



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ATENCIÓN PRIMARIA EN UN CENTRO DE SALUD I-3 DE  
DIRIS LIMA ESTE, EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2020-ABRIL  
2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**YURI JEFFREY BUSTAMANTE RODAS**

**ANDREA NATIVIDAD CHUNGA VASQUEZ**

**ASESORA**

**DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**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/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ATENCIÓN PRIMARIA EN UN CENTRO DE SALUD I-3 DE  
DIRIS LIMA ESTE, EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2020-ABRIL  
2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
YURI JEFFREY BUSTAMANTE RODAS  
ANDREA NATIVIDAD CHUNGA VASQUEZ**

**ASESORA  
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ  
2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Carmen Layten Villanueva

**Miembro:** Mg. Gustavo Tagle Carbajal

**Miembro:** M.E. Andrea Lui Lam Postigo

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Índice</b>	iii
<b>Resumen</b>	iv
<b>Abstract</b>	v
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vi
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Rotación: Medicina Interna	2
1.2 Rotación: Cirugía	5
1.3 Rotación: Gineco-obstetricia	8
1.4 Rotación: Pediatría	11
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	14
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	17
3.1 Rotación: Medicina Interna	17
3.2 Rotación: Cirugía	20
3.3 Rotación: Gineco-obstetricia	22
3.4 Rotación: Pediatría	25
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	28
<b>CONCLUSIONES</b>	30
<b>RECOMENDACIONES</b>	31
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	32

## RESUMEN

El Internado se define como la etapa final del plan de estudio de la carrera de Medicina, de carácter obligatorio, que dura un año, con el propósito de que los alumnos asimilen, integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos. Este se venía realizando en sedes hospitalarias de tercer nivel, sin embargo, debido a la pandemia de COVID-19, este se ha visto afectado, teniendo como resultado el envío de muchos internos al primer nivel de atención, donde debido a las condiciones que se presentan actualmente en el sistema de salud público, en muchos casos se han podido ver limitaciones en el aprendizaje. Asimismo, este trabajo pretende describir la experiencia del internado médico en un centro de salud de primer nivel, para lo cual se exponen dieciséis casos clínicos, cuatro por cada especialidad que conforma el internado (Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia y Pediatría). Se espera que este trabajo pueda crear consciencia acerca de la importancia de exigir al estado peruano el inicio de una verdadera reforma sanitaria, que apunte a un sistema único y universal de la salud, fortaleciendo la atención primaria en salud y que a su vez cuente con recursos económicos sólidos y reales para brindar un servicio de calidad en beneficio de toda la sociedad peruana.

## **ABSTRACT**

The Medical Internship is defined as the final stage of the study plan of the Medicine career, compulsory, which lasts one year, with the purpose that the students assimilate, integrate and consolidate the knowledge they acquired during the previous cycles. This was being carried out in tertiary level hospitals, however, due to the COVID-19 pandemic, this has been affected, resulting in the sending of many inmates to the first level of care, where due to the conditions that are currently present in the public health system, in many cases learning limitations have been seen. Likewise, this work aims to describe the experience of the medical internship in a first level health center, for which sixteen clinical cases are exposed, four for each specialty that makes up the internship (Internal Medicine, General Surgery, Gyneco-obstetrics and Pediatrics) . It is hoped that this work can raise awareness about the importance of demanding that the peruvian state initiate a true health reform, which aims at a single and universal health system, strengthening primary health care and which in turn has solid and real economic resources to provide a quality service for the benefit of all peruvian society.

## INTRODUCCIÓN

El médico se logra en muchos años de estudio que concluyen con su profesionalización, el último escalón previo formativo en que demuestra haber adquirido suficientes habilidades y competencias, es la etapa que se denomina Internado de Medicina, que es así su último momento de estudiante.

Según la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, podemos decir entonces que, como común denominador se considera al Internado como la etapa final del plan de estudio de la carrera de Medicina, de carácter obligatorio, que dura un año, con el propósito de que los alumnos asimilen, integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los ciclos previos. (1)

En un inicio, el interno debía permanecer un mínimo de diez horas diarias en el hospital. Sin embargo, según el Decreto Supremo 003-2008-TR, que dicta medidas sobre jornadas máximas de modalidades formativas reguladas por la Ley N.º 28518 Internado en ciencias de la salud, se establece que los internos de medicina tendrán como jornada máxima seis horas diarias, 36 semanales y 150 mensuales. Así también, se les deberá otorgar cinco horas de descanso antes de cada guardia. (2) Sin embargo, las horas establecidas por dicho decreto no son suficientes para adquirir la experiencia necesaria, aunque las horas laboradas, en efecto, son excesivas, por lo que un balance entre las dos sería lo más adecuado.

Las estrategias educativas están centradas en el interno. Comprenden la participación activa en la atención de los pacientes, con el resto del equipo de salud, en las áreas de hospitalización, urgencias, consulta externa y comunidad. Todo este tiempo, el internado se ha realizado dentro de un hospital y mayormente en los de mayor nivel de complejidad. Esto ha determinado un desapego a la medicina de menor complejidad, al primer nivel y a la atención primaria de salud. En términos generales, la medicina preventiva no ha ocupado el lugar que debe ocupar en la formación de un profesional médico.

Dentro de esta etapa se realizan prácticas dentro de 4 rotaciones, dentro de ellas: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia y Pediatría. Medicina Interna se enfoca en diagnosticar y tratar las diversas enfermedades infecciosas agudas y crónicas de los diferentes sistemas y aparatos, los procesos que comprometen la función de los sistemas corporales produciendo insuficiencia aguda y crónica (respiratoria, renal, cardíaca, hepática, adrenal), los procesos oncológicos y dermatológicos, las enfermedades del tejido conectivo, enfermedades inmunes, enfermedades endocrinas, metabólicas, tuberculosis en todas sus formas. Además de ejecutar adecuadamente los procedimientos diagnósticos susceptibles de ser realizados, tales como punción lumbar, toracocentesis, paracentesis, tomas de muestra para hemocultivo, biopsias de diferentes y punción arterial, bajo supervisión.

En la rotación de Cirugía General se adquieren conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo inicial de las principales patologías quirúrgicas, a través del examen clínico, la identificación sindrómica, el diagnóstico diferencial y el manejo de las patologías, tales como abdomen agudo, hernias eventraciones, apendicitis aguda, poliposis colónica, enfermedad hemorroidal, colecistitis, colangitis aguda, pancreatitis aguda.

En Gineco-obstetricia se busca ejercitar en la práctica las bases de la propedéutica obstétrica con énfasis en el control del embarazo, atención del parto normal y la vigilancia prenatal. Conocer la patología ginecológica y obstétrica más frecuente en nuestro medio, con un enfoque integral del paciente femenino, teniendo en cuenta su estado de salud o enfermedad.

Reconocer los tumores ginecológicos más comunes que constituyen un problema de salud pública; y desarrollar el criterio para su diagnóstico oportuno.

En lo que respecta a Pediatría, esta se divide en dos partes: Neonatología, donde se realiza la atención inmediata del recién nacido, controles neonatales, plan de vacunación nacional y patologías como ictericia, sepsis, patologías respiratorias y gastrointestinales. En cuanto a Pediatría se adquieren conocimientos, para reconocer signos y síntomas y manejar las principales patologías pediátricas, como diarreas, vómitos, gastroenteritis y enfermedades respiratorias.

El internado comenzó el 01 de enero del 2020, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, categoría III-1, ubicado en Av. César Vallejo 1390, El Agustino - Lima – Perú, perteneciente a la Dirección de Salud IV Lima Este del Ministerio de Salud. (3) Este hospital cuenta con atención de todas las especialidades, además de área de emergencia clínica y quirúrgica las 24 horas. Antes del inicio de las actividades del internado se recibió una inducción por parte de la Unidad de Internado Médico, donde se indicaron las funciones a cumplir, horarios, reglas e información relacionada con el inicio de las actividades. Asimismo, se ofreció un curso de bioseguridad con su respectiva evaluación; y un día antes del inicio de las actividades, los internos entrantes asistieron durante el día para familiarizarse con el funcionamiento y el rol que deberían cumplir en el hospital.

