mg/dl, alteración del estado mental que puede evidenciarse por la presencia de desorientación en el paciente, respuesta inflamatoria sistémica con 2 o más de las siguientes variables: frecuencia cardíaca mayor a 90 latidos/min, frecuencia respiratoria mayor a 20 por minuto o PaCo₂ menor a 32 mmHg, temperatura menor a 38 °C o menor a 36°C, y leucocitos mayor a 12.000 o menor a 4.000 células por mm³ o > 10% bandas, presencia de derrame pleural evidenciada en radiografía de tórax o estudio tomográfico y edad mayor a 60 años. (16)

La hidratación intravenosa es el principal manejo de soporte en las primeras 24 horas del ingreso. Hasta el momento no hay evidencia para el uso de antibióticos de manera preventiva en infecciones de necrosis. En caso exista sospecha clínica de esta, deberá administrarse previo cultivo de organismos según su sensibilidad, duración y severidad de los síntomas presentados.

En nuestro caso la paciente es hospitalizada, cursa con cuadro clínico y niveles séricos de amilasa y lipasa elevados 3 veces más de sus valores normales, teniendo estos criterios positivos realizamos el diagnóstico de pancreatitis aguda leve de acuerdo a la clasificación de ATLANTA ya que cursa con saturación de oxígeno > 95%, cuenta con exámenes de laboratorio que no evidencian falla de órgano, adecuada diuresis y una TAC con signos de Pancreatitis edematosa intersticial, la mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda tendrán un engrosamiento localizado o difuso del páncreas. Cursa hemodinámicamente estable, afebril, comienza a tolerar la vía oral a los 3 días (líquidos). Se espera el alta pronta y observación de otras complicaciones.

Discusión de Caso 2:

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio por lo cual amerita una conducta activa por parte del personal de salud, con una evaluación rápida, un diagnóstico adecuado e identificación de la presencia de comorbilidades, para establecer un tratamiento inicial rápido a fin evitar futuras complicaciones.

El *S. pneumoniae* es la bacteria más frecuente con un porcentaje de incidencia de entre 35 % a 40 %. Dentro de las atípicas tenemos a la *Coxiella burnetti*,

Chlamydomphila pneumoniae y *Legionella pneumophila*, producen frecuentemente las neumonías adquiridas en la comunidad menos graves, en cambio las enterobacterias, principalmente *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* y las infecciones polimicrobianas, se encuentran en pacientes con mayor gravedad y en UCI. (17)

Dentro de los signos y síntomas más frecuentes tenemos a la fiebre, tos con expectoración, dolor a nivel torácico, disnea, taquipnea, escalofríos, mialgias y artralgias. Estos signos son comunes en las infecciones de vías respiratorias bajas.

Diagnóstico diferencial entre la neumonía típica y la atípica:

- Fiebre > 39° C de aparición brusca
- Dolor pleural (torácico o epigástrico)
- Auscultación focal (crepitantes, hipoventilación o soplo tubárico)
- Leucocitosis $\geq 12.000/mm^3$ con neutrofilia $\geq 6.000/mm^3$
- Rx de tórax de consolidación

NAC típica: ≥ 3 criterios; NAC atípica: 0 criterios; NAC indeterminada: 1-2 criterios.

Para realizar la diferenciación entre las etiologías se puede utilizar tanto la clínica como los reactantes de fase aguda; sin embargo, son demasiado inespecíficos, ya que ambos pueden evidenciarse en infecciones bacterianas y virales. Los únicos que podrían mostrar la etiología en un caso bacteriano es la desviación izquierda y en un caso viral, un predominio linfocitario. (18)

Existen diversos scores; sin embargo, es el juicio clínico el que va a determinar cómo tratar al paciente. La escala CURB-65 (regla nemotécnica inglesa: Confusión-Uremia respiratory rate-low, blood pressure, age 65 years o greater) está diseñada para predecir la mortalidad a los 30 días y es utilizado principalmente en el área de urgencias. CURB-65 es muy útil debido a que solo se usan cinco variables clínicas, por lo cual es muy fácil de usar e identifica la gravedad del proceso agudo.

