



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL DEL MINSA Y ESSALUD EN
LIMA, 2020-2021

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

PRESENTADA POR
FIORELLA LISBETH POLAR GOMEZ

ASESOR

MG. PIERINA DANOS DIAZ

LIMA, PERÚ
2021



Reconocimiento

CC BY

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL DEL MINSA Y
ESSALUD EN LIMA, 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
FIORELLA LISBETH POLAR GOMEZ**

**ASESORA
MG. PIERINA DANOS DIAZ**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mgtr. María Isabel Mercado Herrera

Miembro: Mgtr. Karin Narda Gálvez Carrillo

Miembro: M.E. Zoila Roxana Villa Zapata

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo a Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este informe a pesar de las consecuencias que trajo consigo la pandemia, a mis padres por tener mucha paciencia a mi larga carrera y sobre todo a mi abuelito Aganesto Gomez, que descansa en paz, porque sé que estaría orgulloso de verme graduada.

Fiorella Lisbeth Polar Gomez

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todos los maestros que fueron parte de mi formación profesional durante la etapa universitaria y el internado, ya que, sin ellos no hubiese alcanzado los conocimientos y prácticas necesarias para brindar una atención de calidad hacia mis futuros pacientes.

Fiorella Lisbeth Polar Gomez

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	8
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	11
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	18
CONCLUSIONES	21
RECOMENDACIONES	22
FUENTES DE INFORMACIÓN	23
ANEXOS	25
1. Manejo de apendicitis aguda en adultos	26

RESUMEN

El internado médico en el Perú se realiza en el último año de la carrera de medicina humana, se realiza durante 1 año en cuatro rotaciones que son Gineco-obstetricia, Medicina interna, Pediatría y Cirugía general. Durante esta etapa, el futuro médico debe consolidar lo aprendido durante los 6 años de carrera. Antes de la pandemia por el COVID-19, no existía un horario estricto para el interno, este tenía que estar bajo disposición de su médico residente, además no recibían un estipendio mensual, salvo excepciones como en instituciones de EsSalud y los primeros puestos que adjudicaban a hospitales del MINSA. Todo ello cambió con la pandemia, actualmente es considerado como un personal de salud, por ende, recibe un estipendio mensual y tiene un horario establecido. Todos los conocimientos adquiridos que se describen en el presente trabajo fueron obtenidos en el Hospital Ramón Castilla, que pertenece a EsSalud, y en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, dado por los médicos residentes y asistentes de dichos hospitales. No solo basta con lo que diga otro profesional para aprender, sino se debe buscar información en fuentes como normas técnicas, medicina basada en evidencia, revistas médicas conocidas, que brinda la universidad como UpToDate, para así comparar el tipo de manejo que brinda dicho hospital frente al manejo recomendado internacionalmente y tener capacidad de juicio crítico con cada caso. El aprendizaje en la carrera de medicina humana nunca acaba, es un largo camino cuya finalidad es obtener más conocimientos durante las prácticas profesionales.

ABSTRACT

The medical internship in Peru takes place in the last year of the human medicine career. It takes place for 1 year in four medical specialties that are Gynecology, Internal Medicine, Pediatrics and General Surgery. During this stage, the future doctor must consolidate what has been learned during the 6 years of career. Before the pandemic, there was no defined Schedule for the medical student, he depends on a doctor, in addition they did not receive a monthly salary, the exceptions were institutions of EsSalud and some MINSA hospitals. All this changed with the pandemic, it is currently considered a health staff, therefore, he receives a monthly salary and has a timetable. All the acquired knowledge described in this work was obtained at the Ramón Castilla Hospital, which belongs to EsSalud, and at the Sergio Bernales National Hospital, the knowledge was given by the doctors of these hospitals.

It is not enough with what the professional explains, the information must be sought from sources such as guides, evidence-based medicine, well-known medical journals, provided by the university like UpToDate, in order to compare the type of management that the hospital provides against the internationally recommended management and have critical judgement with each case. Human medicine career learning never ends, it is a long way to obtain more knowledge during professional practices.

INTRODUCCIÓN

La etapa más importante durante la formación del médico es, sin lugar a duda, el internado. Los 6 primeros años de carrera son años de mucha teoría, donde se debe sacar provecho a aumentar los conocimientos, leer bibliografía adicional a la que el docente brinda, preguntar todas las dudas, repasar sobre las enfermedades más frecuentes para que así cuando llegue el séptimo año, se obtenga una consolidación total con las prácticas hospitalarias. En esta última etapa mencionada, el interno de medicina humana forma parte de la atención, proceso de enfermedad y hasta el alta o defunción del paciente, generando una participación y experiencia de lo que realizará una vez concluida su carrera. Durante varios años, el internado tenía una duración de 365 días, sin horario formalmente establecido, con varias actividades académicas y se realizaba en hospitales, ya sea MINSA, Fuerzas armadas o EsSalud; sin embargo, debido a la pandemia por el COVID-19, esto se redujo a 9 meses aproximadamente, de los cuales el ministerio de salud dispuso acudir 15 días por mes y estableció un horario, no habían actividades académicas como antes y se realizaba, en su mayoría, en un centro de salud, o en algunos casos en hospitales, fue EsSalud, el que decidió no aceptar internos en ninguno sus centros hospitalarios.

Definitivamente, para todos los alumnos que están en el último año de la carrera de medicina humana es una nueva experiencia totalmente distinta a lo que solía conocerse del internado; es por ello, que el presente trabajo se basará en la experiencia, nuevas adquisiciones en conocimientos y diferencias del internado antes de la pandemia, llevado a cabo en el Hospital Ramón castilla de EsSalud, y un internado durante la pandemia, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La etapa más importante en la formación de todo médico es el internado, ya que, es allí donde se consolida todo lo aprendido tanto en teoría como la práctica, es una etapa donde está permitido equivocarse porque el momento en que se comete un error es donde más aprendes, además, es el momento en que el futuro médico recibe al paciente, le realiza la primera atención desde la emergencia, luego lo evalúa y describe su evolución durante la hospitalización y está con él hasta su alta o defunción, por ende, tiene una participación activa del proceso de atención.

Durante este tiempo, el interno de medicina humana tiene que estar dispuesto a aceptar muchas críticas, llamadas de atención, guardias adicionales como parte de castigo por algún error cometido, siempre que el objetivo sea ser mejor médico y obtener el máximo conocimiento.

