



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO DE SALUD PACHACAMAC
EN EL PERIODO 2020 – 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

**YASMINE ISABEL ARANA OCHOA
CAMILA FERNANDA VALLEJOS GARCÉS**

ASESOR

DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA

**LIMA , PERÚ
2021**



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO DE SALUD
PACHACAMAC EN EL PERIODO 2020 – 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

YASMINE ISABEL ARANA OCHOA

CAMILA FERNANDA VALLEJOS GARCÉS

ASESOR

DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. José Villarreal Palomino

Miembro: Dr. Manuel Neyra Sotelo

Miembro: M.E. Alberto Cárdenas Venturo

DEDICATORIA

A mis padres, por su dedicación, perseverancia, esfuerzo en invertir en mí y acompañarme en estos siete años de carrera. A Alex, por su tolerancia y amor en estos años, siendo un compañero leal en este tiempo de vida académica.

Yasmine Isabel Arana Ochoa

A mis padres, por hacer de este sueño una realidad. A Drako y Flounder, mis amigos de cuatro patas quienes me acompañaron durante las noches de estudio.

Camila Fernanda Vallejos Garcés

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Isabel Atauje e Iván Ángeles, por ser mentores y el ejemplo a seguir en nuestra vida profesional; y a todo el personal de salud que labora en el centro de salud Pachacamac, por enseñarnos lo valioso del trabajo en equipo.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. MEDICINA INTERNA	1
1.2. PEDIATRÍA	6
1.3. GINECO-OBSTETRICIA	9
1.4. CIRUGÍA GENERAL	13
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
2.1. Hospital de Vitarte – MINSA	18
2.2. Centro de Salud Pachacamac	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
3.1. MEDICINA INTERNA	21
3.2. PEDIATRÍA	23
3.3. GINECO-OBSTETRICIA	25
3.4. CIRUGÍA GENERAL	27
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	30
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
FUENTES DE INFORMACIÓN	35

RESUMEN

El internado médico, proceso obligatorio del último año de la carrera de Medicina Humana, es fundamental en la formación de todo médico. En este año de prácticas médicas profesionales se realizan pasantías en las cuatro principales especialidades hospitalarias: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna.

Por motivos de la pandemia por la COVID-19, el internado tuvo que realizarse en el primer nivel de atención de salud. Es ahí donde se consolidaron conocimientos adquiridos en los años previos de formación en la carrera médica. En el presente informe se relatan los casos clínicos más representativos atendidos por las autoras bajo supervisión de médicos tutores, además de una crítica al sistema de salud y su abordaje durante la crisis sanitaria.

ABSTRACT

The medical internship, a compulsory process during the last year of the Human Medicine career, is essential in the training of every doctor. In this year of professional medical practices, internships are carried out in the four main hospital specialties: pediatrics, gynecology, surgery and internal medicine.

Due to the COVID-19 pandemic, the internship had to take place at the first level of health care. It is there where the knowledge acquired in the previous years of training in the medical career was consolidated. This report describes the most representative clinical cases attended by the authors under the supervision of medical tutors, as well as a critique of the health system and its approach during the health crisis.

INTRODUCCIÓN

El internado de pregrado es una etapa obligatoria en la formación de todo médico, cuyo objetivo es el reforzamiento y consolidación de los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de Medicina Humana, así como el asumir responsabilidades sobre los pacientes que se encuentren a cargo de cada interno. Durante este periodo de un año de duración, se realizan pasantías en las cuatro principales especialidades hospitalarias: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna; poniendo en práctica las tres esferas más importantes en el desarrollo de un médico peruano: relaciones interpersonales, habilidades prácticas y conocimientos (1,2).

No es novedad científica que el rol que cumplen los internos de medicina (IM) en el manejo hospitalario de los pacientes es importante, sin embargo, en nuestro país y previo a la pandemia, los IM no recibían capacitaciones en cuanto a medidas de bioseguridad, no se les brindaban equipos de protección personal (EPP) en los establecimientos de salud donde realizaban sus labores, ni mucho menos contaban con seguro contra accidentes laborales (3). Durante este periodo, las autoras se encontraron realizando el internado médico en las áreas de medicina interna y pediatría, respectivamente, en el Hospital de Vitarte, catalogado como hospital de baja complejidad desde el año 2003 (4), que tiene como objetivo la atención preventivo-promocional, especializada y de recuperación, cuenta con diferentes áreas tales como oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, gastroenterología, psiquiatría, entre otras; además de las cuatro grandes ya mencionadas.

Asimismo, tiene salas quirúrgicas para cirugías de alta complejidad y otros procedimientos (5).

Debido a que el 6 de marzo de 2020 fue reportado el primer caso de COVID-19 en Perú (6), el gobierno peruano adoptó medidas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la reducción y control de la propagación del virus, entre las cuales destacaron el cierre de fronteras, aislamiento social obligatorio y la suspensión de las labores educativas (7); por esta razón, las prácticas de pregrado en el área de salud, incluyendo los IM, se vieron suspendidas (8), por tal motivo, nuestra casa de estudios también se manifestó ante la coyuntura, suspendiendo las actividades académicas hasta nuevo aviso.

El internado médico nunca había sido suspendido por tanto tiempo (2), ya que hasta setiembre de 2020 no había fecha de retorno. En octubre del mismo año se resuelve reasignar a los IM a establecimientos de salud I-3 y I-4 del primer nivel de atención de las diferentes regiones de Lima, garantizando el otorgamiento de EPP y manteniendo todas las medidas de bioseguridad para salvaguardar la salud de todo el personal (9, 10), así como el trabajo en áreas no COVID a realizarse durante 15 días seguidos de otros 15 días de descanso, periodo en el que otro grupo de IM realice sus labores evitando la aglomeración en los centros de salud (11, 12).

Es así como las autoras son asignadas al Centro de Salud Pachacamac, establecimiento de nivel I-3 que cuenta con los servicios de medicina interna, pediatría, obstetricia, laboratorio, psicología y odontología; pero que a causa de la pandemia se vio reducido principalmente a la atención por emergencias las 24 horas del día con medicina general, de lunes a domingo y el área COVID, la cual atiende desde las 07:00 horas hasta las 16:00 horas de lunes a sábado; además de las atenciones por citas en los servicios de obstetricia. El resto de las atenciones, por el momento, están siendo dadas de manera virtual a manera de tele consulta (13).

Se realizó una inducción en dos días a cargo de los nuevos tutores de los seis IM que realizarían labores en este centro de salud: la Dra. Isabel Atauje, jefa de la Red Integrada de Salud (RIS) y del Dr. Iván Ángeles, jefe del centro de

salud Pachacamac; en la que se informó que los IM recibirían EPP diario no reutilizable, así como los horarios a cumplir (de lunes a sábado de 07:00 horas a 13:00 horas), con 2 guardias diurnas de 12 horas como máximo, y el respeto por los quince días de labores y de descanso (12). Así, teniendo en cuenta las bases para el retorno de los IM, se reanudaron las actividades del internado médico en diciembre de 2020, teniendo el 31 de abril de 2020 como fecha de término.

Realizar el internado médico durante la pandemia del COVID-19 representa un reto para todos los IM, ya que, al ser expuestas las deficiencias del sistema de salud que se reflejan en la pobre implementación sanitaria para combatir una pandemia que, lógicamente, no fue prevista (2), los IM deben superar los desafíos de la nueva educación médica durante el pregrado y todo lo que ello incluye: la educación virtual que es impartida por las universidades y las academias que preparan al alumnado para el examen nacional de medicina (ENAM), mayor exposición a este letal virus en los centros donde laboran y, como consecuencia, el riesgo incrementado de contagiarse y de contagiar a las personas que cohabitan con ellos (14); sin embargo, con la llegada de las vacunas al Perú, surgió una luz de esperanza para todo el personal de salud que labora en primera línea, incluidos los aún estudiantes de la salud e IM (15), cuya mayoría, a la fecha, ya ha sido vacunada. Es en este escenario en el que las autoras del presente informe desarrollaron sus labores de internado médico.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico, que es el último año de la carrera de Medicina Humana, constituye una etapa crucial en la formación de un médico en el que los IM se hacen responsables de los pacientes a su cargo, bajo la supervisión de un tutor (1,2).

Se presentan a continuación los casos clínicos más representativos por especialidad, teniendo en cuenta que el nivel de complejidad del establecimiento de salud en el que se desarrolló la mayor parte del internado limitó hasta cierto punto las labores como IM, pero por otro lado enriqueció las destrezas necesarias para el manejo del primer nivel de atención en salud.

1.1. MEDICINA INTERNA

Dentro de las competencias de esta especialidad destacan el identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos y éticos (16), considerando que, al estar en un establecimiento de primer nivel de atención, hacer énfasis en la promoción y prevención de la salud constituye un pilar importante para mantener la buena salud en la población.

