



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA Y
EL CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE SURCO EN LIMA, PERÚ
DESDE ENERO HASTA MARZO DEL 2020 Y DESDE NOVIEMBRE
HASTA ABRIL DEL 2021, RESPECTIVAMENTE

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
ANA ISABEL BACIGALUPO BARDALES

ASESOR

DR. NAVARRETE MEJÍA, PEDRO JAVIER

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

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA Y EL
CENTRO DE SALUD SANTIAGO DE SURCO EN LIMA, PERÚ DESDE
ENERO HASTA MARZO DEL 2020 Y DESDE NOVIEMBRE HASTA ABRIL
DEL 2021, RESPECTIVAMENTE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANA ISABEL BACIGALUPO BARDALES**

**ASESOR
DR. NAVARRETE MEJÍA, PEDRO JAVIER**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg, Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres, que siempre me motivaron y me dieron su apoyo incondicional.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación Medicina Interna	2
1.2 Rotación Gineco Obstetricia	3
1.3 Rotación Pediatría y Neonatología	5
1.4 Rotación Cirugía	6
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA	
EXPERIENCIA	9
2.1 Hospital María Auxiliadora	9
2.2 Centro de Salud de Surco	10
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	11
3.1 Rotación Medicina Interna	11
3.2 Rotación de Gineco Obstetricia	13
3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	15
3.4 Rotación de Cirugía	17
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	21
CONCLUSIONES	23

RECOMENDACIONES	24
FUENTES DE INFORMACIÓN	25

RESUMEN

El objetivo del trabajo pretende demostrar la formación teórica y práctica del interno de medicina. Así como la apreciación individual de las competencias obtenidas a nivel profesional en el ambiente laboral.

A consecuencia de la pandemia se suspendió el internado por un periodo prolongado, a causa de la pandemia del COVID 19, por lo cual hubo un cambio de sentido en la dinámica del internado. La reincorporación del interno de medicina fue al primer nivel de atención de salud y en pocos casos en hospitales.

En un inicio la interna de medicina realizó sus prácticas pre profesionales en el Hospital María Auxiliadora y luego, a la reincorporación, las concluyó en el Centro de Salud Santiago de Surco.

Retornar al internado fue una decisión difícil y un gran reto, debido a la creciente cifras de contagios, el colapso de los hospitales y la falta de personal médico; pero a pesar de las adversidades se logró dar una buena atención a la población en el primer nivel de atención. Y las herramientas más valiosas para lograrlo fueron las implementaciones y fortalecimiento de las medidas de bioseguridad.

ABSTRACT

The objective of the work aims to demonstrate the theoretical and practical training of the medical intern. As well as the individual appreciation of the competences obtained at a professional level in the work environment.

As a result of the pandemic, the internship was suspended for a prolonged period, due to the COVID 19 pandemic, for which there was a change of direction in the dynamics of the internship. The reinstatement of the medicine intern was at the first level of health care and in a few cases in hospitals.

At the beginning, the medicine intern carried out her pre-professional internships at the María Auxiliadora Hospital and then, upon reincorporation, she concluded them at the Santiago de Surco Health Center.

Returning to the boarding school was a difficult decision and a great challenge, due to the increasing numbers of infections, the collapse of hospitals and the lack of medical personnel; But despite the adversities, good care was given to the population at the first level of care. The most valuable tools to achieve this were the implementation and strengthening of biosafety measures.

INTRODUCCIÓN

El último año de la carrera de medicina se realiza el internado médico en el cual se pone en práctica el conocimiento obtenido.

La primera rotación en la cual la interna tuvo fue la de Medicina Interna, en el hospital María Auxiliadora, la cual fue desarrollada en los meses de enero, febrero y marzo del año 2020. En el servicio de hospitalización (piso) de medicina tenía a cargo seis pacientes. Asimismo se realizaban diariamente la visita médica, con el médico internista asistente de turno, el cual comenzaba aproximadamente las 8 am y consistía en presentar al paciente, por parte de la interna, e informar el progreso (clínico y exámenes auxiliares) y la evolución de los pacientes, se discutía sobre el mejor enfoque diagnóstico, procedimientos, así como la mejor terapéutica individualizada par cada caso, y además se actualizaban los planes y pendientes con cada paciente.

Posterior a la visita se procedía a efectivizar los pendientes quedados de cada paciente.

Adicionalmente contábamos con clases académicas con los médicos de turno del piso de medicina. Las reuniones se realizaban en un ambiente dedicado a docencia llamado “escuelita”, las reuniones se realizaban a las 12 pm; el contenido académico era variable de acuerdo a los días de la semana, los Lunes se realizaban exposiciones “revista de revista” donde los encargados de exponer (interno y residente de su lado) buscaban artículos actualizados, en

de revistas internacionales y de prestigio, cuyo fin era brindar nueva información así como incentivar a la discusión de su viabilidad en la aplicación, en el hospital y en nuestra realidad, del contenido y resultados del artículo expuesto; los Martes se exponían temas de medicina interna (Gastroenterología, Neumología, Reumatología, etc.); los Miércoles se discutían casos clínicos de los mismos pacientes hospitalizados que aún no contaban con un diagnóstico preciso o no están yendo bien en el plan y tratamiento dado, para poder realizar una discusión entre los internos, médicos residentes y médicos asistentes, y con todo lo discutido terminar dando nuevas sugerencias de diagnósticos y manejos; los jueves se exponía otro tema de medicina interna; y los Viernes se presentaban casos clínicos “llamativos” de poca frecuencia que se tuvo en hospitalización.

La interna contaba con guardias diurnas y nocturnas de 12 horas en el servicio emergencia de medicina 1 vez por semana. Las últimas guardias del mes de marzo aumentaron los casos exponencialmente, y en emergencia la interna atendió a pacientes con sintomatología del virus SARS-CoV-2, que luego pudieron ser confirmados.

