



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS DOS PRIMEROS NIVELES DE  
ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA EN EL PERIODO JULIO  
2021 – ABRIL 2022**

**PRESENTADO POR  
ANDREA ANTUANETTE ALBERCA MUNIVE  
ASTRID ESTEFANÍA APARICIO LANDA  
ASESORA  
MARGOT ZEVALLOS SOLDEVILLA**

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

**LIMA- PERÚ  
2022**



**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/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS DOS PRIMEROS NIVELES  
DE ATENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA EN EL PERIODO  
JULIO 2021 – ABRIL 2022**

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

**PRESENTADO POR**  
**ANDREA ANTUANETTE ALBERCA MUNIVE**  
**ASTRID ESTEFANÍA APARICIO LANDA**

**ASESORA**  
**MG. MARGOT ZEVALLOS SOLDEVILLA**

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Johandi Delgado Quispe

**Miembro:** Dr. Fernando Herrera Huaranga

**Miembro:** Dr. César Aguilera Herrera

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>i</b>
<b>JURADO</b>	<b>ii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>viii</b>
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
<b>ROTACIÓN EN PEDIATRÍA</b>	<b>1</b>
<b>Caso 1: Kawasaki like asociado a COVID-19</b>	<b>1</b>
<b>Caso 2: ITU recurrente</b>	<b>3</b>
<b>Caso 3: Enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación</b>	<b>5</b>
<b>Caso 4: Urticaria aguda</b>	<b>6</b>
<b>ROTACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA</b>	<b>7</b>
<b>Caso 1: Eclampsia</b>	<b>7</b>
<b>Caso 2: Aborto incompleto</b>	<b>9</b>
<b>Caso 3: Vulvovaginitis por candida spp</b>	<b>11</b>
<b>Caso 4: Hemorragia uterina anormal: Cáncer de cérvix</b>	<b>12</b>
<b>ROTACIÓN EN CIRUGÍA</b>	<b>12</b>
<b>Caso 1: Colangitis aguda severa con fístula colecisto-duodenal</b>	<b>12</b>
<b>Caso 2: Hernia inguinal bilateral</b>	<b>15</b>
<b>Caso 3: Mordedura de perro conocido</b>	<b>17</b>
<b>Caso 4: Quemadura de 2do grado superficial</b>	<b>18</b>

<b>ROTACIÓN EN MEDICINA</b>	<b>19</b>
Caso 1: ACV isquémico	19
Caso 2: Celulitis	20
Caso 3: TB extrapulmonar en mama izquierda	21
Caso 4: Fibrosis pulmonar idiopática	22
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>23</b>
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>25</b>
<b>ROTACIÓN DE PEDIATRÍA</b>	<b>25</b>
Caso 1: Kawasaki like atípico por COVID-19 probable	25
Caso 2: ITU recurrente	27
Caso 3: Enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación	29
Caso 4: Urticaria aguda	30
<b>3.2 ROTACIÓN DE GINECOOBSTETRICIA</b>	<b>31</b>
Caso 1: Eclampsia	31
Caso 2: Aborto incompleto	32
Caso 3: Vulvovaginitis por candidiasis vaginal	34
Caso 4: Sangrado uterino anormal en la postmenopausia: cáncer de cérvix	34
<b>3.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA</b>	<b>36</b>
Caso 1: Colangitis aguda severa con fístula colecisto-duodenal	36
Caso 2: Hernia inguinal bilateral	39
Caso 3: Mordedura de perro conocido	40
Caso 4: Quemadura de 2do grado superficial	41
<b>3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA</b>	<b>42</b>
Caso 1: ACV isquémico	42
Caso 2: Celulitis	45
Caso 3: Tuberculosis extrapulmonar: mamaria	46
Caso 4: Fibrosis pulmonar idiopática	47

<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>48</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>50</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>51</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 1: Algoritmo de seguimiento de casos incompletos.</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 2: PLAN A en niño con Enfermedad Diarreica Aguda</b>	<b>63</b>

## RESUMEN

El internado médico abarca la etapa más importante del estudiante de medicina humana, donde pone en práctica lo aprendido en seis años de carrera en rotaciones específicas, demostrando sus conocimientos y vocación de servicio. El interno de medicina realiza diversas funciones en el hospital, tales como la evaluación y evolución de pacientes, la realización de procedimientos como suturas, curaciones, toma de muestras, y apoyar a los médicos realizando recetas, solicitudes de exámenes auxiliares, entre otros, siempre siendo supervisados por estos.

En el presente trabajo de suficiencia profesional, se expondrá la experiencia de las dos autoras durante el internado médico tanto en Hospitales como en Centros de salud, debido a la llegada de la pandemia por COVID-19, en el periodo de julio 2021 a abril 2022.

Objetivo: Describir las experiencias obtenidas durante el internado en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-obstetricia, en la situación de pandemia. Exponer los cambios que hubo debido al contexto dado.

Metodología: El método utilizado fue la recopilación de casos clínicos vistos en el periodo de internado médico, explicar el diagnóstico y manejo de ellos, sustentándolo con la parte teórica.

Conclusiones: El internado médico abarca una serie de vivencias con un impacto positivo en la práctica del futuro médico, en especial al contar con experiencia tanto en el primer como segundo nivel de atención, que será aplicada próximamente en el SERUMS.

Palabras clave: Internado médico, COVID-19, Pandemia, Experiencia.

## **ABSTRACT**

The medical internship covers the most important stage of the human medicine student, where he puts into practice what he has learned in six years of career in specific rotations, demonstrating his knowledge and vocation of service. The medical intern performs various functions in the hospital, such as the evaluation and evolution of patients, performing procedures such as sutures, cures, taking samples, and supporting doctors by making prescriptions, requests for auxiliary examinations, among others, always being supervised by them.

In this work of professional sufficiency, the experience of the two authors during the medical internship in both Hospitals and Health Centers, due to the arrival of the COVID-19 pandemic, in the period from July 2021 to April 2022, will be exposed.

**Objective:** To describe the experiences obtained during the internship in the services of Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics and Gyneco-obstetrics, in the pandemic situation. Expose the changes that there were due to the given context.

**Methodology:** The method used was the collection of clinical cases seen in the period of medical internship, explain the diagnosis and management of them, supporting it with the theoretical part.

**Conclusions:** The medical internship covers a series of experiences with a positive impact on the practice of the future doctor, especially having experience in both the first and second level of care, which will be applied soon in the SERUMS.

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

## INTRODUCCIÓN

En el Perú la carrera de Medicina Humana tiene una duración de 7 años, siendo el último año el Internado Médico, en el cual se realizan las prácticas preprofesionales, en donde el interno asiste a un hospital para aplicar todos los conocimientos adquiridos en años anteriores. En la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, el internado es la etapa final del currículum, el cual tiene una duración de 12 meses, realizándose 1 rotación trimestralmente en cada una de las siguientes especialidades: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia (1).

La importancia del internado de medicina radica en que el interno tiene la oportunidad para consolidar los conocimientos prácticos y teóricos, en actividades asistenciales, siendo siempre encaminado y supervisado por profesionales, tanto médicos residentes como especialistas. Adquiriendo así destrezas y habilidades para su futura función como médico. Dentro de las actividades asistenciales se encuentran los servicios de hospitalización, consultorio externo, servicio de emergencia, etcétera (1).

A su vez, son realizadas actividades académicas brindadas por la universidad y el hospital, en las que se llevan a cabo visitas diarias, conversatorios, seminarios, revista de revistas, entre otros, con la diferencia de que en el internado se experimenta el tener pacientes con diversas patologías en un ambiente realista, en donde se disponen de recursos limitados y se debe aprender a diagnosticar de la forma más clínica posible, sin dar un uso excesivo a exámenes complementarios (imagenológicos o laboratoriales), además de aprender a brindar un tratamiento con las opciones que se tengan al momento (1).

Debido a la pandemia por el COVID-19, en marzo del 2020 se suspendió temporalmente el internado médico aproximadamente por 6 meses, por lo que se finalizó en el año 2021. Esto generó que el siguiente internado tuviera que iniciarse en julio del 2021 y culminarse en abril del 2022, además de reducirse la duración del mismo a 10 meses, los cuales

estarían divididos en 5 meses de atención en un hospital y los siguientes 5 meses en un centro de salud.

En el presente trabajo se expone la experiencia del internado médico 2021 - 2022 en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General), en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé (rotaciones de Pediatría y Gineco-obstetricia) y en el Centro de Salud Salamanca I-3 enfocado en atención preventiva y recuperativa, abarcando los diferentes Programas de Salud promocionados por el Ministerio de Salud.

## CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

### ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

#### **Caso 1: Kawasaki like asociado a COVID-19**

Madre de paciente varón de 7 meses de edad, refiere que hace 4 - 5 días cuadro inicia con fiebre 39,5°C, por lo que le administra Panadol 20 gotas, con ello cede fiebre, pero 6 horas después vuelve a presentar pico febril administrándole nuevamente Panadol, presenta pico por 3ra vez, en donde acude a emergencia y se le realiza prueba antigénica COVID (por contacto) con resultado negativo y se le administra sintomáticos (paracetamol).

Hace 3 días acude nuevamente por persistir fiebre que no cede con Panadol y en emergencia le indican Paracetamol + Repriman.

Hace 2 días nota "bulto" en región cervical eritematoso y caliente, refiere que temperatura se mantuvo menor de 38°C. Un día antes de ingreso nota incremento de volumen de bulto en región cervical eritematoso y caliente, refiere además fiebre de 39°C que cede con Paracetamol y Repriman.

Refiere que hoy agrega eritema ocular y exantema en tronco, por lo que acude a consulta particular donde pediatra le indica jarabe el cual no recuerda el nombre y que si seguía con aumento de volumen acuda por emergencia, madre decide traerlo por emergencia del Hospital.

Antecedente: Contacto COVID con tía materna hace 2 semanas, niega contacto TBC.

Examen físico:

- AREG
- Piel: llenado capilar < 2seg, palidez +/+++ , tibia al tacto, se evidencia eritema puntiforme, a predominio tronco y nivel proximal de extremidades superiores (exantema viral), eritema ocular bilateral, orofaringe congestiva, no exudado, no vesículas. Masa cervical lateral derecha, eritematosa, caliente, no punto de entrada, de aproximadamente 4 x 2 cm, impresiona adenopatía, se palpan adenopatías cervicales en lado contralateral izquierdo.
- TYP: MV pasa por AHT, no RA, no tirajes

- CV: RC rítmicos de buena intensidad, no soplos, Pulsos periféricos presentes
- Abdomen: RHA+, blando, depresible, no visceromegalia
- Genitales: testículos en bolsas escrotales, impresiona micropene
- Extremidades: moviliza las 4 extremidades
- SNC: activo, reactivo a estímulos, calma en brazos de madre
- Linfático: adenopatías en región inguinal menor 1 cm y móviles, superficiales

#### Antecedentes:

- Prenatales: madre 28 años, 1era gestación, VV e ITU en 3er trimestre, interurrencias: colestasis gestacional sin hospitalización
- Natales: nació en hospital, parto por cesárea por dilatación estacionaria, EG 40ss, Apgar: llanto inmediato, alta conjunta.
- Posnatales: No recibió LME, solo LM artificial. Niega patología y cirugía previa. Niega medicación previa. Fue hospitalizado el 21/.06/21 por hipoglicemia y deshidratación, dado de alta dos días después.

#### Impresión diagnóstica:

1. Kawasaki like asociado a COVID-19 probable
2. Adenitis cervical derecha abscedada
3. D/c infección COVID-19
4. d/c infección de Epstein Barr, CMV

#### Plan:

- 1 Lactancia materna directa y/o FM 13% 75 cc por toma x 8 tomas
- 2 Alimentación complementaria
- 3 Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 30 cc + KCl 20% 10 cc: 30cc/h
- 4 Ranitidina 9mg EV c/8h
- 5 Oxacilina 340 mg EV c/6h (150mg/kg/día)
- 6 Inmunoglobulina G 18gr EV pasar en infusión durante 12hs
- 7 Paracetamol 135 mg vo PRN a temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  + MF
- 8 CFV + BHE
- 9 Se solicita: i/c cardiología pediatría, infectología

10 Se solicita: IgM Epstein Barr, CMV, hemocultivo, IFI sérico, CPK total, VSG, albumina, TGO, TGP

Al día siguiente es evaluado por cardiología pediátrica con ecocardio, en donde se evidencia alteración de arterias coronarias y alteración del EKG (desviación de eje +140°) con indicación de Ácido acetilsalicílico 80-100mg/kg. Por lo que impresiona diagnóstico de Kawasaki like.

Dos días después de ingreso se aprecia disminución de adenopatía palpable móvil en región cervical derecha a 1 x 2 cm, algunas palpables en región cervical izquierda.

Tres días después de ingreso se suspende oxacilina por adenitis abscedada resuelta.