Por otra parte, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, categoría III-2, ubicado en Avenida Grau N.º 800, Distrito de La Victoria – Lima – Perú, perteneciente a la Red Desconcentrada III Almenara (4), el internado médico de igual manera inició el 01 de enero. Una semana antes del inicio del internado, se realizó una inducción de dos días para los internos entrantes. En la primera charla se abordó el tema de bioseguridad y en la segunda se nos brindó más información acerca de las funciones a desempeñar.

En los respectivos hospitales se realizó la primera rotación, en la cual se asistía de lunes a domingo, se realizaban guardias diurnas y nocturnas de 12 horas, se asistía a áreas de hospitalización, donde se tenía la función de

elaborar las historias clínicas, evolucionar a los pacientes, toma de signos vitales, formar parte del pase visita médica, solicitar exámenes auxiliares y traslado de pacientes a las distintas áreas diagnósticas del hospital. Además, se llevaba a cabo una vez por semana actividades académicas, en las cuales se podían presentar casos clínicos, descripción de procedimientos, exposición de temas y evaluaciones. También se asistía al área de emergencia, donde se realizaban labores similares.

Durante los 3 primeros meses del año, el internado se llevó con normalidad, sin embargo, tras la llegada del SARS CoV-2 procedente de Wuhan, China y el incremento de los casos de COVID-19, el presidente de la República Martín Vizcarra con DECRETO SUPREMO N° 044-2020-PCM informó: “Declárese del Estado de Emergencia Nacional por el plazo de quince (15) días calendario, y dispóngase el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19.” (5)

Por lo tanto, las actividades de los internos fueron suspendidas indefinidamente a partir del 15 de marzo del 2020. En agosto, según DECRETO DE URGENCIA N 090-2020, se dispuso: “el inicio o la reanudación progresiva de las actividades de los internos de ciencias de la salud, que corresponda durante el año 2020, en los establecimientos públicos del Ministerio de Salud, sus organismos públicos, de los gobiernos regionales, de las sanidades de la Policía Nacional del Perú y de las Fuerzas Armadas y del Seguro Social de Salud - ESSALUD, a partir del 15 de agosto de 2020”. (6) Sin embargo, esto no se realizó en la fecha propuesta, retardándose el reinicio del internado hasta octubre-noviembre, sin embargo, no todos los internos retornaron a sus centros hospitalarios de origen, ya que el decreto priorizó la reincorporación al primer nivel de atención y en este caso se decidió por el Centro de Salud San Antonio – Ate.

En el contexto actual, es de vital importancia el uso de equipos de protección personal, el cual consta de mascarilla N95, gorros quirúrgicos, mandilón, botas descartables, guantes y protector facial, de igual manera el contacto y la relación médico-paciente ha sido influenciado por la coyuntura, evitando al

máximo el contacto físico, de manera tal que la teleconsulta ha empezado a tomar más importancia.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado forma parte de la currícula de la carrera de Medicina, indispensable para que los estudiantes afiancen y fortalezcan los conocimientos que obtuvieron durante los ciclos previos.

Durante este año, los internos tienen la chance de estar en permanente contacto con los pacientes en los distintos niveles de atención, lo que permite detectar riesgos, emplear medidas preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los principales problemas de salud, bajo la tutoría de los médicos docentes que laboran en esas unidades médicas.

El interno obtiene toda la información a través del interrogatorio y del examen físico, escucha, inspecciona, observa, palpa, percute, ausculta, recolecta toda la información posible y útil, sin olvidar que lo primordial son los signos y síntomas que presenta el paciente. Este año brinda la oportunidad para que el estudiante fortalezca sus estrategias y tácticas en la fabricación de su propio conocimiento.

Antes de iniciar el internado las experiencias y la adquisición de conocimientos suponían una gran expectativa teniendo en cuenta el amplio silabo de acuerdo al plan de estudio ofrecido por la Universidad de San Martín de Porres. Sin embargo, estas no pudieron ser satisfechas por completo debido a la coyuntura.

Tal es el caso de Medicina Interna, donde solamente se pudo realizar procedimientos tales como la toma de muestra de gases arteriales,

electrocardiogramas, curación de heridas, oximetría, toma de signos vitales, monitoreo de pacientes. En cuanto a los conocimientos, se realizó el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con enfermedades diarreicas agudas, neumonía adquirida en la comunidad, tuberculosis pulmonar no resistente, asma bronquial, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, hipotiroidismo, síndrome metabólico, osteoporosis, osteoartritis, infección urinaria, dermatitis, urticaria, enfermedad micótica.

En relación con la rotación de Cirugía General, en el centro de salud se realizaron sutura y limpieza de heridas, vendaje, retiro de puntos, aplicar anestesia local. Además de la identificación de patologías quirúrgicas tales como colecistitis, apendicitis, hernias, hemorroides, fisuras y abscesos perianales.

Respecto a Gineco-obstetricia, se llevó a cabo colocación y retiro de implantes anticonceptivos, controles prenatales, maniobras de Leopold, tactos vaginales, manejo de patologías comunes en gestantes, tales como infección de tracto urinario y anemia, atención de parto vaginal, sutura de desgarro vaginal. Asimismo, diagnóstico y manejo inicial de incontinencia y prolapso, mastitis y vulvovaginitis.

Y por último en Pediatría, se adquirieron conocimientos en cuanto al manejo de patologías comunes tales como rinofaringitis aguda, diarreas agudas, anemia, bronquitis aguda, deshidratación, urticaria, dermatitis atópica, parasitosis intestinal y asma. En neonatología se realizó la atención inmediata al recién nacido.

## **1.1 Rotación: Medicina Interna**

### **Caso 1**

Paciente femenina de 53 años de edad, acude a consulta refiriendo mareos, cefaleas y sangrado nasal desde hace 2 meses. Niega palpitaciones, disnea, dolor precordial. No consume tabaco ni alcohol. Sin antecedentes personales ni familiares de importancia.

A la exploración física se evidencia:

FC: 90; FR: 14; PA: 145/90; Talla: 1.60 m; Peso:83 kg; IMC: 32,4

ABEG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

SNC: LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantea el diagnóstico de hipertensión arterial, se indica control de presión arterial mañana, tarde y noche durante 1 semana y se le cita al paciente para evaluar resultados.

A la semana se encuentran presiones control de 130/85, 140/90, 125/85 y 135/90.

## Caso 2

Paciente varón de 66 años de edad, asintomático, acude a consulta para solicitar órdenes de exámenes laboratoriales de control. Se le solicita hemograma completo, glucosa en ayunas, perfil lipídico, enzimas hepáticas, urea y creatinina.

Retorna al centro de salud con los siguientes resultados: hemoglobina: 13.1 g/dl, leucocitos: 6000/mm<sup>3</sup>, plaquetas: 350 000/mm<sup>3</sup>, glucosa en ayunas: 115 mg/dl, HDL: 46 mg/dl, LDL100 mg/dl, VLDL: 30 mg/dl, colesterol total: 176 mg/dl, triglicéridos: 140 mg/dl, TGP: 22 U/L, TGO: 25 U/L urea: 28 mg/dl, creatinina: 1.1 mg/dl.

Al examen físico se encuentra:

FC: 75; FR: 13; PA: 125/70; Talla: 1.66 m; Peso:86 kg; IMC: 31.8

ABEG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel: T/H/E. No edemas. Acantosis nigricans en cuello.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

Como presunción diagnóstica se plantea una resistencia a la insulina, para lo cual se solicita una nueva prueba de glucosa en ayunas, en la cual arroja un resultado de 120.