La presencia de una condensación lobar en la radiografía de tórax parece ser un indicador razonablemente específico de infección bacteriana, al igual que lo es la presencia de un derrame pleural.

El tratamiento consiste en que el paciente permanezca con una saturación arterial de oxígeno mayor o igual de 90% mediante oxigenoterapia, el inicio precoz del tratamiento empírico (menos de 8 horas desde el diagnóstico de neumonía) tiene un gran valor para la disminución de la mortalidad. En nuestro medio todos los pacientes con NAC que ingresan en el hospital deben recibir una adecuada cobertura frente a *S. pneumoniae* y gérmenes atípicos. En los pacientes hospitalizados se sugiere antibioticoterapia empírica con betalactámicos como ceftriaxona, cefotaxima o ampicilina más ácido clavulánico y un macrólido. Una respuesta clínica favorable de la NAC no suele producirse habitualmente antes de las 48 a 72 horas de haber iniciado el tratamiento antimicrobiano. Por lo mismo la indicación terapéutica no debe de cambiarse en los primeros tres días a menos que se establezca un deterioro clínico evidente o los laboratorios lo recomienden. (19)

Se hace el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, con un CURB-65 de 2 puntos, se decide hospitalizar al paciente para oxigenoterapia y tratamiento antibiótico endovenoso hasta mejoría de saturación de oxígeno, sintomatología y observación de complicaciones al menos durante 48 a 72 horas. Paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta con tratamiento antibiótico vía oral, en este caso se usa betalactámico (amoxicilina más ácido clavulánico y claritromicina hasta completar tratamiento por 7 días)

3.4 ROTACION DE CIRUGIA

Discusión de Caso 1:

Las adherencias resultan de la fusión patológica entre tejido peritoneal que ocurre al existir defectos relacionados al estado postoperatorio que se da con una respuesta inflamatoria que involucra un exudado fibrinoso que termina por ser absorbido por peritoneo en buen estado y no el tejido dañado, con lo que se favorece la formación de adherencias en los sitios defectuosos del peritoneo.

El síndrome adherencial se da cuando las adherencias producen síntomas asociados generalmente a obstrucción del órgano afectado por estas, como, por ejemplo, pueden asociarse a infertilidad femenina y obstrucción intestinal, por lo que los pacientes requieren de una reintervención quirúrgica, debido a

que la fibrina gelatinosa actúa como pegamento con la finalidad de reparar el tejido dañado, y como consecuencia de esto se forman bandas o puentes que unen tejidos que no deberían de estar unidos. (20)

Las adherencias peri-abdominales que se dieron por la reacción cicatricial exagerada ante cuerpos extraños, o ante una incisión, sutura, o electrocoagulación llevan a la producción y liberación de sustancias vasoactivas y citocinas por parte de los monocitos, adicionalmente a la vasodilatación, aumento de permeabilidad vascular y posterior exudado fibrinoso.

La mayoría de las adherencias formadas luego de una intervención quirúrgica involucran al intestino delgado, provocando una obstrucción intestinal asociado al trauma local ocurrido durante la cirugía, que disminuye los niveles del activador de plasminógeno, encargado de descomponer la matriz fibrinosa con lo que se evitaría la formación de adherencias. (21)

Obstrucción Intestinal: es la complicación más frecuente de esta patología, la cual se genera por alteraciones en el tránsito intestinal, de tal forma que dentro de los síntomas que requieren la atención médica inmediata, se incluyen la incapacidad para expulsar gases intestinales o para defecar, una distensión progresiva del abdomen, acompañado por los sonidos ruidosos del intestino, un dolor abdominal severo asociado a obstrucción. (22)

Sólo los pacientes con una obstrucción parcial son sometidos a tratamiento médico, y no deberán presentar signos de compromiso vital (peritonitis, estrangulación intestinal). Se comenzará evitando la ingesta por la boca y colocando una aspiración nasogástrica y administrando soluciones parenterales para mantener el equilibrio hidrosalino.