Exámenes auxiliares: Urocultivo negativo, IgM CMV no reactivo, panel de antígenos virales (adenovirus, influenza A, b, Parainfluenza 1, 2, 3, VSR negativos, Ig M Epstein Barr negativo. Panel de anticuerpos IGM de virus negativo. Se inicia administración de Ig G según esquema indicado.

Paciente permanece hospitalizado por 10 días, con evolución favorable, hemodinámicamente estable, afebril, por lo que es dado de alta con indicación de seguimiento por consultorio externo de cardiología.

## **Caso 2: ITU recurrente**

Paciente varón de 3 meses de edad, con tiempo de enfermedad de 10 horas, madre refiere febrícula de 37.8°C por lo que le administra 12 gotas de paracetamol. 5 horas después paciente presenta fiebre de 38°C y estornudos, por lo cual madre le administra nuevamente 12 gotas de paracetamol con persistencia de fiebre por lo que madre acude a emergencias del hospital.

Antecedentes:

- Prenatales: G2P2002, CPN: 3-4, ITU: niega, VV: niega
- Natales: Parto por CST por macrosomía, EG: 40 sem, peso al nacer: 4500gr, Apgar 9-10

- Postnatales: Lactancia mixta, inmunizaciones completas hasta la edad.
- Hospitalizaciones:
- o Pielonefritis por E. Coli y Klebsiella pneumoniae – noviembre 2021 por 5 días (ampicilina-amikacina)
  - o ITU – diciembre 2021 por 5 días (meropenem). Patologías: teleconsulta a nefrología en enero por ITU, le indican tto: Trimetropim + sulfametoxazol por 14 días. RAM: niega.

Al examen físico:

- Piel: T/H/E, llenado capilar 2 seg, no palidez, no ictericia
- T y P: MV audible en AHT, no tirajes, no ruidos agregados
- CV: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no visceromegalia, no dolor a la palpación
- Extremidades: simétricas, móviles
- SNC: despierto, reactivo a estímulos, no focalización, no signos meníngeos, pupilas isocóricas, fotorreactivas

Exámenes auxiliares:

- El paciente contaba con un urocultivo de 2 meses anteriores con resultado positivo para E. Coli y Klebsiella pneumoniae y un hemocultivo positivo para E. Coli.
- Examen de orina actual: leucocitos 40-50/campo
- Hemograma actual: leucocitos 19100, abastionados 8%, segmentados 40%
- PCR 59

Impresión diagnóstica:

- 1 Pielonefritis aguda
- 2 ITU recurrente

Plan:

1. Lactancia materna a libre demanda
2. Vía salinizada
3. Meropenem 140 mg EV c/ 8 horas (20mg/kg/dosis)

4. Paracetamol 100mg vo PRN a T 38°C + medios físicos
5. Cabecera 30°
6. CFV + OSA + BHE
7. Se solicita hemocultivo, urocultivo

3 días después se obtienen resultados de urocultivo y hemocultivo.

Resultado urocultivo: Positivo para Coco gram+: Enterococcus faecalis, 80 UFC.

Resultado hemocultivo: lectura final negativa.

Se realiza interconsulta a infectología con resultados de cultivos, en donde sugiere rotar antibioticoterapia a Ampicilina o Amoxicilina por 14 días, luego dejar con profilaxis con nitrofurantoína 2mg/kg/dosis (dosis nocturna) y seguir control ambulatorio.

Al segundo día de instaurado el tratamiento con Amoxicilina 120 mg c/8 horas, y paciente con evolución favorable, es dado de alta con indicaciones para continuar tratamiento en casa (Amoxicilina 250 mg/5ml: 3ml c/ 8 horas) y control ambulatorio.

### **Caso 3: Enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación**

Paciente femenina de 7 meses que acude a consulta traída por madre con tiempo de enfermedad de 1 día por deposiciones pastosas sin moco sin sangre de 3 cámaras al día, no asociado a vómitos. Niega antecedente de cuadro respiratorio y fiebre días previos. Madre menciona que hace 1 mes inició alimentación complementaria y que 1 día antes de episodio diarreico su padre le dio por primera vez yogurt con cereal de “batimix” y otros dulces de fiesta infantil.

- Antecedentes personales: vacunas completas hasta la edad actual, inicio de alimentación complementaria hace 2 semanas
- Antecedentes patológicos: niega
- Antecedentes familiares: hermano mayor asmático

Al examen:

- FC: 112, FR: 29, T°: 37°C, Peso: 10.2 kg
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no palidez, no ictericia, pliegue (-)
- T y P: MV audible en AHT, no tirajes, no ruidos agregados
- CV: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, globuloso, no visceromegalia.
- Extremidades: simétricas, móviles
- SNC: despierto, reactivo a estímulos, no focalización, no signos meníngeos, pupilas isocóricas, fotorreactivas

Paciente se clasifica como “sin signos de deshidratación” y se procede a iniciar el PLAN A determinado en la guía técnica del MINSA. Se procede a dar las recomendaciones para evitar la deshidratación en el lactante, se indican los signos de alarma y se le solicita examen de reacción inflamatoria, teniendo los resultados ese mismo día en la tarde:

- Aspecto: marrón pastoso
- Reacción inflamatoria: leucocitos 0-5xc
- Presencia de almidón

#### **Caso 4: Urticaria aguda**

Paciente femenina de 8 años acude a consulta traída por madre que refiere que le aparecieron lesiones pruriginosas que iniciaron en tronco el día anterior y que al día de la consulta solo presenta en MMII. Refiere que horas antes de que inicie cuadro dermatológico, comió carne de cecina y tacacho de plátano por primera vez. Niega dolor o dificultad para respirar.

No hay antecedentes de importancia

Al examen:

- FC: 96 FR: 14 T: Peso: 27 kg, Talla: 1.31
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 seg, lesiones elevadas de tamaño y forma variable, edematosas, firmes rosadas que blanquean a la digitopresión en muslos y piernas.
- T y P: MV audible en AHT, no tirajes, no ruidos agregados
- CV: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos

- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no visceromegalia, no dolor a la palpación
- Extremidades: simétricas, móviles
- SNC: despierto, reactivo a estímulos, no focalización, no signos menígeos, pupilas isocóricas, fotorreactivas

## **ROTACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA**

### **Caso 1: Eclampsia**

Paciente mujer de 39 años, puérpera de 9 horas, que ingresa a emergencia con tiempo de enfermedad 3 horas referida de clínica refiriendo que 6 horas después de parto por cesárea presenta episodio de movimientos tónico-clónicos, sin pérdida de conciencia, presentando PA 170/100 mmHg durante episodio. Se administró Nifedipino 30mg, Captopril 25mg, Metildopa 500mg, y protocolo de Sulfato de Magnesio estabilizándola. Se coordina referencia con hospital. Al traerla a hospital se evidencia PA 150/100, bradipsiquia con sed intensa, débito urinario alto, con suplemento oxigenatorio por CBN.

Signos vitales: PA 150/90mmHg, FC 112 lpm, FR 20 rpm, SatO2 94%

Antecedentes: SOP (desde hace 19 años, en tto con ACOS), niega RAM

Gineco-obstétricos:

Menarquia 13 años, RC 5d 28+- 2, cantidad 2 paños/día, MAC: ACOs por 2 años

Vulvovaginitis sí, ITS no, Infertilidad si

- G1 2011 aborto espontáneo
- G2 2012 aborto espontaneo
- G3 2015 AT cesárea, varón, 4800 gr, complicaciones por DCP + macrosomía
- G4 2022 37 sem, mujer 2700 gr, complicaciones mala actitud fetal

Se inicia protocolo MgSO4 y se hospitaliza en UCIM, se solicita prueba de PE

Examen físico:

Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, edema ++ mmii y mmss, palidez

T y P: MV pasa por AHT, no ruidos agregados

CV: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos

Abdomen: RHA (+), doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, útero contraído a 1cm por encima de cicatriz umbilical.

SNC: Despierta, orientada, refiere cefalea 5/10, bradipsiquia

Diagnósticos:

1. Puérpera inmediata de parto por cesárea
2. PES - Eclampsia
3. Encefalopatía secundaria a Eclampsia

Indicaciones de emergencia:

1. NPO/BHE
2. Protocolo sulfato de magnesio
3. Nifedipino 10mg PRN PA  $\geq$ 160 y/o 110
4. Sonda Foley permeable + control diuresis horaria
5. Control de diuresis horaria
6. Vigilar signos premonitorios + signos de intoxicación con sulfato
7. NaCl 0.9% 1000cc + Oxitocina 20 UI XX gotas por min
8. Dextrosa 5% + oxitocina 10 UI 3 amp + Nacl 20% 2 amp
9. Metildopa 500 mg c/6h
10. Se solicita prequirúrgicos, perfil de preeclampsia, perfil de coagulación, AGA
11. Se hospitaliza en UCIM

Se hospitaliza en UCIM para manejo médico:

1. Dieta líquida supervisada seguir tolerancia
2. Poligelina 500 ml + Metamizol 1gr: pasar EV en 1h STAT
3. Nifedipino Retard 30 mg vo c/12h
4. Metildopa 500mg vo c/12h
5. Tramadol sódico 100mg EV pasar en 30min c/8h
6. Labetalol 20mg EV PRN a PAS  $\geq$ 160mmhg
7. Ranitidina 50mg EV c/8h

8. Gluconato de calcio 10% 1 amp EV pasar 30min STAT
9. Sulfato de mg en infusión 1gr ev /hora 50 cc/h suspendido
10. Dextrosa 5% 1000 cc + oxitocina 20 UI: 40cc/h
11. Enoxaparina 60mg sc c/24h

Resultados de perfil de PE con rangos dentro de lo normal

Examen de orina: leucocitos 10-15/campo, hematíes 40-60/campo

Con diagnóstico de infección urinaria se añade Cefazolina 1gr EV / 6h

3 días después, pasa a hospitalización de puérperas en donde se mantiene con terapia antihipertensiva con metildopa 250 mg/8h y captopril 25 mg PRN PA 160/100, antibiótico ciprofloxacino 500 mg c/12h, tramadol 100mg vo/8h y sulfato ferroso 300mg vo/24h. Con evolución favorable, por lo que es dada de alta 4 días después.

## **Caso 2: Aborto incompleto**

Paciente mujer de 37 años con tiempo de enfermedad de 7 horas refiere dolor tipo cólico a nivel de abdomen inferior y que 3 horas antes de venir a hospital presenta sangrado vaginal asociado a expulsión de producto redondo, niega expulsión de cordón umbilical y placenta, por lo que acude a emergencia.

Funciones vitales: PA 80/50 mmHg, FC 123 lpm, T 37.2°C, FR 20 rpm, SatO2 99%

Antecedentes:

- COVID-19 en 2020 con tratamiento ambulatorio
- Quirúrgicos: 2 cesáreas (2007 y 2013)

Antecedentes gineco - obstétricos:

IRS: 16 años, NPS: 2, RC: 7/28, MAC: ampolla mensual, PAP 2018 (-)

- G1: 2004 A término, parto vaginal, varón, 2470 gr, RPM
- G2: 2007 A término, cesárea por feto transverso, mujer, 2950 gr
- G3: 2009 A término, parto vaginal, varón, 3500 gr, sin complicaciones
- G4: 2013 A término, cesárea por feto transverso, varón 3300 gr

- G5: 2018 6 semanas Aborto espontáneo con legrado uterino
- G6 2019, Aborto retenido con legrado uterino
- G7 2020 24 semanas, varón, parto vaginal, óbito
- G8 2022 Embarazo actual, no planificado

Examen físico:

REG, REN, REH

- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no palidez
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, MV pasa bien por AHT, no ruidos agregados
- Cardiovascular: RC rítmicos, taquicárdicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación, no rebote
- Ginecológico: A la especuloscopia se evidencia sangrado activo. Cérvix central, blando, abierto. Útero AVF +/- 17 cm.
- SNC: Despierta, LOTEPE

Se le realiza una ecografía transvaginal en la emergencia: Endometrio heterogéneo compatible con restos 39.2 mm (engrosado). Placenta en cara anterior.

Diagnósticos:

1. Aborto tardío incompleto
2. CA 2 veces
3. Pérdida recurrente de la gestación

Indicaciones:

1. Hospitalización
2. NPO
3. CFV
4. Doble vía: Vía salinizada y NaCl 0.9% 1000 cc + oxitocina 10 UI 20 gotas por minuto
5. Cefazolina 2gr EV 30 minutos pre SOP
6. Preparar para legrado uterino

7. Vigilar sangrado vaginal
8. s/s Prequirúrgicos, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, glucosa, urea, creatinina

Después de realizarle legrado uterino, paciente pasa a hospitalización con tratamiento:

1. NPO, luego tolerancia oral
2. CFV
3. NaCl 0.9% 1000 cc + Oxitocina 10 UI 2 ampollas: 30 gotas por minuto
4. Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 horas
5. Clindamicina 900 mg EV c/ 8 horas
6. Gentamicina 80 mg EV c/ 8 horas
7. Paracetamol 500 mg 2 tabletas PRN a  $T \geq 38^{\circ}\text{C}$
8. Reevaluación con hemograma control
9. Vigilar sangrado vaginal

Paciente evoluciona favorablemente por lo que es dada de alta al día siguiente con indicaciones de tratamiento en casa y control en 7 días por consultorio externo de ginecología y es informada acerca de los signos de alarma para volver en caso de emergencia.