El año 2020 con la pandemia de la enfermedad COVID-19 los internos de medicina fueron separados de sus actividades, y luego se convocó la reincorporación voluntaria al internado médico en el mes de Noviembre hasta Abril del presente año, en donde la interna, aceptando el retorno, fue asignada al Centro de Salud Santiago de Surco, el cual pertenece a una categoría I-3. Este se encuentra ubicado en el distrito de Santiago de Surco, provincia de Lima. Su horario de atención es de 8 am a 7 pm, y cuenta con los siguientes servicios: Atención integral, medicina general, obstetricia, planificación familiar, inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, programa de prevención y control de tuberculosis, psicología, nutrición, atención dental, servicio social, tóxico, laboratorio y farmacia. Una semana antes de iniciar las actividades se dieron charlas sobre del virus SARS-CoV-2 enfocándose sobre todo en las medidas de bioseguridad debido a que es un centro de salud que tiene área para dicha enfermedad. Volviéndose así un hábito el uso del equipo de protección personal, el lavado de manos, la desinfección de los objetos, y mejorando la manera de poder examinar a los pacientes de una manera más

segura para ambos.

El internado en el centro de salud tuvo un enfoque distinto del que se tiene en un hospital general debido a que se priorizan la prevención y promoción de salud. Por lo cual participamos en muchas campañas que incluían prevención contra la anemia; vacunaciones, al personal de salud, contra el SARS-CoV-2. El área de trabajo de la interna era el Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación o Inmunización (ESAVI), cuya función era la vigilancia y tratamiento de reacciones generadas en los pacientes por parte de la vacuna. También realizamos charlas informativas a colegios, vía zoom, sobre medidas preventivas contra el SARS-CoV-2 en donde nuestros conocimientos pudieron trascender mediante la enseñanza a alumnos, padres de familia, docentes e incluso personal de salud de nuestro centro de labor. Además trabajamos en Telemedicina a través de las teleconsultas y teleinterconsultas, gran opción en estos tiempos, que ayudaron en gran manera a solucionar en parte el problema de salud de los pacientes debido a que nuestro hospital de referencia María Auxiliadora, actualmente solo se encuentra atendiendo presencialmente actividades donde únicamente estén en riesgo la vida de los pacientes.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es un año muy valioso en la carrera médica es una gran oportunidad para llevar a la práctica los conocimientos adquiridos durante la formación médica. Y genera un cambio en el sentido que se tiene mayor responsabilidad con los pacientes, se afronta largas jornadas de trabajo. Se fortalece el trabajo en equipo, donde se trata pacientes y no a las patologías, generando una buena relación médico paciente. Además del seguimiento del proceso de enfermedad y recuperación individual.

A pesar de todas las dificultades presentadas conocidas por todos (gran demanda de atención, hacinamiento, aumento de enfermedades respiratorias, ansiedad poblacional, etc.), se logró integrar habilidades teórico prácticas, en el diagnóstico, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de diversas patologías para la formación como médico cirujano en las rotaciones de Medicina, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría.

Se describen los siguientes casos clínicos desarrollados en el internado médico en las siguientes 4 rotaciones:

1.1 Rotación Medicina Interna

Caso Clínico: Distonía aguda

Un hombre joven de 22 años que se presentó a la emergencia acompañado de 2 amigos que refieren haber estado jugando futbol en un campeonato. Después de 30 minutos de iniciado el juego, él sintió que sus ojos se iban hacia atrás de sus órbitas y su cabeza se iba hacia atrás. Él se asustó mucho por los síntomas y pensó que se iba a morir. Niega algún episodio previo similar.

Paciente afirma que no usa ningún tipo de drogas ilegales; refiere que tres días antes del ingreso recibió su medicación intramuscular regular, que su médico le prescribió para los nervios; no recuerda el nombre del medicamento, pero refiere que la usa desde hace tres años sin haber tenido efectos adversos.

En el examen físico el paciente estaba afebril pero se encontraba sudando y ansioso. Sus latidos cardiacos era de 120 x min, y presión arterial es de 130/90 mmHg, SatO2 98%, temperatura 37°C, sus ojos todavía estaban fijos y rotados atrás de las órbitas, cuello rígido, brazo derecho a la flexión muestra signo de "rueda dentada" marcada y brazo izquierdo ligera "rueda dentada"; el resto de aparatos y sistemas sin alteraciones.

Se planteó la posibilidad diagnóstica de distonía aguda medicamentosa, se recetó Biperideno 5 mg vía intramuscular, se explicó por qué era necesario el uso de anticolinérgicos y se recomendó que consulte a su médico de cabecera para una revisión de sus medicamentos actuales.

Caso Clínico: Intoxicación por cocaína

Un hombre de 29 años fue traído al servicio de emergencia de medicina por policía, fue recogido de un supermercado debido a que había roto una vitrina y había estado insultando a los clientes. Policía refiere que cuando lo encontró, el px estaba agitado y no sabía dónde estaba. La policía estaba considerando arrestarlo pero lo trajeron antes, para descartar alguna patología médica.

Cuando se interrogó al paciente niega antecedentes patológicos y refiere que no toma ninguna medicación. El paciente es poco colaborador, y se encuentra intranquilo; pero con el apoyo de la enfermera y los policías se le realizó el examen físico.

Al examen paciente no podía caminar en línea recta, presenta diaforesis, pupilas midriáticas, frecuencia cardiaca de 140 x min, frecuencia respiratoria 14 x min, presión arterial de 165/110, temperatura en 37,8°C. Por lo cual se le solicitó un electrocardiograma en donde no se evidenció ninguna alteración; 15 minutos después el paciente se puso agresivo, se sacó su vía intravenosa, e intentó salirse de la camilla, por lo cual se le administró Diazepam 10 mg IV. Y luego de 5 minutos se administró 5 mg IV. Luego de la administración de los medicamentos la agitación del paciente fue controlada, por lo cual se dejó en observación por 8 horas al paciente, controlando sus funciones. Después de 8 horas de observación sus síntomas se resolvieron, estaba despierto, alerta y deambulan sin dificultad, y su reexamen no reveló hallazgos preocupantes, por lo que fue dado de alta.

1.2 Rotación Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico: Placenta Previa

Paciente mujer de 38 años de edad, natural y procedente de Lima, Perú, con paridad de G2P1001 y una edad gestacional de 35 semanas llega a

consulta externa refiriendo sangrado de hace 3 horas que se autolimitó. Niega otras molestias. La paciente no tenía antecedentes clínicos ni familiares de importancia y la gestación previa en el año 2018, la cual fue por cesárea debido a estrechez pélvica.