Definitivamente, antes de la pandemia, había más actividades académicas presenciales por parte de los residentes y asistentes, donde daban sus recomendaciones a lo que todo médico se enfrenta en el SERUMS, el proceso de formación era más completo, ya que, el interno tenía que estar prácticamente 24 horas en el hospital y eso facilitaba el aprendizaje. En la parte quirúrgica, existían las cirugías programadas, donde el interno ingresaba a asistir o a instrumentar, consolidando de una manera más práctica sus conocimientos previamente leídos en diversos libros.

Durante la pandemia todo lo descrito anteriormente cambió; sin embargo, ello no implicó no haber logrado la formación que se debe tener durante el último año de carrera. Si bien es cierto, las actividades académicas presenciales se eliminaron, se continuó con dichas actividades, pero mediante la plataforma Zoom, ya que algunos asistentes estaban de licencia por tener factores de

riesgo para desarrollar enfermedad grave por COVID-19. Actualmente, el internado tiene una duración de 15 días por mes y eso implica obtener el máximo beneficio a los pocos días, ya sea, permanecer durante más horas del horario establecido en el hospital, leer las historias clínicas de todos los pacientes desde que ingresó por emergencia, porque al inicio de la pandemia el MINSA dispuso que no se debería realizar prácticas en emergencia. Se eliminó las cirugías programadas; sin embargo, aún quedaban las cirugías de emergencia donde ya dependía de cada persona si esperaba hasta ingresar con el asistente.

A continuación, se presentará dos casos de cada rotación durante el internado:

Gineco-obstetricia caso clínico 1

Paciente femenino de 32 años, refiere que desde hace 4 meses comenzó a presentar polimenorrea e hipermenorrea que se iba incrementando con el paso de los días, refiere que desde hace 1 mes comenzó a presentar metrorragia. Niega náuseas, vómitos, cefalea. Motivo por el cual acude por emergencia del Hospital Ramón Castilla.

Fecha de última regla: 12/03/2020, G0P0000

Antecedentes patológicos: ninguno

Exploración física: PA: 100/60, FC: 110 lpm, FR 19 rpm.

Piel y Faneras: Fría/ poco hidratada/ elástica, llenado capilar < 2", palidez generalizada ++/+++

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, no signos peritoneales.

Genitourinario: Tacto vaginal: cérvix cerrado, con presencia de sangrado a 1 dedo de guante, Especuloscopía: no impresiona sangrado activo.

SNC: Despierto, LOTEPE, ECG 15/15 puntos. No signos meníngeos, no signos de focalización.

Gineco-obstetricia caso clínico 2

Gestante de 25 años de edad que refiere dolor tipo contracción desde hace

18 horas aproximadamente, asociado a salida de una secreción de color rosado, refiere que sintomatología se fue incrementando hasta hacerse persistente desde hace unas horas, niega náuseas, niega vómitos, niega cefalea, motivo por el cual acude al Hospital Ramón castilla. Fecha de última regla: 10/05/20, G2, P2002 (G1: parto vaginal, a las 37 semanas)

Antecedentes patológicos: Ninguno

Al examen físico: PA 110/70, FC: 88 lpm, FR: 18 rpm.

Piel y Faneras: llenado capilar < 2". Piel sonrosada

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados.

Abdomen: AU: 34 cm, LCI, LCF= 145.

Génito-urinario: TV: dilatación 9 cm, AP: encajado, borramiento 90%.

Medicina interna caso clínico 1

Enfermedad actual

Paciente de 60 años refiere que 28 días antes de su ingreso siente una masa no dolorosa en región perianal, niega fiebre; al día siguiente no lo dejaba sentarse, motivo por el cual decide acudir a su posta donde le prescriben analgésicos y antipiréticos que le calmaron el dolor, pero al día siguiente volvía a incrementarse la sintomatología descrita. 20 días antes de su ingreso, comenzó con secreción purulenta con olor fétido y dificultad para sentarse, niega fiebre, niega relaciones contra natura, niega conductas sexuales de riesgo. Además, refiere poliuria, polidipsia, polifagia, refiere ingerir 1 tableta diaria de metformina. Manifiesta que la sintomatología fue incrementándose al pasar los días, motivo por el cual acude a emergencia del HNSEB.

Antecedentes patológicos

Niega sexo contra natura, Niega tener varias parejas sexuales, niega tener sexo con hombres

Diabetes mellitus tipo 2

Obesidad grado I

Exploración física:

Piel y Faneras: llenado capilar < 2", mucosas secas +/-+++

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no

soplos audibles.

Aparato Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados

Abdomen: leve distensión a predominio panículo adiposo, ruidos hidroaéreos +, blando, depresible, no signos peritoneales.

Génito-urinario: no sonda vesical, Puño percusión lumbar (-)

Ano y recto: lesión cutánea con orificio de 1x2 cm con secreción purulenta y región glútea derecha empastada con dolor a la digitopresión y signos de flogosis.

Medicina interna caso clínico 2

Paciente de 19 años de edad refiere que 1 mes antes de su ingreso comenzó con escalofríos y sensación de alza térmica, tos con expectoración de color transparente, de 2 semanas de duración y sudoración nocturna, por lo cual ingiere una tableta de paracetamol, pero después persiste la cefalea, con fiebre de 39° C, por lo que acude a un médico particular donde le recetan metamizol, refiere que la cefalea cedió, pero que al día siguiente le regresó la fiebre; por ello, lo llevan a la Clínica Universitaria, pensaron en COVID-19, por lo que le prescribieron Azitromicina con expectorantes (no recuerda cuales). El paciente manifiesta que luego de ello, la cefalea jamás cedió. Posteriormente, acude a emergencia del HNSEB en 6 oportunidades las cuales le colocaron metamizol endovenoso y luego paracetamol para el alta, refiere que la cefalea y sudoración nocturna no cedía; por lo que acude por 7ma vez a emergencia de este nosocomio, el médico decide realizarle exámenes de laboratorio y punción lumbar, que aún no salen resultados.