Tratamiento quirúrgico consiste en la liberación o seccionar adherencias para recobrar el tránsito intestinal y para evitar que el intestino se vuelva a adherir de una forma desordenada, de tal manera que origine nuevas obstrucciones. En tal sentido, se han ideado cirugías de fijación del intestino que se conocen como enteropexia.

En el caso de nuestro paciente vemos que cuenta con un antecedente importante de apendicectomía hace 8 años y laparoscopia por obstrucción intestinal hace 1 año además de la clínica evidente para el diagnóstico de un nuevo episodio de obstrucción intestinal, se le manejó adecuadamente con

laparotomía exploratoria, por lo que cursa favorablemente en el postoperatorio, con colocación de SNG e inicio de tolerancia oral progresiva.

Discusión de Caso 2:

La apendicitis es una de las causas por el cual más pacientes ingresan a emergencias quirúrgicas en el mundo. Es definida como la inflamación del apéndice vermiforme, cuya etiopatogenia central es la obstrucción de la luz apendicular, producto de la presencia de focalitos, hiperplasia linfoide, cuerpos extraños, parásitos y tumores como adenocarcinoma, sarcoma de Kaposi, linfomas, entre otros. El evento inicial es la inflamación de la pared apendicular, luego se presenta congestión vascular, isquemia, perforación, hasta en algunos casos desarrollar abscesos localizados o incluso peritonitis generalizada. Durante este proceso ocurre gran proliferación bacteriana. De forma natural, el apéndice cecal funciona como reservorio de gérmenes, siendo los más comunes el E. Coli y Bacteroides spp. aunque también se han encontrado pacientes con flora diferente como la fusobacterium, siendo esta la que está relacionada con casos de apendicitis complicadas o perforadas. (23)

El síntoma que se presenta con mayor frecuencia es el dolor abdominal, aunque suelen estar acompañados de otros síntomas como anorexia, náuseas, constipación o diarrea y a veces fiebre. El dolor inicia a nivel periumbilical y epigastrio para luego migrar y localizarse en fosa iliaca derecha. Se deber recordar que, aunque este síntoma es considerado típico en los pacientes, solo ocurre en 50 a 60% de diagnosticados con apendicitis aguda. El punto máximo donde se localiza el dolor es el denominado punto de Mc Burney, el cual se sitúa en el punto que converge el tercio externo con el tercio medio de una línea imaginaria trazada desde la cicatriz umbilical hasta el borde anterosuperior de la cresta iliaca derecha. (24)

Un valor mayor de 10,000 leucocitos/ mm³ con desviación a la izquierda y un valor superior de 1.5 mg/L de proteína C reactiva van a ser de uso en el diagnóstico de la apendicitis aguda, sin embargo, valores de leucocitosis mayor de 20,000/ μ l ya se considera que ocurren con cuadros de perforación apendicular. La ecografía es una de las pruebas de imagen iniciales que se

usan para el diagnóstico de la apendicitis, y se caracteriza por el hallazgo de un diámetro apendicular mayor de 6 milímetros.

La escala de Alvarado modificada, la más utilizada para el diagnóstico, se basa en brindar un puntaje dependiendo del síntoma o signo encontrado dentro del cuadro clínico, por ejemplo: 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 corporal superior de 37.5 °C (1 punto) y leucocitosis (2 puntos). (25)

- Puntaje 0-3: Se considera como que existe un bajo riesgo ante la positividad del cuadro de apendicitis, tomando como opción que el paciente sea dado de alta, con la indicación de regresar solo en caso de presentar síntomas adicionales o empeoramiento del cuadro.
- Puntaje 4-6: Se considera hospitalizar al paciente para observarlo, y en caso el puntaje no varíe luego de 12 horas de observación, se indica intervenir quirúrgicamente.
- Paciente varón con puntaje de 7-9: apendicectomía.
- Paciente mujer no gestante con puntaje de 7-9: Se recomienda el realizar una laparoscopia diagnóstica en busca de confirmación del diagnóstico, y se indica la realización de la apendicectomía tras ello.