### Caso 3

Paciente mujer adolescente de 18 años de edad que convivió en casa de su pareja con un familiar enfermo de tuberculosis pulmonar, el cual abandonó el tratamiento y falleció en enero del 2020.

A finales de febrero del 2020 presenta síntomas respiratorios como tos con expectoración amarillenta, generalmente por las noches, episodios febriles de 38-38.3°C, asociado a pérdida de apetito y astenia. Debido a ello, acude a una farmacia, donde le recetan amoxicilina y paracetamol sin remisión del cuadro. Por lo cual acude a centro de salud por persistencia del cuadro respiratorio y febril y se añade pérdida de peso.

Al examen físico se encuentra:

FC: 92; FR: 17; PA: 120/70; Talla: 1.57 m; Peso:48 kg; IMC: 19.5; T°: 37.6

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel: T/H/E. No edemas

TyP: Murmullo vesicular disminuido en la mitad superior del hemitórax derecho, crepitantes difusos.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

En el establecimiento de salud se sospecha de TBC pulmonar, para lo cual se solicita BK seriado en esputo, radiografía de tórax y se le indica retornar con resultados.

A la semana se reciben resultados:

Primera muestra de BK (+++), segunda muestra de BK (++)

Radiografía de tórax: Radiopacidad no homogénea en lóbulo superior del pulmón derecho con cavitaciones.

Se solicita prueba de Genotype y se inicia tratamiento.

#### Caso 4

Paciente femenina de 35 años de edad, acude a consulta por presentar caída de cabello, cansancio, somnolencia, ganancia de peso de 10 kg en el último año, estreñimiento e intolerancia al frío.

Al examen físico se encuentra:

FC: 65; FR: 12; PA: 120/80; Talla: 1.56 m; Peso: 72 kg; IMC: 30

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel: Piel seca. Llenado capilar.

Cuello: Se evidencia un agrandamiento difuso de la glándula tiroides.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización. Bradipsiquia, bradilalia. ROT disminuidos.

Se sospecha de hipotiroidismo, para lo cual se solicita TSH y T4 libre. Paciente retorna con resultados: TSH: 6, T4L: 0.6, confirmándose el diagnóstico.

## 1.2 Rotación: Cirugía

### Caso 1

Paciente varón de 65 años de edad que acude a consulta por dolor anal de tres días de evolución asociado a prurito anal de moderada intensidad y con sangrado rojo brillante tras la defecación. Además, refiere una sensación de bulto y masa que protruye por el ano y se reduce solo manualmente, sensación de defecación incompleta y deseo frecuente de ir al baño, lo cual le dificulta sentarse.

Al examen físico se encuentra:

FC: 70; FR: 14; PA: 110/70; Talla: 1.69 m; Peso:93 kg; IMC: 32.6

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Se sospecha de enfermedad hemorroidal grado III, por lo que se refiere al Hospital de Vitarte.

### Caso 2

Paciente varón de 23 años HSH con conducta sexual de riesgo y antecedentes de estreñimiento crónico, acude a consulta por presentar dolor intenso a la defecación acompañado de leve rectorragia desde hace 2 semanas.

Al examen físico se encuentra:

FC: 67; FR: 13; PA: 120/75; Talla: 1.70 m; Peso:76 kg; IMC: 26.2

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Ano: se evidencia herida reciente en línea media posterior.

SNC: LOTEF, no signos meníngeos ni de focalización

Se sospecha de fisura anal aguda.

### Caso 3

Paciente mujer de 45 años de edad, sin antecedentes de importancia acude a centro de salud por presentar dolor de moderada intensidad en hipocondrio derecho previa ingesta de comida copiosa, asociado a náuseas. Niega fiebre.

Al examen físico se encuentra:

FC: 66; FR: 13; PA: 120/70; Talla: 1.54 m; Peso:67 kg; IMC: 28.27

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, Murphy (-). No signos peritoneales

SNC: LOTEF, no signos meníngeos ni de focalización

Se solicita ecografía abdominal para descartar patología vesicular.

Paciente retorna con resultados de ecografía donde se evidencian imágenes ecogénicas con sombra acústica posterior de 12 mm aproximadamente, diagnosticándose litiasis vesicular.

Se refiere al paciente al Hospital de Vitarte.

### Caso 4

Paciente mujer de 32 años de edad refiere que tras su último embarazo hace 2 años presenta una masa umbilical de aproximadamente 2x2 cm, móvil, no doloroso de crecimiento progresivo y lento que incrementa de tamaño al esfuerzo hasta medir 3x3 cm aproximadamente y se reduce digitalmente.

Al examen físico se encuentra:

FC: 80 FR: 15; PA: 110/70; Talla: 1.52 m; Peso:65 kg; IMC: 28.2

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Globuloso, distendido, se palpa masa en región umbilical de 3x3 cm no reductible y no dolorosa.

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización

Se presume de hernia umbilical y se refiere al Hospital de Vitarte.

### **1.3 Rotación: Gineco-obstetricia**

#### **Caso 1**

Gestante de 32 años de edad, de 26 semanas de gestación por FUR, acude a centro de salud San Antonio a su tercer control prenatal refiriendo molestias urinarias, tales como disuria, urgencia y tenesmo. Niega fiebre. Antecedentes: G2P1001.

Al examen físico se encuentra:

FC: 88; FR: 14; PA: 110/70, T°36.8

ABEG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel: T/H/E. No edemas.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: blando depresible, útero grávido. AU: 25 cm; SPP: LCI; LCF: 145 lpm;

DU: No se evidencia; Movimientos fetales presentes

GU: PPL (-)

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

Se solicita examen de orina y se le cita a paciente con resultados.

Examen de orina: leucocitos 18xcampo, hematíes 5xcampo, bacterias: abundantes.

Se diagnostica como infección de tracto urinario

## Caso 2

Paciente femenina de 42 años de edad acude al centro de salud por presentar hace 2 semanas una tumefacción dolorosa en mama izquierda, refiere que el dolor disminuye con AINEs. Como antecedentes de importancia la paciente presenta una FUR de hace 2 años.

Al examen físico se encuentra:

FC: 77; FR: 13; PA: 120/75

ABEG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel: T/H/E. No edemas.

Mamas: Al examen físico no se delimita tumoraciones.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización.

Se solicita una ecografía de mamas para descartar el tipo de lesión.

Paciente retorna con resultado de ecografía donde se evidencia: parénquima mamario de ecotextura heterogénea en proyección de R1 Y R2 condicionado por la presencia de una imagen anecogénica quística cuyo diámetro es de 6.4x8.5mm y 9.2x1.4mm respectivamente, presenta paredes delgadas, contenido líquido homogéneo y refuerzo posterior. Piel y pezón sin alteraciones.

Por lo que se concluye como diagnóstico quiste simple en mama izquierda, por lo que se refiere al Hospital de Vitarte para manejo por parte del especialista.

### Caso 3

Paciente femenina de 24 años de edad acude a consulta en el centro de salud San Antonio por presentar hace 1 semana flujo vaginal blanquecino, acompañado de prurito. No cuenta con antecedentes de importancia.

Piel: T/H/E. No edemas.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

La sospecha diagnóstica es de candidiasis vaginal.

### Caso 4

Paciente gestante de 43 años de edad de 38 semanas de gestación por FUR, acude a consultorio por presentar presión arterial elevada, tomada particularmente, además de cefalea. Refiere hinchazón de miembros inferiores, disminución de movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido por canal vaginal. Antecedentes: G3 P1011, cesareada anterior una vez por oligohidramnios.