Antecedentes patológicos: Anemia ferropénica

Examen Físico:

Piel y Faneras: llenado capilar <2", ictericia +/+++ , no cianosis, erupciones puntiformes <1 cm, eritematosa, no pruriginosa en espalda, algunas con contenido purulento en poca cantidad, mácula en región pectoral derecha de aprox. 10x 15 cm de bordes irregulares, tatuaje en región pectoral izquierdo de 5x5 cm aproximadamente.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no

ruidos sobreagregados.

Abdomen: plano, Ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, Doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio, no signos peritoneales, hígado a 2 traveses de dedo por debajo de región costal, matidez hepática, resto timpánico.

Genitourinario: no sonda vesical, no globo vesical, puño percusión lumbar - SNC: signos meníngeos levemente +, no signos de focalización, sensibilización conservada, pupilas isocóricas, foto reactivas, funciones de pares craneales conservados.

Pediatría caso clínico 1

Recién nacido femenino de 14 horas de vida, es referida del centro de salud Progreso, debido a que madre tiene sífilis sin tratamiento completo. Enfermera reporta: Recién nacido con buena tolerancia oral, afebril, sin signos de alarma, refiere que la madre aparentemente recibió tratamiento 2 veces, pero no hay documento que constate.

Datos del recién nacido: Fecha de nacimiento: 18/02/2021, tiempo de vida: 1 día, peso: 3.464 kg, parto eutócico, Grupo y factor A+

Al examen físico: T 36,8 °C, FR 48 rpm, FC 115 lpm, SpO2: 97%

Piel y Faneras: sonrosado, llenado capilar <2", descamación Palmo-plantar.

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax.

Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), Blando, depresible, no visceromegalia.

SNC: reactivo a estímulos, Reflejo moro +, reflejo succión +, fontanelas normotensas.

Pediatría caso clínico 2

Madre de paciente de 1 año refiere que desde hace 4 días presenta sensación de alza térmica y luego desde hace 2 días se agrega fiebre cuantificada de 38°C, asociado a vómitos de contenido alimentario, diarrea 6 veces al día sin sangre sin moco, motivo por el cual acude a emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Al examen físico: T 37°C, FR 20 rpm, FC 98 lpm, Peso: 11.50 kg, paciente despierto, activo

Piel: tibia, mucosas secas, ojos hundidos. Llenado capilar >2"

Orofaringe: congestivo

Aparato Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

SNC: Despierto, irritable.

Cirugía general caso clínico 1

Paciente masculino de 60 años de edad refiere que desde hace 18 años al viajar en una combi y realizar pujo para sostenerse tuvo una sensación de masa protruyendo por sus genitales. Refiere que la masa no le producía ninguna alteración en su vida cotidiana, no dolor, pero que iba incrementando con el paso de los años. 2 días antes de su ingreso refiere aumento del dolor a nivel inguino-escrotal, sensación de bulto que llegaba hasta el testículo derecho, motivo por el cual acude por emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Antecedentes patológicos: Niega

Al examen físico:

Piel y Faneras: Llenado capilar < 2 "

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos audibles.

Aparato Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados.

Abdomen: globuloso a predominio panículo adiposo, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, Doloroso a la palpación profunda y superficial en fosa iliaca derecha, masa de aproximadamente 20 cm que va desde región inguinal hasta testículo derecho, irreductible, asociado a dolor, no signos peritoneales.

Génito-urinario: no sonda vesical, no globo vesical, Puño percusión lumbar(-)

SNC: Despierto, LOTEPE, ECG 15/15 puntos.

Cirugía general caso clínico 2

Paciente de 43 años refiere que 3 días antes de su ingreso comienza con hiporexia, sensación de alza térmica y dolor en epigastrio tipo cólico que calmó con la ingesta de analgésicos (no recuerda nombre), refiere que el dolor fue incrementando de intensidad hasta asociarse con anorexia, náuseas, vómitos, fiebre de 38° C, dolor en fosa iliaca derecha que no calmaba con analgésicos, motivo por el cual acude al HNSEB.

Al examen físico: T: 38.5°C, resto de funciones vitales estables.

Piel y Faneras: Llenado capilar < 2 "

Aparato Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: distendido a predominio panículo adiposo, Ruidos hidroaéreos (+), depresible, dolor intenso a la palpación superficial, signo de McBurney +, signo Iliopsoas +, signo Blumberg +.

SNC: Despierto, LOTEPE, ECG 15/15 puntos.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Antes de la pandemia, el hospital donde se desarrolló el trabajo profesional fue en el Hospital Ramón Castilla de EsSalud. Es un nivel II-1, ubicado en el Jirón Guillermo Dansey 390, Cercado de Lima, cuya población objetivo es la atención de todos los grupos etarios. Este hospital pertenece a la Red Prestacional Almenara, por ende, las referencias se realizan hacia el Hospital Emergencias Grau o al Hospital Guillermo Almenara, en los casos que requieran tratamiento especializado de un nivel de atención III. Tiene una población adscrita de 200996 asegurados. Cuenta con 100 camas aproximadamente; es hospital de referencia para el Policlínico Francisco Pizarro y del CAP III Independencia, atiende a la población asegura de los distritos de Cercado de Lima, Independencia, Rímac y San Martín de Porres. En este hospital se llevaban a cabo exposiciones por los internos y como jurado se invitaban a varios doctores y jefes de los servicios(1). La rotación de gineco-obstetricia, durante el mes de enero a marzo, contaba con 1 interno para todo el servicio, siendo hospitalización, sala de dilatación, sala de parto, ecografías y emergencia. La obligación del interno era pasar visita, terminar todos los pendientes y luego ir a emergencia, donde su rol era de ayudar al asistente en la toma de funciones vitales, tactos vaginales, toma de muestra para Papanicolau, examen físico de la gestante, y, en algunos casos, realizar ecografía en la emergencia siempre guiado por el asistente. Definitivamente la participación como interno era muy activa, uno de los motivos es porque no había residente permanente, sino realizaban rotaciones de dos meses. Por otro lado, la atención en sala de partos era realizada por el estudiante de medicina de último año, y en su mayoría eran partos sin complicaciones

debido a que es un nivel II-1 y los partos con complicaciones o factores de riesgo eran referidos a otros hospitales de mayor complejidad.