Tradicionalmente se ha establecido que el retraso en la apendicectomía aumenta el riesgo de perforación, por lo que se recomienda realizarla lo antes posible.

Los abordajes quirúrgicos para apendicectomía han evolucionado en los últimos años, pasando de un abordaje abierto a otros de mínima invasión, como la laparoscopia convencional. Actualmente, este método de mínima invasión es considerado una herramienta útil y eficaz, con beneficios adicionales como disminución del riesgo de diversas complicaciones que pueden ocurrir tras una cirugía, como, por ejemplo, menor tasa de infección de sitio operatorio, menor duración de estancia hospitalaria y brinda mayor seguridad al paciente, sin embargo, existen, en teoría, más casos de abscesos intraabdominales.

La decisión del tratamiento posoperatorio es controversial en la actualidad, pues si bien se recomienda el uso de antibióticos por 3 a 5 días en cuadros

de apendicitis complicada, se ha visto desenlaces similares al usar antibioticoterapia durante solo 3 días.

Adicionalmente, otros autores consideran que los antibióticos se pueden suspender cuando no exista alza térmica ni leucocitosis, y el paciente se mueva independientemente, haya comido 2 veces seguidas y no presente dolor. (26)

Estudios sugieren que la tasa de incidencia de abscesos intraabdominales durante el postoperatorio puede verse incrementadas en una apendicitis complicada en relación con las apendicitis agudas.

En nuestro paciente con el diagnóstico de Apendicitis aguda se le realizó la técnica de apendicectomía abierta, probablemente se haya pensado en una apendicitis necrosada por el tiempo de enfermedad y de manera preventiva anticiparse a cualquier complicación intraoperatoria, además de la disposición de equipo de laparoscopia del hospital. La vía laparoscópica hubiera sido ideal en este paciente ya que es un paciente joven, sin comorbilidades, se requiere un menor tiempo de estancia hospitalaria para que el paciente vuelva a su vida cotidiana, pero por otro lado con esta técnica se corre el riesgo de absceso intraabdominal, sobre todo ante una apendicitis necrosada; por ello también se le coloca el dren Pen Rouse.

CAPITULO IV: RELFEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado que asumió esta promoción fue peculiar, se tuvieron que hacer varias modificaciones para continuar desarrollándolo con el menor riesgo posible de exposición al virus que está asolando la salud de personas a nivel mundial.

Estas modificaciones incluyeron el de desistir continuar el internado este año o de cambiar de sede hospitalaria por uno de menor exposición a agentes patógenos, por lo mismo también la reducción de horas de prácticas nosocomiales, adaptación a los cambios en el desarrollo de las practicas, con equipos de protección y distanciamiento social en lo posible en la atención a los pacientes, inicio de clases y exposiciones virtuales, entre otros.

Las adaptaciones que se afrontaron fueron con el objetivo único de adquirir en mayor medida conocimientos, no solo teóricos sino prácticos, que se van a tener que afrontar y desarrollar en el desempeño diario de la profesión, aun sabiendo del alto riesgo que se atravesaba no solo de contagiarse sino también de contagiar a familiares directos. Esta disyuntiva de culminar lo mejor posible la profesión y el alto riesgo de contagio que se afronta día a día, unido al alto número de casos de personal de salud que enferman y fallecen, nos hacen reflexionar sobre lo mucho que se valora el campo clínico en el desarrollo profesional, aunque el costo sea demasiado elevado.

Cabe hacer hincapié que esta pandemia ha evidenciado de forma cruda y real, la precaria situación sanitaria del país como por ejemplo infraestructuras hospitalarias decadentes, falta de materiales para procedimientos, falta de equipos de bioseguridad para detener la propagación, de implementación de laboratorios especializados, de unidades hospitalarias intensivas, de ventiladores mecánicos, de especialistas, de personal sanitario en general,

entre otros. Esto sumado a la deficiente gestión del sector salud se ha tenido como producto la pérdida de miles de peruanos que aclamaban por ayuda. Esta grave situación que se sigue afrontando debe de tomarse como punto bisagra para exigir que el Estado Peruano, tome cartas en el asunto y de inicio de una reforma sanitaria profunda, que sea direccionado a una atención integral de calidad de cobertura y acceso a nivel nacional, con establecimientos de salud equipados, con profesionales capacitados que cuenten con herramientas para un adecuado desempeño con el único fin de beneficiar a nuestra ya maltratada sociedad peruana.