Al examen físico, presión arterial 100/60 mmHg, temperatura 36,5 °C, SatO₂ 98%, frecuencia cardiaca 85/min, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, el examen clínico general dentro de lo normal.

Respecto al examen obstétrico, se palpó un útero grávido de 34 cm de altura uterina con feto único en longitudinal cefálico izquierdo, y con latidos cardiacos fetales 145 x', dinámica uterina era regular.

Se solicitó ecografía trasvaginal. Al día siguiente trae resultados de ecografía que se realizó, donde se informa placenta oclusiva total. Por lo cual se informa a la paciente de su estado actual y por lo que debe estar en observación. Se informa sobre signos y síntomas de alarma (dolor tipo contracción, sangrado vaginal abundante, cefalea, etc.), y que si sucedieran tiene que ir al hospital por emergencia. Se le deja recomendaciones de reposo relativo, evitar relaciones sexuales, evitar tactos vaginales; se explica la necesidad de controles ecográfica posteriores y se deja control en una semana.

Caso Clínico: Infección del tracto urinario en gestante

Paciente mujer de 27 años con 12 semanas de gestación, acude a su segundo control prenatal, trae resultados de examen de orina el cual resultó patológico con leucocitos 12-15 por campo y nitritos positivos. Niega molestias urinarias, niega sensación de alza térmica, niega vómitos. Niega antecedentes de patológicos. Niega RAMS.

Al examen físico: Temperatura 36,5 °C, presión arterial 90/60 mmHg, pulso 70 x min, frecuencia respiratoria de 20 x min, abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, puño percusión lumbar negativo, punto reno-ureterales negativos, el resto de aparatos y sistemas sin alteración.

Diagnóstico: Bacteriuria asintomática.

Tratamiento: Cefalexina 500 mg c/d 6 horas por 7 días; y control una semana culminado el tratamiento, para realizar nuevo examen de orina.

1.3 Rotación Pediatría y Neonatología

Caso Clínico: Invaginación Intestinal

Padre acude al centro de salud refiriendo que hace 30 minutos cuando le estaba cambiando el pañal a su niño de 3 años notó que las heces se veían como una gelatina de color púrpura, además refiere que estaba irritable, se quejaba de dolor y presentó un episodio de vómitos, padre refiere que su niño contaba con buena salud.

Al examen físico, paciente letárgico, hidratado, temperatura 36,5 °C, frecuencia cardíaca 90/min, frecuencia respiratoria 20/min, se destacaba un abdomen blando, depresible, con sensibilidad difusa en hemiabdomen derecho, se palpa masa firme en fosa iliaca derecha.

En base a los antecedentes clínicos se planteó el diagnóstico de invaginación intestinal, se le informa a familiar el probable diagnóstico y necesidad de realización más estudios, por lo cual se lo refiere de emergencia al Hospital María Auxiliadora para su manejo.

Caso Clínico: Diarrea Aguda Infecciosa

Niño de 2 años quien acude a guardería es traído, por mamá, por presentar fiebre y deposiciones con sangre, niega vómitos. Madre refiere que paciente recientemente no ha viajado a ningún lugar, no ha ingerido alimentos fuera de casa y no ha consumido alimentos guardados, gozaba de buena salud, "como de costumbre", hasta hace 3 días cuando empezó a tener diarrea con hasta 5 deposiciones al día. El niño se había vuelto

progresivamente más débil y desinteresado en su entorno. Tomaba pequeñas cantidades de solución de rehidratación oral y prefería dormir. No ha mojado el pañal en las últimas 8 horas, y sus evacuaciones intestinales consisten en moco y pequeñas cantidades de heces sanguinolentas.

Al examen físico, paciente dormido, se despierta al estímulo e irritable pero cómodo en los brazos de sus padres. Su frecuencia cardíaca es de 148/min, frecuencia respiratoria 28/min, temperatura es de 38°C. Mucosas secas y llora sin lágrimas. Hay disminución de la turgencia cutánea. Por lo cual es referido al Hospital María Auxiliadora para manejo especializado.

I.4 Rotación Cirugía

Caso Clínico: Uña encarnada infectada

Paciente de 65 años acude a consulta por dolor en el primer dedo de pie izquierdo desde hace 5 días, con sensación de alza térmica desde hace 2 días. Niega antecedentes patológicos.

Al examen, se evidencia onicocriptosis y flogosis de tejidos periungueales y supuración en el primer dedo del pie

Por lo cual se realizó el procedimiento de onicectomía, previa explicación del procedimiento y consentimiento del paciente.

Procedimiento:

1. Primero se realizó la asepsia y antisepsia con yodopovidona al 10%
2. Se colocó anestesia local con un bloqueo digital utilizando lidocaína al 2% sin epinefrina, y se depositó aproximadamente 2 ml de lidocaína en la base cada lado del dedo afectad
3. Se realizó un torniquete alrededor de la base del orjejo.
4. Con una sonda acanalada se separó la uña de su lecho y se prosiguió

con la retirada total de la lámina ungueal.

5. Luego se colocó un antibiótico tópico (ácido fusídico)
6. Se cubrió la herida con gasa estéril y se fijó con gasas.

Tratamiento ambulatorio:

1. Curación diaria de la herida con agua tibia
2. Aplicación tópica de ácido fusídico
3. Ibuprofeno 400mg c/d 8 horas por 3 días
4. Cefalexina 500 mg c/d 6 horas durante 7 días.