### **Caso 3: Vulvovaginitis por *Candida spp***

Paciente femenina de 49 años, postmenopáusica acude a consulta con tiempo de enfermedad de 5 días de leucorrea tipo “requesón” asociado prurito vulvar intenso y dolor durante las relaciones sexuales. Refiere que presenta infecciones urinarias a repetición, por lo que se automedica con amoxicilina, pero que el escozor que presenta es muy intenso por primera vez. Al no haber mejoría, acude a consulta.

- Antecedentes personales: FUR marzo 2019, G2P2000, andría 2, última relación sexual 8 días atrás, no métodos anticonceptivos. Último tamizaje para VPH hace 4 años negativo.
- Antecedentes familiares: Madre diabética
- Antecedentes patológicos: Apendicectomía a los 28 años

Funciones vitales: PA: 110/70, FC: 89, FR: 17, Peso: 89 kg, Talla: 1.62

A la especuloscopia: eritema vulvar, flujo y placas blanquecinas en pared vaginal.

GU: PPL (-) PRU (-)

#### **Caso 4: Hemorragia uterina anormal: Cáncer de cérvix**

Paciente femenina de 51 años, obesa mórbida en tratamiento irregular para DM2 con metformina acude a consulta por sangrado vaginal de 3-4 tazas el día anterior. Refiere que última menstruación fue hace 4 años y que desde hace dos meses sangra un poco por una "herida en vagina" evaluado por doctor particular y que por falta de recursos no continuó con exámenes auxiliares.

- Antecedentes personales: G0P0000, no refiere uso de métodos anticonceptivos, FUR: 2018. No tiene registros de tamizaje de Papanicolau. IRS: 15 años
- Antecedentes patológicos: Obesidad Mórbida (IMC: 41), Diabetes Mellitus en tratamiento irregular con metformina y glibenclamida
- Antecedentes familiares: Madre diabética ya fallecida

Al Examen: pálida, LOTEPE, AMEG, MEN, REH

Al iniciar examen paciente refiere que se encuentra sangrando actualmente por lo que lleva toallas higiénicas nocturnas. Se decide referirla al Hospital de Vitarte por EMG con un personal técnico de enfermería del establecimiento. Se sospecha de neoplasia maligna de cérvix.

#### **ROTACIÓN EN CIRUGÍA**

##### **Caso 1: Colangitis aguda severa con fístula colecisto-duodenal**

Paciente varón de 59 años con tiempo de enfermedad de 4 días, acude a emergencia por presentar dolor abdominal difuso, de presentación abrupta, asociado a vómitos desde hace 3 días y diarreas desde hace 4 días, cada día

con fiebre de 38.5°C que remite con paracetamol, pero vuelve a aparecer a las horas. Al momento malestar general, hiporexia y sed.

Al examen físico:

AREG, AREN, AREH

- Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por AHT, no ruidos agregados
- Cardiovascular: RC rítmicos, regular intensidad, no soplos audibles a la auscultación
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, por momentos signos de defensa, dolor difuso a la palpación profunda, no se palpan masas
- SNC: LOTEPE, pupilas isocóricas fotorreactivas

Diagnóstico presuntivo:

1. Gastroenteritis infecciosa (GECA)

Tratamiento:

1. NaCl 0.9% 1000 cc: I
  2. Metamizol 1gr + Rociverina 20 mg + Dimenhidrinato 50 mg en NaCl 0.9% 100 cc EV
  3. Se solicita hemograma, electrolitos, urea, creatinina, hemoglucotest, ecografía abdominal
- En la ecografía abdominal se evidencia: Signos de Colecistitis aguda litiásica complicada con perforación, colecciones perivesiculares y signos de fistulización hacia colon transverso. Signos de Neumobilia.
  - Hemograma: leucocitos 19.65, abastionados 16%, segmentados 52%, plaquetas 93.00, hemoglobina 12.80 gr/dl, hematocrito 37.30
  - Urea: 155 mg/dl, Creatinina: 5.80 mg/dl

Con los resultados de la ecografía y de laboratorio, se decide instaurar tratamiento en emergencia de NPO, SPE 500 cc a chorro, luego 60 gotas por minuto EV, omeprazol 40 mg EV c/24h y Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 horas. Y se le solicita una TAC abdominal s/c y perfil hepático.

- TAC abdominal sin contraste: Signos sugerentes de proceso inflamatorio en lecho vesicular con asas colónicas aplastradas.
- BT: 3.05 mg/dl, BD: 2.83 mg/dl, FA: 331 U/L, GGTP: 411 U/L, PCR cuantitativa: 449 mg/L, TGO: 50 U/L, TGP: 50 U/L.

Diagnósticos planteados:

- Colangitis aguda severa
- Fístula colecisto-colónica

Se solicitan exámenes pre-quirúrgicos:

- Perfil de coagulación: TS 4 min, TC 8 min, TP 20.85 segundos, INR 1.56, TTPa 24.8 segundos
- Hemograma: leucocitos 23.32, abastados 18%, segmentados 70%, plaquetas 60.00, hemoglobina 9.80 gr/dl, hematocrito 28.60

Paciente es hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intermedios, en donde se administra tratamiento:

1. NPO + SNG a gravedad
2. NaCl 0.9% 1000 cc 60 gotas por minuto
3. Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 horas
4. Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
6. Metamizol 1,5 gr EV c/8 horas
7. Hioscina 20 mg EV c/8 horas
8. Transfusión de 2 paquetes globulares
9. Transfusión de Plasma Fresco Congelado

Al día siguiente se programa para Laparotomía exploratoria.

Diagnóstico preoperatorio: Abdomen agudo

Diagnóstico postoperatorio: Fístula de la vesícula biliar

Operación propuesta: Laparotomía exploratoria

Operación realizada: Colecistectomía con exploración de conducto biliar común (colédoco), con coledocoenterostomía.

Incisión subcostal derecha

Hallazgos operatorios: Líquido bilioso perihepático aproximadamente 200 cc, vesícula escleroatrófica que contiene 2 litros de 2cm aproximadamente, plastronada por duodeno y epiplón que contiene absceso de aproximadamente 100 cc fétido. Fístula colecisto duodenal (del bacinete a 1ra porción del duodeno).

En el postoperatorio: Paciente es ingresado a UCI con los diagnósticos de Shock séptico pp abdominal, PO inmediato de laparotomía exploratoria + colecistectomía + coledocoenterostomía por fístula colecisto-duodenal por plastrón biliar. Después de 8 días en UCI paciente pasa a hospitalización en donde presenta evolución favorable.

## **Caso 2: Hernia inguinal bilateral**

Paciente mujer de 87 años de edad con tiempo de enfermedad de 7 días, acude a emergencia con familiar, el cual refiere que paciente presenta masa inguinal asociada a leve dolor abdominal, se agregan náuseas y vómitos 3 veces al día de contenido alimentario. Refiere que desde hace 5 días no realiza deposiciones.

Al examen físico:

AREG, AREN, AREH

- Piel: Tibia, moderadamente hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por AHT, no ruidos agregados, no tirajes
- Cardiovascular: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles a la auscultación
- Abdomen: RHA (-), plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales. En región inguinal derecha masa de aproximadamente 10x12 cm que reduce parcialmente con maniobras.
- SNC: LOTEP, pupilas isocóricas fotorreactivas

Diagnóstico presuntivo:

## 1. Hernia inguinal derecha: descartar incarcerationada

Plan: NPO, Paracetamol 1gr EV, NaCl 0.9% 1000 cc, Orfenadrina 60mg IM STAT, se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, ecografía abdominal

Resultados:

Ecografía abdominal: Se evidencia presencia de hernia inguinal bilateral, en región inguinal derecha anillo herniario de 16 mm conformado saco herniario de 79.45 mm cuyo contenido es grasa epiploica y asa delgada con presencia de flujo doppler y peristaltismo. En región inguinal izquierda anillo herniario de 8mm conformando saco herniario de 28.22 mm cuyo contenido es grasa epiploica, con flujo doppler periférico, reductible parcialmente. Condiciona obstrucción intestinal de asas delgadas a predominio de mesogastrio e hipogastrio.

Se hospitaliza a paciente y se programa para una Hernioplastia laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP).

Diagnóstico preoperatorio: Hernia inguinal bilateral, sin obstrucción ni gangrena

Diagnóstico postoperatorio:

- Hernia inguinal unilateral, sin obstrucción ni gangrena
- Hernia femoral bilateral, con obstrucción, sin gangrena

Incisión: laparoscópica

Hallazgos operatorios: Defecto herniario bilateral: lado derecho hernia inguino crural (mixta) con saco herniario mayor de 10 x 10 cm con defecto de 3 cm de diámetro conteniendo asa intestinal y epiplon.

Hernia crural izquierda: saco herniario de 5 x 3 cm, con defecto de 3cm de diámetro, conteniendo epiplón mayor necrosado, peñizcamiento de asa intestinal delgada, el que a su liberación retoma peristaltismo y color.

En el postoperatorio se mantiene a la paciente en NPO durante 6 horas, se administra Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 2 amp + KCl 20% 9 amp: I y II,

también Omeprazol 40 mg EV c/12 horas, Paracetamol 1 gr EV c/ 8 horas, Cefazolina 1 gr Ev c/ 8 horas, Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas.

La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta a los 2 días.

### **Caso 3: Mordedura de perro conocido**

Paciente varón de 25 años acude al Servicio de Tópico de Enfermería del Centro de Salud, con tiempo de enfermedad de 30 minutos, por mordedura de perro conocido en pierna derecha.

Niega antecedentes de importancia

Al examen:

- Piel: Tibia, hidratada, llenado capilar < a 2 segundos. Se evidencian 2 heridas inciso-contusas, una en zona lateral y otra en zona interna de pierna derecha, de 2 cm y 1 cm respectivamente, ambas de aproximadamente 1 cm de profundidad.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por AHT, no ruidos agregados, no tirajes
- Cardiovascular: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles a la auscultación
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales.
- SNC: LOTEPE, pupilas isocóricas fotorreactivas

Se le realizó lavado con suero fisiológico abundante, sin cerrar herida al tratarse de herida sucia. Se cubre herida con apósito y se deja tratamiento antimicrobiano con amoxicilina/acido clavulánico por 1 semana, manejo del dolor, reposo y curaciones diarias en casa. Se revisa carné vacunal del can que recibió vacuna antirrábica. Asimismo, se inicia con vacunación de primera dosis de dT.

#### **Caso 4: Quemadura de 2do grado superficial**

Paciente femenina de 42 años que acude al centro de salud por tóxico de enfermería con tiempo de enfermedad de 1 día hora por haber sufrido quemaduras por agua hirviendo en tórax anterior. Refiere que tras el incidente se metió a la ducha por aproximadamente 20 minutos y que aparecieron pequeñas ampollas dolorosas en región intermamaria y una ampolla de mayor tamaño debajo de mama derecha. La paciente dio de lactar unas horas después por lo que la ampolla que tenía debajo de mama se rompió y el dolor fue muy intenso escala de EVA 7/10.

Funciones vitales: PA:110/80, FC 79, FR 98

Niega antecedentes de importancia

Al examen: AREG, REH, REN

- Piel: Tibia, hidratada, llenado capilar < a 2 segundos. Se evidencian ampollas de cubierta delgada en tórax anterior región intermamaria de aproximadamente 3x1 cm y eritema superficial correspondiente a lugar de ampolla de aprox 5x 3cm región submamaria derecha, muy dolorosa a la palpación.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por AHT, no ruidos agregados, no tirajes
- Cardiovascular: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles a la auscultación
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales.
- SNC: LOTEPE, pupilas isocóricas fotorreactivas

Se realiza lavado con suero fisiológico, se realiza flictenectomía al evidenciar que las capas de las ampollas que quedan son muy delgadas y débiles. Se aplica sulfadiazina tópica y se le indica a paciente regresar de forma diaria para curaciones. Se da manejo del dolor con AINES c/8h.

## **ROTACIÓN EN MEDICINA**

### **Caso 1: ACV isquémico**

Paciente mujer de 79 años acude a emergencias por presentar trastorno de conciencia, vómitos, convulsión tónico-clónica (no refieren tiempo) y con relajación de esfínteres. Refieren que 1 hora antes de episodio, presenta desvanecimiento, balbuceo y se le toma presión arterial la cual estaba en 150/90 mmHg, por lo que se le administra captopril y es traída a emergencias. Familiar refiere que paciente fue dada de alta hace 4 días con diagnóstico de ACV isquémico secuelar.

Antecedentes: ACV isquémico (en 2 ocasiones), HTA, DM tipo 2.

