



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS Y CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS DURANTE EL  
INTERNADO MÉDICO EN UN CENTRO DE SALUD Y HOSPITALES,  
LIMA-PERÚ 2020**

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

**PRESENTADA POR  
DIANA CCONOCHUILLCA OCON  
GERALDINE FIORELLA NAJARRO BARRIENTOS**

**ASESOR  
DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**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**

**“EXPERIENCIAS Y CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS  
DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN UN CENTRO DE  
SALUD Y HOSPITALES, LIMA-PERÚ 2020”**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**DIANA CCONOCHUILLCA OCON**

**GERALDINE FIORELLA NAJARRO BARRIENTOS**

**ASESORA**

**DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** M.E. María Santibáñez Gutiérrez

**Miembro:** M.C. Mario Heins León Florián

**Miembro:** Mg. Yanire Paty Macedo Alfaro

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a Dios y a nuestros padres, quienes con su mayor esfuerzo nos brindaron el apoyo necesario para culminar nuestros estudios satisfactoriamente. Por ser nuestro soporte en cada etapa de la carrera universitaria; así como también por otorgarnos consejos, confianza y recursos para lograr el objetivo profesional.

Diana Cconochuillca Ocon

Geraldine Fiorella Najarro Barrientos

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestra asesora la Dra. Gloria Maritza Ubillus Arriola, por la orientación y ayuda que nos brindó para la realización del trabajo de suficiencia profesional.

A nuestro tutor del internado, el Dr. Luis Exebio Moya, por las enseñanzas, orientación y buenos consejos que nos brindó para el desarrollo del trabajo de suficiencia profesional.

A nuestros padres por siempre apoyarnos en todo momento en la realización de este trabajo.

A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad De San Martín De Porres por ser la entidad facilitadora de conocimientos que durante todos estos años veló por el aprendizaje de sus alumnos y su formación como futuros médicos.

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	viii
<b>Abstract</b>	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b>	x
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Medicina Interna	1
1.1.1 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre tromboembolismo pulmonar	2
1.1.2 Caso observado en Centro de Salud San Sebastián sobre tiroiditis subaguda de Quervain	2
1.1.3 Caso observado en el HNAL sobre cetoacidosis diabética	3
1.1.4 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre infección del tracto urinario alto complicado	4
1.2 Cirugía General	4
1.2.1 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre apendicitis aguda	4
1.2.2 Caso observado en el HNAL sobre pancreatitis aguda potencialmente grave	5
1.2.3 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre colecistitis aguda	5

1.2.4 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre hemorroides internas grado III	6
1.3 Ginecología y Obstetricia	7
1.3.1 Caso observado en el HNHU sobre desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)	7
1.3.2 Caso observado en el HNHU sobre placenta previa	7
1.3.3 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre vaginitis candidiásica	8
1.3.4 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre amenaza de aborto	8
1.4 Pediatría y Neonatología	9
1.4.1 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre anemia ferropénica leve	9
1.4.2 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre otitis media aguda	9
1.4.3 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre parasitosis intestinal	10
1.4.4 Caso observado en el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona-España sobre mononucleosis infecciosa	10
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>15</b>
3.1 Medicina Interna	15
3.1.1 Caso observado sobre tromboembolismo pulmonar	15
3.1.2 Caso observado sobre tiroiditis subaguda de Quervain	16
3.1.3 Caso observado sobre cetoacidosis diabética	17
3.1.4 Caso observado sobre infección del tracto urinario complicada (ITU complicada)	19
3.2 Cirugía General	20
3.2.1 Caso observado sobre apendicitis aguda	20
3.2.2 Caso observado sobre pancreatitis aguda potencialmente grave	20

3.2.3 Caso observado sobre colecistitis aguda	22
3.2.4 Caso observado sobre hemorroides internas grado III	23
3.3 Ginecología y Obstetricia	23
3.3.1 Caso observado sobre Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)	23
3.3.2 Caso observado sobre placenta previa	24
3.3.3 Caso observado sobre vaginitis candidiásica	24
3.3.4 Caso observado sobre amenaza de aborto	25
3.4 Pediatría y neonatología	25
3.4.1 Caso observado sobre anemia ferropénica leve	25
3.4.2 Caso observado sobre otitis media aguda	25
3.4.3 Caso observado sobre parasitosis intestinal	26
3.4.4 Caso observado sobre mononucleosis infecciosa	27
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	29
<b>CONCLUSIONES</b>	31
<b>RECOMENDACIONES</b>	32
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	33
<b>ANEXOS</b>	36
1. Sistema de puntuación de Wells	37
2. Escala de Alvarado	38
3. Criterios diagnósticos de pancreatitis aguda potencialmente grave	39
4. Clasificación de desprendimiento prematura de placenta normoinserta	40
5. Criterios diagnósticos de colecistitis aguda	41
6. Centro de Salud San Sebastián	42

## RESUMEN

**Objetivo:** Exponer las experiencias de la práctica profesional en las cuatro rotaciones del año de internado médico 2020 realizados en hospitales y en un centro de salud antes y durante la pandemia por COVID 19.

**Metodología:** Estudio observacional y descriptivo. Se analizaron experiencias vividas en el internado médico, actividades académicas y extraacadémicas antes y durante la pandemia por COVID-19. La pandemia por COVID-19 ha causado cambios en la formación de los médicos a nivel mundial, teniendo que adaptarse a las nuevas medidas sanitarias, cambios en la educación presencial y virtualización de muchas actividades. El interno de medicina cumplió un rol positivo en el apoyo a los servicios de salud durante la crisis sanitaria.

**Resultados:** Se logró objetivos y metas trazados por los diversos syllabus adaptados antes y durante el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19 brindados por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad De San Martín De Porres.

**Conclusiones:** El internado es una excelente oportunidad para que el estudiante consolide y lleve a la práctica los conocimientos adquiridos durante la formación médica. A pesar de la crisis sanitaria, se pudo observar, diagnosticar y plantear tratamientos de diferentes casos clínicos relevantes que enriquecieron nuestro aprendizaje al estar en un hospital de tercer nivel de atención y un establecimiento de primer nivel de atención. Durante todo este tiempo de internado médico se logró conocimientos adecuados y concordantes con lo que hoy en día se espera de un médico general, pero, además, egresaremos con las experiencias y quizás ventajas de haber vivido y aprendido en esta crisis sanitaria.

**Palabras claves:** Internado médico, COVID-19.

(fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

**Objectives:** Present the experiences of the professional practice in the four rotations of the year of medical internship 2020 carried out in hospitals and in a health center before and during the COVID 19 pandemic.

**Methodology:** Observational and descriptive study was carried out. Experiences lived in the medical boarding school, academic and extra-academic activities before and during this COVID-19 pandemic were analyzed. The COVID-19 pandemic has caused changes in the training of doctors worldwide, having to adapt to new health measures, changes in face-to-face education and virtualization of many activities. The medicine intern played a positive role in supporting health services during the health crisis.

**Results:** Objectives and goals set by the various syllabus adapted before and during the framework of the health emergency due to COVID-19 were achieved, provided by the Faculty of Human Medicine of the San Martín De Porres University.

**Conclusions:** The internship is an excellent opportunity for the student to consolidate and put into practice the knowledge acquired during medical training. Despite the health crisis, it was possible to observe, diagnose and propose treatments of different relevant clinical cases that enriched our learning by being in a tertiary-care hospital and a first-level care facility. During all this time of medical internship, adequate and consistent knowledge was achieved with what is expected of a general practitioner today, but, in addition, we will graduate with the experiences and perhaps advantages of having lived and learned in this health crisis.

**Keywords:** Medical internship, COVID-19.

(source: MeSH).

## INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2019, en Wuhan (China), se reportaron los primeros casos de una nueva enfermedad asociada al coronavirus y causante de un síndrome respiratorio agudo grave, denominado enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) (1). En el Perú, el 6 de marzo del 2020 se confirmó a la primera persona infectada y para el lunes 16 de marzo del 2020 se declaró estado de emergencia nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación (2). La pandemia por COVID-19 ha causado cambios en la formación de los médicos a nivel mundial, teniendo que adaptarse a las nuevas medidas sanitarias, cambios en la educación presencial y virtualización de muchas actividades.

El internado médico consiste en prácticas preprofesionales, obligatorias, durante el último año curricular de los estudiantes de medicina humana previo al servicio rural y urbano marginal en salud. Se realizan rotaciones en las cuatro grandes especialidades hospitalarias (medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología obstetricia), el cual nos permite consolidar conocimientos teóricos, prácticos y adquirir nuevas competencias tanto en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las diferentes enfermedades del ser humano (3).

El internado médico se inició el 1ero de enero del año 2020 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNU), los cuales corresponden a hospitales del tercer nivel de atención especializados en investigación y docencia, en el departamento de Lima.

Se realizó labores asistenciales y académicas supervisadas por un médico colegiado, asignado por la universidad, en las especialidades de medicina interna y ginecología obstetricia donde se laboró en áreas de hospitalización y emergencia realizando un adecuado llenado de la historia clínica, planteando diagnósticos probables, el manejo de la enfermedad, diferentes procedimientos (toma de muestra de gases arteriales, toma de muestras sanguíneas, paracentesis, especuloscopia, etc.), así como también, conversatorios clínicos y preparación para el examen nacional de medicina (ENAM) todo ello llevado a cabo hasta el 15 de marzo del año 2020. A partir del 16 de marzo del año 2020, debido a la crisis sanitaria, se suspendió toda actividad académica de pregrado en ambientes hospitalarios y los internos fueron retirados de sus labores, de manera indefinida, afectando en ese momento la formación académica.