Durante la pandemia, todos los hospitales y centros de salud pertenecientes a EsSalud tomaron una decisión, donde acordaron que los internos de medicina humana no deberían continuar su internado debido a que aún no son personal de salud y tienen mucho riesgo de contaminar a su familia. Es así que pasaron aproximadamente 7 meses en que ningún interno regresaba a sus hospitales de origen, posterior a ello, el MINSA emitió un comunicado donde refería que se retomarían las actividades en centros de salud y algunos hospitales que acepten el retorno de los mismos con un horario establecido, pago de por medio y aseguramiento. No obstante, EsSalud no cambió su decisión; por lo que, todos los internos que adjudicaron a una plaza tenían que buscar alguna vacante en otros hospitales del MINSA o Fuerzas Armadas.

Posterior a ello, el hospital donde se desarrolló la experiencia profesional fue en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Este hospital pertenece a un nivel III-1, ubicado en la Avenida Túpac Amaru número 8000 Collique, en el Km 14.5 de la carretera Canta. La población objetivo-directa son aquellos residentes de los distritos de Carabayllo, Comas e Independencia de la provincia de Lima, aproximadamente 1.089.333 habitantes. La población objetivo-indirecta son los pobladores de provincias como Huaral, Canta, Región San Martín y Huánuco. El total de camas según el ASIS del año 2017 es un total de 408 camas, siendo 336 para hospitalización, 61 para emergencia y Unidad de Cuidados Críticos y 11 para salas de operaciones (2). Antes de la pandemia había consultorio externo que atendía en dos turnos hasta las 17:00 pm; sin embargo, durante la pandemia esta atención quedó totalmente suspendida. Actualmente las atenciones tipo consulta externa se hacen por telemedicina, se le brinda al paciente un número y dirección de página web para que pueda agendar su cita. La referencia hacia otro centro de mayor complejidad se realiza cuando la capacidad resolutiva y operativa del hospital ha sido rebasada por la demanda, generalmente ocurre con poca frecuencia, otra de las razones es por el cierre de servicios debido a una emergencia sanitaria de peligro de salud pública para los pacientes del hospital, también por no contar con el recurso humano médico especializado las 24 horas del día. Los hospitales a donde se refiere son el Hospital Nacional

Cayetano Heredia, Instituto Nacional Materno Perinatal o Instituto Nacional De Salud del Niño.

Durante la pandemia, se creó un ambiente COVID-19 con todas las especialidades y un centro quirúrgico exclusivo para ese ambiente. Los internos están prohibidos de ingresar por el alto riesgo de contagio existente; sin embargo, durante la hospitalización en áreas no COVID-19, varios de los pacientes terminan con resultado positivo a COVID-19; por lo tanto, el interno durante de la pandemia debe de ir siempre con su equipo de protección personal, ya que se debe considerar que todos los pacientes tienen COVID-19.

Muchos de los médicos con experiencia se ausentaron, debido a la licencia por personal con factores de riesgo; sin embargo, esto no dificultó el aprendizaje durante el internado, ya que, se programaron clases virtuales con dichos docentes.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Con respecto al primer caso de la rotación en Gineco-obstetricia en el Hospital Ramón Castilla, la paciente fue hospitalizada con indicación de dieta blanda, hidratación a chorro, luego a infusión continua, ácido tranexámico cada 8 horas, control de funciones vitales cada 4 horas, se solicitó una ecografía transvaginal, hemograma, urea y creatinina, en la ecografía se apreció un mioma submucoso de aproximadamente 5 cm, hemoglobina de 5.3 g/dL, urea y creatinina en valores normales, luego se le agregó náuseas, vómitos, cefalea, presión arterial 90/60 mmHg, la palidez incrementó, por lo que se le procedió a solicitar 2 paquetes globulares, sonda Foley para controlar la cantidad de diuresis y coordinar la referencia hacia el Hospital Guillermo Almenara ya que la paciente tenía indicación de ser operada porque el mioma le estaba produciendo mucho sangrado que comprometería su vida y el Hospital Ramón Castilla no cuenta con un centro quirúrgico con transfusión sanguínea durante el acto operatorio. Con respecto al tratamiento, según UpToDate, lo primero es estabilizar a la paciente, hidratar, evitar el sangrado y después buscar la causa para realizar el tratamiento, si la paciente no desea gestar, el tratamiento se basa en manejo de síntomas, siendo de primera línea una histeroscopia sobre todo para los miomas submucosos que según la FIGO son el tipo 0,1 y 2. Pero si es otro tipo de mioma, se da tratamiento médico como anticonceptivos, ácido tranexámico que no disminuyen el tamaño del mioma pero disminuyen el exceso de sangrado. A diferencia de una paciente que desea gestar, como es el caso de la paciente, se prefiere hacer una miomectomía histeroscópica para miomas submucosos (3).

El segundo caso clínico es un ejemplo del tipo de paciente que es frecuente

en el Hospital Ramón castilla; es decir, un parto sin factores de riesgo, sin aparentes complicaciones que generalmente llevaban sus controles prenatales en el mismo hospital. Fue recibida por emergencia donde se le realizó las maniobras de Leopold, tacto vaginal, latidos cardiacos fetales, ecografía abdominal, pasaba a sala de parto por estar en fase activa trabajo de parto y ser una multípara, con indicaciones de colocar una vía periférica para hidratarla, atención del parto. Esta atención por parte del asistente fue basada en las recomendaciones que brinda la OMS, una de las recomendaciones es que el trabajo de parto no se debe acelerar, porque es normal que pueda tardar hasta llegar a los 5 cm de dilatación, la paciente ingresó directamente a sala de parto porque una de las recomendaciones de la OMS es que toda embarazada sana debe ingresar a sala de parto una vez que esté en fase de dilatación activa. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal, esta recomendación dependía del asistente, ya que, algunos solicitaban el rasurado de la zona púbica y otros no. Tampoco recomienda colocar enemas. No se recomienda la cardiotocografía para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo; es por ello que no se le indicó (4).

Por lo tanto, durante la rotación de gineco-obstetricia se logró obtener conocimientos y habilidades en la atención del parto, realización de episiotomías, extracción de la placenta mediante alumbramiento dirigido, manejo diagnóstico mediante ecografía, estabilización del paciente que llega con hemorragia, saber cuándo referir a un centro de mayor complejidad, conocer un parto normal de un patológico y en qué casos irán a cesárea.