Caso 1

Paciente mujer de 37 años, con antecedente de “reacción alérgica al pescado” hace 3 meses, refiere que, media hora antes del ingreso, posterior a la incidental ingesta de pescado, presenta prurito generalizado en todo el cuerpo, principalmente en brazos y cuello. Quince minutos antes del ingreso,

continúa con el cuadro y nota ronchas en miembros superiores e inferiores por lo que decide acudir al servicio por emergencia. Niega fiebre y otras molestias.

Al examen físico: Aparente regular estado general (AREG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN).

Funciones vitales: Temperatura (T) 36.5°C, presión arterial (PA) 120/70 mmHg, frecuencia respiratoria (FR) 20 respiraciones por minuto (rpm), frecuencia cardíaca (FC) 68 latidos por minuto (lpm), saturación de oxígeno (Sat O2) 98%.

Piel y faneras (PyF): Tibia, hidratada y elástica (T/H/E), llenado capilar < 2". Habones de aproximadamente 1x2 cm, de bordes definidos, localizados en tórax, miembros superiores e inferiores. Tórax y pulmones (TyP): Murmullo vesicular (MV) pasa adecuadamente por ambos campos pulmonares (ACP), no ruidos agregados. Cardiovascular (CV): Ruidos cardíacos rítmicos (RCR), no soplos audibles. Abdomen (Abd): Ruidos hidroaéreos (RHA) presentes. Blando y depresible (B/D), no doloroso a la palpación. Genitourinario (GU): Puño percusión lumbar (PPL) negativo, puntos renoureterales (PRU) negativo. Sistema nervioso central (SNC): Escala de Glasgow (EG) 15/15, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona (LOTEP), no signos meníngeos ni de focalización.

Impresión diagnóstica: Reacción alérgica.

Plan de trabajo:

1. Manejo de reacción alérgica
2. Control de funciones vitales (CFV) + observación de signos de alarma (OSA)

Tratamiento:

1. Clorfenamina 10mg/1ml intramuscular (IM) STAT
2. Dexametasona 4mg/2ml IM STAT
3. Loratadina 10mg vía oral (VO) cada 12 horas por 5 días

Caso 2

Paciente femenino de 84 años, con antecedente de osteoporosis diagnosticada de manera particular hace 6 meses, en tratamiento regular con "Calcibon D", refiere que hace 2 días presenta adormecimiento en hemicara izquierda, moviliza extremidades superiores e inferiores sin dificultad. Se encuentra lúcida, no refiere otros síntomas.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH.

Funciones vitales: T 36.2°, PA 120/60 mmHg, FR 23 rpm, FC 102 lpm, Sat O2 98%

PyF: T/H/E, llenado capilar <2". Mucosas húmedas. Moviliza lengua. Cara: surco nasogeniano de lado izquierdo ausente, caída palpebral de lado izquierdo. TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. CV: RCR, no soplos audibles. SNC: LOTEPE, EG 15/15, Reflejos presentes. Resto del examen no contributorio.

Impresión diagnóstica: Parálisis de Bell

Plan de trabajo:

1. CFV + OSA
2. Tratamiento antiviral
3. Tratamiento con vitamina B
4. Interconsulta a Medicina Física y Rehabilitación.

Tratamiento:

1. Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 7 días.
2. Aneurín 25000 IM cada 7 días por un mes.

Caso 3

Paciente masculino de 30 años, con antecedente de atopía por picadura de abeja hace cinco años, refiere que diez minutos antes de su ingreso presenta picadura de abeja. Inmediatamente después cursa con rash generalizado y prurito intenso en miembros superiores, cabeza, cara, tórax y abdomen. Unos minutos después presenta "picazón" de garganta y dificultad para pasar saliva, por lo que decide acudir por emergencia. Niega alergia a medicamentos. Peso: 81 kg.

Al examen físico:

Funciones vitales: T 37°C, PA 130/80 mmHg, FR 25 rpm, FC 125 lpm, Sat O2 98%

PyF: T/H/E, llenado capilar <2". Rash cutáneo generalizado en miembros superiores, cara, tórax, abdomen. Piel eritematosa. Ojos: Inyección conjuntival y edema peri orbital bilateral. Orofaringe: Congestiva y eritematosa. TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. CV: RCR, no soplos audibles. Abd: B/D, no doloroso a la palpación. SNC: LOTEPE, EG 15/15.

Impresión diagnóstica: Atopia por picadura de insecto.

Plan:

1. CFV + OSA
2. Terapia con antihistamínicos
3. Dieta Hipoalergénica

Tratamiento:

1. Clorfenamina 10mg/ml EV en bolo.
2. Dexametasona 4mg/ml EV en bolo
3. Hidrocortisona 200 mg EV diluido en NaCl 0.9% en 40 gotas por minuto.

Caso 4

Paciente masculino de 37 años, con antecedente de intervención quirúrgica de tobillo izquierdo por accidente de tránsito hace 9 años, refiere que desde hace 4 horas de manera insidiosa presenta dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha, con intensidad de 7/10, por lo que decide acudir por emergencia. Además, tiene molestias urinarias hace 1 día y sensación de alza térmica. Niega náuseas, vómitos y diarrea. Peso: 65 kg.

Al examen físico:

Funciones vitales: T 38°C, PA 130/80 mmHg, FR 20 rpm, FC 98 lpm, Sat O2 98%.

PyF: Caliente, hidratada, elástica. Llenado cap <2". TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. CV: RCR, no soplos audibles.

Abd: RHA disminuidos, B/D, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Signo de Murphy (-). GU: PRU (+), PPL (-). SNC: LOPEP, EG 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome de dolor abdominal inferior.
2. Descartar (D/C) infección del tracto urinario (ITU).

Plan:

1. CFV + OSA
2. Antipirético
3. Solicitar: Hemograma, examen completo de orina.

Tratamiento:

1. Metamizol 1gr/2ml en inyectable IM STAT.
2. Reevaluación con resultados.

Luego de 4 horas, se reciben resultados de exámenes de laboratorio:

Examen de orina: Nitritos negativo, cuerpos cetónicos negativo, hemoglobina negativo. Células epiteliales escasas. Leucocitos 10 - 15 células por campo.

Hemograma: Hematocrito 41%, hemoglobina 14 g/dL. Leucocitos 13000/mm³, eosinófilos 1%, plaquetas 280000/mm³.

Reevaluación: Paciente afebril, con funciones vitales estables.

Diagnóstico: ITU confirmada por examen de orina.

Plan:

1. Urocultivo (toma de muestra previo a la ingesta de antibióticos)
2. Antibioticoterapia
3. Reevaluación con resultados

Tratamiento:

1. Nitrofurantoína 100 mg VO cada 8 horas por 7 días.
2. Fenazopiridina 200 mg VO cada 8 horas por 5 días.

1.2. PEDIATRÍA

En esta especialidad se destaca la habilidad para atender y dar solución a los problemas pediátricos, neonatológicos y éticos, teniendo en cuenta el aprendizaje en problemas del recién nacido, de salud del niño y del adolescente; y de urgencias y emergencias, así como de promoción de la salud y prevención de enfermedades en pediatría (17). A continuación, se detallan los casos clínicos correspondientes a esta especialidad, atendidos durante la rotación por este segmento.

Caso 5

Paciente varón de 7 años, sin antecedentes de importancia, acude con tutora quien refiere que de manera accidental introduce una cuenta (bolita) de pulsera en el oído izquierdo. Al presentar dolor de leve intensidad y no poder retirarlo, acude al centro de salud por emergencia. Niega alergias a medicamentos. Peso: 24 kg.

Al examen físico:

Funciones vitales: T 36.5°C, FC 85 lpm, sat O2 98%

PyF: Llenado capilar < 2". Oído izquierdo: Dolor leve a la manipulación del objeto, no secreciones, no signo de flogosis. TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. Abd: B/D no doloroso a la palpación profunda, no tumores, no visceromegalias. SNC: LOTEPE, no signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico: Cuerpo extraño en oído externo izquierdo.

Plan de trabajo:

1. Extracción del cuerpo extraño
2. Analgesia
3. CFV+OSA

Tratamiento:

1. Paracetamol (120 mg/5 ml): 10ml cada 8 horas por 3 días

Caso 6

Paciente varón de 11 meses, sin antecedentes de importancia, acude febril con su madre, quien refiere que desde hace cuatro días presenta alza térmica no cuantificada. Le da paracetamol y cede el cuadro. Dos días antes del ingreso presenta fiebre (38°C) y se agregan deposiciones líquidas en cuatro oportunidades, sin sangre y sin moco. Le da paracetamol nuevamente, pero al continuar con las deposiciones líquidas, decide acudir al servicio por emergencia. Peso: 9.5 kg.

Al examen físico:

Funciones vitales: T 38.8°C, FC 146 lpm, FR: 26 rpm, sat O2 97%.