Así mismo, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), siguiendo las indicaciones de la Resolución Viceministerial 081-2020-MINEDU, decidió el retiro de los internos de medicina de los establecimientos de salud a nivel nacional, dada su condición de estudiantes de último año y que no contaban, en ese momento, con equipos de protección personal adecuados, ni seguros médicos. Posteriormente, el 15 de agosto de 2020, se promulgó el Decreto de Urgencia N° 090-2020, el cual estableció la reanudación de actividades presenciales del internado de manera voluntaria a través de un consentimiento informado; ello como medida para el cierre de brechas de los recursos humanos frente a la pandemia. En dicho decreto se estableció que los internos debían laborar en áreas no COVID del establecimiento, supervisados por un tutor asignado por la universidad correspondiente y en un régimen de 15 días de asistencia continua (lunes a sábado de 7:00 a 13:00 horas) cumpliendo con un máximo de dos guardias diurnas, seguidos de 15 días de descanso y de esa manera alternar dos grupos de internos cada mes. Así mismo, el decreto de urgencia estableció derechos temporales, mientras estuvo vigente el estado de emergencia sanitaria, como pruebas periódicas rápidas de descartar COVID-19, un estipendio mensual de 930 soles, equipos de protección personal y seguro de salud y vida (4).

En el mes de setiembre, la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, realizó un curso virtual de capacitación sobre Medidas de Prevención y Control del COVID-19 enfocados en clases formativas sobre la fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y manejo de las complicaciones del SARS-COV-2, así como también sobre el uso correcto de equipos de protección personal, todo ello como parte de nuestra preparación previo a la reanudación del internado.

Se retornó al internado médico, de manera voluntaria, el 1ero de octubre del año 2020, en el Centro de Salud San Sebastián, el cual es un establecimiento categoría I-3 de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Centro compuesto por diferentes servicios como medicina general, obstetricia, nutrición y psicología donde se realizó actividades específicamente preventivo-promocionales y académicas en los servicios anteriormente mencionados. En dicho centro de salud se aprendió fundamentalmente el funcionamiento del primer nivel de atención.

El internado médico es importante en la formación médica debido a la adquisición de valores, actitudes, conocimientos y destrezas que serán de utilidad como futuros médicos.

El presente trabajo pretende exponer experiencias de la práctica profesional en las cuatro rotaciones del año de internado médico realizados en hospitales y en un centro de salud antes y durante la pandemia.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es importante para consolidar los diversos conocimientos y experiencias adquiridas a lo largo de la carrera.

Los internos de medicina, guiados por médicos, obtienen mayor destreza y responsabilidad debido al contacto directo con diversos pacientes. Al final del internado son evaluados todos los conocimientos adquiridos durante la carrera en el Examen Nacional de Medicina. Aprobar este examen y finalizar el internado es requisito para colegiarse y ejercer la profesión de médico cirujano en territorio peruano (5).

La experiencia del internado durante esta pandemia en las distintas especialidades médicas ha permitido aprender más sobre el trabajo en atención primaria de salud.

Se logró la correcta elaboración de las historias clínicas y evoluciones de los pacientes para llegar a un diagnóstico presuntivo adecuado, así como también una adecuada obtención de muestras y análisis de los resultados. Cada semana tuvimos conversatorios clínicos y quirúrgicos sobre un tema en específico que nos ayudó a consolidar nuestros conocimientos. Sin embargo, debido a la crisis sanitaria y retiro de internos de los ambientes hospitalarios, no se pudo acceder muchas veces a sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos neonatales debido al alto riesgo de contagio de COVID-19.

### **1.1 Medicina Interna**

En la rotación por la especialidad de medicina interna, los casos más relevantes fueron los siguientes:

### **1.1.1 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre tromboembolismo pulmonar:**

Paciente varón de 26 años acudió, al consultorio externo de medicina del Centro de Salud San Sebastián, refiriendo que desde hace aproximadamente 2 días presentó dolor en hemitórax izquierdo, tipo punzada, 6/10 de intensidad, tos seca con partículas de sangre, alza térmica no cuantificada, sin disnea.

Sin antecedentes patológicos de importancia, ni traumatismo reciente en la zona de dolor. Refería que últimamente tenía una vida sedentaria, permaneciendo casi todo el día sentado, sin salir a la calle. En consultorio se realizó el sistema de puntuación de Wells (ver anexo n°1) (12) para calcular la probabilidad pretest de tromboembolismo pulmonar, obteniendo como resultado una probabilidad intermedia. Ante la sospecha de un posible tromboembolismo pulmonar, el paciente fue derivado a emergencia del HNAL para completar exploración y exámenes correspondientes.

Examen físico: Frecuencia cardiaca: 105 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, presión arterial: 120/60mmHg, saturación de oxígeno: 96%, temperatura axilar: 37.5°C.

Paciente en buen estado general, normohidratado y en adecuado estado de nutrición. En la exploración cardiovascular los ruidos cardiacos fueron rítmicos, sin soplos. En la exploración respiratoria se evidenció disminución de murmullo vesicular en base de hemitórax izquierdo, sin presencia de estertores patológicos. El abdomen estuvo depresible, blando, sin dolor a la palpación superficial ni profunda, no se palpó visceromegalia ni masas, ruidos hidroaéreos presentes de buena intensidad y tono. A nivel de los miembros inferiores no presentó edema, signo de Homans negativo y ausencia de otros signos que hagan sospechar trombosis venosa profunda.

### **1.1.2 Caso observado en Centro de Salud San Sebastián sobre tiroiditis subaguda de Quervain:**

Paciente femenina de 57 años acudió, a consultorio externo de medicina del Centro de Salud San Sebastián, refiriendo que desde hace aproximadamente

2 semanas presentó fiebre cuantificada vespertina (temperatura axilar: 38.4°C), asociado a escalofríos y malestar general. Mencionó que desde hace 5 días presentó dolor en región cervical que se irradió hacia la mandíbula, notando “sensación de bulto en la cara anterior del cuello”, dolorosa a la palpación, así mismo, tos con expectoración amarillenta, sin disnea ni dolor torácico. Negó pérdida de peso e hiporexia.

La paciente fumaba cuatro cigarrillos al día, sin otros hábitos tóxicos. No presentó antecedentes patológicos ni alergias a medicamentos.

Antecedentes familiares: Hijo pequeño con cuadro clínico similar desde hace una semana, pendiente evaluación médica. Madre fallecida de cáncer de mama, sin otros antecedentes familiares de importancia.

Se le hizo una exploración física completa, donde se palpó un bocio difuso en la cara anterior de la región cervical, doloroso, más acusado en el lado derecho. Como datos de importancia: No se palpó linfadenopatías, ni visceromegalia, la faringe algo eritematosa.

### **1.1.3 Caso observado en el HNAL sobre cetoacidosis diabética:**

Paciente varón de 25 años, con obesidad y diagnóstico reciente de diabetes tipo 1 en tratamiento irregular con insulina; sin presencia de alergias a medicamentos. Acudió a emergencia del HNAL con historia de 2 días de dolor abdominal difuso, hiporexia, astenia, agitación y vómitos en 3 oportunidades. Ingresó a emergencia consciente, en mal estado de hidratación (disminución de la turgencia de la piel, mucosas orales secas, presión venosa yugular baja), taquicárdico (FC: 103 lpm), frecuencia respiratoria dentro del rango normal (FR: 17 rpm), saturación de oxígeno en 96%.

Al examen físico: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultó soplos, murmullo vesicular pasó bien en ambos campos pulmonares, sin estertores. Sin otro hallazgo físico importante.

#### **1.1.4 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre infección del tracto urinario alto complicado:**

Paciente mujer de 26 años con antecedente de relaciones sexuales sin protección, sin otros antecedentes patológicos ni alergias a medicamentos. Acudió a consultorio externo del Centro de Salud San Sebastián refiriendo que, desde hace aproximadamente 48 horas presentó sensación de alza térmica no cuantificada, náuseas y vómitos en dos oportunidades, asociado a dolor en región lumbar derecha, tipo punzada, 6/10 de intensidad que se irradió a hipogastrio. Mencionó que, al cuadro clínico anteriormente descrito, se le agregó disuria, urgencia miccional y que a pesar de haber tomado analgésicos no logró evidenciar mejoría.

Funciones vitales: temperatura axilar de 37.8°C, frecuencia cardiaca de 87 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, saturación de oxígeno de 97%, presión arterial de 121/62 mmHg.

Al examen físico: Paciente en buen estado general, normohidratada y con buen estado de nutrición. Presentó puño percusión lumbar derecha positivo, puntos renoureterales negativos, no se evidenció otros hallazgos patológicos.

### **1.2 Cirugía General**

Durante la rotación por la especialidad de cirugía general, los casos más relevantes fueron los siguientes:

#### **1.2.1 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre apendicitis aguda:**

Paciente varón de 30 años, sin antecedentes patológicos, acudió a consultorio de medicina del Centro de Salud San Sebastián por cuadro clínico, de aproximadamente 12 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal persistente, tipo opresivo, de intensidad 7/10, a nivel periumbilical, sin causa aparente, además de alza térmica no cuantificada, anorexia, náuseas y vómitos en 3 oportunidades de contenido alimentario. Refirió que, al cabo de aproximadamente 5 horas, el cuadro doloroso anteriormente mencionado se

exacerbó y migró a fosa iliaca derecha con intensidad 9/10 y que empeoró con el esfuerzo físico, por lo que acudió al centro de salud.

Al examen físico, el paciente con fascie de dolor, normohidratado, se evidenció fiebre con T° axilar de 38.5°C, tórax simétrico sin deformidades óseas, el abdomen simétrico sin deformidades ni cicatrices y con dolor a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha de intensidad 9/10 y de tipo opresivo, signo de McBurney y signo del Psoas positivos.

### **1.2.2 Caso observado en el HNAL sobre pancreatitis aguda potencialmente grave:**

Paciente mujer de 60 años, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 desde hace aproximadamente 20 años, en tratamiento regular con losartán y metformina respectivamente.