Al examen físico se encuentra:

FC: 76; FR: 17; PA: 140/90, Talla: 1.53 m; Peso: 83; IMC: 35.4

ABEG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel: T/H/E. No edemas.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: blando depresible, útero grávido. AU: 38 cm; SPP: LCI; LCF: 154 lpm; DU: No se evidencia; Movimientos fetales presentes

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

Se diagnostica como preeclampsia con signos de severidad, se informa a la paciente, se explican los riesgos y se le refiere al Hospital de Vitarte para que acuda por emergencia.

#### **1.4 Rotación: Pediatría**

##### **Caso 1**

Paciente varón de 7 meses que llega a consulta por presentar deposiciones líquidas (4-5 por día) con rastros de sangre de 2 días de evolución, acompañado de fiebre de 38° a 38.4 °C. Niega vómitos. Antecedentes perinatales sin importancia. Inicio de ablactancia a los 5 meses con muy buena tolerancia, no presenta antecedentes de alergia a las proteínas de la leche de vaca u otro tipo de intolerancia, sin ningún otro dato epidemiológico relevante.

Al examen físico se encuentra:

FC: 90; FR: 16; Peso: 8 kg

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel: T/H/E. Llenado capilar menor de 2 segundos.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Blando, depresible, no impresiona dolor, ruidos hidroaéreos presentes.

SNC: LOTEPE

Se presume de diarrea disintérica aguda.

## Caso 2

Paciente varón de 10 años acude a consulta traída por su madre quien refiere que su hijo últimamente ha perdido el apetito, se ve más cansado, y no rinde en el colegio y se queda dormido durante sus clases virtuales.

Al examen físico se encuentra:

FC: 110; FR: 12; Peso: 30 kg

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel y mucosas: Palidez, llenado capilar 2 seg.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

Se solicita Hemoglobina y Hematocrito.

Hb: 9,9; Hcto: 29,7

Se plantea como diagnóstico Anemia moderada.

## Caso 3

Lactante varón de 2 meses es traído a consulta por su madre, refiere que tras ingesta de fórmula láctea en un biberón, habiendo estado recibiendo hasta ese momento lactancia materna exclusiva, presenta urticaria generalizada, Apgar al nacimiento 9/10. Peso al nacimiento: 3890gr. Lactancia materna exclusiva hasta el segundo mes de vida. Regurgitador habitual, con deposiciones normales y ganancia de peso adecuada. Antecedentes Familiares: Madre con dermatitis atópica.

FC: 110; FR: 22; Peso: 5 kg

AREG, ABEN, ABEH, ventila espontáneamente.

Piel y mucosas: Habones de tamaño pequeño en cara, tórax, y extremidades.

TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales ni estertores.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso, no masas ni visceromegalias

SNC: LOTEP

Se presume dermatitis alérgica secundaria a proteína de leche de vaca.

#### Caso 4

Paciente varón de 7 años de edad acude con su madre a consulta, quien refiere que su hijo tiene hace 2 días fiebre, tos con expectoración, dificultad respiratoria y dolor torácico.

Al examen físico se encuentra:

FC: 116; FR: 50; T° 39°C; Peso: 20 kg

AREG, ABEN, ABEH, presencia de tiraje intercostal.

TyP: submatidez, soplo tubárico, broncofonía y crepitantes en base de Hemitórax Derecho

CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Abd: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: LOTEP, no signos meníngeos ni de focalización.

Se presume de Neumonía Bacteriana.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El centro de salud San Antonio es un establecimiento de salud categoría I-3 ubicado en la Calle 7 Esq. Calle 8 S/N - Asociación Pobladores San Antonio Lima - Lima – Ate, que pertenece dirección de salud IV Lima Este. (7)

La extensión de la jurisdicción del Puesto de Salud San Antonio es de 8 km<sup>2</sup> aproximadamente. La jurisdicción limita con los AA.HH. Amauta, Raucana, San Andrés, Asociación Santa Cruz y la Av. Jose Carlos Mariátegui.

La población total asignada al centro de salud San Antonio es de 16844 habitantes distribuidas en 14 localidades. La mayor proporción de población se concentra en los grupos adulto(a) y joven con 35% y 22% respectivamente. En tercer lugar, lo ocupan el grupo de niños con 22%. En el cuarto y quinto lugar los adolescentes y adultos mayores con 15% y 7% respectivamente.

El establecimiento presenta un área de 300 m<sup>2</sup>, en el cual se encuentran ambientes para dos consultorios de medicina general, un consultorio de obstetricia, programa de CRED-PAI, Admisión, Laboratorio, Tópico, Área de Transmisibles, unidad dental y servicios higiénicos.

El centro cuenta con 2 médicos cirujanos, 1 médico CAS COVID, odontólogo, licenciada en enfermería, licenciada en obstetricia, técnico de laboratorio, farmacia, enfermería. La atención es de 12 horas, desde las 7:00 am hasta las 19:00 pm.

Las referencias se realizan debido a la falta de capacidad resolutoria del centro por el nivel del establecimiento de salud, por carecer de determinado especialista e insumos. Los pacientes se refieren al Hospital de Vitarte, Hospital Hermilio Valdizán y Hospital Nacional Hipólito Unanue.

El internado médico 2020 se inició con normalidad, sin embargo, en marzo del 2020, el gobierno peruano tomó medidas para atenuar el contagio por COVID-19, incluida la suspensión de las labores educativas. Así, las universidades y los hospitales interrumpieron todas las actividades académicas de pregrado.

Una minoría de internos de medicina estuvieron de acuerdo con el retorno del internado si no se garantizaban las medidas de bioseguridad. Esta idea fue más respaldada cuando se garantizaron las medidas de bioseguridad y con el fin de la cuarentena. Por otro lado, existía una gran duda sobre las fechas de reincorporación y fin del internado. (8)

Los educandos al realizar sus actividades durante dos meses y medio, pudieron ser capaces de observar limitaciones en el sistema de salud. Debido a ello, la mayoría sentía gran incertidumbre sobre la provisión de materiales de bioseguridad y no estaban de acuerdo con volver a sus labores si no se garantizaba su protección.

La pandemia de SARS CoV-2 ocasionó la discontinuidad del internado por varios meses, con la posibilidad de la suspensión de todo el año académico. Por otro lado, la opción de extender el internado hubiera implicado posponer el ENAM del 2020 y el inicio del internado del 2021, lo cual terminó sucediendo.

Durante la cuarentena, los internos dedicaron su tiempo mayormente a estudiar y prepararse mediante clases virtuales para rendir el ENAM. Esto debido a que es un requisito indispensable aprobarlo para obtener la colegiatura, y porque muchos estudiantes infieren que la preparación que les brindan sus respectivas casas de estudio no es suficiente para aprobar el ENAM. (8)

Por otra parte, un buen grupo de los estudiantes utilizaron clases a través de plataformas virtuales para su preparación, no necesariamente relacionadas

con el ENAM, sino, probablemente con el contexto de la pandemia. Pese a ello, las capacitaciones de las universidades u hospitales no eran tan frecuentes. (8)

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1 Rotación: Medicina Interna**

De acuerdo a los diagnósticos planteados en el capítulo I, el primer caso correspondiente a medicina interna se plantea el diagnóstico de Hipertensión Arterial Grado 1 según la guía American Heart Association (AHA) 2020, que plantea el diagnóstico de hipertensión como una presión arterial sistólica (PAS) de una persona en el consultorio o clínica es  $\geq 140$  mm Hg y / o su presión arterial diastólica (PAD) es  $\geq 90$  mmHg después de repetidas evaluaciones, esta misma guía define a la Hipertensión Arterial Grado 1 a la que se encuentra dentro del rango de 140-159 mmHg de presión arterial sistólica (PAS) y 90-99 mmHg de presión arterial diastólica (PAD). Tal y como indica la guía se debe prescribir modificación del estilo de vida a todos los pacientes con presión arterial elevada o hipertensión, el tratamiento inicia siempre con la promoción de estilos de vida saludable como el pilar fundamental: actividad física 30 -60 minutos 5 a 7 días de la semana, bajo consumo de sal, abandono del cigarrillo, una dieta adecuada rica en frutas y vegetales, ya que la pérdida de peso en personas con sobrepeso u obesidad puede provocar una caída significativa de la presión arterial independientemente del ejercicio. La disminución de la presión arterial inducida por la pérdida de peso generalmente varía de 0,5 a 2 mmHg por cada kilogramo de peso perdido, o aproximadamente 1 mmHg por cada kilogramo perdido. (9)