PyF: Caliente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2". TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. Abd: RHA presentes, B/D, doloroso a la palpación superficial y profunda, no tumores ni visceromegalias. SNC: Irritabilidad, reactivo a estímulos externos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome febril.
2. Enfermedad diarreica aguda (EDA).
3. D/C Parasitosis intestinal.

Plan:

1. CFV + OSA.
2. Uso de medios físicos para disminuir la temperatura.
3. Antipirético.
4. Solicitar: Hemograma, reacción inflamatoria en heces, examen parasitológico.

Tratamiento:

1. Metamizol 10 gotas cada 8 horas por 5 días.
2. Reevaluación con resultados.

Caso 7

Paciente femenino de 13 años, sin antecedentes, refiere que, posterior a la ingesta de yogurt vencido, presenta picazón en brazos, piernas, abdomen y

espalda, además de “ronchas” en todo el cuerpo, por lo que su madre decide acudir al centro de salud por emergencia. Peso 60 kg.

Al examen físico:

Funciones vitales: T 36°C, FC 85 lpm, FR 21 rpm, Sat O2 98%.

PyF: T/H/E, llenado capilar <2”. Habones eritematosos de bordes definidos de aproximadamente 1.5 x 2 cm en tórax. SNC: LOTEPE, EG 15/15. Resto del examen no contributorio.

Impresión diagnóstica: Urticaria de etiología alimentaria.

Plan:

1. CFV + OSA.
2. Manejo con antihistamínicos y corticoterapia.

Tratamiento:

1. Clorfenamina 10 mg IM STAT.
2. Dexametasona 4 mg/2ml IM STAT.

Se reevalúa a la paciente luego de una hora aproximadamente. Se la encontró hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, con mejoría de cuadro clínico, presentando escasos habones de menor tamaño en extremidades y tórax, por lo que es dada de alta con indicaciones:

1. Dieta hipoalergénica.
2. Clorfenamina 4 mg VO cada 6 horas por 5 días.
3. Prednisona 200 mg VO cada 12 horas por 3 días.

Caso 8

Madre de paciente mujer de 5 años refiere que la niña, posterior a cargar objeto pesado, presenta dolor umbilical de moderada intensidad y nota bulto en esa misma zona. Refiere también que en repetidas oportunidades luego de realizar movimientos bruscos como saltar o cargar a sus hermanos presenta leve dolor periumbilical que cede espontáneamente. Debido a que en esta oportunidad el dolor no cedió, decide traerla por emergencia. Niega alergias y otras molestias. Peso 17.5 kg.

Al examen físico:

Funciones vitales: T 36.5°C, FR 22 rpm, FC 134 lpm, Sat O2 98%

Abd: RHA presentes. Se evidencia tumoración de aproximadamente 2 cm de diámetro en zona periumbilical lado derecho, la cual protruye ligeramente a la maniobra de Valsalva. No signos de estrangulamiento. Dolor leve a la palpación profunda en mesogastrio. Resto del examen no contributorio.

Impresión diagnóstica: Hernia periumbilical de lado derecho.

Plan:

1. Analgesia
2. Uso de faja
3. I/C cirugía pediátrica

Tratamiento:

1. Paracetamol (120 mg/5 ml) 2 cucharaditas condicional al dolor.
2. Uso de faja/vendaje abdominal.
3. Evitar esfuerzos físicos de moderada intensidad.

1.3. GINECO-OBSTETRICIA

Esta especialidad incluye el manejo de los problemas ginecológicos, obstétricos y éticos que le confiere, así como el aplicar los conceptos básicos de prevención y promoción en este rubro, incluyendo Planificación Familiar (18).

Caso 9

Paciente mujer de 27 años, sin antecedente de importancia, gestante de 38 semanas según ecografía de primer trimestre, refiere descenso blanco grumoso desde hace aproximadamente 2 días acompañado de prurito vaginal. Niega molestias al orinar. Peso: 67 kg.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH

Funciones vitales: T 36.6°C, PA 110/70 mmHg, FR 20 rpm, FC 79 lpm, Sat O2 98%.

PyF: T/H/E, llenado capilar <2". TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. Abd: RHA presentes, útero grávido. Altura uterina (AU) 35 cm, latidos cardiacos fetales (LCF) 130 lpm. GU: PRU (-). Tacto vaginal: Secreción vaginal blanquecina y grumosa de moderada cantidad. SNC: LOTEPE, EG 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 38 semanas por ecografía de primer trimestre
2. Síndrome de flujo vaginal
 - a. Candidiasis vaginal

Plan:

1. Antifúngico tópico
2. Continuar con controles prenatales (CPN)

Tratamiento:

1. Clotrimazol en óvulos (5 mg): Aplicar 01 óvulo intravaginal cada 24 horas antes de acostarse previa higiene genital.

Caso 10

Paciente mujer de 19 años, con diagnóstico de litiasis renal hace 2 años, gestante sin CPN, que cuenta con ecografía con fecha 09/01/2021, que señala edad gestacional de 9 semanas; refiere dolor pélvico de moderada intensidad desde hace 2 días aproximadamente. Peso 57.5 kg.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH.

Funciones vitales: T 36.5°C, PA 100/70 mmHg, FR 20 rpm, FC 98 lpm, Sat O2 98%.

PyF: T/H/E, llenado capilar <2". TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. Abd: RHA presentes, B/D, no doloroso a la palpación. GU: Dolor leve a la palpación profunda en hipogastrio. PRU (-), PPL (-). SNC: LOTEPE, EG 15/15

Impresión diagnóstica:

1. Dolor pélvico

2. D/C ITU

Plan:

1. Evaluación por obstetricia:
 - a. Inicio de CPN
- b. Evaluación de edad gestacional
2. Solicitar: Hemograma y examen completo de orina

Evolución:

Gestante de 9 semanas por ecografía, acude con resultados de hemograma y examen de orina sin alteraciones patológicas. Paciente refiere náuseas matutinas que aparecen en la primera hora de la mañana y que mejoran a lo largo del día. Refiere ya no presentar dolor pélvico.

Examen físico por obstetricia: AU 10cm, LCF148 lpm, feto indiferente, no sangrado activo.

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 9 semanas por ecografía
2. Emesis gravídica

Plan:

1. Antieméticos
2. Continuar con CPN

Tratamiento:

1. Dimenhidrinato 50mg VO condicional a náuseas.

Caso 11

Paciente mujer de 26 años sin antecedentes patológicos de importancia presenta dolor en mama derecha desde hace 2 días asociado a aumento de volumen, aumento de temperatura y dolor. Percibe tumoración en cuadrante supero externo de mama derecha. Niega secreciones o sangrado de mama. Peso 55 kg

Al examen físico: AREG, AREN, AREH

Funciones vitales: T 37.5°C, PA 100/60 mmHg, FR 20 rpm, FC 76 lpm, Sat O2 99%

Mama derecha: Signos de flogosis, dolorosa a la digitopresión. Incremento de volumen aproximadamente 3 cm de diámetro en cuadrante supero externo. No retracción de pezón. No adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Axila sin alteración.

Mama izquierda: Sin alteración. No se palpan adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Axila sin alteración.

Impresión diagnóstica: Mastitis aguda de mama derecha

Plan:

1. CFV + OSA
2. Antiinflamatorios
3. Antibioticoterapia

Tratamiento:

1. Amoxicilina 500 mg + ácido clavulánico 125mg VO 2 tabletas cada 8 horas por 7 días.
2. Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas por 5 días.
3. Dostinex 0.5mg 2 tabletas VO STAT.

Caso 12

Paciente gestante de 27 años, sin antecedentes patológicos, de 15 semanas de edad gestacional según ecografía, presenta disuria, polaquiuria y dolor en hipogastrio de leve intensidad. Acude al centro de salud para lectura de resultados del examen de orina debido a sus molestias urinarias.

Examen de orina: Células epiteliales en regular cantidad, leucocitos 15-20 por campo, hematíes 0-1 por campo, bacterias (+), uratos amorfos (+).

Al examen físico: AREG, AREN, AREH.

Funciones vitales: T 36°C, PA 110/60 mmHg, FR 20 rpm, FC 80 lpm, Sat O2 97%

PyF: T/H/E, llenado capilar <2". TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. CV: RCR, no soplos audibles. Abd: RHA presentes, útero grávido. AU 12 cm, LCF 120 lpm, GU: PRU (+). Especuloscopia: No secreciones, no sangrado activo. SNC: LOTEPE, EG 15/15.

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 15 semanas de edad gestacional por ecografía
2. ITU en gestante

Plan:

1. CFV+OSA
2. Antibioticoterapia
3. Se solicita urocultivo (toma de muestra previo al inicio de antibioticoterapia)

Tratamiento:

1. Amoxicilina 500 mg + ácido clavulánico 125mg VO cada 8 horas por 7 días.
2. Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 3 días.
3. Reevaluación después de 3 días con resultados de urocultivo.