Paciente ingresó por emergencia del HNAL, refiriendo que desde hace aproximadamente el día anterior presentó dolor en hemiabdomen superior irradiado a región dorsal, tipo opresivo, intensidad 8/10, que no calmaba con ninguna posición. Mencionó que el cuadro doloroso anteriormente citado incrementó en intensidad, asociado a náuseas y vómitos en 2 oportunidades de contenido biliar, distensión abdominal y ausencia de eliminación de flatos y deposiciones.

Al examen físico: temperatura axilar de 37.0°C, frecuencia cardiaca de 92 lpm, frecuencia respiratoria de 23 rpm, presión arterial de 120/70 mmHg y saturación de oxígeno de 97% (FiO2 0.21). Distensión abdominal, ruidos hidroaéreos ausentes, a la auscultación timpánico, dolor a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen superior sin reacción peritoneal, ausencia de masas y de visceromegalias.

### **1.2.3 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre colecistitis aguda:**

Mujer de 43 años, obesa, acudió a consultorio externo del centro de salud San Sebastián, refiriendo que desde hace 2 días presento dolor abdominal tipo cólico, en epigastrio e hipocondrio derecho, con náuseas y vómitos. Negó

antecedentes patológicos personales y familiares.

Al examen: Paciente en regular estado general, fascie dolorosa, pálida, con presión arterial 110/60 mmHg, frecuencia respiratoria de 16 rpm, frecuencia cardíaca de 96 lpm, fiebre (temperatura axilar de 38.0 °C), tórax simétrico sin deformidades óseas, abdomen simétrico sin deformidades ni cicatrices con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho; Murphy positivo.

Al aplicarle los criterios diagnósticos, aceptados en la actualidad, que se basan en las Guías Tokio desarrolladas en el año 2013 y modificadas en 2018 (TG18/TG13) (ver anexo n°5) (6), cumplió con criterios de sospecha diagnóstica de colecistitis aguda (signo de Murphy positivo, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, fiebre).

#### **1.2.4 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre hemorroides internas grado III:**

Mujer de 62 años, gran multípara, acudió a consultorio externo de medicina del Centro de Salud San Sebastián, refirió desde hace aproximadamente 1 año estreñimiento, dolor al defecar y sangrado rojo rutilante a la defecación, acompañado de un “bulto” que sobresalía por la región anal y que se lograba reducir con la mano. Negó antecedentes patológicos personales y familiares.

Al examen: Paciente en regular estado general, fascie dolorosa, con presión arterial 120/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 16 rpm, frecuencia cardíaca de 86lpm, temperatura de 37.0°C, tórax simétrico sin deformidades óseas, abdomen simétrico sin deformidades ni cicatrices sin dolor a la palpación superficial ni profunda.

Inspección en posición genupectoral: Se valoró las hemorroides (saco hemorroidal edematizado, pero con color normal).

Tacto rectal: Se evidenció paquetes venosos prolapsados en radio 5 y 7, que reducían manualmente. Se descartó otras causas de rectorragia y se valoró el tono del esfínter anal.

### **1.3 Ginecología y Obstetricia**

En la rotación por la especialidad de ginecología y obstetricia, los casos clínicos relevantes fueron los siguientes:

#### **1.3.1 Caso observado en el HNHU sobre desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI):**

Tercigesta de 40 años con 39 semanas de edad gestacional, acudió al servicio de emergencia de obstetricia del HNHU presentando desde hace 3 horas dolor abdominal intenso y sangrado vaginal rojo oscuro de inicio súbito. Refirió ausencia de pérdida de líquido amniótico y no percibir movimientos fetales. Antecedente de preeclampsia en el parto anterior.

Al examen físico se evidenció funciones vitales estables, útero grávido y ocupado por feto único activo con latidos cardiacos fetales de 120 lpm, movimientos fetales disminuidos.

Al tacto vaginal: cérvix posterior, duro, incorporado 25%. Presencia de sangrado vaginal rojo oscuro escaso y sin coágulos.

Se planteó el diagnóstico de DPP debido a que cumplió con la presencia de signos y síntomas como: Sangrado vaginal, que ocurre entre el 2 a 5 % de todas las gestaciones; de todos estos casos, una cuarta parte puede ser por desprendimiento de placenta normoinserta (70-80 %); dolor abdominal; sensibilidad o dolor uterino (66 %); tono uterino aumentado (34 %); sangrado oculto (20-35 %) (7,8).

#### **1.3.2 Caso observado en el HNHU sobre placenta previa:**

Segundigesta de 38 años, con 32 semanas de edad gestacional, acudió al servicio de emergencia de obstetricia del HNHU por presentar, desde hace 5 horas, hemorragia vaginal indolora, rojo brillante de presentación insidiosa, escasa. Refirió percibir movimientos fetales y no pérdida de líquido amniótico. Antecedente de cesárea hace aproximadamente 2 años.

Al examen físico se evidenció funciones vitales estables, útero grávido ocupado por feto único activo con latidos cardiacos fetales de 140 lpm,

movimientos fetales presentes.

Especuloscopía: Se evidenció sangrado rojo rutilante de escasa cantidad de origen uterino, descartando otras causas locales de la hemorragia.

Tacto vaginal: No se recomienda realizar en casos de placenta previa, por lo tanto, no se le realizó a la paciente.

### **1.3.3 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre vaginitis candidiásica:**

Mujer de 37 años acudió a consultorio externo de obstetricia del Centro de Salud San Sebastián por presentar, desde hace 10 días, leucorrea de color blanco, tipo “requesón” y prurito vulvovaginal de moderada intensidad. Refirió haberse realizado duchas vaginales y medidas higiénicas inadecuadas. Negó antecedentes patológicos personales y familiares.

Al examen físico presentó funciones vitales estables.

A la especuloscopía: se evidenció leucorrea blanquecina grumosa, adherida a paredes vaginales, sin mal olor, cérvix epitelizado, mucosa vaginal eritematosa.

### **1.3.4 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre amenaza de aborto:**

Primigesta de 24 años, con 11 semanas de gestación por ecografía del primer trimestre, acudió a consultorio externo de obstetricia del Centro de Salud San Sebastián por presentar, desde hace 8 horas, dolor leve en el hipogastrio y sangrado vaginal escaso. Negó antecedentes patológicos personales y familiares.

Examen físico: funciones vitales estables.

Al tacto vaginal: cérvix cerrado.

A la especuloscopía: se evidenció restos sanguíneos escasos en vagina sin visualizarse sangrado activo. Se descartó otras causas locales del sangrado vaginal.

## **1.4 Pediatría y Neonatología**

En la especialidad de pediatría y neonatología, los casos clínicos más relevantes fueron los siguientes:

### **1.4.1 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre anemia ferropénica leve:**

Niño de 2 años y 3 meses de edad fue traído por su madre a consultorio externo del Centro de Salud San Sebastián, por presentar desde hace 2 días falta de apetito, decaimiento. No presentó fiebre, tos, diarrea, vómitos ni otros síntomas.

Antecedentes: Nació a las 39 semanas de edad gestacional, peso adecuado al nacimiento, lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, desde entonces toma leche entera de vaca. Desde el año, comió escasa carne y dieta variada, la misma alimentación que el resto de su familia, en poca cantidad. No siguió regularmente el control del niño sano, vacunaciones completas acorde a su edad.

Examen físico: Palidez leve de piel y mucosas. Funciones vitales estables. Tórax simétrico sin deformidades óseas, abdomen simétrico sin deformidades ni cicatrices.

### **1.4.2 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre otitis media aguda:**

Lactante varón de 10 meses de edad fue traído por su madre, al consultorio externo del centro de salud San Sebastián, por presentar desde hace aproximadamente 24 horas, irritabilidad, llanto, se tocaba la oreja izquierda, no podía dormir por la noche. Madre niega fiebre, tos, diarrea, vómitos u otros síntomas.

Antecedente: Hace una semana presentó resfrió común.

Nacido a las 40 semanas de edad gestacional, de parto eutócico, peso adecuado al nacimiento y lactancia materna exclusiva hasta la actualidad. Acudió a sus citas programadas de control del niño sano.

Presentó vacunaciones completas acorde a su edad.

Examen físico: Afebril, tórax simétrico sin deformidades óseas, abdomen simétrico sin deformidades ni cicatrices.

Otoscopia: Membrana timpánica izquierda congestiva, abombada, sin presencia de otorrea y disminución de la movilidad.

#### **1.4.3 Caso observado en el Centro de Salud San Sebastián sobre parasitosis intestinal:**

Paciente mujer de 10 años, procedente de Pucallpa, acudió a consultorio externo de medicina interna del Centro de Salud San Sebastián, refiriendo que, desde hace aproximadamente 2 días antes del ingreso, después de ingerir agua contaminada, presentó dolor tipo cólico en epigastrio y mesogastrio, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario (en 2 oportunidades) y falta de apetito. Acudió al consultorio debido a la intensificación del dolor abdominal asociado a vómitos en 2 oportunidades y ausencia de deposiciones y eliminación de flatos. La madre mencionó que su hija no presentaba antecedentes patológicos ni alergias a medicamentos.

Al examen físico se le encontró taquicárdica (frecuencia cardiaca en 102 lpm), frecuencia respiratoria dentro del rango normal, quejumbrosa, no presentó fiebre y con ictericia en escleras de leve intensidad.

En la exploración abdominal, los ruidos hidroaéreos disminuidos de intensidad, el abdomen era blando, depresible y doloroso de manera difusa a la palpación superficial y profunda. No se palpó adenopatías ni visceromegalia. El resto del examen físico fue no contributorio.