El manejo farmacológico en general se hace como indica el algoritmo principal del tratamiento (9), sin embargo, se debe individualizar de acuerdo a las comorbilidades del paciente, en este caso la paciente presentaba obesidad grado 1 por lo cual se hizo hincapié en los cambios de estilo de vida y empezar con terapia farmacológica que se ajuste a las necesidades del paciente. Según las pautas de AHA 2020, recomiendan que la terapia inicial se elija entre las siguientes cuatro clases de medicamentos: Diuréticos de tipo tiazida o tiazida, Bloqueadores de los canales de calcio de acción prolongada, Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), Bloqueadores del receptor de angiotensina II (BRA). En este caso se indicó como tratamiento inicial un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina que fue Captopril 25mg en tabletas 1 toma diaria, cambios de estilo de vida y una dieta DASH teniendo en cuenta que la paciente presenta como factor de riesgo obesidad (IMC 32).

En cuanto al segundo caso de medicina interna, el diagnóstico planteado es de prediabetes o resistencia a la insulina, cuyos criterios según la ADA (American Diabetes Association) son: glucosa en ayuno de 100 a 125 mg/dL o glucosa plasmática a las 2 horas de 140 a 199 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa o Hemoglobina glucosilada (A1C) 5.7 a 6.4%. (10) En el caso presentado, el paciente contaba con dos pruebas de glucosa en ayunas alteradas, 115 y 120 respectivamente, con lo que se confirmaría el diagnóstico.

Según el Diabetes Prevention Program (DPP), una investigación orientada a la prevención de la Diabetes Mellitus, se demostró que tanto la intervención en estilo de vida como la intervención farmacológica con metformina mostraban beneficios en la progresión hacia Diabetes Mellitus tipo 2 en comparación al grupo control, por lo que es recomendable iniciar tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con valores alterados de glucosa en ayunas, test de tolerancia oral a la glucosa, o portadoras de un síndrome metabólico que con intervención en su estilo de vida no reviertan o incrementen estas alteraciones. (11) En el presente caso se indicó como tratamiento cambios en el estilo de vida, tales como dieta y ejercicios, además de metformina 1 tableta diaria con al almuerzo por un mes, a pesar de que

según el estudio hubiera sido la mejor opción iniciar solo con cambios en el estilo de vida.

En el tercer caso de medicina interna, se planteó el diagnóstico de Tuberculosis teniendo en cuenta el factor de riesgo de contacto con persona que falleció por TB y la sintomatología que presentó como la baja de peso, tos y expectoración, hemoptisis, disnea, además de la radiografía de tórax patológica. Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis, el esquema de tratamiento inicial prescrito por el médico tratante debe ser ratificado o modificado de acuerdo a los resultados de las pruebas de sensibilidad (PS) rápidas posteriores a su publicación en el sistema de información electrónico de laboratorio del Instituto Nacional de Salud – Netlab. (12) También se menciona que toda persona afectada por Tuberculosis (PAT) debe tener una muestra de esputo y asegurar el procesamiento de la PS rápida y/o convencional, iniciar el esquema de tratamiento dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico para TB sensible en aquella PAT que se encuentra clínicamente estable y tiene en proceso su PS rápida (12), todo lo anteriormente señalado se realizó en el establecimiento de salud, obteniendo el resultado del Genotype sensible para Isoniacida (H) y Rifampicina (R) iniciando el esquema para TB sensible 2HREZ/4R3H3. Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis), Isoniacida (H) 5mg/kg peso, Rifampicina (R) 10 mg/kg peso, Pirazinamida (Z) 25 mg/kg peso, Etambutol (E) 20 mg/kg peso. Segunda Fase (54 dosis): Isoniacida (H) 10 mg/kg peso y Rifampicina (R) 10 mg/kg peso. Posterior al tratamiento se realiza un seguimiento y monitoreo mediante evaluaciones clínicas, exámenes auxiliares y baciloscopía mensual.

En el cuarto caso de medicina interna, el diagnóstico definitivo fue hipotiroidismo. Debido a la falta de especificidad de los síntomas típicos el diagnóstico se realiza principalmente en base a pruebas de laboratorio. El hipotiroidismo primario se caracteriza por una alta concentración sérica de TSH y una baja concentración sérica de T4 libre (13), que fue lo presentado por el paciente.

Según las guías de práctica clínica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el tratamiento de elección es la levotiroxina, se recomienda que la dosis sea personalizada y el inicio generalmente fluctúa entre 25 a 50 ug al día que van en aumento hasta una dosis promedio de 1.6 microgramos por kg de peso al día. Esta debe ser ingerida en ayunas y de por vida. Para regular la dosis en pacientes no complicados se debe realizar el seguimiento con valores de TSH entre 6 a 12 semanas. (14) En el caso del paciente se recetó levotiroxina de 100 mcg, media pastilla en ayunas, sin embargo, no se le indicó ningún control posterior.

### **3.2 Rotación: Cirugía general**

En el primer caso planteado, se tiene como diagnóstico enfermedad hemorroidal de grado III, definida como aquellas que prolapsan fuera del canal anal con defecación o esfuerzo, y requieren reducción manual. (15)

Con relación al manejo, aquellos pacientes con hemorroides de grado III parecen beneficiarse más de la cirugía, en este caso una hemorroidectomía. (16) Debido al nivel de complejidad del establecimiento, esta patología tuvo que ser referida al Hospital de Vitarte para poder ser evaluada por la especialidad y recibir el manejo correspondiente. En cuanto a las técnicas quirúrgicas tenemos la hemorroidectomía convencional, ligadura de arterias hemorroidales y hemorroidectomía con grapas. La elección final del procedimiento va a estar determinada por la preferencia del cirujano. (16)

En el segundo caso de cirugía se plantea el diagnóstico de fisura anal aguda, la fisura anal debe sospecharse con base en un historial de dolor anal provocado por la defecación y que dura horas después, a menudo con sangrado anal asociado. El diagnóstico se puede confirmar en el examen físico visualizando directamente una herida reciente, eritematosa y húmeda o reproduciendo las quejas que presenta este paciente es decir el dolor anal, mediante una palpación digital suave del borde anal de la línea media posterior o anterior y se considera aguda cuando esta presenta un periodo de

evolución corta, no más de 6 a 8 semanas, y para su tratamiento solo fue necesario medidas terapéuticas higiénico-dietéticas. (17)

El tratamiento conservador de la fisura anal está contemplado como primer escalón terapéutico en la fase aguda, según se recoge en las recomendaciones de la Guía de práctica clínica de la American Society of Colon and Rectal Surgeons este enfoque terapéutico es seguro, con pocos efectos secundarios, y debería ser el tratamiento de primera línea (17), el cual fue el que se indicó a nuestro paciente.

El tratamiento busca disminuir el tono muscular anal como primera medida y, para ello, además de las recomendaciones habituales de cuidados de salud tales como no fumar, ejercicio físico moderado, horas de sueño adecuadas y la aplicación de baños de asiento con agua templada, es preciso evitar el estreñimiento, por lo que se debe aumentar el consumo de líquidos, garantizar una dieta rica en fibra y asociar ablandadores del bolo fecal, también se mencionan diversos fármacos como son los bloqueantes de los canales de calcio, captopril y diltiazem principalmente, los donadores de óxido nítrico (trinitrato de glicerilo [NTG]), que buscan la relajación transitoria del esfínter anal interno, atenuando de este modo la hipertonía y mejorando también la vascularización de la mucosa de esta zona. En el caso del paciente se optó por un manejo más conservador centrándonos en las medidas higiénico dietéticas y un analgésico Ibuprofeno 400mg tabletas cada 8 horas.