1.4. CIRUGÍA GENERAL

En esta especialidad se adquieren conocimientos y habilidades en cirugía general, traumatología, urología, oftalmología y otorrinolaringología, cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía y cirugía pediátrica; todo ello enfocado a proponer alternativas de solución a los problemas quirúrgicos y éticos. (19)

Caso 13

Paciente varón de 57 años refiere que accidentalmente cierra el portón de metal de su casa sobre su mano izquierda, amputando parcialmente su quinto dedo de la mano izquierda, por lo que acude inmediatamente al centro de salud. Niega alergia a medicamentos. Peso 62 kg.

Al examen físico:

Funciones vitales: T 36.9°C, PA 120/80 mmHg, FR 20 rpm, FC 96 lpm, Sat O2 95%

Mano Izquierda: Amputación parcial de quinto dedo, 1/3 distal de la tercera falange, de bordes irregulares, con exposición de hueso. SNC: LOTEPE, EG 15/15. Resto del examen no contributorio.

Diagnóstico: Amputación parcial de quinto dedo de mano izquierda.

Plan:

1. CFV + OSA
2. Lavado de herida
3. Analgesia
4. Referencia al Hospital María Auxiliadora por el servicio de Traumatología.

Tratamiento:

1. Diclofenaco 75mg ampolla IM STAT

Caso 14

Paciente varón de 45 años, sin antecedentes patológicos, refiere que treinta minutos antes del ingreso, al encontrarse en un altercado por disputa de terrenos, fue intervenido por efectivo policial, quien, ante muestras de agresividad de los invasores, hace uso de su arma de fuego, de manera que el paciente es impactado por proyectil de arma de fuego en rodilla derecha, por lo que acude por emergencia inmediatamente. Peso 62 kg.

Al examen físico:

Funciones vitales: T 36.8°, PA 100/60 mmHg, FR 20 rpm, FC 119 lpm, Sat O2 98%

Rodilla derecha: Herida circular de aproximadamente 1x1 cm de bordes regulares y delimitados con orificio de entrada y salida en cara lateral externa de rodilla derecha con sangrado abundante, a borbotones, activo de color rojo rutilante. SNC: LOTEPE, EG 15/15

Diagnóstico: Herida por proyectil de arma de fuego (PAF) en rodilla derecha

Plan:

1. CFV + OSA

2. Hidratación EV STAT
3. Lavado de herida + vendaje
4. Referencia al Hospital de Emergencias de Villa El Salvador

Tratamiento:

1. Colocación de acceso venoso periférico
2. NaCl 0.9% x 1000 ml EV.

Caso 15

Paciente varón de 36 años, sin antecedentes patológicos, refiere que 4 días antes del ingreso, mientras se encontraba trabajando en una construcción, cursa con dolor sordo en mesogastrio, de intensidad 4/10, que cede espontáneamente luego de unas horas. Ese mismo día, por la noche, presenta náuseas, por lo que se automedica con un fármaco indicado en farmacia (no recuerda su nombre). Al día siguiente, luego del almuerzo, cursa con náuseas y vómitos de contenido alimentario en 4 oportunidades. Nuevamente acude a farmacia y le indican "Frutiflex", el cual es bien tolerado. Dos días antes del ingreso, continúa con dolor inespecífico en mesogastrio y se agrega anorexia. Ocho horas antes del ingreso continúa con náuseas y vómitos hasta en 3 oportunidades, el dolor se torna tipo cólico, aumentando su intensidad hasta 6/10 y se localiza en fosa iliaca derecha. Además, nota alza térmica no cuantificada, por lo que, 6 horas antes del ingreso, toma paracetamol hasta en dos oportunidades, pero, al no ceder el dolor ni la sensación de alza térmica, decide acudir por emergencia. Peso 67 kg

Al examen físico:

Funciones vitales: T 38.4°C, PA 120/70 mmHg, FR 20 rpm, FC 80 lpm, Sat O2: 97%

PyF: Caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2". TyP: MV pasa adecuadamente por ACP, no ruidos agregados. CV: RCR, no soplos audibles. Abd: RHA presentes, B/D, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+), Blumberg (-). GU: PRU (+), PPL (-)

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Síndrome emético
3. D/C apendicitis
4. D/C ITU

Plan:

1. CFV + OSA
2. Antiemético EV
3. Se solicita: Hemograma, examen completo de orina, ecografía abdominal inferior.
4. Reevaluación con resultados

Tratamiento:

1. Dimenhidrinato 50 mg/5 ml EV STAT
2. NaCl 0.9% x 1000ml EV

Se reciben resultados de exámenes de laboratorio:

Hemograma: Leucocitos 16000 / mm³.

Examen de orina: Células epiteliales escasas. Leucocitos 0-1 por campo.
Hematíes 0-1 por campo.

Ecografía abdominal: Estructura tubular aperistáltica con diámetro mayor de 6 mm, con origen en colon, con presencia de apendicolito en su interior. Colección peri apendicular. Signo de McBurney ecográfico (+)

Diagnóstico: Apendicitis confirmada por ecografía y exámenes de laboratorio.

Plan:

1. Referencia al Hospital María Auxiliadora por el servicio de cirugía general.
2. Mantener hidratación EV hasta su llegada al hospital.

Caso 16

Paciente mujer de 17 años, sin antecedentes patológicos de importancia, refiere que, al salir de su casa, es mordida por un perro de la calle en la pierna

derecha (cara lateral externa) por lo que decide acudir por emergencia. Peso 62 kg

Al examen físico: AREG, AREN, AREH.

Funciones vitales: T 36.2°C, PA 120/60 mmHg, FR 23 rpm, FC 82 lpm, Sat O2: 98%

Pierna derecha: Solución de continuidad de aproximadamente 4x2 cm, de bordes regulares, con exposición tejido celular subcutáneo y sangrado activo escaso. SNC: LOTEPE, EG 15/15. Resto del examen no contributorio.

Impresión diagnóstica: Mordedura de perro en pierna derecha.

Plan:

1. CFV + OSA
2. Lavado de herida
3. Aplicación de vacuna antirrábica
4. Aplicación de vacuna antitetánica
5. Vigilancia de animal mordedor por 7 a 10 días

Tratamiento:

1. Dicloxacilina 500mg VO cada 6 horas por 5 días
2. Paracetamol 500mg VO cada 8 horas por 3 días

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1. Hospital de Vitarte – MINSA

Como se describió previamente, el internado médico fue desarrollado en el Hospital de Vitarte, desde enero de 2020 hasta marzo del mismo año; y en el Centro de Salud Pachacamac, desde diciembre de 2020 hasta abril de 2021.

El Hospital de baja complejidad de Vitarte, de categoría II-1, ubicado en la Carretera central Av. Nicolas Ayllón 5880 – Distrito de Ate, Lima; tiene un área de 1672 m² (5). Este distrito cuenta con una densidad poblacional de 8107 habitantes por kilómetro cuadrado, población a la que está dirigida, principalmente, la atención de este hospital, aunque también son atendidos pacientes de otros distritos, entre los que más destacan: Santa Anita, Lurigancho, El Agustino, entre otros. Al Hospital de Vitarte son referidos los pacientes de los establecimientos de la Microred Ate I, II, y III; y, al ser este de categoría II-1, aquellos pacientes que requieren atención por un establecimiento de mayor complejidad son referidos al Hospital Nacional Hipólito Unanue por encontrarse en un distrito contiguo a Ate (20).

La labor de los IM en el Hospital de Vitarte en el servicio de Medicina Interna recae en la elaboración de las historias clínicas completas de ingreso a hospitalización de los pacientes, así como el seguimiento y registro de la evolución de los mismos, asumiendo la responsabilidad de tener pacientes a

su cargo, además de decidir el tratamiento bajo la supervisión directa de los residentes de primer, segundo y tercer año de esta especialidad, y, de los jefes de este servicio, quienes, además de sus respectivas labores, velan por el cumplimiento del manejo médico terapéutico de cada uno de ellos. Por otro lado, en el área de emergencias, los IM realizan guardias diurnas y nocturnas de doce horas de duración, en las que también tenían como responsabilidad la realización de historias clínicas de emergencia y del manejo del paciente, con el visto bueno del médico de turno, tutor de los IM.

Así mismo, en el área de Neonatología, los IM son partícipes de la atención inmediata del recién nacido, realizando la historia clínica, incluyendo la evaluación de cada paciente al nacer, a las dos horas y a las cuatro horas de nacido, momento en el que, junto con el médico de turno, deciden el alta u hospitalización. En hospitalización, los IM se encargan de la historia clínica completa y deciden el manejo del paciente bajo la supervisión del médico residente de turno. En el área de emergencias, los IM reciben al paciente y elaboran la historia clínica de emergencia y junto al médico de turno se decide el tratamiento, seguimiento y la posterior alta u hospitalización, área en la que los IM, al igual que en el servicio de medicina interna, se encargan de realizar la historia clínica completa para luego realizar la terapéutica bajo la supervisión del médico residente o médico de turno y, posteriormente, la evolución de cada paciente hasta el alta.