#### **1.4.4 Caso observado en el Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona-España sobre mononucleosis infecciosa:**

El presente caso fue observado en el servicio de pediatría del Hospital Josep Trueta, como parte de una rotación externa en enero del 2019, el cual permitió un conocimiento más amplio sobre esta enfermedad.

Paciente varón de 16 años, sin antecedentes patológicos ni alergias a medicamentos, acudió a emergencia refiriendo que, desde hace 3 días

aproximadamente, presentó fiebre cuantificada (temperatura axilar de 38.5°C), que cedió parcialmente con paracetamol; malestar general, fatiga y dolor de garganta.

Al examen físico la orofaringe se encontró eritematosa con exudados amigdalares de color gris verdoso asociado a petequias palatinas y presencia de adenopatías en región cervical posterior de gran tamaño y linfadenopatías generalizadas. Así mismo a la palpación presentó esplenomegalia, el resto de la exploración física fue normal.

Los casos clínicos anteriormente mencionados se observaron en su mayoría en el Centro de Salud San Sebastián, donde se realizó una adecuada historia clínica y exploración física para llegar a los posibles diagnósticos. Debido a que el centro de salud corresponde al primer nivel de atención y no cuenta con todos los exámenes de laboratorio e imágenes especializados, se derivó a los pacientes, con enfermedades de mayor complejidad, al HNAL.

La realización del internado médico fue una experiencia enriquecedora debido a que permitió usar todos los conocimientos teóricos aprendidos en las aulas de la universidad para el diagnóstico y manejo de las patologías. Así como también, al ser la primera promoción en continuar el internado en centros de salud, nos permitió un conocimiento detallado del primer nivel de atención que será de beneficio al realizar el servicio rural urbano marginal.

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

En el primer trimestre del año 2020 se realizó el internado en el HNAL y en el HNHU, donde se mantuvo contacto directo con los pacientes y se pudo participar en la realización de diversas cirugías y procedimientos en sala de operaciones.

La pandemia obligó desde el 16 de marzo de 2020 a suspender temporalmente las prácticas intrahospitalarias, con la intención de evitar el contagio de los estudiantes porque aún no se podía asegurar las medidas y equipos de bioseguridad. La suspensión del internado médico por un periodo aproximado de seis meses fue una situación nueva en el Perú y para nosotros como estudiantes de pregrado.

Al mismo tiempo se enfrentó una situación complicada ante el deber de quedarse en los hogares para disminuir el contagio, vivir las consecuencias de la interrupción de los estudios, exposición a problemas de salud mental y por otra parte sentir un fuerte deseo, propio de la vocación, de querer ser partícipes y colaboradores en momentos de crisis sanitaria a nivel mundial. Esto generó una necesidad de innovar nuevas formas de docencia en el área médica y desafíos para implementar opciones en corto plazo que permitan a los internos de medicina el poder aprender y ayudar en estas circunstancias. Para lo cual la universidad brindó clases académicas virtuales para potenciar nuestras habilidades médicas en los diversos campos clínicos.

La rotación por la especialidad de medicina interna se desarrolló en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), ubicado en la provincia de Lima, distrito de Cercado de Lima. Es un establecimiento del Ministerio de Salud que corresponde a la categoría III-1 que fomenta la investigación y docencia en

salud, así mismo pertenece al tercer nivel de atención con capacidad resolutive para atender diferentes necesidades de salud de la población a través de emergencia, consulta ambulatoria, hospitalización y unidad de cuidados intensivos. Es un hospital altamente especializado que brinda servicios con énfasis en promoción, protección de la salud, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud (9).

El HNAL continúa siendo referente para el resto de las instituciones de salud del país, brindando facilidades para la atención oportuna de personas de escasos recursos que no cuentan con ningún tipo de seguro en salud (9).

La rotación por la especialidad de ginecología y obstetricia se desarrolló en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, ubicado en la provincia de Lima, Distrito de El Agustino. Es un establecimiento perteneciente al Ministerio de Salud que corresponde a la categoría III-1 que desarrolla su actividad dentro de la jurisdicción asignada por la Dirección de Salud Lima-Este. Recibe pacientes, en forma permanente, referidos por las postas, centros de salud y hospitales de la jurisdicción Lima Este que no cuentan con especialidades de alta complejidad. Atiende a más de 2 millones de personas procedentes de distritos como El Agustino, Ate, La Molina, etc. (10).

Al retornar al internado, éste se realizó en el Centro de Salud San Sebastián perteneciente al primer nivel de atención, donde se desarrolló principalmente actividades de promoción de salud, control de daños a la salud, prevención de riesgo, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad.

Las rotaciones de cirugía y pediatría se llevaron a cabo en el Centro de Salud San Sebastián, ubicado en Cercado de Lima, el cual es un establecimiento perteneciente a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y que corresponde a la categoría I-3 sin internamiento del primer nivel de atención. Cuenta con consultorios externos de medicina, de pediatría, de obstetricia, de psicología y de odontología. Además, dispone de otros servicios como radiología, servicio social, laboratorio clínico y tóxico de cirugía. Atiende a más de 200 pacientes, al mes, que proceden del distrito de Cercado de Lima (11). Dentro de las patologías más frecuentes que son atendidas, en el Centro de Salud, corresponden a enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas;

así como también enfermedades del sistema respiratorio. Los pacientes con patologías de mayor complejidad son referidos al Hospital Nacional Arzobispo Loayza y al Hospital San Bartolomé (11).

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Con los conocimientos aprendidos durante los 6 años de la carrera de medicina humana, se planteó diagnósticos y manejos de los casos anteriormente descritos, supervisados por el tutor del internado.

### **3.1 Medicina Interna**

#### **3.1.1 Caso observado sobre tromboembolismo pulmonar:**

En el servicio de emergencias del HNAL se le realizó pruebas complementarias:

Radiografía de tórax sin evidencia de cardiomegalia ni alteraciones a nivel pleuroparenquimal. Ecocardiograma con ritmo sinusal a una frecuencia cardiaca de 98 lpm sin otros datos patológicos aparentes. Hemograma: con leve neutrofilia, resto de valores dentro del rango de normalidad; bioquímica con valores dentro del rango de normalidad. Perfil de coagulación: fibrinógeno elevado (760 mg/ml), dímero D elevado (18090 ng/ml), tiempo de protrombina normal (13.4 seg), INR: 2.5.

Gasometría: pH: 7.42, presión parcial de oxígeno en 78.7 mmHg, presión parcial de CO<sub>2</sub> 36.5 mmHg, saturación de oxígeno en 97%, bicarbonato en 23 mmol/L.

Por los hallazgos patológicos en las pruebas que se le realizaron, el paciente fue hospitalizado en el pabellón de medicina interna para continuar con más estudios.

Posteriormente, se le realizó una angiotomografía computarizada de arterias pulmonares con hallazgos de tromboembolismo pulmonar bilateral, masivo en hemitórax izquierdo, con leve derrame pleural izquierdo. Así mismo, se le hizo

una ecografía doppler venosa de ambos miembros inferiores sin hallazgos patológicos que sugieran trombosis venosa profunda.

La ecografía abdominal y el ecocardiograma sin hallazgos patológicos.

El resultado del hemocultivo fue negativo, serología para VIH, VHB, VHC, CMV negativos. Valores de ANCA y ANA negativos.

Durante la estancia hospitalaria, presentó estabilidad hemodinámica con buena evolución sin precisar oxígeno. Al alta, se le pautó tratamiento con acenocumarol durante 6 meses con seguimiento del tratamiento en el Centro de Salud San Sebastián.

En este caso, en el consultorio externo, se reconoció los factores de riesgo y signos de alarma de la enfermedad por lo que se aplicó adecuadamente la escala de puntuación de Wells (ver anexo n°1) (12), el cual nos indicó probabilidad intermedia de tromboembolismo pulmonar, sin embargo, también se sospechó de otras patologías como neumotórax, neumonía, pericarditis, insuficiencia cardíaca, etc., por lo que se derivó al paciente de manera inmediata a emergencia del HNAL para completar estudios y confirmar el diagnóstico. El tratamiento en un paciente hemodinámicamente estable con tromboembolismo pulmonar se basa principalmente en brindar anticoagulantes, donde el tiempo de duración es variable en cada paciente.

### **3.1.2 Caso observado sobre tiroiditis subaguda de Quervain:**

Se le solicitó hemograma completo el cual fue normal, TSH y T4L normales, PCR elevada y anticuerpos antitiroglobulina positivos.

Radiografía de tórax sin alteraciones patológicas.

Ante los exámenes de laboratorio alterados, se derivó a la paciente al servicio de endocrinología del HNAL, donde le solicitaron ecografía cervical y le iniciaron tratamiento con metamizol a la espera de los demás resultados.

En la ecografía cervical se visualizó imágenes pseudonodulares dispersas correspondiente a una probable tiroiditis. Posteriormente, se le solicitó una gammagrafía tiroidea donde se observó ausencia de captación del radiofármaco compatible con la sospecha de tiroiditis subaguda de Quervain.

Se le realizó punción aspiración con aguja fina, con hallazgos sugerentes de tiroiditis subaguda, el hemocultivo y demás exámenes serológicos fueron negativos.

Con el diagnóstico de tiroiditis subaguda de Quervain y debido a que la paciente presentó dolor intenso, se le inició tratamiento con prednisona 40mg al día durante 10 días, con posterior pauta descendente.

La paciente presentó evolución favorable, con mejoría clínica, sin dolor y fiebre. Continuó con sus controles en el Centro de Salud debido a su eutiroidismo y por el posible riesgo de progresión a hipotiroidismo.

Es importante el seguimiento a los pacientes (valorando alteraciones en las pruebas de función tiroidea cada dos a ocho semanas), concretamente en esta enfermedad, debido al riesgo de evolución a hipertiroidismo o hipotiroidismo (13).