RAM: Penicilina

Examen físico:

- En AMEG, estado post ictal
- Piel: Seca, tibia, no edemas, no palidez
- T y P: MV pasa por AHT, crépitos bibasales
- CV: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación
- SNC: Post ictal, con relajación de esfínteres, desviación de la mirada hacia la derecha. Escala de Glasgow: O3 R4 M5: 9/15

Diagnóstico presuntivo:

1. Trastorno de conciencia
2. ACV isquémico secundario
3. d/c ACV de novo
4. Síndrome convulsivo
5. d/c NIH

Tratamiento:

1. Fenitoína 900 mg + NaCl 0.9% 100cc: pasar en 20 minutos
2. Se solicita TEM cerebral – tórax
3. Se solicita hemograma, glucosa, creatinina, electrolitos, EKG

En la TEM cerebral se evidencia signos de infarto agudo extenso fronto-parieto-temporo-occipital derecho asociado a trombosis de la Arteria Cerebral Media ipsilateral. Asocia colapso ventricular ipsilateral parcial y desviación leve de línea media. Y signos de infarto subagudo a crónico fronto-parieto-temporo-occipital izquierdo.

Con resultados de la TEM cerebral se decide ingresar a Unidad de Traumatología (UTS) a paciente, en donde es estabilizada con terapia antiagregatoria, anticoagulante, inicio de antihipertensivo oral y NTG. Posteriormente fue hospitalizada en Medicina Interna.

### **Caso 2: Celulitis**

Paciente mujer de 60 años acude por presentar desde hace 15 días lesión eritematosa en región torácica que va progresando y se asocia con dolor y edema.

Antecedentes: DM, HTA, Tiroidectomía en el 2012

RAM: Niega

Examen físico:

REG/REH/REN

- Piel: Lesión eritematosa de 20 x 15 cm con signos de flogosis, centro de 10 cm indurado.
- T y P: MV pasa por AHT, no ruidos agregados.
- CV: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación
- SNC: Despierta, LOTEP

Diagnóstico presuntivo:

1. Celulitis en tórax
2. d/c absceso

Paciente es internada en hospitalización de medicina interna en donde se le brinda tratamiento:

- Vancomicina 1gr EV c/8h
- Meropenem 1gr EV c/8h
- Insulina NPH 10 UI (7am), 3 UI (7pm)
- Losartán 50mg VO c/12h
- Hidroclorotiazida 25 mg, ½ tableta vo c/24h
- Enoxaparina 60 mg sc c/24h
- Levotiroxina 100 mcg VO c/24h en ayunas
- Alprazolam 0,5 mg vo c/24 (noche)
- Tramadol 100 mg EV PRN a dolor intenso

Paciente recibe tratamiento durante 14 días, con evolución favorable, por lo que es dada de alta.

### **Caso 3: TB extrapulmonar en mama izquierda**

Paciente mujer de 36 años, ingresa a consulta con tiempo de enfermedad de 7 meses caracterizado por masa y dolor en mama izquierda asociado a secreción purulenta por pezón y sangre por herida periaerolar. Fue evaluada por médico particular una semana atrás con resultados de ecografía mamaria con diagnóstico de mastitis, recibiendo tratamiento antibiótico, sin mejoría.

Antecedentes:

- Antecedentes personales: No tabaco, no alcohol, no drogas.
- Antecedentes patológicos: Refiere cirugía por apendicectomía a los 18 años, cesárea en el 2012.
- Antecedentes médicos: Parálisis facial a los 10 años
- Antecedentes familiares: primo lejano diagnosticado con TB pulmonar hace 12 años, no refiere contactos actualmente con TB

Al examen, LOTE, ABEG, REH, REN, afebril

En mama izquierda se evidencia herida circular periareolar de 3x2 cm. En cuadrante supero externo se palpa masa firme, no adherida a planos profundos, móvil, de bordes irregulares de 4.5 cm de diámetro. Dolor a la palpación, con eritema y aumento de temperatura local. Se palpa adenomegalia en mama izquierda.

- Ceftriaxona IM x 3 días
- Naproxeno 500mg: 1 tableta c/12h x 3 días
- S/s biopsia de mama izquierda a descartar neoplasia maligna de mama

Acude a consulta 8 días después con resultados de biopsia. Ingresa con diagnóstico de mastitis crónica granulomatosa reagudizada. Se sospecha de TBC en mama por lo que se solicita dos muestras de BK en esputo y prueba de PCR de tuberculosis mamaria.

Ingresa 4 días después, con resultados de BK en esputo negativos y PCR para Mycobacterium tuberculosis positivo. Paciente ingresa a tratamiento por TB extrapulmonar en el esquema 1.

#### **Caso 4: Fibrosis pulmonar idiopática**

Paciente varón de 76 años, viudo que acude a consulta externa de Medicina con tiempo de enfermedad de 4 meses de tos seca asociado a baja de peso (5 kilos en 6 meses) y debilidad en el cuerpo. Niega antecedentes de importancia, así como de consumo de tabaco o exposición al humo.

Funciones vitales: PA: 120/80, FC: 78, FR: 15

Al examen: AREG, REH, REN

- Piel: Seca, tibia, no edemas, no palidez. Hipocratismo digital
- Tórax y pulmones: expansibilidad de tórax disminuida, crépitos en ápices, MV disminuido en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: RC rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles a la auscultación
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales.
- SNC: LOTEP, pupilas isocóricas fotorreactivas

Se le realiza exámenes de laboratorio: hemograma completo, glucosa en sangre, perfil tiroideo, BK en esputo y Radiografía de Tórax.

Reingresa cuatro días después con resultados de laboratorio dentro de lo normal a diferencia de la radiografía, donde se evidencia fibrosis pulmonar y aortoesclerosis.

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

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en donde se realizaron las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía, es un hospital especializado en emergencias, siendo una Institución de nivel III – E, ubicada en Av. República de Panamá 6399. Hospital el cual fue resultado de una fusión dada por el antiguo puesto central de la av. Grau inaugurado en 1945, y la asistencia pública de Miraflores de la av. José Larco, inaugurado en 1955. En el año 1980, la asistencia pública de lima es trasladada al local de la av. República de Panamá, donde es fusionada con el local de Miraflores (construcción iniciada por el Club de Leones de Miraflores en 1956), entrando en funcionamiento con el nombre Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (2).

En este hospital se ofrecen las rotaciones de Medicina interna y Cirugía. Medicina interna consta de rotaciones por los servicios de hospitalización, emergencias, UCI y UCIN. Mientras que en Cirugía las rotaciones se llevan a cabo por diversas especialidades, las cuales son: Cirugía general, Traumatología, Neurocirugía, Anestesiología y Cirugía de tórax y cardiovascular.

El Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, en donde se realizaron las rotaciones de Gineco-obstetricia y Pediatría, fue fundado en el año 1651 por el religioso agustino Fray Bartolomé de Vadillo, originalmente la sede estuvo ubicada en la cuadra 9 del jirón Miró Quesada, en Barrios Altos, en donde se atendían exclusivamente a personas de raza negra, a los llamados “libertados por la malicia de las gentes”, haciendo referencia a aquellos esclavos que por enfermedad o envejecimiento eran dados de libertad ya que no eran de provecho para los dueños y estos no querían hacerse cargo de sustentarlos. En el año 1821 es un Hospital de atención a heridos de la Guerra de la

Independencia. Desde 1910 hasta 1958 funciona bajo la dependencia de la sanidad militar. En 1961 es remodelado y empieza a funcionar como Hospital Centro de Salud Materno Infantil, y en 1988 se traslada a su actual sede en la Avenida Alfonso Ugarte (3).

En este hospital se brindan los servicios de Gineco-obstetricia, Cirugía pediátrica, Pediatría, Emergencia y cuidados críticos, Patología clínica y laboratorio, Anatomía patológica, Odontología, Unidad de transporte asistido, Anestesiología y centro quirúrgico. Sin embargo, las rotaciones que se realizan son en Gineco-obstetricia hospitalización y centro obstétrico, en Pediatría se ofrecen rotaciones por hospitalización y emergencias, en Neonatología las rotaciones se realizan en Alojamiento conjunto y en Cuidados intermedios.

El Centro de Salud Salamanca, donde se realizó la rotación por primer nivel en los diferentes servicios de Medicina, Ginecoobstetricia, Enfermería y Laboratorio, fue inaugurado en octubre de 1991 inicialmente como Posta de Salud I-2 en el local que prestaba el Club de Leones de Salamanca. En abril de 2004, tras la mudanza de la posta a un local más extenso y la independencia del Club de Leones, la Posta sube de categoría a Centro de Salud I-3 ampliando la cartera de servicios. Desde el 2018 tiene sede en Jr. Los Abetos 117 en un local de 600m<sup>2</sup> y actualmente es un punto para descarte de COVID-19 del distrito de Ate (4).

El internado es el periodo más importante de la carrera de Medicina Humana, ya que es donde se pone en práctica todos los conocimientos adquiridos en los años anteriores, siempre guiado y supervisado por médicos residentes y asistentes. Siendo la función del interno el evaluar y evolucionar a los pacientes, realizar curaciones, suturas, toma de muestras para laboratorio, recetas médicas, solicitudes de exámenes de laboratorio, de exámenes imagenológicos, entre otros.

Las actividades académicas brindadas por la universidad y por el hospital consistían en exposiciones, discusiones de casos clínicos vistos, evaluaciones constantes, seminarios, revista de revistas, visitas diarias, entre otros. De esta manera se consolidan los conocimientos tanto prácticos como teóricos, sobre

todo al interactuar con los pacientes, y experimentar la toma de decisiones y manejo por parte de médicos especialistas.

Debido a la pandemia por el COVID-19 el gobierno realizó un decreto para la prevención del COVID-19, en donde el internado sufrió cambios, como el contratar a internos, los cuales reciben estipendios, además de seguro de vida, también se redujo la duración de este a 10 meses, el cual se dividió en 5 meses prácticas hospitalarias y 5 meses prácticas en centro de salud, además de reducirse la jornada de trabajo a 6 horas y prohibirse las guardias nocturnas. También los hospitales brindaron inducciones a los internos, los cuales consistían en conocer el hospital, los servicios de este, además de recibir charlas para aprender acerca de las correctas medidas de bioseguridad, y las nuevas medidas dadas por el contexto de la pandemia, como el correcto uso del EPP (equipo de protección personal)

### **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

#### **ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

##### **Caso 1: Kawasaki like atípico por COVID-19 probable**

En el primer caso se describe a un paciente varón de 7 meses de edad con diagnóstico de Kawasaki like por COVID-19 probable. De la cual, en abril y mayo del año 2020, en Reino Unido y Estados Unidos respectivamente, se reportó como un síndrome inflamatorio severo semejante a la enfermedad de Kawasaki en niños que presentaban clínica previa o una prueba rápida IgG de COVID-19 positiva (5).

La enfermedad de Kawasaki es la segunda causa más común de vasculitis en la infancia, siendo la primera la Púrpura de Henoch-Schönlein. Esta enfermedad se caracteriza por la afectación de vasos de mediano calibre, principalmente de las arterias coronarias, por lo que es la principal causa de cardiopatía adquirida en países desarrollados. Es más frecuente en niños menores de cinco años, con mayor frecuencia entre los 1 –2 años (6).

El diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki es clínico. Existiendo variedades clínicas como la típica en la que se presenta: inyección conjuntival

bilateral no supurativa, alteraciones de mucosa oral como labios fisurados, enantema, lengua aframbuesada, exantema polimorfo, eritema o descamación palmar y plantar y/o adenopatía cervical > 1,5cm (6).

O también la forma atípica o incompleta, la cual consiste en fiebre de 5 días o más, con 2 o 3 criterios clínicos de los ya mencionados, PCR >30 mg/dl o VSG >40 mm/h, y 3 o más de los siguientes parámetros de laboratorio (6):

- Albúmina  $\leq$  3g/dl
- Anemia normocítica - normocrómica
- Elevación de alanina aminotransferasa
- Plaquetas >450.000/mm<sup>3</sup> después de 7 días
- Leucocitos >15.000/mm<sup>3</sup>
- 10 células/campo en sedimento urinario

El diagnóstico también puede ser realizado mediante la detección de alguna alteración coronaria en la ecografía bidimensional o en la angiografía coronaria. Esto se realiza en aquellos casos en los que no se presentan criterios ya mencionados para la forma típica o la atípica (6).

En el caso expuesto se evidencia que el paciente presentaba síntomas como fiebre, adenopatía cervical, eritema ocular y exantema en tronco, sin embargo, no cumple con todas las características de un Kawasaki típico. Por lo que el paciente es catalogado como Kawasaki atípico o también llamado incompleto. Además, se le realizó una ecocardiografía, en donde se evidencia alteración en arterias coronarias, por lo que el cardiólogo pediatra apoya al diagnóstico de Kawasaki.

Fue diagnosticado como Kawasaki like por COVID-19 probable, ya que todas las pruebas para otros virus fueron negativas, pero lo que nos orienta es el contacto con familiares COVID positivos.

El tratamiento consiste en la administración de Inmunoglobulina EV 2gr/kg/dosis y Ácido acetilsalicílico 50-100 mg/kg/día por cuatro a seis semanas (7).