En todas las especialidades, los IM realizan actividades académicas que consisten en la presentación de un tema a cargo de uno de ellos, escogido por el médico tutor, dos veces a la semana como mínimo. Posterior a ello, son evaluados mediante una prueba para medir los conocimientos aprendidos en la lección del día.

2.2. Centro de Salud Pachacamac

A partir de diciembre de 2020, las autoras realizaron el internado en el Centro de Salud Pachacamac, de categoría I-3 (21), ubicado en Av. Colonial S/N esquina con Castilla, Pachacamac. Este centro de salud de 1009 m² de extensión, presenta una población objetivo que corresponde al 60% de la población de Pachacamac (se asume que el resto se atiende por EsSalud,

fuerzas armadas o de manera particular), es decir, 84003 habitantes. Sin embargo, en toda la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Sur, al 2019, existen 2453674 habitantes, cuyo 60% también podría ser atendido en este mismo centro (13). A este centro de salud son referidos pacientes de los puestos de salud Tambo Inga, Manchay Alto, Picapiedra, Guayabo, Quebrada Verde, y Cardal, por su menor complejidad en comparación a Pachacamac. Actualmente, por la coyuntura, los pacientes que requieren atenciones más especializadas son referidos al Hospital María Auxiliadora y, si tuvieran alguna prueba positiva para COVID-19, al Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

El centro de salud Pachacamac actualmente cuenta con 11 unidades productoras de servicios de salud (UPSS), incluyendo el área COVID (destinada a la detección y atención de pacientes positivos a la COVID-19). Así, los IM tienen labor en la atención a los pacientes que acuden por el servicio de emergencias al área no COVID y la elaboración de la historia clínica de emergencia completa, además de estar a cargo de la terapéutica en conjunto con el médico de turno. También son responsables de realizar el análisis de los resultados de laboratorio obtenidos para llegar a un diagnóstico certero. Por otro lado, los IM del centro de salud de Pachacamac realizan actividades académicas una vez por semana, que constan de reuniones vía Zoom a cargo de los tutores asignados, quienes se encargan de indicar los temas a tratar durante la reunión y actúan como moderadores de cada actividad. Además, los IM tienen participación en las campañas de salud y vacunación, apoyando en las atenciones a la comunidad y atendiendo consultas breves de la población.

El trabajo de los IM en un hospital en comparación a un centro de salud es claramente distinto: La complejidad de las atenciones es menor en los centros de salud; sin embargo, esta práctica ha hecho que se dé mayor énfasis a la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante las campañas realizadas, pilar importante y de mucha ayuda como preparación para el año de Servicio Rural Urbano y Marginal de Salud (SERUMS) que es el siguiente paso opcional a seguir luego de la culminación del internado médico.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Al haber realizado la mayor parte del internado en un centro de salud, los casos en los que los IM se vieron involucrados fueron de menor complejidad en comparación a un hospital. Sin embargo, el reforzamiento en el primer nivel de atención que se tuvo, además de resolver problemas con una logística no tan completa del centro, contribuyeron al desarrollo de capacidades

3.1. MEDICINA INTERNA

Análisis del caso 1

Las reacciones alérgicas a las comidas pueden ser mediadas o no por inmunoglobulina (Ig) E. Al ser de rápido inicio y progresión, se trata de un proceso inmunomediado por Ig. Dentro de las más comunes manifestaciones cutáneas que un alérgeno de comida puede desencadenar se encuentra la urticaria, que corresponde al diagnóstico de este caso (22).

El manejo de la urticaria en todos los pacientes se basa en los antihistamínicos H1, si los síntomas son más severos se añaden los antihistamínicos H2; y, si el paciente presenta angioedema prominente los síntomas no remiten, se añaden los glucocorticoides (Prednisona 30 mg) (22).

Análisis del caso 2

Paciente femenino de 84 años, con antecedente de osteoporosis diagnosticada de manera particular hace 6 meses, en tratamiento regular con “Calcibon D”, refiere que hace 2 días presenta adormecimiento en hemicara

izquierda, moviliza extremidades superiores e inferiores sin dificultad. Se encuentra lúcida, no refiere otros síntomas.

La parálisis de Bell es la causa más común de parálisis facial periférica espontánea, siendo el virus del Herpes simplex la etiología más frecuente, seguida por el virus del herpes zóster. La forma de inicio de esta patología es súbita, por lo general en horas, caracterizada por parálisis facial unilateral (inhabilidad de levantar la ceja del lado afectado, borramiento del surco nasogeniano y caída de comisura labial), clínica que en este caso presentó la paciente. Para evaluar la severidad de la enfermedad se utiliza la escala de House-Brackmann, importante para el tratamiento de esta patología.

El manejo de la parálisis de Bell incluye el uso de glucocorticoides, prednisona 60 mg al día de elección por una semana; y, si la enfermedad es severa, la terapia antiviral con valaciclovir de primera elección. Sin embargo, ya que en nuestro medio no se maneja tal fármaco, una alternativa es con aciclovir 400 mg 5 veces al día por diez días (23).

Análisis del caso 3

Las reacciones alérgicas tienen un carácter inmunológico debido a la liberación súbita sistémica de IgE. Puede haber manifestaciones alérgicas de una sola picadura causando síntomas más leves como prurito, enrojecimiento y/o edema con un tiempo de duración de horas o días. (24)

Las personas que sufrieron una cantidad considerable de picaduras de abejas mayormente presentan reacciones anafilácticas con síntomas de rápido inicio posteriores a la picadura de abeja como cefalea, edema peri orbital, labios y en epiglotis, prurito generalizado, urticaria y dificultad respiratoria, etc. Dichos síntomas estaban presentes en el paciente. (24)

El manejo inicial es la extracción rápida de los aguijones del insecto, asegurar la vía aérea para una buena oxigenación y ventilación, hidratación EV, analgesia con metamizol IM; tratamiento parenteral con adrenalina, corticosteroides (hidrocortisona, metilprednisolona) y antihistamínicos para las reacciones alérgicas sistémicas. El manejo terapéutico del broncoespasmo son los broncodilatadores beta 2 adrenérgicos (salbutamol o fenoterol). (24, 25)

Este tipo de patología debe ser tratada de manera rápida ya que puede tener como consecuencia shock anafiláctico o falla multiorgánica. (25)

Análisis del caso 4

La Infección del Tracto Urinario es muy frecuente dentro del ámbito ambulatorio y hospitalario, se caracteriza por la presencia de signos y síntomas urinarios bajos, como los que presentaba el paciente. El agente patógeno más frecuente de ITU es Escherichia Coli. El diagnóstico se confirma con un examen de orina (>5 leucocitos/campo o >10 leucocitos/mm³ de orina) y un urocultivo (26).

El tratamiento inicial de primera elección consiste en nitrofurantoína (100mg por 7 días); fluoroquinolonas (ciprofloxacino) o clotrimoxazol por 3 días. En caso de que el paciente no tolere estos medicamentos o sea alérgico, como terapia alternativa se sugiere amoxicilina + ácido clavulánico (500mg+125mg VO por 5 días) (27).

Una de las dificultades en el tratamiento del paciente, es poder reconocer la resistencia bacteriana es necesario contar con el urocultivo del paciente, por estar en un centro de salud que no cuenta con exámenes de laboratorio como éste; muchos pacientes no regresan a una posterior reevaluación.

3.2. PEDIATRÍA

Análisis del caso 5

Los cuerpos extraños en oídos son muy frecuentes en urgencias. Se asocia a la edad, siendo la más frecuente entre los 2 a 5 años, aunque puede presentarse incluso en la edad adulta (28).

Por lo general, el retiro se realiza con la ayuda de una “pinza de cocodrilo” o pinza de Hartman por la mayoría de los profesionales de la salud, sin embargo, en caso de que el niño no coopere o el médico general tuviera dificultades en su extracción, el paciente puede requerir sedación; en esos casos, derivarlo al especialista resulta ser la mejor solución (29).

En el momento de la atención, el centro de salud Pachacamac no contaba con la pinza de Hartman, por lo que, previa autorización de la madre del paciente,

se realizó el retiro del cuerpo extraño con la ayuda de una pinza Kelly de punta curva.

Análisis del caso 6

Lo principal en la fiebre de un paciente es determinar la etiología. La mayoría de las EDA son de etiología viral, sobre todo en niños pequeños menores de dos años, siendo el rotavirus el más importante (30).

El manejo de la EDA debe ser según el estado de deshidratación. En este caso, al solo presentarse irritable se trata de una diarrea leve, la cual debe ser tratada con rehidratación según el plan A, el cual incluye la ingesta de líquidos caseros, pero, al ser aun lactante, la leche materna es la mejor opción para su terapéutica (31).