El tercer caso plantea el diagnóstico de litiasis vesicular, que presentaba la clínica de cólico biliar. La definición de cólico biliar es un dolor intenso y sordo localizado en el cuadrante superior derecho, el epigastrio o con menor frecuencia en el área subesternal que puede irradiarse hacia la espalda. El dolor a menudo se asocia con diaforesis, náuseas y vómitos. Por lo general, el dolor puede desencadenarse tras consumir alimentos ricos en grasas, ya que eso genera la contracción de la vesícula biliar. (18)

Durante un ataque agudo de cólico biliar, el manejo se centra en controlar el dolor. Esto generalmente se puede lograr con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). (19) En el caso presentado, el tratamiento fue diclofenaco 25mg/ml 1 ampolla intramuscular STAT.

Para pacientes con cólico biliar típico y cálculos biliares en imágenes se recomienda la colecistectomía electiva para prevenir futuros ataques de cólico biliar y complicaciones de la enfermedad de cálculos biliares (19), razón por la cual se derivó al Hospital de Vitarte para evaluación por la especialidad.

La colecistectomía generalmente se realiza por vía laparoscópica, aunque también se puede realizar a través de una incisión abierta en el cuadrante superior derecho. (19)

En este último caso, se plantea como diagnóstico hernia umbilical. Se debe tener en cuenta que, por su localización anatómica, prácticamente todas las hernias umbilicales son diagnosticadas solo por examen clínico como fue el caso de este paciente, dejando de lado el ultrasonido y la tomografía. Las hernias umbilicales adquiridas en la vida adulta se manifiestan únicamente como la aparición de una tumoración reductible a nivel de la cicatriz umbilical, la mayor parte de las veces asintomática y más o menos visible desde su inicio. (20) A mayor tamaño de la hernia y tiempo de evolución, esta se asocia a deterioro de la pared abdominal, y con diástasis de rectos que hacen compleja la reparación integral de dicha pared, que fue lo que determinó la referencia de la paciente al Hospital de Vitarte para el correspondiente tratamiento quirúrgico de herniorrafia umbilical con tensión.

### **3.3 Rotación: Gineco-obstetricia**

El primer caso de Ginecoobstetricia plantea como diagnóstico una infección de tracto urinario bajo. Esta debe sospecharse en aquellas gestantes que se quejan de disuria, frecuencia y urgencia urinarias. (21) La presencia de fiebre y escalofríos, dolor en el costado y dolor a la palpación del ángulo costovertebral debe hacer sospechar de pielonefritis (21), lo cual se descartó en esta paciente por la falta de esta sintomatología.

Además de la sospecha clínica se debe realizar un examen completo de orina y un cultivo de orina para la confirmación del diagnóstico. El diagnóstico de cistitis aguda se confirma al encontrar crecimiento bacteriano en el cultivo de

orina y la piuria suele estar presente en el examen de orina. (21) Lo solicitado en este caso fue un examen completo de orina.

Antes de confirmar el diagnóstico, se debe iniciar tratamiento empírico en aquellas pacientes con síntomas consistentes y piuria en el examen de orina. Para la terapia empírica, normalmente se elige entre cefpodoxima, amoxicilina-clavulánico y fosfomicina, dada su seguridad en el embarazo y el espectro de actividad algo más amplio en comparación con otros agentes como amoxicilina o cefalexina. La nitrofurantoína es otra opción durante el segundo o tercer trimestre o si las otras no se pueden usar por alguna razón como alergia a los medicamentos. (21) En el caso planteado, la gestante, al retornar con un examen de orina positivo recibió como tratamiento cefalexina 500 mg 1 tableta cada 8 horas por 7 días.

En el segundo caso se diagnostica un quiste simple mamario izquierdo. Según la literatura se sospecha de un quiste mamario por el hallazgo físico de una masa mamaria palpable, la gran mayoría no son palpables, como fue el caso de la paciente en mención, y los palpables son masas de bordes bien definidos, blandas, y pueden doler o no. (22)

Un quiste mamario se diagnostica mediante una ecografía mamaria. La ecografía mamaria también proporciona información sobre si el quiste mamario es simple, complicado y complejo. En este caso el tratamiento adicional depende de la presentación clínica de la paciente y de las características de las imágenes y de la clasificación del Sistema de datos e informes de imágenes mamarias (BI-RADS) de la lesión. (22)

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado se le solicita la ultrasonografía a la paciente donde se observan masas anecoicas, de forma redondeada y con reforzamiento sónico posterior. Se clasifican como BIRADS 2 y como tratamiento requiere de controles periódicos con mamografía y exploración. El seguimiento se realizará entre 6 y 12 meses y si la lesión se ha mantenido estable se repetirá entre 1 y 2 años, estas indicaciones serán dadas por el especialista, razón por la cual se la derivó al Hospital de Vitarte.

En el tercer caso clínico se presenta una paciente con presunción diagnóstica de candidiasis vaginal. Según la Norma Técnica de Salud para el Manejo de

Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú, la paciente presenta un síndrome de flujo vaginal, caracterizado por un descenso vaginal anormal y en cuanto a la etiología, si en la clínica se encuentra el prurito asociado, la sospecha orientaría hacia un cuadro de candidiasis. Sin embargo, generalmente no es posible diferenciar la etiología desde el punto de vista clínico, por lo que el manejo debe incluir un medicamento que cubra vaginosis bacteriana y tricomoniasis, que son las causas más frecuentes de vaginitis. Es por ello que se recomienda Metronidazol 2g vía oral en dosis única. Además, si hay picazón es posible que exista la presencia de Cándida por lo que es aconsejable añadir Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única. (23) En este caso a la paciente se le recetó Clotrimazol 500 mg vía vaginal por 5 días.

El cuarto caso planteado tuvo como diagnóstico Preeclampsia severa. Teniendo en cuenta las guías de la NICE, ACOG y ISSHP la paciente presenta factores de riesgo tales como Edad materna avanzada (> 40 años) y un Índice de masa corporal mayor de 30. Los criterios de diagnóstico de la preeclampsia son hipertensión y proteinuria. La hipertensión se define como la presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg o diastólica igual o mayor de 90 mmHg, tomada en dos ocasiones y con un intervalo de 4 horas, y que ocurre después de las 20 semanas de embarazo en mujeres con presión arterial previa normal. En los casos que se presenten gestantes con hipertensión sin proteinuria, pueden ser diagnosticadas de preeclampsia si presentan alguno de los siguientes criterios: presión arterial sistólica  $\geq 160$  y diastólica  $\geq 110$  mmHg tomadas en por lo menos dos ocasiones y con un intervalo de 4 horas; trombocitopenia con un recuento de plaquetas menor de 100 000/microlitro; aumento de enzimas transaminasas hepáticas al doble de los valores normales; insuficiencia renal progresiva con una concentración de creatinina mayor de 1,1 mg/dL o un aumento al doble en ausencia de una enfermedad renal; edema pulmonar; síntomas cerebrales o visuales; o dolor severo o persistente en el hipocondrio derecho o en epigastrio. (24) La paciente cumple con dos de los criterios para catalogarla como Preeclampsia severa, ya que presentó una presión arterial de 140/90 mmHg y cefalea, razón por la cual fue derivada al hospital de Vitarte para terminar la gestación.