Caso Clínico: Mordedura canina

Paciente mujer de 30 años de edad que acude a consulta con dificultad para deambular acompañada de conocido, refiriendo que hace aproximadamente 3 horas sufre mordedura canina (raza pitbull, perro conocido) en pierna izquierda lo que le genera una herida con dolor intenso tipo punzada y sangrado profuso por lo que realiza compresión en la zona con trapo no estéril, el sangrado disminuye y acude a consulta. Al ingreso paciente con signos vitales estables, sin antecedentes de importancia. Al examen físico referencial de MII de ingreso se observa múltiples lesiones de continuidad, a nivel de 1/3 medio posterior de pierna, las 2 lesiones más grandes de aprox 4x2cm y 3x2 cm, de profundidad que llegan hasta tejido muscular, bordes de la herida irregulares y desvitalizados, con signos de sangrado no activo, aumento de volumen alrededor de las heridas de aproximadamente 3cm de radio, dolor a la palpación superficial. Se explica al paciente sobre la necesidad de realizar procedimiento de limpieza y debridamiento de herida como parte del tratamiento; paciente acepta.

El procedimiento se realizó con los siguientes pasos:

Preparación de material: Guantes estériles, Gasas estériles 10x10, Equipo de curación estéril, NaCl 0.9%, Yodopovidona 10%, Lidocaína 2% sin epinefrina.

1. Asepsia y antisepsia de las lesiones de continuidad y alrededor, con yodopovidona al 10%

2. Anestesia local con lidocaína al 2% sin epinefrina: Se colocó la anestesia, previa aspiración, en los bordes de las lesiones, con la técnica de colocación de la anestesia “en la retirada” de la aguja de forma horizontal; se usó en total 10 cc aprox
3. Irrigación profusa de la heridas con 2 litros de NaCl 0.9%
4. Debridamiento de tejido desvitalizado de los bordes de las heridas con ayuda de la pinza de disección con diente y tijera, estériles.

Se dejó las lesiones de continuidad abiertas para cierre por segunda intención. Y se dejó las siguientes indicaciones médicas

1. Curación con agua y jabón 1 vez al día.
2. Profilaxis antibiótica: Amoxicilina + Acido clavulánico 875/125mg cada 12 horas por 5 días.
3. Analgésicos: Paracetamol 1g cada 8 horas por 3 días
4. Inmunoglobulina Antirrábica
5. Aplicación de toxoide antitetánico
6. Aplicación de vacuna del tétanos
7. Vigilancia y ver signos de alarma en el perro agresor x 2 semanas

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital María Auxiliadora

La primera rotación de Medicina fue desarrollada en el Hospital María Auxiliadora (HMA), perteneciente al Ministerio de Salud, es un establecimiento de nivel III -1 del Cono Sur de Lima Metropolitana, el cual cuenta con la población estimada de 2, 453,674 habitantes al año 2020, y atiende principalmente a los habitantes de los distritos de Villa María del triunfo, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador y Chorrillos (1). Cuenta con los servicios de emergencia, sala de partos, diagnóstico por imágenes, hospitalización, centro quirúrgico, rehabilitación y laboratorio (2).

En el área de hospitalización del servicio de medicina tenía como función principal atender a 6 pacientes hospitalizados, en donde realizábamos diversas actividades como controlar sus funciones vitales, realizar curaciones de heridas, acelerar y cumplir sus exámenes de laboratorios e imágenes solicitadas, realización de procedimientos con la supervisión de un médico docente, hacer interconsultas a diversas especialidades, argumentar en la visita médica sobre las patologías de nuestros pacientes revisando previamente información actualizada y generar aportes a favor del paciente.

En el servicio de emergencia de medicina atendíamos guardia de 12 horas que podían ser nocturnas y diurnas dependiendo del horario establecido, siendo personal de salud de primera línea realizábamos las historias clínicas de

emergencia, planteamientos diagnósticos precoces, diagnósticos diferenciales, tratamiento oportuno y procedimientos de diversas patologías.

2.2 Centro de Salud de Surco

Las rotaciones de Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría fueron desarrolladas en el Centro de Salud Santiago de Surco, el cual pertenece a una categoría I-3. Este se encuentra ubicado en el distrito de Santiago de Surco, provincia de Lima. Su horario de atención es de 8 am a 7 pm, y cuenta con los siguientes servicios: Atención integral, medicina general, obstetricia, planificación familiar, inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo, programa de prevención y control de tuberculosis, psicología, nutrición, atención dental, servicio social, tóxico, laboratorio y farmacia.

El internado en el centro de salud tuvo un enfoque distinto del que se tiene en un hospital general debido a que se priorizan la prevención y promoción de salud. Por lo cual participamos en muchas campañas que incluían prevención contra la anemia; vacunaciones, al personal de salud, contra el SARS-CoV-2. El área de trabajo de la interna era el Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación o Inmunización (ESAVI), cuya función era la vigilancia y tratamiento de reacciones generadas en los pacientes por parte de la vacuna. También realizamos charlas informativas a colegios, vía zoom, sobre medidas preventivas contra el SARS-CoV-2 en donde nuestros conocimientos pudieron trascender mediante la enseñanza a alumnos, padres de familia, docentes e incluso personal de salud de nuestro centro de labor. Además trabajamos en Telemedicina a través de las teleconsultas y teleinterconsultas, gran opción en estos tiempos, que ayudaron en gran manera a solucionar en parte el problema de salud de los pacientes debido a que nuestro hospital de referencia María Auxiliadora, actualmente solo se encuentra atendiendo presencialmente actividades donde únicamente estén en riesgo la vida de los pacientes.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación Medicina Interna

Caso Clínico: Distonía aguda

Las distonías agudas son contracciones involuntarias de grupos de músculos y se caracterizan por síntomas como tortícolis, crisis oculógira y opistótonos. Suelen ser de inicio rápido y muy molestos para los pacientes. Los factores de riesgo de distonía incluyen edad joven, sexo masculino, consumo de cocaína y antecedentes de reacción distónica aguda (3).

Este paciente presenta una crisis oculógira (una reacción distónica aguda que afecta a los ojos). En este caso, la causa probable es el uso de una medicación antipsicótica. Los indicios de esta causa incluyen su historial de recibir medicamentos intramusculares para sus "nervios", así como la marcada rueda dentada que se nota en el examen.

En caso del paciente con síntomas de distonía aguda, se debe proporcionar tratamiento de seguimiento aconsejando al paciente sobre la causa del problema y comunicándose con el psiquiatra o médico o clínica que se le administró o recetó el medicamento.