Desde la segunda rotación en adelante se llevó a cabo en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, comenzando con el primer caso de medicina interna se procedió a internarlo en el pabellón de medicina interna por la diabetes descompensada, se le colocó antibiótico endovenoso ciprofloxacino 200 mg cada 12 horas más metronidazol 500 mg cada 8 horas vía oral, se solicitó hemoglucotest, glicemia en ayunas. Interconsulta a cirugía general para drenaje de absceso. Previo al ingreso a hospitalización, su diabetes no estaba controlada, presentó glucosa de 450 asociada a síntomas como poliuria, polidipsia, por lo que se le colocó insulina 0,1 UI/kg, una vez que controló su glicemia se pasó a metformina 850 mg 2 tabletas por día y al servicio de

cirugía general. Como se sabe la infección genera alteración de la glucosa en un paciente diabético y este es un claro ejemplo, según la ADA (asociación americana de diabetes) indica que el tratamiento de diabetes se debe iniciar con monoterapia metformina, con la excepción de que se encuentre glicemia mayor o igual a 300mg con síntomas, igual que el caso presentado, allí comenzamos con insulina 0.1-0.2 UI/kg / día y una vez estabilizada la glucosa, cuyo objetivo es de <130 mg en ayunas o <180 glicemia al azar, se cambiará a metformina en tabletas vía oral (5).

Con respecto al segundo caso clínico de medicina interna, se decidió internarlo con diagnóstico de Fiebre de etiología a determinar (a descartar origen infeccioso, neoplásico, autoinmune), descartar meningoencefalitis y anemia ferropénica, se le pidió hemocultivo, punción lumbar con tinta china, hemograma, urocultivo, urea, creatinina, Bk en esputo, perfil hepático, perfil de coagulación, TORCH IgM, IgG, ANA, ASMA, anti LKM-1, Radiografía de tórax y Tomografía abomino-pélvico con contraste. Con este paciente se hizo una revisión completa por sistemas durante la visita, debido a que no se le encontraba la causa de la fiebre, esto debido a que al principio no se le realizó buena anamnesis, se solicitó interconsulta a endocrinología quién pidió Elisa-VIH, Hepatitis B, frotis para malaria, serología para dengue, los resultados fueron negativos, se procedió a solicitar interconsulta a gastroenterología el cual pidió varios exámenes para descartar autoinmunidad; sin embargo, debido al nivel socioeconómico bajo del paciente, el asistente decidió insistir en una buena anamnesis para evitar exámenes innecesarios. Es así como el dato adicional que mencionó fue sudoración nocturna desde ya hace 1 mes y baja de peso, negó haber tenido contacto con familiar con tuberculosis, sus resultados de los Bk en esputo salieron negativos. Fue entonces que hubo mayor sospecha de Meningo-encefalitis por tuberculosis, por lo cual se solicitó citoquímico en LCR (líquido cefalorraquídeo), donde se encontró ADA >45, proteinorraquia, disminución de glucosa y aumento de celularidad mononuclear, motivo por el cual se solicitó interconsulta a neumología para iniciar tratamiento antituberculoso. Durante este proceso diagnóstico, se procedió a buscar información sobre el protocolo de manejo de fiebre de origen desconocido en países en vías de desarrollo que consiste en 5 fases; la primera fase consisten en una anamnesis minuciosa que debe incluir

antecedentes, enfermedades heredofamiliares, la cual si se realizó pero después de varios días al no encontrar foco de la fiebre, exploración física completa y toma de placa simple de tórax, el cual si se cumplió esto durante la emergencia; la segunda fase consiste en reevaluar el estado mediante exploración física dirigida a áreas que orienten un nuevo planteamiento, repetir exámenes de laboratorio e imagen, suspender fármacos temporalmente, pedir exámenes inmunológicos, parasitológico, pruebas endocrinas, función tiroidea. En la tercera fase se puede realizar una gammagrafía, biopsia de médula ósea y hepática, si a pesar de ello no se encuentra el diagnóstico se pasa a la cuarta fase que consiste en punción lumbar, tomografías contrastadas, resonancia magnética, electromiografía, hasta aquí es la última etapa en el protocolo diagnóstico de fiebre de origen desconocido. La quinta etapa es cuando no se encontró el origen de la fiebre, si el paciente presenta un estado general conservado se hará seguimiento del caso ambulatoriamente, si presenta un deterioro progreso de su salud se tendrá que sospechar en tuberculosis, neoplasias, arteritis de la temporal y queda a juicio del médico tratante iniciar tratamiento empírico con salicilatos, antibióticos, corticoides (6).

Durante la rotación de medicina interna los aprendizajes obtenidos es hacer una anamnesis exhaustiva, ya que así se puede evitar pedir muchos exámenes auxiliares, conocer el manejo de pacientes con diabetes, con el uso de insulina y luego antidiabéticos vía oral, el manejo de fiebre de origen desconocido según el Perú, ya que en países desarrollados la primera causa es neoplásica y autoinmunidad, a diferencia del Perú que siempre se tiene que descartar tuberculosis (7).

Durante la tercera rotación, el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, permitió rotar por neonatología y pediatría. El primer caso corresponde a neonatología, este paciente ingresó por emergencia con diagnóstico de sífilis congénita, y como tratamiento se le dio fórmula maternizada 35 mL vía oral cada 3 horas, limpieza del cordón umbilical cada 8 horas, controlar funciones vitales, iniciar Antibioticoterapia con Penicilina G sódica 170 000 UI endovenoso cada 12 horas, se solicitó hemograma, y hospitalización a intermedios II del HNSEB. Según la norma técnica peruana para iniciar tratamiento primero hay que diferenciar un recién nacido de madre con sífilis no trata o tratamiento

inadecuado, como es el caso presentado, donde el tratamiento es Penicilina G sódica 50 000 UI/kg/dosis endovenosa cada 12 horas los primeros 7 días, luego cada 8 horas los siguientes 3 días. Este caso, definitivamente, sirvió para recordar y hacer una revisión del tema de sífilis, a detectar precozmente e iniciar tratamiento y referirlo si es que el establecimiento es un centro de atención nivel I. Es importante establecer el diagnóstico de sífilis congénita que según la norma técnica del 2019 lo define como todo producto de una gestante con sífilis sin tratamiento completo y con una evidencia laboratorial; en el recién nacido debe tener una prueba no treponémica como VDRL o RPR con al menos dos veces mayor a los títulos maternos. Por último, este caso ayuda a recordar la definición de tratamiento completo o adecuado en sífilis durante la gestación; tratamiento completo, significa usar Penicilina G benzatínica 2.4 millones UI vía intramuscular una vez por semana durante tres semanas consecutivas, la madre del caso presentado recibió 2 dosis; tratamiento adecuado, cuando la última dosis de penicilina G fue administrada hasta antes de las cuatro semanas previas al parto (8).