### **3.4 Rotación: Pediatría**

El primer caso presentado tuvo como diagnóstico una diarrea disintérica aguda. La diarrea se caracteriza por la disminución de la consistencia y el aumento de la frecuencia habitual de las deposiciones, generalmente más de 3 en un periodo de 24 horas de duración. Se le clasifica como disintérica si tiene presencia de sangre y moco y aguda si es que tiene una duración menor de 14 días. (25)

En cuanto al diagnóstico, este es principalmente clínico a través de la anamnesis y el examen físico. Es importante observar y explorar en el paciente los signos y síntomas para realizar la evaluación y determinar el estado de deshidratación y orientar el tipo de tratamiento correspondiente. En el caso planteado el paciente no presentaba signos de deshidratación, por lo que según la Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento De La Enfermedad Diarreica Aguda En La Niña Y El Niño, se debe recurrir al plan A, el cual consiste en aumentar la ingesta de líquidos apropiados en mayor cantidad que lo habitual, continuar con la alimentación habitual, sobre todo con la lactancia materna, según fuera el caso, reconocer signos de deshidratación y alarma y cuándo regresar de inmediato al establecimiento de salud. (25)

Además de esto, la guía mencionada anteriormente recomienda el uso de antibioticoterapia en aquellos pacientes que presenten diarrea con sangre, fiebre alta (mayor o igual a 39°C) y regular estado general, o diarrea con sangre y no tengan opción a reevaluación clínica en 48 horas. (25) Por lo que debido a la presencia de sangre y al regular estado general del paciente se decidió iniciar con furazolidona 50 mg/5ml solución oral 5 ml cada 8 horas por 7 días.

El segundo caso planteado fue anemia moderada Esta se sospechó debido a la clínica del paciente tal como la pérdida del apetito, el cansancio, rendimiento disminuido y la palidez de piel y mucosas. Para el diagnóstico definitivo se solicitó la determinación de concentración de hemoglobina, tal como lo indica

la Norma Técnica De Manejo Terapéutico Y Preventivo De La Anemia En Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes Y Púerperas. (26) Según el resultado de 9,9, la anemia se clasificó como moderada, que está comprendida entre valores de 8.0 - 10.9 para niños de 5 a 11 años de edad.

En cuanto al tratamiento se le recetó Sulfato ferroso 300 mg 1 tableta y media vía oral cada 24 horas por 6 meses, ya que la dosis indicada según la norma técnica mencionada, para el tratamiento de anemia es de 3 mg/Kg/día siendo la dosis máxima: 120 mg/día. (26)

En el tercer caso el diagnóstico planteado fue dermatitis alérgica secundaria a proteína de leche de vaca. Los signos y síntomas generalmente son inespecíficos y frecuentemente difíciles de objetivar. La mayoría de los niños tienen una alergia mediada por IgE asociada o no a dermatitis atópica, asma o rinitis alérgica, teniendo en cuenta el antecedente familiar de la madre con dermatitis atópica, esto apoyaría al diagnóstico. Lo más relevante de la clínica es urticaria o exantema poco después de la ingesta de proteínas de leche de vaca. (27)

El único método de probar alergia a las proteínas de la leche de vaca es a través de su eliminación y de las pruebas de provocación ya que después de la eliminación de las proteínas de la leche de vaca del niño o de la dieta de la madre, los signos y síntomas deben desaparecer dentro de unos pocos días. Con la reintroducción de las proteínas de la leche de vaca, los signos y síntomas deben reaparecer. (27)

Por lo tanto, se optó por el único tratamiento probado que fue la eliminación de las proteínas de la leche de vaca de la dieta del niño y de la madre como los alérgenos que podrían ser la soya, huevo y carnes de ternera. Se hizo hincapié en la educación de los padres para aprender estrategias de evitación como el de reconocer signos y síntomas y tratar de reacciones agudas. Los antihistamínicos se prescriben para casos dérmicos leve como este, donde se optó por Clorfenamina 2mg/5mL solución oral 1.5 ml cada 8h por 5 días

Para este cuarto paciente se planteó el diagnóstico de Neumonía bacteriana. Según la Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños, en todos los grupos etarios la presencia de fiebre,

taquipnea y tos son sugerentes de neumonía. (28) La taquipnea es el signo con mayor sensibilidad de neumonía y es el signo más valioso para la exclusión de este diagnóstico, el paciente presentaba una frecuencia respiratoria de 50 por minuto muy por encima de los rangos normales según los criterios de la Organización Mundial de la Salud. La hipoxemia y el esfuerzo respiratorio son los signos más específicos para neumonía, al examen físico el esfuerzo respiratorio en el paciente se puede objetivar mediante el tiraje intercostal. Además, a la auscultación pulmonar, se puede evidenciar disminución del pasaje del murmullo vesicular, crépitos, egofonía, broncofonía, soplo tubárico (28), en este caso el paciente a la auscultación presento soplo tubárico, broncofonía y crepitantes, lo cual apoya a la presunción diagnóstica.

El diagnóstico de neumonía en este caso se basa en una anamnesis y un examen físico cuidadoso, donde los síntomas y signos característicos son: fiebre, tos y taquipnea. Según la guía mencionada anteriormente en mayores de 28 días y menores de 12 años de edad con sospecha de neumonía, no se sugiere el uso rutinario de exámenes auxiliares de laboratorio para el diagnóstico de neumonía (28), razón por la cual no se solicitó radiografía de tórax tampoco, ya que el paciente tiene 7 años de edad.

Para el tratamiento específico de la Neumonía tal y como indica la guía se trató la fiebre con Paracetamol 120 mg/ 5mL en suspensión 12.5mL cada 6 horas, Amoxicilina 90 mg x kg x día, vía oral, dividido cada 8 horas (dosis máxima 4g/día) por 7-10 días y soporte hidroelectrolítico manteniendo la adecuada hidratación mediante vía oral.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Los primeros meses del internado, el cual fue realizado en una institución hospitalaria fue una experiencia sin duda extenuante, debido a las largas horas de labor, guardias y las distintas actividades que el interno realiza a lo largo de la jornada diaria. Sin embargo, a su vez también fue muy gratificante en cuanto a conocimientos obtenidos, debido a la diversidad de casos clínicos y herramientas de apoyo al diagnóstico que se pueden encontrar en un hospital. Asimismo, es de igual importancia el conocimiento y la guía que pudieron ser brindadas por los doctores docentes, que pacientemente fueron capaces de enseñar, volcando en los internos años de experiencia en sus respectivas especialidades.

No obstante, al llegar la pandemia y por la coyuntura no todos los internos pudieron retornar a sus sedes hospitalarias de origen siendo derivados a centros de primer nivel de atención, por esta razón se desencadenaron diversas dificultades y desigualdades en cuanto a la adquisición de experiencias y conocimientos, ya que como es sabido, una posta no cuenta con los mismos recursos, especialistas y equipos que un hospital.

En la rotación de medicina interna, las dificultades presentadas fueron la falta de realización de procedimientos diagnósticos tales como paracentesis, toracocentesis y punción lumbar que no aportaron al aprendizaje y experiencia en el ámbito de la práctica clínica. Sin embargo, para poder compensar esto, fue de vital importancia los seminarios dictados por parte de la universidad,

en los cuales, a través de material didáctico como presentaciones y sobre todo mediante videos se pudo llegar a comprender y tener más conocimiento acerca de dichos procedimientos y la manera de realizarlos.

En el caso de cirugía general, se presentó como dificultades la escasez de los casos y la poca afluencia de pacientes con patologías quirúrgicas, además al estar rotando en un centro de salud I-3 no se tuvo la oportunidad de entrar a una sala quirúrgica. En contraparte, hubieron casos de pacientes con heridas traumáticas donde se realizó la debida limpieza y posterior sutura, así como retiro de puntos en otra ocasión.