El tratamiento de los pacientes con tiroiditis subaguda debe dirigirse a aliviar el dolor y la sensibilidad tiroidea. Generalmente se brinda terapia antiinflamatoria con aspirina o un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE); si no mejora el dolor en dos o tres días de tratamiento, se suspende el AINE y se inicia tratamiento con prednisona. Así mismo, se puede usar prednisona como terapia inicial en pacientes con dolor intenso (13).

Algunos pacientes no ameritan tratamiento debido a que presentan síntomas leves o están remitiendo cuando buscan atención médica y se establece el diagnóstico. La terapia para el hipertiroidismo o hipotiroidismo no suele ser necesaria porque los síntomas, si están presentes, son leves y de corta duración (13).

### **3.1.3 Caso observado sobre cetoacidosis diabética:**

Se le realizó exámenes de laboratorio: Hemograma normal, glucosa sérica en 410 mg/dl.

Examen de orina no patológico, presencia de cetonas en orina mediante tira reactiva.

Urea y creatinina plasmática dentro del rango normal. Cetonemia, osmolaridad plasmática en 310 mOsm/L.

Se le solicitó análisis de gases arteriales: pH: 7.10; HCO<sub>3</sub>: 5.5 mmol/L; PCO<sub>2</sub>:

14 mmHg; K: 4.2 mg/dl; Na+: 135 mg/dl.

Se le realizó electrocardiograma sin hallazgos patológicos aparentes.

Por los hallazgos laboratoriales, anteriormente expuestos, se le diagnosticó cetoacidosis diabética moderada y se le inició hidratación agresiva con solución salina isotónica (cloruro de sodio al 0.9%) por vía endovenosa para expandir el volumen extracelular y estabilizar el estado cardiovascular.

Debido a que el potasio estuvo dentro del rango normal no se administró potasio.

Posteriormente, se le administró un bolo intravenoso de insulina regular (0.1 unidades por kg de peso corporal) seguido en cinco minutos por una infusión continua de insulina regular de 0.1 unidades por kg por hora.

Se le realizó controles seriados de glucosa sérica, gases arteriales y electrolitos. Luego de 4 días se logró iniciar la insulina por vía subcutánea, se resolvió la acidosis y el paciente se tornó comunicativo y orientado.

La cetoacidosis diabética generalmente se desencadena por un evento infeccioso previo (neumonía o infección del tracto urinario) así como también por la suspensión o insuficiencia de la terapia con insulina como en el caso anteriormente expuesto (14).

El tratamiento implica la hidratación enérgica con solución salina isotónica para la corrección de la hipovolemia; administrar cloruro de potasio endovenoso si el potasio sérico es menor de 3.3 mEq/l; administrar insulina intravenosa en dosis bajas en todos los pacientes con cetoacidosis diabética de moderada grave que tengan un potasio sérico mayor o igual a 3.3 mEq/l. Los pacientes con un potasio sérico inicial por debajo de 3.3 mEq/l deben recibir una reposición intensiva de líquidos y potasio antes del tratamiento con insulina. La terapia con insulina debe retrasarse hasta que el potasio sérico esté por encima de 3,3 mEq/l para evitar complicaciones como paro cardíaco, arritmias cardíacas y debilidad de los músculos respiratorios (14).

La administración de bicarbonato de sodio para ayudar a corregir la acidosis metabólica es controvertida, se pueden beneficiar los pacientes con un pH arterial menor o igual a 6.9 (14).

El monitoreo frecuente es esencial y los eventos precipitantes subyacentes deben identificarse y corregirse (14).

### **3.1.4 Caso observado sobre infección del tracto urinario complicada (ITU complicada):**

Debido a que la paciente presentó sensación de alza térmica no cuantificada, náuseas y vómitos, dolor lumbar, puño percusión lumbar derecha positivo, disuria y urgencia miccional, con los hallazgos clínicos se sospechó de ITU complicada, por lo que se le solicitó beta-HCG en sangre el cual fue negativo, hemograma y examen de orina completo.

Hemograma: Hemoglobina de 13,2 g/dl, hematocrito de 42%, segmentados en 75%, linfocitos 23%, leucocitos en 16500 células/mm<sup>3</sup>, bastonados 2%  
Bioquímica: urea, creatinina y glucosa dentro del rango de normalidad.

Examen completo de orina: de color amarillo turbio, leucocitosis (50 a 60 leucocitos por campo), hematíes de 11 a 18 por campo, piuria, células epiteliales en regular cantidad, gérmenes tres cruces.

No se solicitó urocultivo debido a que el establecimiento, al ser de categoría I-3, no cuenta con este examen de laboratorio.

Con lo anteriormente expuesto se inició tratamiento empírico con cefalexina de 500mg, 1 tableta vía oral cada 6 horas por 5 días (fármaco disponible en el petitorio del establecimiento de salud) para tratar la ITU complicada.

En la siguiente consulta la paciente refirió mejoría del cuadro clínico.

La ITU complicada es una ITU aguda con cualquier característica que sugiera que la infección se extiende más allá de la vejiga como fiebre, escalofríos, alteración del estado mental, dolor lumbar y sensibilidad en el ángulo condrocostal. Según esta definición, la pielonefritis es una ITU complicada, independientemente de las características del paciente (15).

Los uropatógenos relevantes incluyen generalmente escherichia coli, pero también otras enterobacteriaceae, otros bacilos gramnegativos como pseudomona eruginosa, estafilococos, etc.

Debe sospecharse de ITU complicada en pacientes con disuria, urgencia miccional, dolor suprapúbico que también tienen fiebre y escalofríos. Específicamente debe sospecharse de pielonefritis aguda en pacientes que presenten fiebre y dolor lumbar, incluso en ausencia de síntomas típicos de cistitis. También se sospecha de ITU en pacientes con bacteriuria y piuria que tienen signos inespecíficos de enfermedad sistémica o en pacientes con fiebre no localizada o septicemia.

Para los pacientes con sospecha de ITU aguda complicada, se envía análisis de orina, como en el caso expuesto y cultivo. Las imágenes generalmente se reservan en aquellos pacientes que tienen sospecha de obstrucción del tracto urinario, los que están gravemente enfermos, tienen síntomas recurrentes o los que tienen síntomas persistentes a pesar de 48 a 72 horas del tratamiento antibiótico apropiado (15).

El diagnóstico de ITU aguda complicada se realiza en pacientes que tienen hallazgos clínicos consistentes, así como bacteriuria y piuria. El diagnóstico es poco probable si no hay piuria (15).

El tratamiento ambulatorio es aceptable en pacientes con ITU aguda complicada de gravedad leve a moderada que pueden estabilizarse con antibióticos orales en un centro ambulatorio con un seguimiento estrecho (15). Para pacientes ambulatorios sin factores de riesgo de infección por gram negativos multidrogaresistentes se sugiere el uso de fluoroquinolona oral, como levofloxacino o ciprofloxacino, sin embargo, ambos fármacos no estaban disponibles en ese momento en el petitorio del establecimiento por lo que se le medicó con cefalexina obteniendo resultados igual de favorables para la paciente (15).

## **3.2 Cirugía General**

### **3.2.1 Caso observado sobre apendicitis aguda:**

En el Centro de Salud San Sebastián se le solicitó exámenes de laboratorio, en el cual se evidenció leucocitosis (leucocitos: 15000 células/mm<sup>3</sup>) con desviación a la izquierda, por lo que al aplicar la Escala de Alvarado (ver anexo n°2) (16), resultó en un puntaje de 8 por lo que se evidenciaba alta certeza de una apendicitis aguda. Debido a que el Centro de Salud corresponde a una categoría I-3, se le refirió inmediatamente a emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

### **3.2.2 Caso observado sobre pancreatitis aguda potencialmente grave:**

La analítica sanguínea mostró una urea: 95 mg/dl; creatinina: 3.9 mg/dl; glucemia de 700 mg/dl; K: 5.2 mEq/L; Na: 137 mEq/L; amilasa sérica: 1100

U/L; Hto: 56%; plaquetas: 250000; leucocitos: 16500 células/mm<sup>3</sup> (12% de abastados). Se inició manejo para pancreatitis aguda potencialmente grave y diabetes mellitus tipo 2 descompensada.

Se le indicó oxigenoterapia por cánula binasal, 7 litros de solución salina y analgesia con opioides; la evolución fue desfavorable debido a que refirió dolor en hemiabdomen superior de mayor intensidad, marcada distensión abdominal con ruidos hidroaéreos ausentes, mucosa oral seca, disminución en el flujo urinario y signo del rebote positivo de manera generalizada por lo que se continuó con la resucitación con cristaloides.

A las 13 horas de evolución, paciente continuó con muy mal estado general, mucosa oral reseca, soporosa a pesar de la instauración de la fluidoterapia agresiva.

Se le realizó tomografía computarizada sin contraste de la región abdominal, evidenciándose edema pancreático con mayor compromiso de la parte proximal del cuerpo del páncreas y de la cabeza pancreática, con gas en su parénquima. Además, se evidenció neumoperitoneo y derrame pleural bilateral.

La paciente ingresó a sala de operaciones donde se halló necrosis pancreática y vesícula biliar gangrenada, se le realizó colecistectomía de manera convencional más necrosectomía pancreática y se le colocó bolsa de Bogotá.

Posteriormente, la paciente pasó a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con Escore de APACHE II al ingreso de 25, SOFA de 12 y con los diagnósticos siguientes: Insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, shock séptico, insuficiencia renal aguda no oligúrica, post operada inmediata de colecistectomía convencional más necrosectomía pancreática por pancreatitis aguda necrotizante infectada, diabetes mellitus tipo 2 descompensada e hipertensión arterial. Durante su estancia en UCI recibió soporte vasopresor durante 3 días, ventilación mecánica, antibioticoterapia con meropenem, fluidoterapia, infusión de insulina, analgesia continua y gastroprotección. En su noveno día en UCI se le inició nutrición enteral mediante sonda nasogástrica con fórmula especial para paciente diabético. Fue dada de alta de UCI a las 3 semanas de su ingreso, posteriormente se halló un absceso peri pancreático residual sin disfunción orgánica asociada, por lo que sólo

requirió manejo antibiótico presentando respuesta favorable.