El segundo caso de pediatría tiene como diagnóstico una deshidratación moderada, diarrea aguda infecciosa. Como parte de su tratamiento se puso en nada por vía oral, hidratación, dextrosa 5% 1000 cc, electrolitos, ranitidina 11 mg endovenoso cada 8 horas, se solicitó hemograma, PCR (proteína C reactiva), glucosa, urea, creatinina, reacción inflamatoria en heces, prueba antigénica COVID-19. Según la norma técnica para el manejo de la enfermedad diarreica aguda en el niño o niña primero hay que definir el grado de deshidratación, como está irritable, mucosas secas, se diagnostica como deshidratación leve-moderada, por ende se tiene que aplicar el plan B que consiste en hidratar mediante solución de rehidratación oral a una dosis de 50-100 mg /kg en 4 horas y si lo vomita se debe esperar 10 minutos y volver a intentar, de fracasar se hidratará colocando una sonda nasogástrica y se reevaluará cada 2 horas; sin embargo, en el HNSEB, como no toleraba la vía oral se decidió hidratarla vía endovenosa, algo que es diferente a la norma técnica del MINSA, una respuesta del médico asistente fue que no iba a esperar a que la paciente haga un signo clave para considerarlo como deshidratación severa y decidir hidratarla vía endovenosa (9).

Con respecto al primer caso de cirugía general el diagnóstico fue de hernia

inguino-escrotal incarcerada Nyhus IIIB, el tratamiento de este paciente fue de programarlo para cirugía por el riesgo alto que estrangulamiento, con ceftriaxona y metronidazol previo a la cirugía, se le solicitó ecografía de abdomen inferior y testicular y radiografía de abdomen de pie, finalmente, se le realizó una hernioplastia colocando malla de polipropileno según técnica de Lichtenstein. Posterior a la cirugía se fue de alta a las 24 horas sin antibióticos, solo con analgesia que incluía naproxeno 500 mg cada 12 horas en tabletas. Según UpToDate, en los pacientes con hernia incarcerada o estranguladas no se necesita un examen de imágenes adicional como prioridad para decidir la cirugía y eso fue lo que pasó durante terapéutica del paciente, ya que su entrada a sala de operaciones no dependió del resultado de sus exámenes (10). Con respecto a la técnica operatoria, según la guía internacional para el manejo de hernia inguinal de la sociedad europea, recomienda el uso de malla quirúrgica como primera opción sea mediante cirugía abierta o técnica laparoscópica, siendo la mejor técnica la de Lichtenstein. Además no recomienda la profilaxis antibiótica en la cirugía abierta (11).

Finalmente, el último caso de cirugía general, la paciente fue diagnosticada de apendicitis aguda perforada con peritonitis localizada, por lo que se realizó una apendicectomía abierta y se dejó un drenaje tipo Penrose, en este tipo de pacientes es muy importante cuantificar el drenaje por el dren Penrose y el color de la secreción, se le dio antibioticoterapia con ceftriaxona más metronidazol endovenoso por 7 días. Según UpToDate, el manejo para pacientes con apendicitis aguda complicada depende si es un paciente estable o inestable, el caso presentado sería estable, en estos casos recomienda que puede ser operado inmediatamente o no. Luego se debe ver el tamaño del absceso, si es menor o igual a 3 cm la indicación es apendicectomía inmediata seguida de tratamiento antibiótico por 3 a 5 días con ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas más metronidazol 500 mg endovenoso cada 8 horas. Por otro lado, si el absceso mide > 3 cm, evaluar si es posible drenarlo, si no es posible hacer apendicectomía inmediata, pero si es posible hacer un drenaje percutáneo más Antibioticoterapia, luego evaluar si hay mejoría clínica, si la respuesta es sí, entonces alta con antibióticos ambulatorio para completar 7-10 días y seguimiento en 6 a 8 semanas. El caso presentado fue muy instructivo, ya

que, el paciente llegó a emergencia con los síntomas y signos típicos de una apendicitis complicada, se le colocó un dren Penrose el cual la función del interno era de cuantificarlo, y hacer la limpieza diaria, posterior a ello, se le dio los medicamentos para el alta siempre cubriendo a organismos Gram negativos y anaerobios que abundan en el tracto intestinal; es por ello, que la cobertura antibiótica coincide con lo que recomienda UpToDate (12).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El comienzo del internado médico en EsSalud fue una experiencia inolvidable, son pocos los estudiantes que aprueban el examen para adjudicar a alguna plaza en dicha institución, en el caso de la Facultad de Medicina Humana de la San Martín de Porres, de un total de 80 alumnos que postularon, ingresaron 11. Definitivamente, realizar el internado en esa institución tiene varios beneficios como futuro médico; en primer lugar, derecho a un seguro de salud, que los internos del MINSA no lo tienen, derecho a un estipendio mensual con bonificación por fiestas patrias y navidad, certificado de haber culminado las prácticas y puntos extra a la hora de la calificación para adjudicar en un futuro a alguna plaza perteneciente a hospitales de EsSalud.

Para dar una calidad de atención al paciente, debe de existir un buen clima laboral; el trato entre todo el personal de salud del departamento de gineco-obstetricia era bueno, existía una preocupación por parte de los asistentes para que el estudiante de medicina humana de último año aprenda. Debido a que el número de internos en el Hospital Ramón Castilla era escaso, 4 internos siendo uno por cada rotación, este cumplía un rol fundamental, se podría decir que, a veces, era como un residente, lo que trajo como consecuencia muchos beneficios durante el aprendizaje, ya que, era el que hacía todas las prácticas, desde asistir a una cesárea, cumplir la función de segundo médico durante las guardias, atención del parto desde el inicio al final, evaluación constante de todas las pacientes en hospitalización, realización de tactos vaginales durante la emergencia. Estos son los grandes beneficios que a diferencia de otros compañeros que realizaron su internado en un hospital de tercer nivel sea de MINSA o EsSalud, tuvieron escasa o ninguna oportunidad. Adicional a ello, la

realización de papeles para los fármacos, el alta, las indicaciones, solicitar un examen auxiliar o de imágenes es un trámite mucho más sencillo, todo se realiza mediante un software de la propia institución, además, en el caso de que se haya realizado una referencia a otro hospital de mayor nivel de complejidad, se podía hacer el seguimiento mediante el software. Por lo tanto, así no haya tenido disponible todos los recursos materiales para un diagnóstico definitivo de algunas enfermedades, eso no implicaba saber menos ya que se tenía a disposición el programa de EsSalud para leer el manejo y resultados de la paciente.