En el caso de falta de respuesta a la primera dosis de Gammaglobulina se puede administrar una segunda dosis. En caso de falta de respuesta pese a

la segunda dosis, se puede administrar pulsos de Metilprednisolona 10-30mg/kg/dosis en 3 horas. Si se persiste con la falta de respuesta al tratamiento mencionado, se pueden utilizar agentes biológicos, tales como el Tocilizumab, Anakinra o Infliximab. Se decide iniciar tratamiento con Inmunoglobulina G y ácido acetilsalicílico al paciente ya que presentó un ECG y ecocardiografía positivos como es indicado (8). (Anexo 1)

También se incluyó a la Oxacilina en el tratamiento, debido a que presentó adenitis abscedada, siendo suspendido dos días después ya que se evidenció una disminución de esta y paracetamol en caso de fiebre.

### **Caso 2: ITU recurrente**

En el segundo caso se presenta a un paciente masculino de 3 meses de edad con diagnóstico de ITU recurrente y Pielonefritis aguda. Siendo la infección urinaria, la infección bacteriana con riesgo de gravedad más frecuente en la infancia, sobre todo en el primer año de vida, con una prevalencia del 5-10% en niños menores de 5 años (9) (10).

Esta es más frecuente en varones en los 3 primeros meses de vida, no obstante, la incidencia incrementa en las niñas a partir del primer año de vida, debido a que estas presentan la uretra más corta, facilitando así el ingreso de bacterias a través del conducto urinario (9) (11).

Tal como en el caso presentado, en el que el paciente es varón y tiene 3 meses de edad.

La ITU recurrente es definida como aquella en la que durante 1 año se producen (12):

- Dos o más episodios de pielonefritis aguda
- Un episodio de pielonefritis aguda y uno o más de cistitis
- Tres episodios o más de cistitis

La vía más frecuente de colonización es la ascendente, llegando así los gérmenes intestinales a la uretra o zona perineal (12).

Los principales agentes causales de la ITU son las bacterias gram negativas de origen intestinal, siendo el más frecuentemente aislado la E. Coli, en el 86-

90% de casos. Seguido de otros agentes como la *Klebsiella* spp, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus* spp, entre otros (13).

Los pacientes pediátricos presentan mayor probabilidad de recurrencia (>30%) con gérmenes diferentes a los del primer episodio, sobre todo en el transcurso del primer año tras el episodio anterior (12).

El paciente presenta antecedentes de ITU por *E. Coli* y *Klebsiella pneumoniae*, sin embargo, en el cultivo actual se evidencia *Enterococcus faecalis*. Confirmando que la recurrencia es con gérmenes diferentes a los del primer episodio.

Debido a que el cuadro clínico de la ITU es inespecífico, para su diagnóstico es necesario el examen de orina, el cual debe ser confirmado mediante un urocultivo. Se considera positivo un urocultivo cuando este presenta un recuento superior a 100 000 UFC/ml si la muestra es obtenida mediante bolsa recolectora o mediante chorro medio, o >10 000 UFC/ml en caso de muestra mediante cateterismo vesical, e  $\geq$  200 UFC/ml en caso de punción vesical (13).

Entre el 50-80% de casos de ITU diagnosticados en niños y niñas presentan afectación renal aguda, presentando el 20% de ellos afectación cicatricial parenquimatosa (14).

En el caso presentado el paciente ingresa debido a presentar un cuadro inespecífico, ya que sólo presentaba fiebre e irritabilidad. Lo que orientó al diagnóstico es su antecedente de ITU en los meses de noviembre y diciembre, de los cuales contaba con un urocultivo positivo para *E. Coli* y *Klebsiella pneumoniae*. Se le realiza un nuevo examen de orina evidenciando leucocitos 40-50/campo, confirmando así el cuadro de infección urinaria.

Acerca del tratamiento, los niños con ITU deben recibir tratamiento antibiótico empírico una vez se haya obtenido la muestra para el urocultivo, aminorando así la gravedad de la afectación cicatricial renal. La antibioticoterapia empírica se instaura en base a los agentes involucrados usualmente y según las resistencias locales, mientras que el tratamiento se brinda según los resultados del urocultivo y antibiograma (12).

En el caso presentado el tratamiento dado de acuerdo a los resultados del urocultivo fue Amoxicilina 120mg cada 8 horas, con lo cual presentó mejora clínica y se le dio de alta con tratamiento ambulatorio.

### **Caso 3: Enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación**

La enfermedad diarreica aguda al día de hoy constituye un gran problema de salud pública que se caracteriza por la disminución de la consistencia y aumento de frecuencia de las deposiciones (más de 3 en un día) y cuya duración debe ser menor de 14 días (15).

La causa es principalmente infecciosa de tipo viral. Sin embargo, debemos tener en cuenta el amplio panorama de etiologías dependiendo de la clínica y anamnesis. Asimismo, no todos los episodios de diarrea requieren estudio etiológico, reservándose para el cuadro que dura más de lo habitual, produce deshidratación importante, presenta síndrome disentérico o resulta en hospitalización (16).

Es importante realizar la valoración inicial del paciente mediante el triángulo de evaluación pediátrica que abarca tres componentes: la apariencia, trabajo respiratorio y circulación cutánea. En el caso presentado, el TEP no presenta alteración de alguna de las puntas (17).

Evaluamos el estado de hidratación de la lactante menor. Al encontrarse alerta, sin ojo hundidos, mucosas húmedas, lágrimas ausentes, sed conservada y signo del pliegue negativo, la clasificamos como “Sin signos de deshidratación” y se procede a iniciar el plan A (Anexo 2) para prevenir la deshidratación. Se recomienda dieta blanda, aumentar ingesta de líquidos preparados en casa y continuar la lactancia materna. Se indican los signos de alarma a la madre estipulados en la guía técnica, como lo son las deposiciones muy frecuentes y de alto volumen, vómitos a repetición, sed aumentada, fiebre o sangre en las heces. Asimismo, se solicita un examen de reacción inflamatoria en heces, cuyo resultado fue:

- Aspecto: marrón pastoso
- Reacción inflamatoria: leucocitos 0-5xc

- Presencia de almidón en heces

Madre acude sola al establecimiento para lectura de resultados, que estuvieron para unas horas después, cuenta que su hija se encuentra estable, no presenta ningún signo de alarma y evoluciona favorablemente. Se le indica a la madre que el resultado de heces fue negativo para diarrea infecciosa y que debe vigilar el consumo de alimentos de su menor, ya que recién inicia con la alimentación complementaria y su sistema gastrointestinal no está totalmente desarrollado para digerir los mismos alimentos que un adulto. Los alimentos se introducen de forma progresiva y se evita la sal y azúcar añadidos (18).

#### **Caso 4: Urticaria aguda**

La urticaria es la reacción de la piel caracterizada por una rápida aparición de lesiones en piel tipo habones de tamaño variable, pruriginosos y no dolorosos que se localizan en cualquier parte de la piel o en mucosas, acompañadas de edema o angioedema y que pueden cambiar de ubicación en el tiempo. Sánchez L, Ponce M, Cabanillas J. Urticaria Aguda. Dermatol PERU 2012; vol 22.

Se producen por degranulación de los mastocitos, siguiéndole eventos que liberan diversos mediadores activos, cuyo resultado final es la extravasación que se traduce en habones pruriginosos y angioedema (19).

Las causas son variables, desde fármacos como la aspirina o penicilina; alimentos como derivados de la leche, carne de cerdo, pescados; infecciones por enterovirus o hepatitis; y otros como picadura de insectos o factores físicos como la luz solar.

En el caso presentado, la niña no refiere antecedentes de ser alérgica a algún alimento, pero sí menciona la madre que por primera vez consumió comida derivada de carne de cerdo y plátano frito en su casa. No refiere haber salido al campo o parque.

La paciente se encuentra estable desde la llegada, solo refiere sensación de escozor en miembros inferiores y migración de lesiones desde el día anterior,

que iniciaron en tronco y que al día de la consulta solo se encuentran en piernas.

El tratamiento de urticaria se basa en la evitación de los factores desencadenantes y tratamiento farmacológico, donde los antihistamínicos H1 son el tratamiento de primera elección. Se prefiere los anti H1 de segunda generación al no tener acción sedante sobre el SNC. Álvaro M. Urticaria y angioedema (20). En el caso presentado, se recomienda a la madre implementar una dieta hipoalergénica, se le indica loratadina jarabe 5mg/5ml a 0.2 mg/kg/día correspondiéndole por su peso 5ml/día por 3 días.

### **3.2 ROTACIÓN DE GINECOOBSTETRICIA**

#### **Caso 1: Eclampsia**

En el primer caso de gineco-obstetricia se presenta a una paciente puérpera inmediata de 39 años, referida de clínica, con el diagnóstico de Eclampsia.

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las primeras causas de morbilidad materna y fetal.

La Preeclampsia es aquel síndrome caracterizado por presión arterial  $\geq 140/90$  mmHg después de las 20 semanas de gestación, además de proteinuria  $>0,3$  gr/24 horas o disfunción orgánica. La cual puede complicarse con convulsiones tónico-clónicas generalizadas, antes, durante o después del parto, conocida esta complicación como Eclampsia (21).

Como se presentó en el caso, la paciente es referida y diagnosticada como Eclampsia, ya que 6 horas postparto presenta episodio de movimientos tónico-clónicos, sin pérdida de conciencia, y presentando una presión arterial de 170/100 mmHg.

La incidencia de la eclampsia en países desarrollados es de 1 en 2000 partos, mientras que en países en vías de desarrollo es de 1 en 100 partos a 1 en 1700 partos. Ocurriendo el 44% de estas crisis convulsivas en el puerperio, 33% antes del parto y 18% intraparto (22).

El manejo consiste en el soporte vital, control de la hipertensión arterial, control de las convulsiones con Sulfato de Magnesio 4-6 gr EV en 5-20 min y como

mantenimiento 1,5 – 2 gr/hora, siempre controlando el reflejo patelar, respiraciones por minuto y diuresis para evitar la sobredosis. Una vez estable la gestante se debe concluir la gestación mediante una cesárea (23).

En el caso expuesto, el personal de la clínica refirió haber estabilizado a la paciente con Nifedipino 30 mg, Captopril 25 mg y Metildopa 500mg, también se le inició el protocolo de Sulfato de Magnesio. Una vez llegada al hospital se evidencia una presión arterial de 150/90 mmHg, por lo que se le inicia un manejo con Nifedipino retard 30 mg vo cada 12 horas, Metildopa 750 mg vo cada 12 horas, Labetalol 250 mg EV en caso PAS sea mayor a 160 mmHg y Sulfato de magnesio en infusión 1gr EV por hora, 50 cc por hora.

Sin embargo, el objetivo principal es la prevención de las convulsiones, como en el caso se muestra, la paciente antes de presentar la crisis convulsiva fue admitida en la clínica, lo cual demuestra un manejo inefectivo por parte del personal de salud ya que no identificaron con anticipación que la paciente era susceptible a presentar una complicación como esta (22).

## **Caso 2: Aborto incompleto**

En el segundo caso presentamos a una paciente mujer de 37 años con el diagnóstico de Aborto incompleto.

El aborto es definido como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o un peso menor de 500 gramos, según Ricardo Schwartz (24).

Con el término “incompleto” se hace referencia a la expulsión parcial del producto, el cual puede ser producido por un aborto espontáneo o inducido (25).

Dentro de la clínica tenemos la sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (restos en canal cervical o vaginal) y/o sangrado persistente (25).

La paciente es diagnosticada como Aborto incompleto ya que acude refiriendo dolor en hipogastrio y sangrado vaginal con pérdida parcial de producto, negando la salida de placenta y de cordón umbilical.

El shock hipovolémico y las infecciones son las principales complicaciones del aborto incompleto, aumentando el riesgo de muerte materna hasta en un 60%. Motivo por el cual debe tratarse a tiempo (25).

Para el tratamiento del aborto incompleto existen diversas opciones como el Legrado Uterino Instrumentado, Aspiración Manual Endouterina (AMEU), Aspiración Eléctrica, etc. (24)

El legrado uterino es un método mediante el cual se evacúa el interior del útero a través del cérvix con el uso de una cureta de metal, bajo anestesia general (25).

El AMEU es un procedimiento que consiste en introducir una cánula en el útero para evacuar por aspiración al vacío su contenido a través del cérvix (25).

El AMEU presenta mayores ventajas, ya que tiene una baja tasa de complicaciones postoperatorias, presenta menor costo en comparación al legrado uterino, requiere una mínima necesidad de dilatación cervical, se utiliza bloqueo paracervical como anestesia local, por lo que ya no es necesaria la anestesia epidural ni general, y la estancia hospitalaria es menor. Por eso se recomienda estandarizar su uso y discontinuar el LUI con cureta (25).