CONCLUSIONES

1. En virtud de lo mencionado anteriormente se puede decir que la situación de pandemia que se continúa viviendo ha repercutido dramáticamente en la sociedad, tanto en el aspecto económico, político y sociocultural. Esta crisis mundial ha desnudado las enormes deficiencias que afrontan en especial los países en vías de desarrollo como el nuestro.
2. Estas repercusiones por supuesto también involucra el sector salud poco priorizado y se demuestra con centros sanitarios poco implementados desde la atención primaria hasta los grandes hospitales, escasos de materiales, de equipos de bioseguridad como los de protección personal, falta de unidades de cuidados intensivos, de personal sanitario multidisciplinario y de especialistas en áreas de emergencia, sumado a una pobre gestión del sector que ha repercutido directamente en la pérdida de numerosas vidas.
3. Dentro de este ámbito se desarrolló el internado médico, sumado al estrés y la incertidumbre del futuro profesional de miles de estudiantes de medicina, se añade el alto riesgo de contagio por la exposición a agentes patógenos, lo cual ponen en compromiso sus vidas y de su entorno más cercano.
4. Con este contexto se realizaron las prácticas del internado médico, adecuándose a las nuevas medidas tomadas, pero siempre con el único propósito de adquirir más conocimientos, mayores destrezas y habilidades en el campo médico para brindar una atención de calidad a tantas personas que lo necesitan.

RECOMENDACIONES

En el contexto de pandemia y asumiendo las limitaciones que se tienen que afrontar, se mencionan las siguientes recomendaciones:

- Garantizar medidas de bioseguridad con la distribución del equipo completo de protección a tiempo previo al inicio de las prácticas hospitalarias.
- Gestionar la aplicación de vacunas de forma oportuna a los internos de medicina que se desempeñan en ámbitos clínicos.
- Mejorar la comunicación con los tutores encargados del internado en las sedes hospitalarias.
- Implementación de nuevas plataformas digitales por parte de la universidad que garanticen clases virtuales de mejor calidad en audio y video.

FUENTES DE INFORMACION

1. Valadez-Nava S et al. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. *Investigación en Educación Médica*. 2014;3(12):193-197
2. V. Gómez-López, S. Rosales-Gracia, J. Ramírez-Martínez, et al. Evaluación del impacto del internado de pregrado en la solución de problemas clínicos. *Gac Méd Méx*, 145 (6) (2009), pp. 501-503
3. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosipi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta Med Peru*. 2016;33(2):105-10.
4. REGLAMENTO DEL COMITÉ NACIONAL DE PREGRADO DE SALUD DEL SINAPRES. <https://cbpcallao.org/inicio/normativas/normativas-sector-salud/14.-Reglamento-del-Comit%C3%A9-Nacional-de-Pregrado-de-Salud-del-SINAPRES.pdf>
5. J. J. Di Muro Ortega, J. A. Pérez Wulff y D. Márquez Contreras. “Parto en presentación Pelviana (Podálica o Nalgas)”. *Patología en el Parto de Alto Riesgo*. 2016. 215-218p.
6. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto; Organización Mundial de la Salud; [Internet] 2014; 2:(3): 34 – 35 Disponible en:
https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
7. Velaña-Sinchiguano J E. et al. Parto presentación pelviana. Revisión de caso. *Revista Científica Universidad Las Ciencias*. 2020;6(2):616-365
8. Technical Working Group, World Health Organization: Care in normal irth: A practical guide. *Birth Issues in Perinatal Care* 24 (2):121–123, 2008
9. Shaikh N, Hoberman A. Urinary tract infections in infants and children older than one month: Clinical features and diagnosis. *UpToDate*; 2017 [consultado 17 abril 2021]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