Fue en la segunda semana de marzo que EsSalud decidió retirar a todos los internos por la pandemia, fueron seis meses en que ningún hospital aceptó el retorno de estos; sin embargo, posterior a ello, el MINSA emitió una resolución para que retomen sus prácticas hospitalarias y en centros de salud pertenecientes al MINSA. Es por ello, que la experiencia laboral de este trabajo contiene información sobre MINSA y EsSalud.

Desde octubre del 2020, se retomó el internado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, que es un nivel III, fue una experiencia distinta, primero por el tipo de paciente que se suele atender en MINSA que son de bajos recursos económicos. Eran pacientes más críticos y complejos, en dicha institución el interno es partícipe del tratamiento completo, son pocas las referencias, la cantidad de enfermedades que se pueden encontrar son diversas, muchas de ellas raras y difícil de volver a ver. Todo esto ayudó a consolidar muchos conceptos que se pueden leer en libros, internet, etc., pero una vez que se presenta en el hospital jamás lo olvidas.

La segunda rotación fue medicina interna, el hospital ofrece al interno rotaciones por especialidades, que debido a la pandemia se realizaron en ciertas áreas como geriatría, neumología, gastroenterología y medicina interna propiamente dicha; sin embargo, los asistentes de cardiología prepararon clases presenciales para el desarrollo de temas básicos durante la práctica hospitalaria como lectura del electrocardiograma. A pesar de la pandemia, los asistentes de todas las áreas durante la visita médica explicaban y realizaban ronda de preguntas a todos los estudiantes presentes. La tercera rotación fue el departamento de pediatría, la mayoría de los pacientes ingresaba por deshidratación y asma moderada a severa, antes de

la pandemia había la opción de nebulizar; sin embargo, de debido a los aerosoles que genera la nebulización se prohibió su uso, a pesar de ello, los pacientes seguían otros tratamientos, pero su recuperación era más lenta. Además, a todo paciente que ingresaba debía de realizarle su estado nutricional usando percentiles y tablas que da la OMS. La rotación de neonatología, antes de la pandemia, había varios doctores, residentes e internos; sin embargo, durante la pandemia era un médico, un residente y 5 internos que pasaban visita a alojamiento conjunto, intermedios I, intermedios II, UCI (unidad de cuidados intensivos) y emergencia. Todo lo mencionado no dificultó el proceso de aprendizaje, ya que se veía varios casos interesantes y raros, además de que a la gran mayoría de recién nacidos se les consideraba como potencialmente infectados ya que su madre no se había realizado sus controles prenatales por pandemia. Entonces, el interno de medicina ganó experiencia en el manejo de pacientes son sepsis neonatal, recién nados hijo de madre con VIH, recién nacidos con cardiopatías los cuales permitían entrenar el sentido de la audición con el estetoscopio.

La última rotación fue en el servicio de cirugía general, antes de la pandemia existía una gran carga de hospitalizados por cirugías electivas o programas, actualmente se operan las emergencias, dentro de esa rotación, el hospital ofreció rotar por servicios como urología, cirugía pediátrica, traumatología y cirugía general propiamente dicho, y durante la pandemia se mantuvo igual, por ende, los conocimientos adquiridos no variaron con respecto a la pandemia, la única dificultad que se tuvo es que se redujeron las guardias en tópico de medicina a 4 durante la rotación; sin embargo, ya dependía de cada persona si quería aprender porque los residentes y asistentes siempre están dispuestos a ayudar.

Si bien es cierto, el interno debía estar en un ambiente no COVID-19, la realidad es que, a todos los pacientes se les debe tratar como si tuviesen la enfermedad de COVID-19, ya que la prueba que se les toma es la antigénica, que tiene muchos falsos negativos, y si es una emergencia no se le toma ninguna prueba.

Finalmente, a pesar de algunas restricciones dadas a los internos por la pandemia, eso no impidió la correcta formación como médico para tener la capacidad de enfrentarse a los pacientes.

CONCLUSIONES

El internado es una de las etapas más importantes durante la carrera de todo médico, en esta etapa se consolida y se pone en práctica lo aprendido en clases teóricas de la universidad. Si bien es cierto, fue un internado atípico, no significa que haya sido una mala experiencia, todo lo contrario, dependía del estudiante de medicina el quedarse más horas de los estipulado según el MINSA y seguir aprendiendo de los residentes o asistentes. Finalmente es una gran ventaja haber realizado la rotación de gineco-obstetricia en un hospital nivel II, ya que había una participación y completa de la gestante en trabajo de parto y nadie más que el interno de medicina para que pueda entrenarse; sin embargo, no hubiese sido posible tener mucha práctica en un hospital de tercer nivel como el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, ya que el practicante no solo era un interno, eran 5 aproximadamente y sumado a las internas de obstetricia. Posteriormente, finalizar el internado en un hospital nivel III fue muy favorable para la experiencia profesional, ya que, a las especialidades como medicina interna, pediatría, neonatología o cirugía general llegaban pacientes con enfermedades más complicadas o con riesgo de muerte, esto sirve mucho al futuro médico ya que durante el SERUMS detectará que pacientes tienen más riesgo de fallecer y así realizar una referencia oportuna.