Debido a que la paciente es diabética crónica e hipertensa, las manifestaciones clínicas comunes de una pancreatitis aguda pueden estar enmascaradas por lo que en el caso resultó difícil precisar qué evento se presentó primero: la pancreatitis aguda o la gangrena vesicular.

La paciente cursó con un cuadro típico de pancreatitis aguda debido a que presentó dolor en hemiabdomen superior “en cinturón” asociado a elevación de la amilasa sérica más de 3 veces el valor de referencia normal, así mismo presentó signos de falla renal, signos de alarma (derrame pleural, signo del rebote abdominal y un score BISAP>3), hallazgos tomográficos (derrame pleural, neumoperitoneo) y hallazgos analíticos (Hematocrito > 44%, APACHE II > 8 y SOFA > 6) lo cual nos permitió clasificarlo como pancreatitis aguda potencialmente grave (ver anexo n°3) (17) debido a la presencia de más de una alteración orgánica.

A la paciente se le manejó de manera adecuada con resucitación salina fisiológica, analgesia con opioides y dieta absoluta. Sin embargo, la respuesta de la paciente al manejo inicial fue mala progresando a disfunción multiorgánica, debido a eso se le tuvo que realizar una tomografía abdominal sin contraste endovenoso para hallar la causa aparente del cuadro clínico y donde se halló enfisema pancreático, vesícula biliar engrosada con gas en su interior sin litiasis, neumoperitoneo y derrame pleural bilateral. Debido al hallazgo anteriormente mencionado, se le inició antibioticoterapia y se llevó a la paciente a sala de operaciones donde se corroboró necrosis pancreática infectada. La paciente recibió un manejo adecuado en UCI, sin embargo, desarrolló una complicación tardía de la pancreatitis aguda grave que fue el absceso peri pancreático pero que no estuvo asociado a falla multiorgánico por lo que respondió adecuadamente a la antibioticoterapia sin llegar a requerir ningún otro proceso invasivo.

### **3.2.3 Caso observado sobre colecistitis aguda:**

Debido a que el centro de salud corresponde a una categoría I-3 y no se dispone de ecógrafo, ni sala de operaciones, se le refirió inmediatamente a emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para que le realicen una

ecografía abdominal y el manejo más especializado.

La analítica debe constar de hemograma, pruebas de coagulación, bioquímica completa, incluyendo el perfil hepático y PCR. Como la paciente presenta fiebre, se debe tomar hemocultivos.

### **3.2.4 Caso observado sobre hemorroides internas grado III:**

Debido a que el centro de salud corresponde a una categoría I-3 y, por lo tanto, no se dispone de sala de operaciones, se le refirió inmediatamente a consultorio externo de cirugía del HNAL para que le realicen una anoscopia, una rectosigmoidoscopia rígida y le brinden un manejo más especializado.

Como medidas generales se le recomendó la adición de fibra a la dieta unido a la ingesta abundante de líquidos, debido a que ello reduce el esfuerzo al defecar. Así mismo se le recomendó restricción de alimentos o bebidas irritantes del recto y canal anal, al igual que establecer un horario habitual para defecar y evitar periodos prolongados en el aseo.

## **3.3 Ginecología y Obstetricia**

### **3.3.1 Caso observado sobre Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI):**

Manejo del DPPNI grado 1 (leve): Ver anexo n°4 (18).

Medidas generales:

- Canalizar una vía endovenosa con catéter venoso periférico N° 18 e iniciar infusión de solución salina 0,9 % x 1000 cc.
- Monitoreo permanente de signos vitales.
- Monitoreo fetal continuo.
- Reposo absoluto.

Medidas específicas:

Al ser un DPPNI con feto mayor de 34 semanas se culmina el embarazo por la mejor vía, en este caso fue cesárea porque la gestante tiene factores de riesgos como ser añosa (40 años), tercigesta, antecedente de preeclampsia en embarazo anterior.

Además, se evidenciaba movimientos fetales disminuidos.

### **3.3.2 Caso observado sobre placenta previa:**

Manejo: hospitalización

El tratamiento conservador está indicado porque:

- La hemorragia no es grave.
- El estado hemodinámico materno es estable.
- Feto vivo, sin signos de pérdida del bienestar, ni malformaciones incompatibles con la vida.
- La edad gestacional es inferior a 36 semanas y hay inmadurez pulmonar fetal.
- No existen otras complicaciones médicas u obstétricas del embarazo que contraindiquen la prolongación de la gestación.

El manejo se basa en el control intrahospitalario, a través de:

- Canalizar una vía endovenosa con catéter venoso periférico N° 18 e iniciar infusión con cloruro de sodio 0,9 % 1000cc a 60 gotas/minuto.
- Maduración pulmonar con corticoides por ser un feto  $\leq$  34 semanas.
- Control del bienestar fetal.
- Evitar tactos vaginales.
- Mantener la hemoglobina  $\geq$  10 g/dl y el hematocrito materno  $\geq$  30%.
- Reposo absoluto.

Una vez cedida la hemorragia, el estado materno-fetal fue adecuado, se planteó el manejo ambulatorio tras 72 horas de ausencia de hemorragia, recalcándole a la gestante que acuda a emergencia del hospital si presentaba un nuevo episodio hemorrágico, por pequeño que sea.

### **3.3.3 Caso observado sobre vaginitis candidiásica:**

En el Centro de Salud San Sebastián se le brindó el siguiente tratamiento:

- Fluconazol 150mg vía oral en una dosis.
- Tratamiento tópico: Clotrimazol crema al 1% 5g transvaginal por 3 a 7 días o comprimido vaginal de 100mg diario por 7 días o comprimido vaginal de 500mg dosis única.

### **3.3.4 Caso observado sobre amenaza de aborto:**

Debido a que el centro de salud corresponde a una categoría I3 y no se dispone de ecógrafo, se le refirió inmediatamente a emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para que le realicen una ecografía transvaginal y precisar la viabilidad fetal, características del saco gestacional, realizar medidas del saco gestacional y del feto, descartar otras patologías.

Como medidas generales se le recomendó reposo absoluto, abstención de relaciones sexuales y se tranquilizó a la paciente.

## **3.4 Pediatría y Neonatología**

### **3.4.1 Caso observado sobre anemia ferropénica leve:**

En el Centro de Salud San Sebastián se le brindó, como tratamiento, dosis vía oral 3 mg/kg/día durante 6 meses continuos con jarabe de Sulfato Ferroso o jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico.

Control de la hemoglobina al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento.

Factores para tener en cuenta en el tratamiento: debe ser administrado alejado de las comidas con algún alimento rico en vitamina C.

El pronóstico del paciente fue bueno y los conteos sanguíneos retornaron a su normalidad en tres meses. El paciente después de concluido su tratamiento continuó con la suplementación preventiva con hierro.

### **3.4.2 Caso observado sobre otitis media aguda:**

En el Centro de Salud San Sebastián se brindó como tratamiento:

- Sintomático. El tratamiento de elección es la analgesia que se puede indicar en las primeras 48 horas, con ibuprofeno 5-10mg/kg/dosis o paracetamol 15mg/kg/dosis.
- Antibioterapia: Tratamiento antibiótico de primera línea es la amoxicilina 80-90 mg/kg/día por 10 días.

El paciente respondió muy bien al tratamiento médico y el cuadro remitió por completo.

Medida preventiva: No utilizar hisopos por peligro de daño a la membrana timpánica.

### **3.4.3 Caso observado sobre parasitosis intestinal:**

Con lo expuesto anteriormente, se hizo diagnóstico de una posible obstrucción intestinal por lo que se solicitó radiografía simple de abdomen en bipedestación, el cual fue realizado en el mismo centro de salud. El hallazgo de la radiografía fue la presencia de múltiples niveles hidroaéreos y dilatación de asas intestinales.

Se solicitó exámenes de laboratorio donde destacaba un hematocrito en 45%; hemoglobina 14.5 g/dl; leucocitosis (leucocitos: 12500 células/mm<sup>3</sup>); segmentados en 80%; sin eosinófilos; PCR de 340 mg/dl; hiperbilirrubinemia directa (bilirrubina total 3.5mg/dl y bilirrubina directa de 2.9mg/dl); hipoalbuminemia de 1.3g/dl; urea: 60mg/dl; creatinina:1.3mg/dl; elevación del GGT en 183mg/dl (TGO y TGP dentro del rango normal). Los exámenes serológicos para VHC, VIH fueron negativos, el HBsAg fue negativo.

Debido a la alta sospecha de obstrucción intestinal mecánica se hizo referencia a emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

La madre refiere que, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, debido a todo el cuadro clínico, los hallazgos de laboratorio y la radiografía de abdomen, le realizaron laparotomía exploratoria de urgencia por una probable obstrucción intestinal mecánica. En los hallazgos intraoperatorios se evidenció dilatación de asas del intestino delgado que demarcaban en su superficie formas lineares de *Ascaris lumbricoides*, por lo que se procedió al cierre de la pared abdominal y continuación con manejo médico antihelmíntico con mebendazol 50mg cada 12 horas por 3 días, vía oral, evolucionando favorablemente.

La ascariasis es una parasitosis intestinal frecuente en climas cálidos y húmedos; tiene alta prevalencia en zonas donde las prácticas de saneamiento son subóptimas y al consumo de agua y alimentos contaminados que contienen huevos del nemátodo intestinal. Hay una mayor incidencia en personas de 2 a 10 años y de igual forma las complicaciones de este parásito (obstrucción intestinal o biliar, pancreatitis, apendicitis aguda, etc.) son más frecuentes en ese rango de edad, debido al mayor número de ejemplares del

parásito y la migración intraluminal característica (19).