Para prevenir futuros episodios de distonía aguda, el médico debe recetar medicamentos anticolinérgicos como benztropina oral de 1 a 2 mg una o dos veces al día. En este caso, el médico también debe reevaluar la dosis y el tipo

de medicamento antipsicótico que está tomando este paciente para tratar de prevenir futuros episodios de reacciones distónicas agudas. Si es posible, reducir la dosis o cambiar el tipo de antipsicótico a uno que tenga una menor probabilidad de síntomas extrapiramidales podría ayudar a prevenir futuras reacciones distónicas (3).

Los antipsicóticos son los fármacos más comúnmente señaladas como causa de distonias agudas, siendo los más importantes el haloperidol, la flufenazina y el pimozide. Característicamente la distonía aguda responde de forma rápida al tratamiento anticolinérgico. Se debe administrar biperideno 5 mg vía intramuscular, observándose el efecto terapéutico en el curso de 20 minutos. Ocasionalmente pueden ser necesarias dos aplicaciones más, con intervalos de media hora. El biperideno por vía oral 4-6 mg/día, puede combinarse 24 horas a siete días con el fin de prevenir recurrencia (4).

Caso Clínico: Intoxicación por cocaína

La cocaína sigue siendo una de las causas más comunes de visitas al departamento de emergencias relacionadas con las drogas en los Estados Unidos. La cocaína produce un aumento dependiente de la dosis en la frecuencia cardíaca y la presión arterial acompañado de un aumento de la excitación, un mejor desempeño en las tareas de vigilancia y alerta, y una sensación de confianza en uno mismo, euforia y bienestar. Por lo general, el uso es seguido por un deseo de más droga. La cocaína produce toxicidad en los órganos terminales en prácticamente todos los sistemas orgánicos del cuerpo, principalmente a través de sus efectos hemodinámicos.

En este caso se reconocieron los signos y síntomas de una intoxicación por cocaína, por lo cual se decide pedir un electrocardiograma, el cual es un examen que se debería pedir inicialmente para identificar isquemia y arritmias potenciales. La cocaína es un conocido vasoconstrictor y puede generar problemas cardíacos como lo mencionados.

Se le indicó benzodiacepinas para controlar la agitación aguda. La agitación secundaria a la intoxicación por cocaína es tratada con benzodiacepinas según sea necesario hasta que se controle la agitación. Este paciente debe ser monitoreado por depresión respiratoria e hipotensión. (5)

Las benzodiazepinas constituyen el tratamiento inicial preferido para la mayoría de los efectos tóxicos, como excitación del sistema nervioso central y convulsiones, taquicardia e hipertensión. Los beta-bloqueantes no se recomiendan porque permiten el estímulo alfa-adrenérgico continuo. (6).

3.2 Rotación de Gineco Obstetricia

Caso Clínico: Placenta Previa

La placenta previa se refiere a la presencia de tejido placentario que se extiende sobre el orificio cervical interno. Debido a que esto puede provocar hemorragias graves antes del parto y / o posparto, la placenta previa se asocia con altos riesgos de parto prematuro y morbilidad materna y fetal / neonatal

La palpación de una placenta previa a través de un cuello uterino parcialmente dilatado puede provocar una hemorragia grave por lo cual debe evitarse el examen digital, en el caso de la paciente el manejo fue adecuado debido a que se difirió el tacto vaginal.

Aconsejamos a las mujeres con placenta previa después de las 20 semanas de gestación que eviten cualquier actividad sexual que pueda conducir al orgasmo. No hay estudios publicados que apoyen o refuten esta recomendación. Sin embargo, como se mencionó anteriormente.

También recomendamos a las mujeres asintomáticas que eviten el ejercicio moderado y extenuante, levantar objetos pesados o estar de pie durante períodos prolongados (p. Ej., > 4 horas). Este grado de actividad se ha relacionado con aumentos pequeños pero estadísticamente significativos en el parto prematuro en un metanálisis de estudios observacionales.

También se debe advertir a las mujeres que busquen atención médica inmediata si ocurren contracciones o sangrado vaginal, dado el potencial de sangrado severo y la necesidad de un parto por cesárea de emergencia (7).

Nuestra paciente tenía factores de riesgo para tener placenta previa debido a la cesárea previa y por ser gestante añosa. A nuestra paciente se le brindó información y recomendaciones para el manejo de su condición.

Caso Clínico: Infección del tracto urinario en gestante

Las infecciones del tracto urinario son favorecidas por los cambios morfológicos y funcionales del embarazo. La bacteriuria asintomática, cuya detección y tratamiento son fundamentales durante la gestación, pues se asocia a prematuridad, bajo peso y elevado riesgo de progresión a pielonefritis aguda y sepsis (8). La E. coli es el uropatógeno predominante encontrado tanto para la bacteriuria asintomática e infecciones del tracto urinario en gestantes. Se recomienda realizar el screening de bacteriuria asintomática a toda gestante al menos una vez entre las 12 a 16 semanas de gestación o en el primer control prenatal si ocurre después. En la práctica clínica para el diagnóstico (e inicio del tratamiento) es con $\geq 10^5$ ufc / ml sin obtener un cultivo repetido confirmatorio (8,9).

Para la terapia empírica, normalmente elegimos 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 (p. Ej., alergia a medicamentos). La elección entre ellos debe individualizarse sobre la base de varios factores, incluidos los antecedentes de alergia del paciente, los patrones de práctica local, la prevalencia de resistencia en la comunidad local, la disponibilidad y el costo. Hasta el 30 por ciento de las mujeres no logran eliminar la bacteriuria asintomática después de un ciclo corto de tratamiento. Por tanto, generalmente se recomienda repetir el cultivo como prueba de curación, que puede realizarse una semana después de completar el tratamiento para la bacteriuria asintomática (9).

Para realizar el diagnóstico en nuestra paciente se realizó mediante un examen de orina completo debido a que no contamos con urocultivo en nuestro centro de salud, así mismo luego de los 7 días posteriores de culminar el tratamiento se repite el examen de orina como se refieren en las recomendaciones. Con respecto al manejo se le indicó como tratamiento empírico cefalexina que es una droga segura para la gestación, de bajo costo y disponible en el primer nivel de atención.