RECOMENDACIONES

Durante las prácticas profesionales los errores siempre existen, por ello, el médico residente tiene a su cargo vigilar al interno, realizar todos los procedimientos junto con él, y en algunos casos dejarlo solo. Es importante que participe activamente ya sea realizando las prácticas como atender un trabajo de parto, realizar análisis de gases arteriales, reconocer que paciente tiene un riesgo de muerte, realizar suturas, diferenciar tipos de diarreas que ameritan tratamiento antibiótico y las que no lo necesitan, además de lo mencionado, debe de emitir su juicio crítico sobre cada enfermedad vista para así recibir críticas que puedan ser constructivas para su vida profesional. Por otro lado, durante la pandemia, el tiempo de duración del internado se ha visto afectada, sobre todo con respecto al número de guardias, por ello, el obtener más conocimientos depende del mismo estudiante de medicina.

FUENTES DE INFORMACIÓN

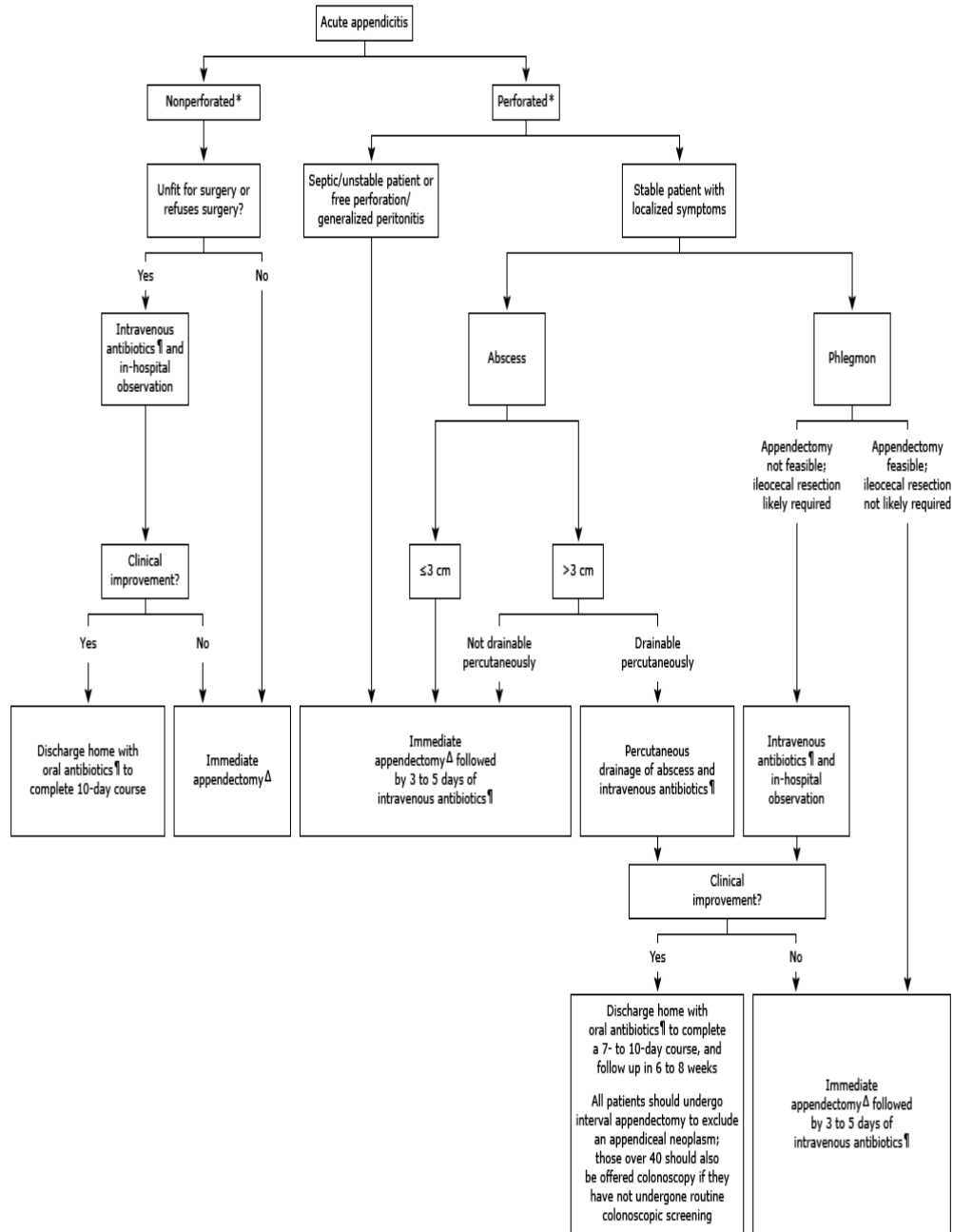
1. EsSalud – Más y mejor para ti [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <http://portal.essalud.gob.pe/>
2. ASIS – Hospital Nacional Sergio E. Bernales [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/epidemiologia/asis/>
3. Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview - UpToDate [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=mioma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4104895124
4. OMS | Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
5. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes—2020 | Diabetes Care [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1/S7
6. Romo J, Muñoz J. Protocolo diagnóstico en fiebre de origen desconocido para países en vías de desarrollo. Anales de la Facultad de Medicina. junio de 2004;65(2):127-32.
7. Approach to the adult with fever of unknown origin - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en:

- [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-fever-of-unknown-
origin?search=fiebre%20origen%20desconocido&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-fever-of-unknown-origin?search=fiebre%20origen%20desconocido&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13)
8. Resolución Ministerial N° 1138-2019/MINSA [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/368520-1138-2019-minsa>
 9. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
 10. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal%20scrotal§ionRank=2&usage_type=default&anchor=H4&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H606315541
 11. Maciej P. Summary of The International Guidelines For Groin Hernia Management [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.europanherniasociety.eu/science/summary-international-guidelines-groin-hernia-management>
 12. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=management%20of%20acute%20ap&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

ANEXOS

ANEXO N°1

Management of acute appendicitis in adults



* Perforated appendicitis, also referred to as complicated appendicitis, is characterized by a palpable mass in the right lower quadrant on physical examination or by a phlegmon (inflammatory mass) or abscess on imaging studies. Nonperforated appendicitis, also referred to as simple or uncomplicated appendicitis, does not have any clinical or radiologic signs of perforation.

¶ The choice of antibiotics varies by clinical situations and is constantly evolving. Refer to related topics in UpToDate for information on antibiotic selection.

Δ Immediate appendectomy, as opposed to interval appendectomy, should be performed within 12 hours of decision to operate, except in the case of an unstable/septic patient or the presence of free perforation or generalized perforation, where surgery should be performed emergently.