Según las guías del MINSA, si el tamaño uterino es menor de 12 cm podemos realizar un legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino si es necesario. Si el tamaño uterino es mayor de 12 cm y el cérvix está abierto, hay contracciones y metrorragia no es abundante se debe administrar infusión oxitócica 30 UI en 500 cc de NaCl 0.9% y posteriormente realizar el legrado uterino. En caso de que el cérvix esté cerrado, no haya contracciones y la metrorragia no es abundante se debe madurar el cuello uterino con prostaglandinas, como 200 mcg de misoprostol en fondo de saco vaginal cada 6 horas y posteriormente realizar el legrado uterino. Y en caso la metrorragia fuese abundante se debe colocar una vía con oxitocina y evacuar el contenido del útero inmediatamente, en caso el cérvix estuviese cerrado se debe realizar una dilatación instrumental seguida de legrado uterino o en último caso por histerotomía abdominal (26).

En el caso de la paciente se decide iniciar Oxitocina 10 UI a 20 gotas por minuto y posteriormente un legrado uterino, se toma esta decisión ya que la paciente presenta tamaño uterino mayor a 12 cm, presentaba contracciones y sangrado leve. Evoluciona favorablemente, por lo que al día siguiente se le da de alta y se realiza un control en 7 días por el consultorio de ginecología.

### **Caso 3: Vulvovaginitis por candidiasis vaginal**

La candidiasis vulvovaginal constituye una infección bastante frecuente en mujeres. Se refiere que al menos 75% de ellas presentarán al menos un episodio en su vida (27). Es causada por el hongo *Cándida spp*, que abarca más de 100 especies, entre ellas, la más frecuente, la *Cándida albicans*.

Es diagnosticada por la presencia de especies de *Cándida* en el examen en fresco, Gram o cultivo del flujo. Sin embargo, dependiendo de disponibilidad de recursos el diagnóstico puede basarse en la clínica típica: eritema en vulva, flujo vaginal tipo “requesón” y dolor durante las relaciones sexuales (28).

La alternativa de primera línea para uso de los azoles son los imidazoles: clotrimazol, miconazol, butoconazol, cuyo mecanismo de acción es inhibir la síntesis del ergosterol, produciendo cambios en la membrana celular del hongo que resulta en la inhibición del crecimiento del mismo (29).

En este caso, tenemos una clínica bastante florida de candidiasis vaginal. Se brinda consejería para evitar recurrencia con buenos hábitos de higiene y tratamiento con óvulo de clotrimazol 500 mg dosis única.

### **Caso 4: Sangrado uterino anormal en la postmenopausia: cáncer de cérvix**

El sangrado postmenopáusico es un tipo de hemorragia uterina anormal que corresponde a aquel que se presenta luego de 1 año de amenorrea en mujer postmenopáusica. Consiste en un problema que llama la atención médica y que requiere de evaluación rigurosa para determinar con el origen del mismo (30).

El sangrado anormal en postmenopáusicas, de acuerdo a la literatura, más comúnmente se debe a atrofia vaginal, endometrial y pólipos endometriales. Sin embargo, como parte de la evaluación de sangrado anormal, al ser difícil distinguir entre hemorragia endocervical de la endometrial, es necesario realizar un descarte de cáncer de cuello uterino, mediante biopsia así la lesión a la citología sea normal (31).

En el caso descrito, la paciente presentó hemorragia uterina en la postmenopausia, ya que su última regla fue tres años atrás. Ante el sangrado activo en plena consulta en el Centro de Salud, se dispone a realizar una referencia inmediata por Emergencia al Hospital Nacional Hipólito Unanue para el pronto manejo.

La paciente cuenta con factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, que es nuestra sospecha diagnóstica; en donde encontramos el inicio temprano de relaciones sexuales y bajo nivel socioeconómico (32).

Un mes después llega a consulta para continuar tratamiento para diabetes mellitus. Llega con diagnóstico de cáncer de cérvix estadio IIB, que involucra tumor con invasión parametrial. El tratamiento estandarizado se basa en radioterapia intracavitaria y de haz externo en combinación con cisplatino o cisplatino y fluorouracilo. Instituto Nacional del cáncer (33).

La infección por el virus del papiloma humano es la principal causa del cáncer de cuello uterino. Y al ser una infección prevalente, el Minsa dispone de una serie de medidas para prevenir y detectar de forma temprana la infección por el virus del papiloma humano. Minsa. Guía práctica para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero.

- Prevención Primaria:
  - Vacuna contra el papilomavirus

Mediante la vacunación con dos dosis de 0.5cc por vía intramuscular en un intervalo de 6 meses cuya población diana son las niñas que cursan el 5to grado de primaria de escuelas públicas o privadas o que tengan entre 9 a 13 años 11 meses 29 días que por alguna razón no están estudiando (34).

- **Prevención Secundaria:** las pruebas moleculares de VPH, los PAP y la IVAA son usados como métodos de tamizaje. Resultados negativos en las pruebas de IVAA o PAP, corresponden a nuevo tamizaje dentro de 3 años; mientras que mujeres con resultados negativos en la prueba de tamizaje VPH, se procede a nuevo cribado después de 5 años (35).

### **3.3 ROTACIÓN DE CIRUGÍA**

#### **Caso 1: Colangitis aguda severa con fístula colecisto-duodenal**

En el primer caso de cirugía se presenta a un paciente varón de 59 años de edad con el diagnóstico inicial de Gastroenteritis infecciosa, el cual con los exámenes solicitados se obtiene un diagnóstico de Colangitis aguda severa con fístula colecisto-duodenal.

La colangitis aguda es definida como la inflamación de las vías biliares secundaria a una infección bacteriana, siendo la principal vía de infección la ascendente, en donde las bacterias provienen del duodeno, siendo el principal agente causal la *Escherichia coli* (36).

Charcot en el año 1877 describe por primera vez a esta enfermedad denominada “fiebre hepática” en ese entonces, la cual es caracterizada por fiebre intermitente y escalofríos, dolor en hipocondrio derecho e ictericia (tríada de Charcot).

Longmire la clasifica como (36):

- Colangitis aguda secundaria a colecistitis aguda
- Colangitis no supurativa aguda
- Colangitis supurativa aguda
- Colangitis supurativa aguda obstructiva
- Colangitis supurativa aguda acompañada de absceso hepático

Como antecedente de forma frecuente se presenta antecedente de patología biliar previa o colangitis previa. La clínica puede ser leve con fiebre, escalofríos, ictericia o hasta grave con casos de toxicidad en donde a la triada de Charcot antes mencionada se le añade hipotensión y alteración del sensorio, conocido como la Pentada de Reynolds (37).

Para el diagnóstico tenemos los criterios de Tokio del año 2018, los cuales consisten en (38):

Inflamación sistémica:

- Fiebre (Temperatura >38 grados) y/o escalofríos
- Leucocitos < 4000 o > 10000, PCR > 1mg/dl
- Elevación de niveles de FA, GGT, AST y ALT >1,5 LSN

Pruebas de imagen:

- Dilatación de la vía biliar
- Evidencia de la causa en pruebas de imagen (tumor, litiasis, stent, etc.)

Diagnóstico de sospecha: Un ítem A + uno de B o de C

Diagnóstico definitivo: Un ítem de A + uno de B + uno de C

Dentro de las técnicas de imagen se pueden utilizar la ecografía, tomografía computarizada y la colangiorresonancia magnética. Siendo la técnica de elección inicial la ecografía, por su accesibilidad, sin embargo, presenta una sensibilidad del 50% (36).

El procedimiento más sensible es la CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), con una sensibilidad del 97%, sin embargo, por las complicaciones como colangitis, hemorragia digestiva, perforación y pancreatitis, no se recomienda usar como técnica diagnóstica, sino como terapéutica (36).

Para el manejo las guías de Tokio clasifican la severidad de la colangitis y de acuerdo a eso la decisión terapéutica (36).

- Grado I (leve): colangitis aguda sin signos de disfunción orgánica + respuesta a tratamiento antibiótico inicial
- Grado II (moderada): colangitis aguda sin signos de disfunción orgánica sin respuesta a tratamiento antibiótico inicial
- Grado III (grave): colangitis aguda con signos de disfunción orgánica (con la presencia de uno de los siguientes criterios: hipotensión que requiere de dopamina o dobutamina, alteración del estado de

conciencia, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor a 300, creatinina mayor a 2 mg/dl, tiempo de protrombina mayor a 1.5, trombocitopenia menor a 100.000)

En el caso presentado, inicialmente se planteó un diagnóstico de Gastroenteritis infecciosa, ya que el paciente acude con síntomas inespecíficos como fiebre, dolor abdominal, diarreas y vómitos. Sin embargo, en el resultado de la ecografía se evidenciaron signos de colecistitis aguda litiásica con perforación, colecciones perivesiculares y fistulización hacia colon transverso. Más tarde se le solicita una TAC abdominal en donde se evidencian signos de inflamación de lecho vesicular y asas colónicas aplastronadas. Se plantea el diagnóstico de Colangitis aguda severa, ya que cumple con criterios de fiebre, si bien no presenta ictericia, presenta bilirrubina total 3.05 mg/dl, fosfatasa alcalina 331, GGTP 411, y evidencia de la causa en los exámenes imagenológicos. Es catalogada como Severa ya que presenta plaquetas en 60.000 y tiempo de protrombina 20.85 segundos.

Para la antibioticoterapia empírica se utilizan medicamentos como la amoxicilina-ácido clavulánico, piperacilina-tazobactam cefalosporinas o fluoroquinolonas, ya que presentan una excreción biliar adecuada.

Posteriormente es importante realizar la descompresión de la vía biliar, para lo cual existen 3 métodos (36):

- Drenaje biliar vía endoscópica: mediante un CPRE, siendo el método de elección.
- Drenaje biliar transhepático con acceso percutáneo: En el que se inserta un catéter en el conducto biliar intrahepático y/o en el colédoco guiado por ultrasonido, y posicionar el extremo distal en la luz duodenal.
- Drenaje biliar quirúrgico: puede ser mediante cirugía abierta o laparoscópica. Presenta alta morbilidad y mortalidad, por lo que no es considerada como primera línea.

12 – 24 horas posteriores a la antibioticoterapia empírica y soporte, se debe reevaluar al paciente. En caso de que haya mejora clínica se debe realizar el drenaje biliar endoscópico antes de las 72 horas, posteriormente una cirugía electiva en caso sea necesario. Si no hubo mejora clínica o empeoró, se debe realizar un drenaje biliar endoscópico urgente (en menos de 24 horas), si este

drenaje fracasa se debe valorar una nueva CPRE o DBTP y posteriormente una cirugía electiva si fuese necesaria (36).

En el caso expuesto la paciente presentaba una complicación denominada fístula bilioentérica, definida como aquella comunicación anormal entre el sistema biliar y el tracto gastrointestinal, considerada una complicación rara y tardía de la colecistitis. Hay 2 tipos de fístulas: las no obstructivas, que son aquellas que producen colangitis recurrente, síndrome de malabsorción y pérdida de peso, y las obstructivas que generan íleo biliar o síndrome de Bouveret. La más frecuente es la colecistoduodenal, representando 77-90% de casos. El tratamiento consiste en la disección de adherencias, colecistectomía y resección de la fístula (39).

En el caso del paciente se administra tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino y Metronidazol, además de transfundir 2 paquetes globulares y plasma fresco congelado. Posteriormente se lo programa para una laparotomía exploratoria, en la que se realiza una colecistectomía con exploración de conducto biliar común y coledocoenterostomía. Es ingresado a UCI debido a presentar shock séptico, en el que permanece 8 días y posteriormente se lo hospitaliza en medicina interna con una evolución favorable.

## **Caso 2: Hernia inguinal bilateral**

En el segundo caso se presenta a una paciente mujer de 87 años de edad con diagnóstico de hernia inguinal bilateral.

Las hernias son definidas como la protrusión de un órgano intraabdominal, a través de un orificio natural o una zona debilitada de la pared abdominal, debido a un aumento de la presión intraabdominal como en los casos de estreñimiento, tos crónica, obesidad. Lo que la diferencia de una eventración es que en esta la protrusión se da a través de un orificio adquirido. El concepto de hernias abdominales hace referencia a todas aquellas hernias ubicadas en la pared abdominal anterior y también las inguinales. Siendo las más frecuentes las hernias inguinales, en el 75% de los casos (40).

El diagnóstico es clínico, aunque hasta 1/3 de personas sean asintomáticas. Entre la clínica se presenta aumento del volumen, que puede ir acompañado de dolor, el cual puede irradiarse a la parte baja del abdomen, al muslo, zona lumbar, perineo o al escroto. Y pueden agravarse al realizar actividades como subir escaleras, toser, estornudar u otras maniobras de Valsalva (41).

El tratamiento es la hernioplastia inguinal, la consiste en la reparación quirúrgica de la hernia. Y es realizada en pacientes sintomáticos y aquellos que no presenten mejora con el tratamiento no quirúrgico (41).

En el caso presentado, el paciente acude por presentar desde hace 7 días una masa a nivel inguinal, el cual le genera un leve dolor, además refiere náuseas y vómitos, también refiere no hacer deposiciones hace 5 días. Clínicamente se aprecia la hernia inguinal incarcerada, pero al realizar la ecografía se evidencia el hallazgo de hernias bilaterales a nivel inguinal. Se la hospitaliza para programar una Hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP).