En gineco-obstetricia, debido a la pandemia y a las restricciones de contacto médico-paciente, hubieron distintos procedimientos que no podían ser realizados, como es el caso de la toma de muestra de papanicolau, especuloscopia y tacto vaginal, examen de mamas. Además, por el nivel de complejidad del centro de salud, procedimientos tales como legrado uterino, Aspiracion Manual Endouterina (AMEU) eran inasequibles. Por otro lado, se presentó la oportunidad de tener una rotación externa en el Hospital de Vitarte en el área de Gineco-obstetricia donde se pudo tener acceso a casos más complejos, como pacientes con preeclampsia, atención de parto eutócico y el manejo y cuidado de pacientes post cesareadas en hospitalización

En pediatría, si bien es cierto no ha sido posible tener contacto con el paciente pediátrico en lo que respecta al examen físico, se pudo ahondar más en la anamnesis, llegando a un diagnóstico adecuado y tratamiento específico. Además, se vieron patologías muy comunes en la comunidad como rinofaringitis, diarreas y anemias, siendo esta última una patología muy frecuente en el centro de salud San Antonio.

## **CONCLUSIONES**

La pandemia originada por el COVID-19 ha dejado ver de manera cruda y real, la pésima situación sanitaria de nuestro país: hospitales que se caen a pedazos, falta de materiales y recursos, médicos y personal de salud mal pagados, sin un seguro de vida, y como nunca, falta de equipos de bioseguridad para combatir a esta enfermedad.

La llegada del nuevo virus al Perú provocó que las facultades y escuelas de medicina suspendieran sus actividades intempestivamente retando las capacidades institucionales y haciendo evidentes las fortalezas y debilidades de las casas de estudio. Todo esto con el objetivo de evitar el contagio y propagación del virus.

Ante esta coyuntura el internado médico se vio en muchos casos afectado, ya que muchos estudiantes se vieron en la imposibilidad de poder retornar a sus respectivas sedes hospitalarias de origen y tuvieron que ser derivados a centros de salud de primer nivel, creando cierta desigualdad en las oportunidades de aprendizaje. Como bien es sabido, el nivel de complejidad de dichos establecimientos no permite el manejo de ciertas patologías, las cuales deben ser referidas a instituciones de mayor nivel. Asimismo, también existe una marcada diferencia en los recursos disponibles para el diagnóstico, así como también de los medicamentos a recetar.

## RECOMENDACIONES

La grave situación que afronta nuestro país debería exigir al estado peruano, el inicio de una verdadera reforma sanitaria, que apunte a un sistema único y universal de la salud, fortaleciendo la atención primaria en salud y que a su vez cuente con recursos económicos sólidos y reales, para brindar un servicio de calidad en beneficio de toda la sociedad peruana.

Recomendamos a las facultades e instituciones educativas promover la capacitación a través de plataformas virtuales enfocándose en la resolución de problemas clínicos reales. Así también, los centros de salud, en coordinación con las casas de estudios, deberían garantizar un óptimo bienestar, seguridad y cobertura de salud de los internos de medicina en sus centros de trabajo.

Tanto los estudiantes como los educadores deben contribuir a analizar el impacto de los cambios que han venido ocurriendo, con el objetivo de hacer una retroalimentación que ayude a afrontar de la mejor manera la pandemia por el COVID-19, ya que esto influye directamente con la formación de nuestros estudiantes, internos y residentes.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Asociación Peruana de Facultades de Medicina–ASPEFAM. Competencias esenciales a lograr en el Internado de Medicina [Internet]. Lima: Comisión de Educación Médica – ASPEFAM; 2019 [citado el 13 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie4.pdf>
2. DECRETO SUPREMO No 003-2008-TR [Internet]. El Peruano; 2020. [citado el 13 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/\\$FILE/DS\\_003\\_2008\\_TR.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/$FILE/DS_003_2008_TR.pdf)
3. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Misión – Visión [Internet]. Gob.pe. 2021 [citado el 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/mision-vision/>
4. ESSALUD. La Victoria [Internet]. Gob.pe. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/nuestras-redes-asistenciales/la-victoria/>
5. DECRETO SUPREMO-N° 044-2020-PCM [Internet]. El Peruano; 2020. [citado el 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948->
6. DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. El Peruano; 2020. [citado el 13 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>

7. Directorio Establecimientos [Internet]. Gob.pe. [citado el 13 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.dirislimaeste.gob.pe/Informacion\\_Institucional\\_red.asp](http://www.dirislimaeste.gob.pe/Informacion_Institucional_red.asp)
8. Albitres-Flores Leonardo, Pisfil-Farroñay Yhojar A., Guillen-Macedo Karla, Niño-García Roberto, Alarcon-Ruiz Christoper A.. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2020 Jul [citado 2021 Abr 14]; 37(3): 504-509. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342020000300504](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300504)
9. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. [Internet]. AHA Journals; 2020. [citado el 15 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
10. Diabetes care: 43. Diabetes Care [Internet]. 2020 [citado el 15 de abril de 2021];43. Disponible en: [https://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement\\_1](https://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1)
11. National Diabetes Prevention Program [Internet]. Cdc.gov. 2019 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/index.html>
12. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis [Internet]. 2018 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
13. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-hypothyroidism-in-nonpregnant->

- adults?search=hipotiroidismo&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1
14. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Servicio de Endocrinología: Guías de práctica clínica. [Internet]. 2014 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS\\_62a065dd9598fc7\\_.pdf](http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_62a065dd9598fc7_.pdf)
  15. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?sectionName=Classification&search=hemorroides&topicRef=14997&anchor=H3&source=see\\_link#H3](https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?sectionName=Classification&search=hemorroides&topicRef=14997&anchor=H3&source=see_link#H3)
  16. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-hemorrhoidal-disease?search=hemorroides&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-hemorrhoidal-disease?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3)
  17. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. [Internet]. Cirugía Española; 2018. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-fisura-anal-algoritmo-actuacion--S0009739X18300629>
  18. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colico%20biliar&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colico%20biliar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
  19. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colico%20biliar&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colico%20biliar&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

20. VISCIDO GERMÁN, NAPOLITANO DANIEL, RIVOIRA GUILLERMO, PARODI MATÍAS, BAROTO MARTÍN, PICÓN-MOLINA HÉCTOR et al . Análisis prospectivo de hernioplastías umbilicales en adultos. Rev Chil Cir [Internet]. 2009 Feb [citado 2021 Abr 15] ; 61( 1 ): 44-47. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262009000100008&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000100008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262009000100008>.
21. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion%20de%20tracto%20urinario&source=search\\_result&selectedTitle=9~150&usage\\_type=default&display\\_rank=9](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion%20de%20tracto%20urinario&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9)
22. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/breast-cysts-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=QUISTE%20MAMARIO&source=search\\_result&selectedTitle=1~33&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/breast-cysts-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=QUISTE%20MAMARIO&source=search_result&selectedTitle=1~33&usage_type=default&display_rank=1)
23. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú. [Internet]. 2009 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm\\_263-2009\\_minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf)
24. Guevara Ríos Enrique, Meza Santibáñez Luis. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Oct [citado 2021 Abr 15] ; 60( 4 ): 385-394. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es).
25. MINSA. Guía Técnica: “Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña y el Niño”. [Internet]. 2017 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en:

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666\\_RM\\_N\\_C2\\_B0\\_755-2017-MINSA.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf)[20180823-24725-llg4ky.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf)

26. MINSA. Norma Técnica – Manejo Terapeutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas. [Internet]. 2017 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
27. Manco M, Jiménez T, García B, Ferrández C, Kalmarne E, Fábrega M, et al. Casos Clínicos en Pediatría de Atención Primaria. [Internet]. 2014. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2015/06/Casos-clinicos-en-Pediatría-2014.pdf>
28. MINSA. Guia de Practica Clinica para el Diagnostico y Tratamiento de Neumonía en las niñas y los niños. [Internet]. 2019 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>