Por lo general, la EDA de etiología viral se autolimita; no hay necesidad de la toma de muestras excepto en aquella que dure más de siete días, sospecha de bacteriemia o sepsis, entre otras razones (31). En este caso, bastó con el manejo de la fiebre y la explicación a la madre acerca de la rehidratación en casa, además de prestar atención a los signos de alarma. Sin embargo, el manejo que se dio en el centro de salud no fue el más adecuado ya que no hubo necesidad de la toma de exámenes de laboratorio.

El manejo de la fiebre en el paciente pediátrico se debe tener en cuenta, como medida general, el uso de antipiréticos. El de primera elección es el paracetamol, de 10 a 15 mg/kg/dosis, máximo de 1 g VO (32), y, en pacientes que pese al tratamiento anterior no mejoran o presentan fiebres muy elevadas, se prefiere acompañarlo con medios físicos para disminuir la temperatura (33) además de un tratamiento con metamizol 10 mg/kg/día cada 6 a 8 horas (1 gota igual a 25 mg) (34).

Análisis del caso 7

La urticaria es una enfermedad inducida por alimentos, fármacos o toxinas, que se caracteriza por placas eritematosas que ocasionan intenso prurito (35). Los antihistamínicos (H1) son los fármacos de primera elección para esta patología. Entre ellos, la clorfenamina, es la más frecuentemente usada para casos de reacciones alérgicas o anafilaxia, en dosis única de 10mg/ml por vía

intramuscular (36). Para el manejo terapéutico por vía oral, su administración es de 4 mg cada 4 a 6 horas, con dosis máxima de 24 mg/día (37).

Otros fármacos de gran ayuda que ayudan a revertir los síntomas anafilácticos son los antiinflamatorios y antialérgicos como los corticoides, siendo la dexametasona uno de los más usados por su acción prolongada (37).

Ha sido descrito que el uso de cetirizina de 10 g por vía oral una vez al día es el medicamento de elección por su efecto a corto plazo (38), sin embargo, el manejo de este paciente no se realizó con este fármaco ya que no es entregado por el Seguro Integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud (MINSA).

Análisis del caso 8

La hernia umbilical se debe a la permanente apertura del anillo umbilical, que en condiciones normales se cierra al año de nacido. El manejo de una hernia umbilical que no está encarcelada o estrangulada y es asintomática, es la observación ante los signos de alarma. Sin embargo, en caso lo esté, el manejo debe ser quirúrgico por emergencia o por cirugía electiva según sea el caso (39).

3.3. GINECO-OBSTETRICIA

Análisis del caso 9

La vulvovaginitis es producida por una infección, inflamación o cambios en la flora vaginal. Este caso trata sobre candidiasis, que ocurre con mayor frecuencia en situaciones asociadas a niveles altos de estrógeno, uso de anticonceptivos orales, inmunosupresión y el embarazo, y tiene como síntomas principales: prurito, dolor vaginal, disuria, dispareunia, secreción vulvovaginal blanca, espeso y grumoso (40).

En el embarazo, el tratamiento de la candidiasis vaginal es mediante la aplicación de clotrimazol o miconazol en óvulos durante una semana. No se sugiere la terapia por VO con azoles, sobre todo en el primer trimestre, ya que puede haber riesgo de aborto espontáneo (41).

Análisis del caso 10

Cuando una paciente gestante acude a emergencias por náuseas/vómitos la primera medida a establecer es conocer si la causa es emesis o hiperémesis gravídica.

La emesis gravídica se caracteriza por las náuseas y vómitos ocasionales; mayormente suelen aparecer a la primera hora del día y van mejorando paulatinamente, no tienen complicaciones graves ni alteran el aspecto general de la paciente. En la paciente embarazada suele haber un incremento de peso en la gestación durante los primeros meses. (42)

El manejo inicial en estas pacientes se realiza en el primer nivel de atención; recomendaciones dietéticas por parte del médico, explicándole que este proceso es muy frecuente dentro de las primeras 12 semanas de gestación, debemos brindar también apoyo psicológico y terapia farmacológica como Doxilamina 10mg (antihistamínico antagonista H1) + Piridoxina 10mg (vitamina B6). Si el cuadro persiste podemos agregar metoclopramida (5 a 10mg) otra opción, sería Dimenhidrinato (50 a 100mg) vía oral. (43)

Análisis del caso 11

La mastitis infecciosa por presentar signos de flogosis en la mama afectada; suele ser unilateral y puede incluir malestar general y fiebre (44). Aparece como resultado de la estasis láctica que favorece el crecimiento bacteriano, siendo el agente infeccioso más común el *S. aureus* (44). Debido a ello, el manejo empírico se basa en amoxicilina más ácido clavulánico 875 mg por VO cada 12 horas por una semana. También se usa dicloxacilina 500 mg VO cada 6 horas o cefalexina 500 mg VO cada 6 horas y un antiinflamatorio no esteroideo como el ibuprofeno (45). Además, se sugiere la supresión de leche materna con cabergolina, un inhibidor de la prolactina. Dentro de la terapia farmacológica para la supresión de leche materna tenemos a la cabergolina es un medicamento usado para la inhibición de prolactina y la más segura (46).

Análisis del caso 12

Las ITU corresponden a la causa más frecuente de shock séptico en gestantes. Existen cuatro tipos de ITU, de las cuales, por la sintomatología

con la que acudió la paciente al centro de salud y la leucocituria evidente al examen de orina, se concluye que presentó cistitis.

El manejo de la cistitis y de la bacteriuria asintomática es el mismo. En el primer trimestre y en las últimas semanas del embarazo se debe evitar el uso de nitrofurantoína, por lo que el manejo con amoxicilina con ácido clavulánico de primera instancia es la mejor opción, ya que los betalactámicos son los fármacos más seguros en gestantes (47). De todos modos, el rotar la terapéutica hacia otro antibiótico depende del urocultivo. En este caso, la paciente no se realizó el urocultivo porque el laboratorio del centro de salud no cuenta con esa prueba y no lo hizo de manera particular. Sin embargo, al notar mejoría de los síntomas, se asume que fue un buen manejo antibiótico.

3.4. CIRUGÍA GENERAL

Análisis del caso 13

Las amputaciones traumáticas pueden ser totales o parciales. Las totales se definen como la extirpación completa de una extremidad, y las parciales, como aquellas en las que aún existen conexiones de partes blandas. En el manejo inicial de este tipo de urgencias, la zona afectada debe ser protegida con vendaje compresivo para hemostasia. Posteriormente, el paciente es derivado a un centro de mayor complejidad (48).

Gran parte de las amputaciones suelen ser menores, como la amputación de dedos. Si existe compromiso tendinoso, este tipo de trauma puede resolverse con la microcirugía, cirugía reconstructiva y reimplantación (49).

En este caso, el paciente presentó limitación de la flexión del dedo amputado, por lo que fue derivado al servicio de traumatología de un hospital de mayor complejidad para su manejo quirúrgico. Se sugiere la posterior terapia de rehabilitación para mejorar la funcionalidad del dedo (49).

Análisis del caso 14

Las lesiones articulares por PAF, por su complejidad, pueden conllevar a infecciones como osteocondritis, presencia de cuerpos extraños libres en la articulación, inestabilidad o fractura (50). La mayoría de estas lesiones por PAF tiene un orificio de entrada y de salida, pudiendo llegar incluso a necrosis de partes blandas (51).

En el primer nivel de atención, el primer paso a seguir es el control de la hemorragia con compresión directa. Si no se controla la hemorragia, las guías del Apoyo Vital Avanzado en Trauma (ATLS) recomienda el uso moderado de torniquetes. Adicionalmente se debe realizar el diagnóstico por imágenes, como la radiografía, para descartar lesiones óseas.

En heridas abiertas, es importante el uso de antibióticos sistémicos para evitar infecciones graves, y, si el paciente no ha recibido vacuna, la profilaxis antitetánica está indicada. Posteriormente, se deriva al paciente a un centro de mayor complejidad para una atención multidisciplinaria (52).

Análisis del caso 15

La apendicitis es una inflamación del apéndice cecal debida principalmente a la obstrucción de la luz apendicular, causada por hiperplasia de los folículos linfoides o procesos obstructivos (53). Para evaluar la probabilidad de apendicitis se usa la Escala de Alvarado. En este caso, el paciente presentó migración del dolor, náuseas y/o vómitos, fiebre, dolor en fosa iliaca derecha y leucocitosis; lo que indica un puntaje de la escala de Alvarado de 8 puntos, que sugiere alta probabilidad de apendicitis (54).

El caso actual se trató de una apendicitis complicada. Ello debido a las alteraciones en el hemograma y en la ecografía abdominal según la Guía de Práctica Clínica. Las medidas iniciales como médicos generales es identificar de manera precoz la patología para derivar al paciente oportunamente a un centro de mayor complejidad y así evitar la progresión de la enfermedad y un desenlace fatal. (53)

Análisis del caso 16

El manejo inicial de una herida por mordedura de animal considera el control del sangrado y luego, la limpieza de la herida con abundante agua y jabón o yodopovidona. Posteriormente, se debe administrar anestesia en el lugar de la herida e irrigar con cloruro de sodio para la eliminación de residuos visibles.