En el caso anteriormente mencionado no se sospechó de parasitosis intestinal por lo que no se pidió parasitológico seriado, debido a que la paciente presentaba clínica y radiología más sugestiva de obstrucción intestinal mecánica, por lo que se hizo referencia a emergencia de dicho hospital para un manejo más adecuado.

#### **3.4.4 Caso observado sobre mononucleosis infecciosa:**

Ante la sospecha de leucemia aguda, linfoma, VIH o mononucleosis infecciosa, el paciente fue hospitalizado para más estudios. El laboratorio mostró leucocitosis (leucocitos: 18000 células/mm<sup>3</sup>) con linfocitosis (61.2%), con un 23% de monocitos. El frotis en sangre periférica evidenció linfocitos atípicos (en > 10% del total de linfocitos) y presencia de monoblastos. Las enzimas hepáticas (TGO y TGP) elevadas. El estudio serológico anti-VIH 1 y 2 fue negativo, de igual manera fueron negativos los anticuerpos anti-hepatitis B, C y anti-citomegalovirus IgG, IgM.

Se le realizó una prueba de anticuerpos heterófilos el cual resultó reactivo para el virus de Epstein Barr, confirmándonos el diagnóstico de mononucleosis infecciosa.

El paciente recibió tratamiento sintomático: AINES para el tratamiento de la fiebre, las molestias en la garganta y el malestar general. También recibió una adecuada hidratación, nutrición y se recomendó reposo absoluto. El paciente progresivamente demostró mejoría y fue dado de alta sin mayores complicaciones.

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad aguda producida por el virus de Epstein Barr, muy común en adolescentes y adultos jóvenes. se caracteriza clásicamente por la presencia de fiebre, faringitis, adenopatías y en algunos casos esplenomegalia y petequias palatinas. Las complicaciones suelen ser raras e incluyen obstrucción de vías aéreas y rotura esplénica predominantemente. En el caso anteriormente mencionado, el hallazgo laboratorial resultó ser muy importante debido a la presencia de linfocitosis absoluta, con una proporción aumentada de linfocitos atípicos y de enzimas hepáticas que junto con el hallazgo clínico son altamente sugestivas de

mononucleosis infecciosa. Debido a la alta sospecha del diagnóstico se realizó una prueba de anticuerpos heterófilos, siendo reactiva dicha prueba para el virus del Epstein Barr sin necesidad de realizar otras pruebas diagnósticas. Al paciente se le manejo con tratamiento sintomático de apoyo, sin necesidad de administrar aciclovir ni corticoesteroides debido a que no presentó obstrucción inminente de las vías respiratorias. El paciente evolucionó favorablemente (20).

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

El inicio del internado, antes de la pandemia, se llevó a cabo en las especialidades de medicina interna del HNAL y gineco-obstetricia en el HNHU.

En el HNAL, en la especialidad de medicina interna, previo al inicio de nuestras labores, se nos brindó una inducción sobre el trabajo del interno en diferentes áreas y medidas de bioseguridad. Posteriormente, nos asignaron un tutor que estaba a cargo de aproximadamente 6 camas y de las cuales nos encargamos de realizar las historias clínicas, evoluciones, toma de muestras y análisis de éstas, acompañar a los pacientes a los servicios para los exámenes especiales (como radiografía, tomografía, etc.) y participar en las visitas médicas diarias. Cada semana se nos asignó un tema correspondiente a la especialidad y en la cual debíamos elaborar una ponencia y hacer discusión sobre el tema en el auditorio del hospital. Cumplimos guardias diurnas y nocturnas en el área de emergencia, donde hicimos actividades asistenciales supervisadas por el médico a cargo y médicos residentes.

En el HNHU, en el servicio de gineco-obstetricia, se realizó ciertas actividades propias de la labor médica, como entrevistar a los pacientes, responder llamados, dejar indicaciones médicas (siempre bajo supervisión de un médico asistente), comunicarse con familiares, escribir evoluciones clínicas, realizar educación al paciente y su familia, asistir en procedimientos, y colaborar en los planes y decisiones clínicas que se toman sobre los pacientes. Además, se ejecutó la elaboración de las historias clínicas de los pacientes, historias ambulatorias que asignaron y se pusieron a consideración del médico asistente respectivo, para que hiciera las observaciones, dictará las prescripciones respectivas y las firmara.

Esta primera experiencia nos enseñó las actitudes y aptitudes que debe tener el futuro médico, así como también pusimos en práctica todo lo aprendido previamente en la universidad.

Posteriormente, a mediados de marzo, debido a la crisis sanitaria por el COVID-19, se interrumpió la continuidad presencial del internado por un tiempo indefinido, sin embargo, continuamos con nuestra preparación médica a través de clases virtuales con nuestros tutores de la universidad para la preparación del Examen Nacional de Medicina.

A mediados de octubre se retornó a un Centro de Salud del primer nivel de atención, donde se rotó principalmente por los servicios de medicina interna, pediatría y obstetricia, donde se vio patologías predominantes en la población circunscrita al establecimiento de salud. Se hizo campañas de lavado de manos, vacunación canina, diferentes curaciones (de úlceras varicosas, heridas, etc.), suturas menores en el tópic de cirugía, especuloscopia, tomas de muestra de secreción vaginal y campañas de planificación familiar.

El Centro de salud permitió establecer una relación médico paciente más cercana y con enfoque centrado en la persona, familia y comunidad. Estas actividades fortalecieron la cobertura de necesidades de salud que fueron postergadas en el contexto de la pandemia por COVID 19.

A pesar de la alta demanda de elementos de protección personal, y su eventual escasez, tal y como ha sido descrito en publicaciones en otros países (Rose, 2020) (21), fue posible contar con elementos de protección personal en nuestro internado médico.

## CONCLUSIONES

1. La pandemia por COVID-19 ha puesto en evidencia que el conocimiento en la medicina es extremadamente dinámico.
2. El internado es una excelente oportunidad para que el estudiante consolide y lleve a la práctica los conocimientos adquiridos durante la formación médica. Para optimizar este proceso se requiere de asesoría y retroalimentación continua, labor que debe estar a cargo de un tutor designado por la universidad.
3. Los internos de medicina son importantes en muchos campos clínicos, por lo que permitirles incorporarse en los equipos de salud puede mejorar la atención de los pacientes, aumentar la eficiencia de un servicio de atención y trabajar a distancia a través de la telemedicina.
4. A pesar de la crisis sanitaria, se pudo observar, diagnosticar y plantear tratamientos de diferentes casos clínicos relevantes que enriquecieron nuestro aprendizaje.
5. El Primer Nivel de Atención cumple un rol imprescindible para el adecuado funcionamiento del sistema de salud y debe garantizar el acceso equitativo a los servicios esenciales para toda la población peruana. Al ser la primera promoción que continuó el internado en centros de salud, aprendimos el funcionamiento de los diferentes servicios que lo componen y realizamos actividades orientadas sobre todo a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
6. Durante todo este tiempo de internado médico se logró conocimientos adecuados y concordantes con lo que hoy en día se espera de un médico general, pero, además, egresaremos con las experiencias y quizás ventajas de haber vivido y aprendido en esta crisis sanitaria.

## RECOMENDACIONES

- Es necesario formular un reglamento de prácticas preprofesionales para ciencias de la salud que defina adecuadamente las obligaciones y derechos de los internos de las diversas carreras de salud.
- Se debe implementar intervenciones que permitan fortalecer el primer nivel de atención del sistema sanitario peruano.
- El internado debe ser llevado a cabo tanto en el primer nivel de atención como en un hospital de mayor complejidad para conocer patologías relevantes en cada escenario.
- Las sedes docentes de los diversos establecimientos de salud deben ser cercanas al domicilio del estudiante de medicina para prevenir el contagio COVID-19 en el transporte público y la toma segura de alimentos en el domicilio.
- Trabajar siempre y de manera continua con el personal que labora en el establecimiento de salud, realizando talleres de sensibilización sobre el COVID 19, enfocado en la importancia de medidas de protección básicas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
2. El Peruano - Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 - DECRETO SUPREMO - N° 044-2020-PCM - PODER EJECUTIVO - PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>.
3. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *An la Fac Med*. 2016;77(1):31-8.
4. DOCUMENTO\_TECNICO.pdf [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO\\_TECNICO.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf).
5. Morán-Ortiz J, Cabani-Ravello L. Aprobar el Examen Nacional de Medicina será obligatorio para ejercer como médico cirujano en el Perú. *Acta Med Perú*. 2019;36(1):3-4.
6. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018; 25:41-54.

7. Tikkanen M. Etiology, Clinical manifestations, and prediction of placental abruption. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2010; 89: 732-740.
8. Elsasser DA, Ananth CV, Prasad V, Vintzileos AM and For the New Jersey- Placental Abruption Study Investigators. Diagnosis of Placental Abruption: Relationship between Clinical and Histopathological Findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010; 148(2): 125.
9. Hernández JCG. Memoria Anual del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018. 2018;69.
10. Historia [Internet]. Hospital Nacional Hipólito Unanue. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>.
11. Directorio [Internet]. DIRIS LIMA CENTRO. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dirislimacentro.gob.pe/directorio/>.
12. Machado Villarroel L, Dimakis Ramírez DA, Machado Villarroel L, Dimakis Ramírez DA. Enfoque diagnóstico de la tromboembolia pulmonar. *Acta Médica Grupo Ángeles*. febrero de 2017;15(1):36-46.
13. Burman K. Subacute thyroiditis - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/subacutethyroiditis?search=tiroiditis%20s ubaguda%20de%20querva%C3%ADn&source=search\\_result&selectedTitle=2~58&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H18315772](https://www.uptodate.com/contents/subacutethyroiditis?search=tiroiditis%20s ubaguda%20de%20querva%C3%ADn&source=search_result&selectedTitle=2~58&usage_type=default&display_rank=2#H18315772).
14. Hirsch I., Emmett M. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=cetoacidosis%20diab%C3%A9tica&source=search\\_re sult&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=cetoacidosis%20diab%C3%A9tica&source=search_re sult&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2).
15. Hooton T., Gupta K. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefritis%20aguda&source=search\\_result&selectedTitl e=1~95&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2923745](https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefritis%20aguda&source=search_result&selectedTitl e=1~95&usage_type=default&display_rank=1#H2923745).