3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología

Caso Clínico: Invaginación Intestinal

La invaginación intestinal es la emergencia abdominal más común en la primera infancia, particularmente en niños menores de dos años. La mayoría de los casos en niños son idiopáticos. Y es la causa más común de obstrucción intestinal en este grupo de edad.

La presentación clásica de la invaginación intestinal es un bebé o un niño pequeño con la aparición repentina de dolor abdominal progresivo, intermitente, intenso y con calambres, acompañado de llanto inconsolable y elevación de las piernas hacia el abdomen. Los episodios suelen ocurrir a intervalos de 15 a 20 minutos. Se vuelven más frecuentes y más graves con el tiempo. El vómito es a menudo un síntoma prominente, que a menudo comienza poco después de los primeros episodios de dolor abdominal. Inicialmente, la emesis puede no ser biliosa, pero a menudo se vuelve biliosa a medida que avanza la obstrucción. Se puede sentir una masa abdominal en forma de salchicha en el lado derecho del abdomen. Las heces tienen mucha sangre en hasta el 50 por ciento de los casos, y un 25 por ciento adicional tiene sangre oculta. En algunos casos, las heces pueden ser una mezcla de sangre y mucosas, lo que les da la apariencia de jalea de grosella, pero este es un hallazgo tardío y se observa en una minoría de pacientes.

Los pacientes con una presentación típica o hallazgos característicos en la radiografía o ecografía, pueden proceder directamente a la reducción no quirúrgica utilizando hidrostático (contraste o solución salina) o enema neumático (aire), realizado bajo guía ecográfica o fluoroscópica. En estos casos, el procedimiento es tanto diagnóstico como terapéutico.

Los pacientes con alta sospecha clínica y/o evidencia de imágenes de invaginación ileocólica, signos vitales normales y sin evidencia de perforación intestinal deben tratarse con reducción no quirúrgica, la cual se realiza usando presión hidrostática o neumática por enema es el tratamiento de elección para

un bebé o un niño con invaginación ileocólica, cuando las instalaciones radiológicas apropiadas están disponibles. La reducción del enema tiene altas tasas de éxito en niños con intususcepción ileocólica. En entornos en los que la reducción no quirúrgica no está disponible (p. Ej., En países con recursos limitados), los pacientes con invaginación intestinal generalmente deben tratarse con reducción quirúrgica.

Antes de intentar la reducción mediante enema, se debe estabilizar al paciente y administrarle líquidos por vía intravenosa si hay evidencia de depleción de volumen. Se debe notificar al equipo quirúrgico antes de intentar la reducción no operatoria y permanecer disponible de inmediato porque existe el riesgo de perforación durante el procedimiento. La intervención quirúrgica también puede ser necesaria si la reducción no quirúrgica no logra reducir la invaginación intestinal

En nuestro caso el paciente cumplía con el rango de edad, no contaba con antecedentes patológicos de importancia, y presentó las manifestaciones clínicas típica de la patología por lo cual se realizó la referencia para la realización de exámenes auxiliares y tratamiento oportuno (10).

Caso Clínico: Diarrea Aguda Infecciosa

Si se tiene niño que está deshidratado pero no vomita, hay que determinar el uso apropiado de la terapia de rehidratación intravenosa u oral. Este niño presenta síntomas que sugieren colitis infecciosa con deshidratación. Ha habido una ingesta oral limitada, disminución de la producción de orina y hallazgos de irritabilidad, taquicardia y disminución de la turgencia de la piel, lo que sugiere una deshidratación moderada. El tratamiento inicial debe restaurar el volumen de líquido y mejorar la perfusión tisular con una solución isotónica como la solución salina normal. La vía preferida sería la intravenosa, pero la solución de rehidratación oral por sonda nasogástrica sería aceptable si las soluciones intravenosas no son accesibles. El uso de otras soluciones no es aceptable porque pueden contribuir a un trastorno peligroso de los electrolitos como la hiponatremia (11).

La diarrea infecciosa se maneja mejor asegurándose de que el niño esté adecuadamente hidratado. La shigelosis es la etiología más común de

diarrea invasiva o sanguinolenta entre los niños de países con recursos limitados. Es una causa importante de mortalidad y se asocia con una alta incidencia de bacteriemia, convulsiones y varias otras complicaciones potencialmente mortales. Los niños con shigelosis se benefician del tratamiento con antibióticos. Otras etiologías de la diarrea invasiva incluyen *Salmonella enterica*, *Campylobacter* spp, *E. coli* enterohemorrágica, *E. coli* enteroinvasiva y el parásito protozoario *Entamoeba histolytica* (12).

3.4 Rotación de Cirugía

Caso Clínico: Uña encarnada infectada

La onicocriptosis o uña encarnada es una enfermedad ungueal muy frecuente en atención primaria que conlleva gran molestia e incapacidad para el paciente. Se define como una onicopatía mecánica, causada por la penetración de los bordes laterales y el extremo distal de la lámina ungueal en el tejido blando periungueal, concretamente con el surco ungueal lateral o medial, muchas veces recidivante y frecuente que cursa con dolor y/o inflamación, ocasionando a veces un cuadro infeccioso, con formación de tejido de granulación del pliegue o laterales de la uña.

Los signos y síntomas característicos incluyen dolor, edema, exudado y tejido de granulación. Los factores predisponentes incluyen zapatos mal ajustados, recorte excesivo de la placa ungueal lateral, deformidad de la uña en pinza y traumatismo. El diagnóstico se basa en la apariencia clínica y rara vez es difícil (13).

La onicocriptosis puede presentarse en diferentes estadios dependiendo del grado de inflamación, lo cual condiciona el tratamiento, que puede ser conservador o quirúrgico. Las medidas conservadoras son generalmente apropiadas para lesiones leves a moderadas. Las uñas encarnadas severas o recurrentes generalmente requieren un abordaje quirúrgico (13,14).