Se sugiere que las heridas por mordedura se dejen abiertas para suturarlas por segunda intención. Para ello, antes del cierre de segunda intención, la herida debe desbridarse y ser limpiada continuamente, además de evaluar si hay signos de flogosis por infección (55).

La profilaxis antitetánica está indicada en pacientes que han sido expuestos a mordedura de un animal en ausencia de signos de infección, pero principalmente a aquellas lesiones en cara, mano o genitales, pacientes inmunodeprimidos, lesiones sujetas a cierre primario o cercanas a una articulación, debido a que facilitan la circulación viral a través de los nervios. Se debe administrar lo antes posible después de una herida; sin embargo, puede administrarse a pacientes que reciben atención médica tardía (55).

La profilaxis antirrábica se puede realizar con la vacuna antirrábica de cultivo celular (VCC) en 5 dosis por vía IM en el deltoides (si es menor de dos años en cara externa del muslo) o con la VCC más la administración del suero antirrábico. La elección del tipo de terapia depende principalmente de la localización de la mordedura y cumple con los mismos criterios de aplicación de la profilaxis antitetánica. Si la lesión es de alto riesgo, se optará por la aplicación de suero antirrábico junto con la VCC; por el contrario, si es de bajo riesgo, se aplica solo la VCC. Cabe resaltar que la administración del suero antirrábico debe ser dada bajo supervisión médica por riesgo de shock anafiláctico u otra reacción adversa (reacción de Arthus, por ejemplo) (56, 57).

Se debe tener en cuenta que la profilaxis antirrábica puede retardarse si el animal permanece observado y aislado por al menos diez días y no presenta signos clínicos de rabia (55).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico constituye una etapa de desafíos. Es poner en práctica todo lo aprendido a lo largo de la carrera como estudiantes de medicina, tener en cuenta las exigencias de lo que implica la labor como IM y las destrezas por adquirir en el establecimiento de salud donde se esté llevando a cabo.

Los primeros meses de internado fueron realizados en el Hospital de Vitarte. En el área de medicina interna, la principal limitación fue tener un ambiente reducido para la gran cantidad de personal de salud y pacientes, ya que el Hospital de Vitarte, como ya se describió en un capítulo anterior, es bastante pequeño. Ello y la mayor cantidad de plazas para IM ofertadas en el año 2020 lograron que se supere el aforo máximo de todas las áreas, incluyendo medicina interna.

Otra limitación que también estuvo presente en el área de pediatría fue la mala logística de la institución, contando con computadoras averiadas que retrasaban las tareas a realizar. Por ello, los IM debían recurrir a otras áreas donde sí funcionen para poder realizar las historias clínicas, imprimir las órdenes de laboratorio, emitir referencias y altas de los pacientes.

Por otro lado, un gran déficit como establecimiento de salud era la poca capacidad resolutoria de las áreas de ayuda al diagnóstico como laboratorio, que no cuenta con todos los exámenes que se requieren, y diagnóstico por imágenes, que no presenta tomógrafo o personal disponible para realizar ecografías durante las guardias nocturnas.

Pese a las limitaciones existentes, los IM se esforzaron por interiorizar conceptos teóricos y aplicarlos al campo clínico. Sin embargo, luego de la llegada del primer caso informado en señal abierta y establecerse una cuarentena indefinida, los IM se vieron afectados al ser suspendidas las actividades que realizaban en dicho nosocomio.

Después de nueve meses de cuarentena y luego del pronunciamiento de las entidades respectivas, el retorno de los IM fue dado en centros de salud de primer nivel de atención. Ello generó controversia y muchas interrogantes, ya que fue suceso nuevo, sin precedentes. La mayoría de IM rechazó esta nueva forma de internado, alegando que un establecimiento de salud de categoría I, académicamente, no podría ser aprovechado. Muchos IM se arriesgaron, tomando esta medida como oportunidad para aprender incluso en medio de una pandemia, con muchas limitaciones, además del miedo que generaba el enfermar o contagiar a seres queridos.

El internado realizado en el centro de salud Pachacamac se dio en áreas no COVID, 8 horas diarias y 15 días al mes. De ese modo se evitaría la aglomeración del personal de salud.

Los IM fueron asignados a las áreas de obstetricia y emergencia, ya que, por la pandemia, los consultorios externos fueron inhabilitados. En estas áreas se desarrollaban las labores como IM además de cumplir con las actividades académicas según el sílabo, vía Zoom, con los responsables del centro de salud; y las discusiones de casos clínicos, una vez por semana, impartidas por docentes de la universidad. Estas medidas adoptadas de acuerdo con la nueva normalidad fueron de ayuda para afianzar conocimientos de los IM.

Lo rescatable de este nuevo tipo de internado en el centro de salud Pachacamac es que las medidas de bioseguridad que inicialmente no eran tomadas tan en cuenta fueron respetadas desde el inicio de la pandemia. Ello se vio reflejado en la entrega de EPP a diario, lo cual, en el hospital de Vitarte, por ejemplo, no ocurre.

En definitiva, realizar el internado médico no es tarea fácil y mucho menos durante una pandemia. Sin embargo, la capacidad de adaptación de los IM a una nueva manera de realizar el internado trajo consigo el aprendizaje de las

principales patologías en un primer nivel de atención, lo cual sirvió como entrenamiento para afrontar el SERUMS que tampoco es tarea sencilla.

CONCLUSIONES

Durante la estadía en el servicio de emergencia del centro de salud Pachacamac, se valoró la capacidad resolutive de ese establecimiento. De ese modo, se aprendió a gestionar las referencias en casos de no contar con el equipo necesario para tratar al paciente, así como a diferenciar las emergencias y urgencias por medio del triaje.

Pese al cambio de establecimiento de salud de nivel hospitalario a categoría I, el internado médico realizado en un centro de salud del primer nivel de atención fue un importante reforzamiento previo al SERUMS, el siguiente paso opcional luego de culminado el internado.

Son comprensibles las disposiciones dadas por el Estado y las autoridades pertinentes respecto al retorno de IM a los centros de salud en el primer nivel de atención, sin embargo, la complejidad de los casos clínicos presentados en un centro de salud de atención primaria es básica en comparación a los hospitales de mayor categorización.

RECOMENDACIONES

Se sugiere ampliar las plazas de los hospitales para recibir a más IM de las futuras promociones, ya que el tener un número reducido de plazas desencadenó que algunos IM solo fueran a centros de salud, en donde, por obvias razones, no se contaba con áreas de cirugía, ginecología y neonatología.

Por otro lado, se recomienda que los informes realizados por los distintos IM sean leídos por quienes están próximos a realizar el internado médico en estas condiciones. Así, los futuros IM podrán tomarlos a manera de referencia y estar más orientados respecto a este nuevo tipo de internado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Taype-Rondán Álvaro, Tataje Rengifo Gustavo, Arizabal Angela, Alegría Hernández Sacla. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An. Fac. med. [Internet]. 2016 Ene [citado 12 de abril de 2021];77(1):31-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000100006&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i1.11550>.
2. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):504-9. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.5729>.
3. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondán A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosapi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Med Peru. 2016;33(2):105-10.
4. Gobierno del Perú. El Peruano – Resolución ministerial que Eleva a la categoría de Hospital de Baja Complejidad al Centro de Salud Vitarte de la Dirección de Salud IV Lima Este-RESOLUCIÓN MINISTERIAL- No 892-2003-SA/DM-PODER EJECUTIVO-PRESIDENCIA [Internet] Disponible en:

<http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/transparencia/download.php?transparencia=2698>

5. Ministerio de Salud - Hospital Vitarte [Internet]. Hospitalvitarte.gob.pe. 2021 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/>.
6. Ministerio de Salud - Perú. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. 2020 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
7. Gobierno del Perú. El Peruano - Decreto Supremo que Prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del COVID-19 y dictan otras medidas - DECRETO SUPREMO - No 064-2020-PCM - PODER EJECUTIVO-PRESIDENCIA [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-prorroga-el-estado-de-emergencia-naciona-decreto-supremo-no-064-2020-pcm-1865482-3/>
8. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM [Internet]. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM. 2020 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.aspefam.org.pe/>
9. RESOLUCIÓN DIRECTORAL No 644-2020-DIRIS-LS. Lima: Ministerio de Salud Perú; 2020 p. 1-2.
10. Aprobar el Documento Técnico: Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N°090-2020. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 622-2020-MINSA. Lima: Ministerio de Salud Perú; 2020 p.1-2.
11. Reanudación del Internado en ciencias de la salud. Actividades de control. OFICIO CIRCULAR N° 172-2020-DG-DIGEP/MINSA. Lima: Ministerio de Salud Perú; 2020 p.1-3.
12. Internado en ciencias de la salud. Sobre asistencia y rotaciones. OFICIO CIRCULAR N° 163-2020-DG-DIGEP/MINSA. Lima: Ministerio de Salud Perú; 2020 p.1.