La técnica TAPP (hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal) se caracteriza por realizarse desde el interior de la cavidad peritoneal. Entre las indicaciones para realizar esta técnica quirúrgica tenemos a las hernias bilaterales, hernias recidivadas, hernias incarceradas, hernias femorales. Esta técnica presenta la ventaja de obtener una buena visión de la cara posterior de la pared abdominal, lo cual permite realizar una reparación con menos necesidad de fijación de la malla y menor trauma tisular y permite una correcta visión de ambas regiones inguinales a la vez y realizar la reparación en un solo procedimiento. Es por ello que se decidió utilizar la técnica TAPP en el paciente del caso (42).

### **Caso 3: Mordedura de perro conocido**

Las mordeduras de animales corresponden a un gran problema de salud pública al transmitir diversas enfermedades, siendo la rabia la más importante de ellas, por el curso fatal en los humanos. Por ello, se le considera una enfermedad de notificación obligatoria en el país (43).

El manejo inmediato frente a heridas por mordedura de animales se basa en el lavado con agua o suero salino estéril de 10 a 15 minutos, desbridamiento de tejido desvitalizado y retiro de cuerpo extraños (44).

Al considerarse una herida sucia, no se recomienda el cierre primario de la herida, ya que una herida infectada podría retrasar la cicatrización y potencialmente ser mortal. Sin embargo, actualmente existe bastante controversia y son necesarios nuevos estudios de los efectos beneficiosos y perjudiciales del cierre primario versus el tardío o ningún cierre (45).

En el caso del paciente, presenta heridas superficiales ya afrontadas, se realiza lavado intenso y no se sutura. Se procede a iniciar tratamiento analgésico con Ibuprofeno c/8h al referir dolor EVA 6/10 y tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico c/8h por 7 días, el cual se considera el medicamento de elección por su amplio espectro para cubrir aerobios y anaerobios (46).

Al no contar con vacunación antitetánica, se refiere al servicio de enfermería para iniciar con la primera dosis de vacuna dT.

En el caso descrito, nos encontramos frente a un caso de exposición leve, además de que el animal en cuestión estaba debidamente vacunado contra la rabia, se decide no iniciar profilaxis postexposición con vacuna antirrábica en el paciente.

Se pone mucho énfasis en la vacunación de los canes con el objetivo de eliminar la rabia humana transmitida por éstos. Es por eso, que el Ministerio de Salud tiene actuación en la realización de campañas nacionales de vacunación mediante los VAN-CAN que se ejecutan dos días específicos para cubrir un mínimo de 80% del total de canes de la localidad (47).

#### **Caso 4: Quemadura de 2do grado superficial**

Las quemaduras son consideradas lesiones en piel u otros órganos que resultan por acción de agentes físicos y/o químicos y desencadena en pérdida de líquidos, pérdida de calor y pérdida de barrera frente a los agentes patógenos (48).

Se pueden clasificar según su afectación tisular en: Guinot J, García A, et al. La importancia del tratamiento inicial adecuado en una quemadura subdérmica en miembro inferior (49):

- Quemadura epidérmica o de primer grado: afecta epidermis y es muy dolorosa.
- Quemadura dérmica superficial o de segundo grado superficial: presencia de flictenas, muy dolorosa.
- Quemadura dérmica profunda o de segundo grado profundo: presencia de flictenas, pero no hay dolor.
- Quemadura subdérmica o de tercer grado: negruzca, con pérdida de sensibilidad y anestesia.

En este caso, la paciente está catalogada como quemadura de segundo grado superficial o dérmica superficial por la presencia de flictenas en tórax, base eritematosa muy sensible en lugar donde una flictena se rompió y presencia de exudado. Al tener una extensión de menos del 10% de superficie corporal y no tener mayor complicación en zonas de riesgo como cara, genitales manos, se procede a resolución en el primer nivel de atención (50).

Se inicia limpieza de lesiones con solución yodada y cloruro de sodio. El debridamiento de las flictenas es un tema controvertido, ya que, si bien se sabe que el líquido dentro de la flictena puede retrasar la curación, el hecho de eliminar la flictena también podría aumentar el riesgo de infección (50). Sin embargo, al evidenciar flictenas en tórax con flictenas de capa muy débil, se procede a desbridarlas, limpiarlas con gasas, suero salino y solución yodada y finalmente, aplicar con crema antibiótica de sulfadiazina de plata y cubierta con gasa estéril. Se le brinda tratamiento analgésico con paracetamol y curaciones diarias en el Centro de Salud.

### **3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

#### **Caso 1: ACV isquémico**

En el primer caso se presenta a una paciente de sexo femenino de 79 años de edad con diagnóstico de ACV isquémico.

El accidente cerebrovascular es una lesión neurológica aguda caracterizada por la disfunción del tejido cerebral por un desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno. Siendo la segunda causa de muerte y discapacidad a nivel mundial. Esta es clasificada en ACV isquémico y hemorrágico, siendo el ACV isquémico el más frecuente, ya que es el 85% de casos (51).

En el Perú la prevalencia es de 6,8% en zona urbana y 2,7% en zona rural en personas mayores de 65 años, representan también el 28,6% y 13,7% de causas de muerte respectivamente. Entre los años 2000 – 2009 la mortalidad hospitalaria alcanzó hasta el 20%, evidenciando ser un problema de salud pública (52).

El 40 – 53% de personas que han sufrido una enfermedad cerebrovascular, serán parcial o totalmente dependientes a los seis meses, pasado 1 año se reduce al 33%. Deteriorando la calidad de vida, afectándose el sueño, las reacciones emocionales, la movilidad física, el dolor y las relaciones sociales por el aislamiento (53).

La clínica se da de acuerdo al territorio afectado y extensión de la lesión, entre los más frecuentemente afectados tenemos (54):

#### Circulación anterior:

- Arteria cerebral anterior: hemiparesia e hipoestesia contralateral a predominio crural, disartria, incontinencia urinaria, apatía, abulia, desinhibición, entre otros.
- Arteria cerebral media porción M1: hemiplejía e hipoestesia contralateral, hemianopsia homónima, desviación forzada de la mirada, afasia, entre otros.
- Arteria cerebral media porción M2 – M3: hemiparesia e hipoestesia contralateral, disartria, afasia y hemianopsia homónima con compromiso de M2.
- Arteria cerebral media porción M4: presenta la misma clínica, pero menos severa, además de compromiso de funciones corticales como disgrafía, discalculia, agrafostesia, apraxias.

#### Circulación posterior:

- Arteria cerebral posterior: alteración en el campo visual contralateral, agnosia visual o crisis visuales.
- Territorio vertebrobasilar: afectación cerebelosa o troncoencefálica, como alteración del estado de conciencia, pupilares, oculomotoras, compromiso motor de las cuatro extremidades, entre otros.

En el caso presentado el familiar de la paciente nos refiere que ella presentó movimientos tónico-clónicos, no refieren el tiempo de duración de estos, también refieren relajación de esfínteres y trastorno de conciencia. Refieren que 1 hora antes de episodio, presenta desvanecimiento, balbuceo y se le toma presión arterial la cual estaba en 150/90 mmHg, por lo que se le administra captopril y es traída a emergencias. Refieren que fue dada de alta hace 4 días con el diagnóstico de ACV isquémico secuelar y como antecedentes tiene 2 ACV isquémicos anteriormente, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

El diagnóstico es imagenológico, las guías recomiendan la realización de una resonancia magnética o una tomografía axial computarizada de manera precoz, siendo la TAC la que más se realiza debido a su accesibilidad y esta puede distinguir el ACV isquémico del hemorrágico (55).

En la TEM cerebral se evidenciaron signos de infarto agudo extenso a nivel fronto-parieto-temporo-occipital derecho, asociado a trombosis de la Arteria cerebral media ipsilateral. Además de signos de infarto crónico fronto-parieto-temporo-occipital izquierdo.

Para el manejo del ACV isquémico tenemos opciones como la reperfusión arterial, los cuales son la trombólisis y la trombectomía. La trombectomía a pesar de ser eficaz y segura representa costos más elevados, es por esto que se recomienda que en pacientes que cumplan con los requisitos para trombólisis endovenosa la terapia sea iniciada lo antes posible, con rTPA 0,9 mg/kg, dosis máxima 90 mg. En aquellos pacientes con compromiso de vaso grande y menos de 6 horas de evolución, también se recomienda la trombectomía mecánica de elección en aquellos con compromiso del segmento M2 y M3 de la arteria cerebral media, arteria cerebral anterior o posterior, arteria vertebral y basilar (56).

Entre los criterios para la trombólisis tenemos: pacientes que hayan iniciado los síntomas hace 3 horas, además mayor de 18 años, aquellos pacientes en los que la presión arterial pueda bajarse de forma segura a menos de 185/110 mmHg, glucosa mayor de 50 mg/dl, se recomienda en aquellos que toman monoterapia con antiplaquetarios antes del ACV, se recomienda alteplase IV en pacientes con enfermedad renal en estadio terminal en hemodiálisis y con TPPa normal. También es recomendado en aquellos que se encuentran dentro de 3 – 4.5 horas de iniciados los síntomas, pero se recomienda en pacientes menores de 80 años, sin antecedentes de diabetes mellitus ni ACV previo, puntaje NIHSS menor a 25, sin uso de anticoagulantes orales, y que en las pruebas de imagen no haya lesión isquémica que afecte a más de 1/3 del territorio de la Arteria cerebral media (56).

A la paciente en la unidad de traumashock le administran terapia antiagregatoria, anticoagulante, se le inicia de antihipertensivo vía oral y NTG. La paciente no era candidata a trombólisis debido a que presenta más de 1/3 del territorio de arteria cerebral media comprometido. Por lo que se decide estabilizarla primero con el tratamiento planteado.

## **Caso 2: Celulitis**

En el segundo caso se presenta una paciente mujer de 60 años con el diagnóstico de celulitis en tórax.

La celulitis es aquella infección aguda de partes blandas, que afecta tanto la dermis reticular y la hipodermis. Es dada debido a la invasión de bacterias a través de la barrera cutánea comprometida, siendo las más frecuentes el *Streptococcus* beta hemolítico del grupo G, seguido del grupo A y el *Staphylococcus aureus* (57).

El diagnóstico es clínico, caracterizado por presentar una zona eritematosa, caliente, edema, dolor y bordes irregulares, además puede añadirse ampollas y pústulas, generando úlceras. Con compromiso de miembros inferiores en el 70 – 80% de los casos (57).

La paciente acude porque desde hace 15 días presenta una lesión eritematosa en región torácica que fue progresando, y que genera dolor y edema. Al examen físico se evidencia la lesión de aproximadamente 20 x 15 cm con signos de flogosis y centro de 10 cm indurado.

El tratamiento consiste en la administración de antibióticos sistémicos que cubran tanto al *Streptococcus betahemolítico* como al *Staphylococcus aureus*, teniendo esquemas como: Clindamicina 300 – 450 mg vo c/8h, Amoxicilina 500 mg vo c/8h + trimetoprim/sulfametoxazol 160mg/800mg c/12 horas, Amoxicilina 500 mg vo c/8h + Doxiciclina 100 mg vo c/12h, Linezolid 600 mg vo c/12h, entre otros. En caso de SAMR Vancomicina 15-20 mg/kg/dosis c/8-12 horas (57).

La paciente es hospitalizada, en donde se le administra como tratamiento Vancomicina 1gr EV cada 8 horas y Meropenem 1gr EV cada 8 horas, durante 14 días, con evolución favorable, por lo que es dada de alta.

### **Caso 3: Tuberculosis extrapulmonar: mamaria**

El caso presentado se trata de una paciente mujer que, por médico particular, inicialmente fue tratada por mastitis infecciosa con antibióticos que no precisa, pero que, al llevar meses sin mejoría, se realiza más estudios para dar con el diagnóstico correcto. Tras resultados de BK negativos y Prueba molecular positiva en mama Izquierda, se la diagnostica de tuberculosis mamaria.

La tuberculosis mamaria se considera una tuberculosis extrapulmonar rara y generalmente primaria, sin evidencia de foco inicial (58).

Paciente ingresa a programa de Tuberculosis iniciando tratamiento para TB sensible de 6 meses de duración; donde los dos primeros meses el tratamiento se basa la toma diaria de isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol (50 dosis); y los cuatro meses siguientes, con la toma de isoniacida y rifampicina tres veces por semana (54 dosis) (59).

Paciente vive con sus tres hijos y todos resultan ser BK negativos. Se da consejería por nutrición, obstetricia, psicología para la atención integral de la paciente. Actualmente se encuentra en evolución favorable, en segunda fase

del tratamiento y se realiza seguimiento telefónico para permitir mantener la adherencia al tratamiento (60).

#### **Caso 4: Fibrosis pulmonar idiopática**

El caso se basa en un adulto mayor con historia de baja de peso y tos que inicialmente es seca pero que hace unos meses refiere se volvió productiva. Se lo considera como sintomático respiratorio al presentar tos con expectoración por más de quince días, siendo sospechoso de Tuberculosis (61).