16. Martin R., Kang S. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnosticevaluation?search=puntuaci%C3%B3n%20alvarado&sectionRank=1&usage\\_type=default&anchor=H989288087&source=machineLearning&selectedTitle=1~3&display\\_rank=1#H989288087](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnosticevaluation?search=puntuaci%C3%B3n%20alvarado&sectionRank=1&usage_type=default&anchor=H989288087&source=machineLearning&selectedTitle=1~3&display_rank=1#H989288087).
17. Arroyo A., Aguirre R., Echenique S. pancreatitis aguda grave asociada a gangrena vesicular. Rev Gastroenterol Perú. 2014;34(1):63-8.
18. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. INMP, 2018.
19. Leder K. Ascariasis - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/ascariasis?search=ascaris%20lumbricoïdes&source=search\\_result&selectedTitle=1~44&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H3293273](https://www.uptodate.com/contents/ascariasis?search=ascaris%20lumbricoïdes&source=search_result&selectedTitle=1~44&usage_type=default&display_rank=1#H3293273).
20. Aronson M., Auwaerter P. Infectious mononucleosis - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/infectious-mononucleosis?search=mononucleosis%20infecciosa&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H45](https://www.uptodate.com/contents/infectious-mononucleosis?search=mononucleosis%20infecciosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H45).
21. Rose S. (2020). Medical Student Education in the Time of COVID-19. JAMA 323, 2131-2132.

## **ANEXOS**

## ANEXO N°1

Criterio	Calificación
Signos y síntomas clínicos de ETV	3.0
EP diagnóstico más probable	3.0
Frecuencia cardiaca > 130 latidos/minuto	1.5
Inmovilización o cirugía en las cuatro semanas previas	1.5
EP o ETV previos	1.5
Hemoptisis	1.0
Cáncer	1.0
< 2.0: Riesgo bajo de EP	
2.0-6.0: Riesgo moderado de EP	
> 6.0: Riesgo alto de EP	
> 4.0: EP probable	
< 4.0: EP poco probable	

### Sistema de puntuación de Wells

(Elaborado: Villaroel M., et al.)

## ANEXO N°2

### Modified Alvarado score for diagnosis of appendicitis

Feature	Point
Migratory right lower quadrant pain	1
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Tenderness in the right lower quadrant	2
Rebound tenderness in the right lower quadrant	1
Fever >37.5°C (>99.5°F)	1
Leukocytosis of white blood cell count >10 x 10 <sup>9</sup> /liter	2
<b>Total</b>	<b>9</b>

Score of 0 to 3 indicates appendicitis is unlikely and other diagnoses should be pursued. Score of  $\geq 4$  indicates that the patient should be further evaluated for appendicitis.

C: centigrade; F: fahrenheit.

*Modified from: Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med 1986; 15:557.*

UpToDate®

#### Escala de Alvarado

(Elaborado: Martin S., et al.)

### ANEXO N°3

---

1. Clínicos: Defensa abdominal; derrame pleural; alteración de conciencia.
  2. Radiológicos: Derrame pleural, líquido libre peritoneal (ecografía abdominal).
  3. Analíticos: PCR >150 mg/L, o elevación progresiva en 48 h; Hematocrito >44%.
  4. Escores pronósticos: BISAP  $\geq$ 3; APACHE II >8; APACHE-0 >6; Ranson-Glasgow >3 puntos.
- 

**Criterios diagnósticos de pancreatitis aguda potencialmente grave  
(Elaborado: Maraví Poma et al.)**

#### ANEXO N°4

DPPNI	GRADO 0	GRADO I	GRADO II	GRADO III
METRORRAGIA	Nula	Ligera o ausente 150-500 ml	Intensa > 500 ml	Muy intensa
SHOCK	Normal	NO	Shock leve I-II	Shock Grave III-IV
PERDIDA DE BIENESTAR FETAL	NO	Rara o leve	Grave	Muerte fetal
COAGULACIÓN	Normal	Normal	Compensada Fibrinógeno puede estar bajo	Signos clínicos de CC <sup>1</sup>
ASPECTO DE ÚTERO	Normal	zona pequeña rojo-azulada	Intermedio entre I – III	Útero de Couvellaire
GRADO DE DESPRENDIMIENTO	Ocasional	< 30 %	30-50 %	50-100 %
FRECUENCIA	---	60 %	15 %	25 %

**Clasificación del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta  
(Elaborado: Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima)**

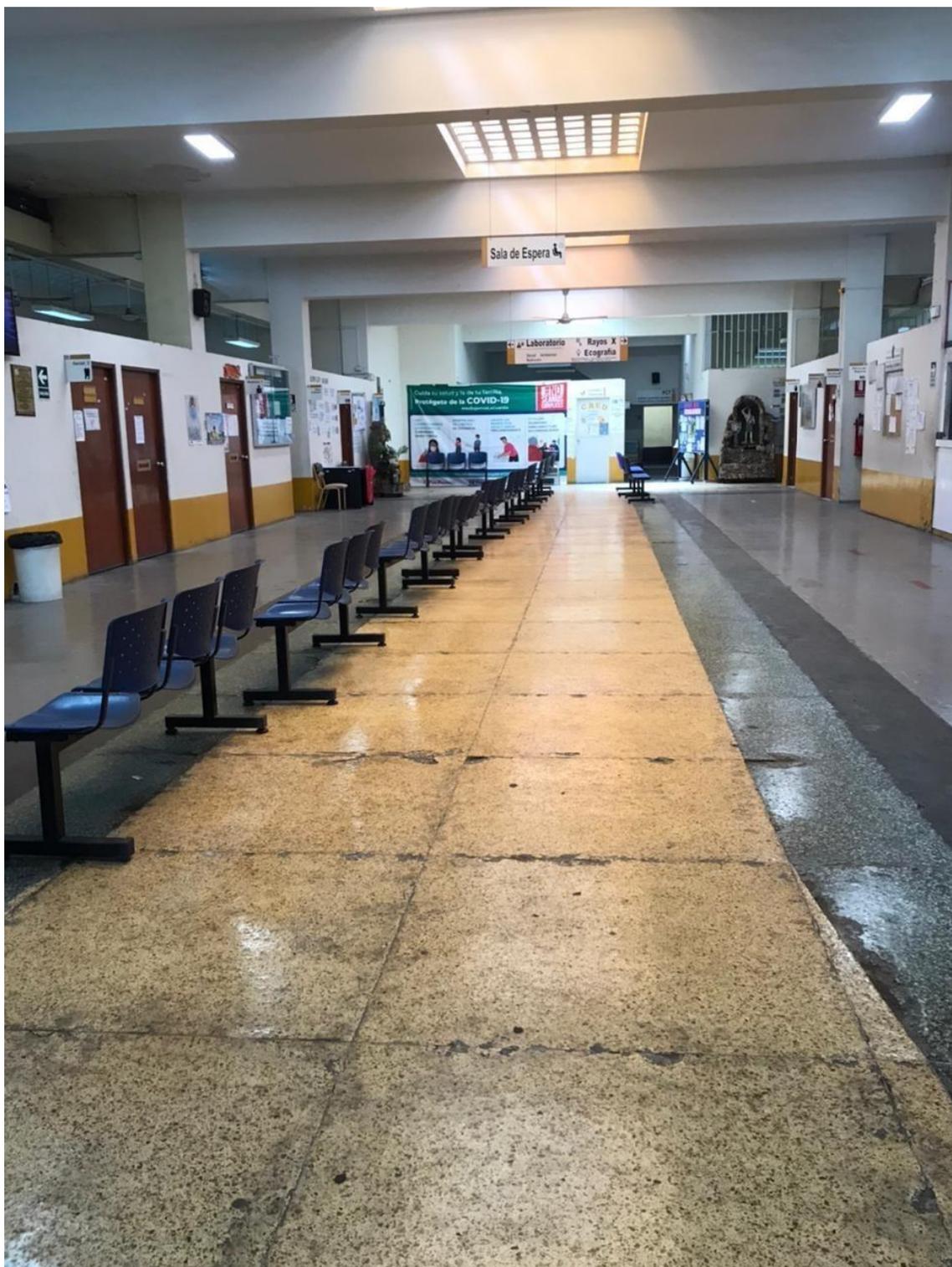
## ANEXO N°5

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE COLECISTITIS AGUDA TG18/TG13
A. <i>Signos locales de inflamación:</i> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Signo de Murphy</li><li>2. Masa/dolor/defensa en el hipocondrio derecho</li></ol>
B. <i>Signos sistémicos de inflamación:</i> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fiebre</li><li>2. PCR elevada</li><li>3. Leucocitosis</li></ol>
C. <i>Hallazgos de imágenes compatibles con colecistitis:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sospecha de diagnóstico: un elemento en A + un elemento en B</li><li>- Diagnóstico definitivo: un elemento en A + un elemento en B + C</li></ul>

### **Criterios diagnósticos de colecistitis aguda**

**(Elaborado: Yokoe M., et al.)**

## ANEXO N°6



**Centro de Salud San Sebastián**

**(Foto tomada con autorización del médico jefe del establecimiento)**