13. Sala RIS. Oficina Ejecutiva de Monitoreo y Gestión Sanitaria - DIRIS Lima Sur [Internet]. Epidirisls.com. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.epidirisls.com/sala-ris>
14. Herrera-Añazco P, Toro-Huamanchumo CJ. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta Med Peru. 2020;37(2):169-75. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.999>
15. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 161-2021/MINSA. Lima: Ministerio de Salud Perú; 2021 p. 3-4.
16. Universidad San Martín de Porres [Internet]. Medicina.usmp.edu.pe. 2021 [citado 14 Abril 2021]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/images/academico/departamentos/internado/2020/13_ciclo/SILABO_MEDICINA_2020.pdf
17. Universidad San Martín de Porres [Internet]. Medicina.usmp.edu.pe. 2021 [citado 14 Abril 2021]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/images/academico/departamentos/internado/2020/14_ciclo/SILABO_PEDIATRIA_2020.pdf
18. Universidad San Martín de Porres [Internet]. Medicina.usmp.edu.pe. 2021 [citado 14 Abril 2021]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/images/academico/departamentos/internado/2020/14_ciclo/SILABO_GINECO-OBSTETRICIA_2020.pdf
19. Universidad San Martín de Porres [Internet]. Medicina.usmp.edu.pe. 2021 [citado 14 Abril 2021]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/images/academico/departamentos/internado/2020/13_ciclo/SILABO_CIRUGIA_2020.pdf
20. Mimbela J, Bustinza V, Hidalgo J, Pérez G, Santiváñez P, Córdova E et al. Análisis de la situación de salud hospitalario - ASISHO 2018 [Internet]. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – Hospital de Vitarte - MINSA; 2018 [cited 15 April 2021]. Available from: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2019/T2103.pdf>
21. Gobierno del Perú. El Peruano - Resolución Ministerial que aprueba la Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector

- Salud”– RESOLUCIÓN MINISTERIAL No 914-2010/MINSA [Internet]
Disponibile en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/273431/244582_RM914-2010-MINSA_EP.pdf20190110-18386-1c1q47t.pdf
22. Urticaria de nueva aparición. Etiología de diferentes formas de urticaria. [Internet]. uptodate.com. 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria?search=urticaria&ionRank=1&usage_type=default&anchor=H10818973&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H25448761
 23. Ronthal M, Greenstein P. Parálisis de Bell: tratamiento y pronóstico en adultos [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bells-palsy-treatment-and-prognosis-in-adults?search=paralisis%20de%20bell&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2641362362
 24. Ministerio de Salud. Norma técnica sobre prevención y tratamiento de accidentes por animales ponzoñosos. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2005.
 25. González A.I., Martínez-Zepeda E.R., Rivas-Godoy A.F., Sánchez-Sierra L.E., Díaz-Robbio I. Reporte de caso [Internet]. Org.mx. [consultado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n3/2448-4865-facmed-61-03-31.pdf>.
 26. Andrés Wurgaft K. Infecciones del tracto urinario. Rev médica Clín Las Condes. 2010;21(4):629–33.
 27. Solano Mora A, Solano Castillo A, Ramírez Vargas X. Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 17 de abril de 2021];5(2):e356. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/356>
 28. Artigas-Sapiain C, Sarría-Echegaray P, Tomás-Barberán M. Manejo de cuerpos extraños nasales y óticos en niños. Semergen. 2010;36(5):278–82.

29. Obstrucciones del oído externo - Trastornos otorrinolaringológicos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2021 [citado el 14 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-del-o%C3%ADdo-externo/obstrucciones-del-o%C3%ADdo-externo>
30. Harris J, Pietroni M. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries [Internet]. Uptodate.com. 2019 [citado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=enfermedad%20diarreica%20aguda%20en%20pediatria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H17612372ANEXOS
31. Minsa rehidratación planes: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
32. Sulliva JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*.2011;127 (3):7-580
33. Cerón M, Ruiz L. Fiebre en Pediatría. *Rev Mex Pediatr* .2010;77(Supl. 1); S3-S8
34. PROSPECTO METALGIAL 500 MG/ML GOTAS ORALES EN SOLUCION [Internet]. Cima.aemps.es. 2021 [citado 14 Abril 2021]. Available from: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/p/72149/P_72149.pdf
35. Khan DA. Urticaria espontánea crónica: Gestión estándar y educación del paciente [Internet]. Uptodate.com. 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/chronic-spontaneous-urticaria-standard-management-and-patient-education?search=urticaria%20aguda&topicRef=8101&source=see_link
36. J.L. Eseverri Asín, Urticaria [Internet]. Aeped.es. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/urticaria.pdf>

37. Medicamentos esenciales usados en intoxicaciones, alergias y anafilaxia [Internet]. Lima; Ministerio de Salud; 2008 [citado 15 Abril 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1173_DIGEMID52.pdf
38. Asero R. Urticaria de nueva aparición [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado 15 de Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria?search=urticaria%20aguda&topicRef=2398&source=see_link#H25448768
39. Palazzi DL, Brandt ML. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado 15 Abril 2021]. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-umbilicus-and-management-of-umbilical-disorders?search=hernia%20umbilical&source=search_result&selectedTitle=1~52&usage_type=default&display_rank=1
40. Sobel J, Kauffman C. Candida vulvovaginitis: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2020 [citado 16 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=sindrome%20de%20flujo%20vaginal%2B%20candidiase&topicRef=5477&source=related_link#H5
41. Sobel JD. Candida vulvovaginitis: Treatment [Internet]. uptodate.com. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=candidiasis%20vaginal%20tratamiento%20en%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1544249314
42. González-Alonso N, Sánchez-Calso A, Corredor-Palomino B. Emesis e hiperemesis gravídica. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria. 2006;13(3):122–8.
43. Prieto JL, Fernández Pérez ML. Emesis e hiperemesis gravídica. Semergen. 2003;29(8):411–4.
44. Dixon JM, Pariser KM. Nonlactational mastitis in adults [Internet]. <https://www.uptodate.com/>. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en:

- https://www.uptodate.com/contents/nonlactational-mastitis-in-adults?search=mastitis%20infecciosa&source=search_result&selectedTitle=2~55&usage_type=default&display_rank=2#H59659186
45. Lactancia materna y mastitis: tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos. *Pediatr aten primaria*. 2013;15(59):e124–e124
 46. Hale TW. Bromocriptine mesylate. In: Hale TW, eds. *Medications and mother's milk*, 1998 ed. Amarillo, Texas, Pharmasoft Medical Publishing, 1998:75-76.
 47. Hooton TM, Gupta K. Infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática en el embarazo [Internet]. *Uptodate.com*. 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: [Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy - UpToDate](#)
 48. Echavarren EE. Amputación traumática de extremidades [Internet]. *Cfnavarra.es*. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/19.Traumatologia%20y%20Neurocirugia/Amputacion%20traumatica.pdf>
 49. Chung K, Yoneda H. Upper extremity amputation [Internet]. *Uptodate.com*. 2020 [citado 15 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/upper-extremity-amputation?search=amputacion%20de%20dedo&source=search_result&selectedTitle=2~4&usage_type=default&display_rank=2
 50. Sansone V, Mora L, De Spirito D: Arthroscopy retrieval of an unusual foreign body of the knee. *Arthroscopy* 2002; 18: E6.
 51. Haspl M, Bojanic I, Pecina M: Arthroscopic retrieval of metal foreign bodies from the knee joint after war wounds. *Injury* 1996; 27: 177-9
 52. Rasmussen T, Souza J. Severe lower extremity injury in the adult patient [Internet]. *Uptodate.com*. 2021 [citado 15 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/severe-lower-extremity-injury-in-the-adult-patient?search=proyectil%20de%20arma%20de%20fuego&topicRef=13854&source=see_link

53. GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA DE HOSPITALIZACIÓN SERVICIO DE CIRUGÍA Y ANESTESIOLOGÍA [Internet]. hospitalvitarate.gob.pe. 2013 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarate.gob.pe/portal/data/transparencia/2013/r13172.pdf>
54. Martin RF, Kang SK. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation [Internet]. uptodate.com. 2019 [citado 15 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=escala%20de%20alvarado&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#subscribeMessage
55. Baddour L, Harper M. Animal bites (dogs, cats, and other animals): Evaluation and management [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado 15 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=mordedura%20de%20perro&source=search_result&selectedTitle=1~39&usage_type=default&display_rank=1
56. Brown C, DeMaria A. Rabies immune globulin and vaccine [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado 15 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/rabies-immune-globulin-and-vaccine?search=mordedura%20de%20perro&topicRef=7671&source=see_link#H20
57. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. Gob.pe. 2017 [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>