Las lesiones de moderadas a graves se presentan con eritema importante, hinchazón e infección secundaria con secreción de exudado. Un abordaje

quirúrgico implica la remoción de la cuña ungueal involucrada:

1. Realice un bloqueo digital adecuado con lidocaína al 1% sin epinefrina.
2. Con una pinza hemostática, inserte el instrumento debajo de la placa ungueal y retire la cuña ungueal afectada con unas tijeras.
3. Retire cualquier tejido de granulación con una cureta.
4. Diluya el peróxido de hidrógeno 1: 1 con agua del grifo y limpie el sitio quirúrgico con hisopos de algodón dos o tres veces al día, seguido de la aplicación de ungüento de bacitracina o mupirocina.
5. Seguimiento en tres o cuatro días para evaluar el tratamiento y la posible formación de espículas con el recrecimiento de las uñas. La formación de espículas puede ocurrir con el recrecimiento; seguimiento en cuatro meses (14).

Caso Clínico: Mordedura canina

La mordedura de perro es la más frecuente de los animales, representa más del 90% (15). En el Perú se registraron alrededor de 55 mil mordeduras de perro al año durante 2014-2018 (16). El sexo masculino es el más afectado, la gran mayoría de casos se dan en la vía pública y los miembros inferiores son los más afectados en adultos (17). Entre 2009 y 2012, se registraron 53 fallecimientos humanos por rabia transmitida por perros, 16 fueron en Haití, 9 en Bolivia, 8 en República Dominicana, 7 en Brasil y 6 en Guatemala (18). En el Perú durante el año 2015-2017 se reportaron 17 casos de rabia (19). La mordedura canina entonces representa un problema de salud pública ya sea tanto por las lesiones, el impacto psicológico (miedo), las secuelas estéticas, la transmisión de enfermedades zoonóticas (rabia), y las complicaciones (celulitis, artritis, sepsis, etc.), y el costo (20).

El abordaje inicial de una mordedura canina debe partir en la investigación del lugar del incidente, que brinda información del lugar donde captar al animal para dar vigilancia; circunstancias de cómo sucedió, si hubo provocación al perro ya que si no la hubo puede reflejar probabilidad de infección rábica en el animal; si el perro y su dueño son conocidos, ya que nos dará información sobre el estado de vacunación del animal (21). En la

anamnesis nuestro caso clínico solo quedo pendiente investigar más sobre si fue un acto provocado o no, además el acompañante (dueño del perro), refirió no tener el carnet de vacunación del animal, aunque aseguraba que sí se le coloco la vacuna antirrábica pero tampoco preciso exactamente hace cuánto tiempo; esto pone en duda muchas veces a la hora de decidir si iniciar la vacunación antirrábica en el paciente.

En el examen físico, las mordeduras caninas pueden ocasionar lesiones tipo abrasiones, punzantes, punzocortantes o avulsión de tejido. Se tiene que observar las características de las lesiones: localización, si son múltiples, profundidad, necrosis de tejidos, tiempo de evolución, ya que de eso depende decidir el tipo de cierre (primario, secundario, terciario), uso de profilaxis antibiótica o antibioticoterapia. (21,22)

El manejo inicial de la mordedura canina es la limpieza de la zona y lesiones como lo realizamos en el caso clínico, cabe precisar que el lavado profuso de la herida inmediatamente tras el incidente es lo más apropiado para evitar infección, posteriormente el uso de soluciones antisépticas (23). En cuanto al uso de exámenes auxiliares, los cultivos de la herida se realizan pasado las 12h del evento o cuando hay signos de infección; la radiografía es de ayuda para descartar fracturas asociadas, cuando las lesiones son profundas que llegan al hueso (22). En nuestro caso clínico no se envió ningún examen adicional ya que eran lesiones de corta evolución y no sobrepaso el musculo.

El cierre primario puede optarse en paciente que tienen lesiones en cara (por estética), el miembros o en tronco, heridas con <12 h de evolución y el tamaño, exceptuando lesiones en manos o pies, lesiones profundas tipo punzantes o aplastamiento, inmunodeprimidos (21,22). Esto es importante ya que en nuestro paciente se optó por un tipo de cierre secundario, pese a que tenía una evolución de 3 horas y estaba la herida en pierna; pero era una herida punzocortante de un tamaño regular además tenía tejido desvitalizado; probablemente también se pudo haber optado un cierre primario ya que la profundidad no era tanta.

Se le dio a nuestro paciente antibioticoprofilaxis debido a que la profundidad sobrepasaba la dermis; existen otros criterios como cierre primario

premature, herida en manos o genitales, compromiso de hueso, inmodeprimidos, etc. Y el ATB de primera línea es la Amoxicilina/ácido clavulánico, y de segunda línea se puede optar por doxiciclina, cotrimoxazol, clindamicina, ciprofloxacino, etc (22)

La prevención antitetánica es importante, el paciente del caso clínico se colocó tanto el toxoide tetánico por ser una herida de alto riesgo (herida profunda) y además se indicó vacunación ya que el paciente no recordaba el número de vacunas antitetánicas que se colocó durante su vida (mínimo 3 para protección) y además refirió hace 10 años no recibe esa vacuna.

En el Perú, la rabia humana es una enfermedad de notificación obligatoria e inmediata, para ello se utiliza la "Ficha de investigación epidemiológica de caso de rabia humana" de la Norma Técnica de Salud N° 131 - MINS/A/2017/DGIESP (24). La prevención antirrábica en nuestro paciente solo se optó solo por la inmunoglobulina antirrábica por ser mordedura profunda, no se colocó vacunación ya que el perro era conocido y podía dar vigilancia durante los primeros 10 días, ya que en animales infectados cuando el virus llega a la saliva o LCR, empiezan a morir a partir de los 10 días (25).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado sin pandemia fue de mucho anhelo, lleno de pruebas y cambios bruscos que luego se fueron consolidando en hábitos y responsabilidades.

Una semana antes del inicio se realizó una inducción y nos fuimos familiarizando con el sistema del hospital.

Ante la situación de emergencia sanitaria de nuestro País, por la pandemia COVID-19, nuestro gobierno a través del Decreto Supremo N° 008-2020-SA, declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional que dictan medidas en el marco de la Pandemia; en cumplimiento de las decisiones gubernamentales que dispusieron la realización y restricción de las actividades de los internos de medicina (26).