10. De la Torre M, de Lucas N, Velasco R, Gómez B, Mintegi S, y Grupo para el estudio del lactante febril de la Red de investigación de la Sociedad Española ~ de Urgencias de Pediatría (RISeuP-SPERG). Etiología y evolución de las infecciones potencialmente graves en lactantes menores de 3 meses febriles. *An Pediatr (Barc)*. 2017; 87:42-49.
11. R. Pineiro Pérez et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. *Anales de pediatría*. 2019;90(6):400-409
12. Connors G.P., Hadley J.A. Esophageal coin with an unusual radiographic appearance. *Pediatr Emerg Care*. 2005 Oct;21(10):667-9.
13. Waltzman M. Management of esophageal coins *Pediatr Emerg Care* 2006 May;22(5): 367-370.
14. Dias de Souza G, Rodrigues Queiroz Souza L, Máfia Cuenca R, De Medeiros Jerônimo BS, Medeiros de Souza G, Martins Vilela V. Understanding the international consensus for acute pancreatitis: classification of Atlanta 2012. *ABCD Arq Bras Cir Dig* [internet]. 2016 [citado 1 mayo 2018];29(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5074676/pdf/0102-6720-abcd-29-03-00206.pdf>
15. Ojeda Ojeda MJ, González Aguilera JC, Frómata Guerra A, Palacio Ojeda L. Factores que al ingreso influyen en la evolución de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. *Rev Multimed* [internet]. jul.-sep. 2012 [citado 20 nov. 2017];16(3):[aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2012/mul123d.pdf>
16. Rodríguez-Rojas David Alejandro, Portal Benítez Leonila Noralis, Duarte-Linares Yoisel, Delgado Rodríguez Edey, Pozo Lorente Luis Armando. Análisis de los factores pronósticos en pacientes con pancreatitis aguda. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Abr 19]; 23(2): 94-104. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000200094&lng=es.
17. Samuel Martínez-Vernaza, Estefanía Mckinley, María Juliana Soto, et al. *Universitas Medica*. 2019; 59(4)

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2019. Pneumonia Key facts. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/pneumonia>. [Último acceso: 20 de abril del 2021]
19. Lanks CW, Musani AI, Hsia DW. Community-acquired Pneumonia and Hospital-acquired Pneumonia. *Med Clin North Am*. 2019; 103(3): 487-501.
20. Grijalva Cifuentes, A. E., Reinoso Trujillo, K. A., García Ferrín, R. M., & Ayora No-livos, C. R. (2020). Síndrome Adherencial: Complicaciones. *RECIMUNDO*. 2020;4(4), 362-370. Disponible en: <https://doi.org/10.26820/recimundo/4>.
21. Valdivia Gómez, G. G., Tena Betancourt, E., & de Alva Coria, P. M. Adherencias Abdominales Postoperatorios: Patogénesis y Técnicas Actuales de Prevención. *Cirugía Cirujanos*.2019; 698-703.
22. Correa Rovelo JM, Cleva Villanueva-López G, Medina Santillan R, Carrillo Esper R, Díaz Girón GA. Obstrucción intestinal secundaria a formación de adherencias postoperatorias en cirugía abdominal. *Revisión de la literatura*.2015;83(4):345-51.
23. Hernández-Cortez J y cols. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano General* 2019; 41 (1): 33-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>
24. Chandrasekaran TV, Johnson N. Acute appendicitis. *Surgery (Oxford)*. 2014; 32: 413-417
25. Tan WJ, Acharyya S, Goh YC, Chan WH, Wong WK, Ooi LL, et al. Prospective comparison of the Alvarado score and CT scan in the evaluation of suspected appendicitis: a proposed algorithm to guide CT use. *J Am Coll Surg*. 2015; 220: 218-224.
26. Souza-Gallardo LM et al. Tratamiento de apendicitis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(1):76-81