Por tal motivo se nos retiró de nuestros centros de labor y luego fuimos reincorporados progresivamente, en mi caso al Centro de Salud Santiago de Surco. En donde fuimos cuatro internos a cargo de la doctora Úrsula Paredes Martínez, médico jefe del C.S Santiago de Surco, la cual no dirigió en el manejo de pacientes en el primer nivel de atención priorizando la prevención y promoción, asimismo como el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Además de conocer sistema de referencias y contrarreferencias, el llenado de la hoja HIS y el formato de atención única.

Nuestras rotaciones en el establecimiento fueron en consulta externa en donde realizamos atenciones médicas de las especialidades de medicina general, ginecología, obstetricia, cirugía y pediatría.

Debido a la situación difícil de pandemia que nos encontrábamos nos adaptamos a la menor cantidad de recursos que tiene el primer nivel de atención, y realizar diagnósticos basándonos primordialmente en la clínica del paciente. Asimismo el abordaje con todas las medidas de bioseguridad posible a pacientes sospechosos de COVID para evitar el contagio, así como educar a la población y dando recomendaciones para combatir la pandemia.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa muy importante y necesaria para complementar los conocimientos teóricos y prácticos del estudiante de medicina, ya que no solo ganas conocimiento científico sino que formas tu carácter médico mediante la convivencia con los pacientes, la identificación con sus dolencias y la comprensión de sus padecimientos; además de la introducción del interno, y aprendizaje, del funcionamiento del sistema de salud. Todo lo aprendido en el internado es la base de futuras etapas como médico.

La experiencia de atender a pacientes en contexto de pandemia fue única y sobre todo de mucha responsabilidad, debido a la menor cantidad recursos humanos y materiales, afrontando los grandes riesgos y el temor al contagio.

Se aplicó la Telemedicina para la resolución y seguimiento de problemas de salud, se aprendió a ser líder, y se involucró al interno en las actividades de la comunidad como las campañas realizadas.

RECOMENDACIONES

Se sugiere implementar un nuevo sílabo adaptado al primer nivel de atención de salud para las especialidades de Medicina, Ginecología Obstetricia, Pediatría y Cirugía.

Se sugiere que el estado elabore y una Ley de Internado, el cual apoye a que los internos del área de salud (medicina, obstetricia, enfermería, etc.) tengan un respaldo legal que garantice su seguridad personal y academia, para evitar abusos y se tenga profesionales competitivos, contentos y motivados al servicio de la población y de la nación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.hma.gob.pe/pdf/estadistica/HospMarAuxiCifras2020.pdf>
2. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.hma.gob.pe/v2/pdf/historia/historia.pdf>
3. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-side-effect-management?search=crisis%20oculogiras&source=search_result&selectedTitle=1~54&usage_type=default&display_rank=1
4. Escobar F, Peña M, Fernández W. Diagnóstico y tratamiento de la distonía aguda [Internet]. Acnweb.org. [cited 2021 Apr 18]. Available from: http://www.acnweb.org/acta/2005_21_4_306.pdf
5. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/cocaine-acute-intoxication?search=intoxicacion%20cocaine&source=search_result&selectedTitle=1~55&usage_type=default&display_rank=1
6. Cocaína [Internet]. Msdmanuals.com. [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/temas-especiales/drogas-recreativas-y-t%C3%B3xicas/coca%C3%ADna>
7. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 19]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management?search=placenta%20previa&source=search_result&selectedTitle=1~116&usage_type=default&display_rank=1

8. Ángel Herráiz M, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:40–6.
9. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion%20del%20tracto%20urinario%20en%20gestantes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
10. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 19]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/intussusception-in-children?search=intusuccion&source=search_result&selectedTitle=1~121&usage_type=default&display_rank=1
11. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypovolemia-dehydration-in-children?search=treatment-of-hypovolemia-dehydration-in-&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
12. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=approach-to-diarrhea-in-children-in-&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
13. Zavala Aguilar K, Gutiérrez Pineda F, Bozalongo de Aragón E. Manejo de la onicocriptosis en atención primaria. caso clínico. *Semergen*. 2013;39(6):e38-40.
14. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-ingrown-toenails?search=u%C3%B1a%20encarnada%20infectada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
15. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=MORDEDURA%20PERRO&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1

16. En el Perú se registra más de 55 mil casos de mordedura de perro al año [Internet]. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/51949-en-el-peru-se-registra-mas-de-55-mil-casos-de-mordedura-de-perro-al-ano>
17. Guerrero MH. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA [Internet]. Edu.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1890/MVARGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. En el Día Mundial contra la Rabia: 88% del territorio peruano está libre de rabia [Internet]. Paho.org. 2013 [cited 2021 Apr 18]. Available from: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2458:en-dia-mundial-contra-rabia-88percent-territorio-peruano-libre-rabia&Itemid=900
19. Laboratorio de Referencia Nacional de Zoonosis Virales, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Situación de la rabia en el Perú, INS, 2015-2017. 2018;24(3):45-51.
20. Morales C, Falcón N, Hernández H, Fernández C. Accidentes por mordedura canina, casos registrados en un hospital de niños de Lima, Perú 1995 - 2009. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(4):639–42.
21. Cánovas CP. Mordeduras y picaduras de animales [Internet]. Seup.org. [cited 2021 Apr 18]. Available from: http://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/24_Mordedura.pdf
22. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=MORDEDURA%20PERRO&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1
23. Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Animal bites in Spain: pediatric guideline for Primary Care. Pediatr aten primaria. 2015;17(67):263–70.
24. Ministerio de Salud Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de prevención y control de metaxénicas y zoonosis. Norma técnica de Salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú (NTS. N° 0131 - MINSA/DGIESP. V. 01, aprobada por R.M. N° 024- 2017/MINSA) [Internet]. 1.a ed. Perú; 2017 [citado 30 de junio de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>

25. Rabia [Internet]. Who.int. [cited 2021 Apr 18]. Available from:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rabies>

Decreto Supremo N° 008-2020-SA [Internet]. Gob.pe. [cited 2021 Apr 19].
Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/483010-008-2020-sa>