Se le realiza pruebas de rutina como hemograma completo, perfil tiroideo, glucosa, urea, creatinina, así como BK en esputo, prueba antigénica de COVID-19 y Radiografía de tórax.

El paciente ingresa cuatro días después a consulta externa de medicina con resultados para lectura, los cuales todos los de laboratorio salieron negativos, a excepción de la imagen de radiografía de tórax, donde se evidencia fibrosis pulmonar y aortoesclerosis.

La fibrosis pulmonar idiopática es un tipo de neumonía intersticial idiopática, fibrosante crónica y progresiva (62). Se caracteriza por disnea progresiva, crepitantes en ambos campos e infiltrados en bases. Su patogenia aún es desconocida, pero abarca factores genéticos y ambientales (63).

En el caso presentado, inicialmente se sospechó de tuberculosis pulmonar, por la baja de peso y tos. Sin embargo, no refirió contactos y los resultados BAAR fueron negativos. La radiografía de tórax orientó la clínica a una fibrosis pulmonar, donde se evidencia disminución de la expansibilidad, infiltrados intersticiales gruesos y engrosamientos pleurales biapicales.

El tratamiento, por tanto, involucra medidas de soporte como rehabilitación y oxigenoterapia, además de control de comorbilidades y prevención mediante la vacunación contra neumococo e influenza (64).

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

Con el inicio de una nueva experiencia en la vida de todos, como lo es el internado de medicina, sobre todo en el contexto de una pandemia, muchos iniciaron con dudas y miedo. Sin embargo, las ganas de vivir esta experiencia y cumplir la meta de ser médicos fue lo que nos motivó a dar este paso.

El internado es el último año y más importante etapa de todo estudiante de medicina, en el cual se integran todos los conocimientos previos con la experiencia práctica que viven en este. Además de experimentar la realidad de la medicina, en donde no todo es como lo descrito en los libros teóricos, sino que hay muchas limitaciones, tanto de recursos como de personal, por lo que el interno aprende a realizar diagnósticos y tratamientos con lo que tiene disponible.

Las rotaciones en los hospitales fueron totalmente diferentes a las rotaciones en los centros de salud. Referente a Medicina Interna, en el hospital se disponían de múltiples servicios como los de emergencias, UCI, UCIN, hospitalización y especialistas, mientras que en un centro de salud sólo se realizan consultas externas, se disponen de exámenes laboratoriales básicos y muchas veces no se disponen de exámenes imagenológicos, por lo que se deben realizar muchas referencias y diagnósticos clínicos. Referente a cirugía, en el hospital se experimenta el estar en hospitalización, asistir en sala de operaciones, emergencias y tóxico, mientras que en el centro de salud si bien hay área de tóxico, no se cuentan con los mismos insumos que en el hospital, por lo que se aprende a realizar procedimientos con lo que hay al alcance de la mano mejorando así nuestras capacidades, en caso de ser algo complicado, se refiere al hospital más cercano. En los casos de Pediatría y Gineco-obstetricia, en el centro de salud sólo se atienden consultas y se realizan control de crecimiento y desarrollo, controles prenatales, vacunaciones, pero no se cuentan con especialistas, por lo que son atendidos por médicos generales.

No obstante, en los centros de salud no se dividen por especialidades como en el hospital, sino que acuden pacientes de todas las edades y con diferentes afecciones. Teniendo una alta demanda de pacientes, intentando atender a todos los posibles. Pese a las limitaciones antes mencionadas, en los centros de salud se atienden de manera adecuada a los pacientes ya que se cuentan con médicos generales experimentados, y en los casos que requieran de un manejo más complejo por un especialista son derivados al hospital correspondiente. Esta alta demanda de pacientes con diferentes edades y patologías pudo ser de provecho para nosotras porque aprendimos el manejo de las enfermedades más frecuentes en el primer nivel de atención y por las limitaciones de los insumos hemos aprendido acerca de las alternativas de medicamentos, priorizar el diagnóstico clínico y utilizar exámenes complementarios sólo como confirmatorios de nuestras sospechas diagnósticas y en casos necesarios.

Esta experiencia tanto en hospital como en centro de salud ayuda a vivir diferentes realidades, y poder adquirir diferentes destrezas para aprovechar lo

que se tenga disponible, ya que un médico debe tener la habilidad de tomar decisiones en cualquier circunstancia, es por ello que esta nueva modalidad nos ayuda a formarnos como mejores profesionales, además de ayudarnos con la preparación para el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud).

### **CONCLUSIONES**

El internado de medicina es la etapa más importante de todo estudiante de medicina, esta es dada en el último año de la carrera, consta de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en los años anteriores. Pese al contexto de pandemia por COVID-19 y los cambios realizados en el internado, se puede aprovechar y aprender tanto acerca del primer como del segundo nivel de atención. Además de contar con excelentes maestros, preocupados por el aprendizaje de los internos, brindándonos actividades académicas para poder consolidar lo aprendido con los pacientes.

## **RECOMENDACIONES**

1. Velar por la seguridad de los internos, brindando seguros médicos, equipos de protección personal y capacitaciones para su correcto uso y cuidado.
2. Reintegrar el internado de 12 meses de duración, asegurando rotaciones en hospitales de nivel II o III.
3. Integrar las rotaciones en el primer nivel de atención, pero en menor tiempo.
4. Organizar y respetar horarios para el interno, tanto para prácticas en el hospital como para tener tiempo para estudiar y descansar adecuadamente, asegurando así un mejor rendimiento por parte de este.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Facultad de Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres. Directiva de Internado Médico [Internet]. [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/normativas/DIRECTIVA\\_UNIDAD\\_INTERNADO\\_MEDICO.pdf](https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/normativas/DIRECTIVA_UNIDAD_INTERNADO_MEDICO.pdf)
2. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Reseña Histórica [Internet]. Gob.pe. [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>
3. Rabí Chara M. El Hospital San Bartolomé de Lima (1646-2000) La protección y asistencia de la gente de color [Internet]. Lima; 2001 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1CxQivobxWMpshDslvmNfAViyzSRwzLWs/view?usp=sharing>
4. Minsa. Puntos COVID-19 Diris Lima Este [Internet] Disponible en: <http://www.dirislimaeste.gob.pe/popup/descarga/PUNTOS%20COVID%2019.pdf>
5. Calderón-Baldera KE, Gutiérrez Celestino-Segura WL. Síndrome Kawasaki temporalmente relacionado a COVID-19 (Síndrome Kawasaki-Like) en pacientes pediátricos [Internet]. Chiclayo - Perú; 2020 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=2227-4731&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_serial&pid=2227-4731&lng=es&nrm=iso)
6. Molna Alpízar V, Umaña Araya B. Enfermedad de Kawasaki. Med leg Costa Rica [Internet]. [citado el 18 de febrero de 2022];32(1):134–7.

- Disponible en:  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152015000100016](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100016)
7. Minchala-Urgilés RE, Ramírez-Coronel AA, Encalada-Parapi BJ, Caceres SG, de los Ángeles Estrella-González M, Minchala-Urgilés ME, et al. Enfermedad de Kawasaki asociada a COVID-19: Revisión Sistemática [Internet]. 2021; Disponible en: [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft\\_8\\_2020/3\\_enfermedad\\_kawasaki\\_asociada.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_8_2020/3_enfermedad_kawasaki_asociada.pdf)
  8. Sociedad Argentina de Pediatría. Estudio Multicéntrico SIM - Síndrome de Kawasaki - COVID-19 (EMSKC) [Internet]. 2021 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_estudio-multic-kawa-covid-09-20\\_1600294615.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_estudio-multic-kawa-covid-09-20_1600294615.pdf)
  9. Ballesteros Moya E. Infección urinaria [Internet]. Madrid; 2017 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-12/infeccion-urinaria/>
  10. Arias Regalado JE, Ochoa Brito M, Marcano Sanz LE. Prevalencia de infección del tracto urinario y factores asociados en pacientes de 0 a 5 años hospitalizados [Internet]. Cuenca, Ecuador; 2021 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1222376/a8-prevalencia-y-factores-asociados-de-las-itu-servicio-de-pediatria-d.pdf>
  11. Manual MSD versión para público general. Infecciones de las vías urinarias en la infancia (IVU) [Internet]. [citado el 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/infecciones-bacterianas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/infecciones-de-las-v%C3%ADas-urinarias-en-la-infancia-ivu>
  12. González Rodríguez JD, Rodríguez Fernández LM. Infección de vías urinarias en la infancia [Internet]. Cartagena; 2014 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en:

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07\\_infeccion\\_vias\\_urinarias.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf)

13. Puñales Medel I, Monzote López A, Torres Amaro G, Hernández Robledo E. Etiología bacteriana de la infección urinaria en niños [Internet]. Ciudad de la Habana; 2012 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000400006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400006)
14. González M, Salmón A, García S, Arana E, Mintegi S, Benito J, et al. Prevalencia de las infecciones del tracto urinario en niños menores de 2 años con fiebre alta en los servicios de urgencias. Anales de Pediatría [Internet]. 2019 [citado el 19 de febrero de 2022];91(6):386–93. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-infecciones-del-tracto-urinario-articulo-S1695403319301912>
15. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA. [Internet] 2017 [citado el 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
16. Díaz J, Echezuria L, et al. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus [Internet] 2014 [citado el 16 de febrero de 2022] Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06492014000100007](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007)
17. García M, González R. Triángulo de evaluación pediátrica. 2011 [Internet] Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s20/taller04.pdf>
18. Jiménez A, Martínez R. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutr. Hosp. vol.34 supl.4 Madrid 2017 [Internet] Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112017001000002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017001000002)
19. Sociedad Argentina de Pediatría. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la urticaria en pediatría. Arch Argent Pediatr 2021;119(2) [Internet] Disponible en:

- <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n2a28.pdf>
20. Protocolo diagnóstico y terapéutico en pediatría. 2019 [Internet]. Disponible en: [https://www.seicap.es/urticaria-aguda\\_78568.pdf](https://www.seicap.es/urticaria-aguda_78568.pdf)
  21. Salas Ramírez B, Montero Brenes F, Alfaro Murillo G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019 [Internet]. Costa Rica; 2020 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/532/887>
  22. Jara-Mori, Teófilo, Trastornos hipertensivos del embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2008;54(4):249-252. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428190005>
  23. Cararach Ramoneda R, Botet Mussons F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome de HELLP [Internet]. Barcelona; 2020 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf)
  24. Príncipe Cahuana AY. Nivel de satisfacción de la usuaria con Aborto Incompleto sobre la atención integral que brinda la enfermera en el Instituto Materno Perinatal [Internet]. 2002 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/principe\\_ca/Contenido.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/principe_ca/Contenido.htm)
  25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC) [Internet]. Quito, Ecuador; 2013 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT\\_CEDAW\\_ARL\\_ECU\\_18979\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/EQU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18979_S.pdf)
  26. Ministerio de Salud. GUÍA TÉCNICA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA [Internet]. Lima, Perú; 2007 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)

27. Vulvovaginitis: Candidiasis Y Vaginosis Bacteriana [Internet]. Quirónsalud. [citado el 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ruberinternacional.es/es/paciente/patologias/vulvovaginitis-candidiasis-vaginosis-bacteriana>
28. Ugalde F, Rivera H, Durán M. Candidiasis vulvovaginal recurrente. 2021 [Internet] Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/700/1290>
29. Ciudad A. Infecciones vaginales por cándida: diagnóstico y tratamiento. Rev Per Ginecol Obstet. 2007. [Internet] Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53\\_n3/pdf/a04v53n3.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a04v53n3.pdf)
30. Sandoval E. Sangrado uterino postmenopáusico. 2014 [Internet] Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/610/art18.pdf>
31. Ayala F, Rodriguez M, et al. Sangrado uterino anormal en la postmenopausia. Rev Peru Investig Matern Perinat 2016; 5(1):56-64 [Internet] Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/56/58>
32. Domínguez S, Trujillo T. Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.44 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2018 [Internet] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000100017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100017)
33. Tratamiento del cáncer de cuello uterino. 2017 [Internet] Disponible en: [https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq#\\_126](https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq#_126)
34. Venegas G, Jorge A, Galdos O. Vacuna del papilomavirus en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.66 no.4 Lima oct-dic 2020 [Internet] Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322020000400006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000400006)
35. Minsa. Guía práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. 2017 [Internet] Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>

36. Almirante B, Pigrau C. Colangitis aguda [Internet]. Barcelona; 2010 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-pdf-S0213005X10700264>
37. Orellana Soto P. Presentación, diagnóstico y terapéutica de la colangitis aguda [Internet]. Costa Rica; 2014 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152014000100009](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100009)
38. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* [Internet]. 2018;25(1):17–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jhbp.512>
39. Aguilar Espinosa F, Maza Sánchez R, Vargas Solís F, Guerrero Martínez GA, Medina Reyes JL, Flores Quiroz PI. Fístula colecistoduodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico [Internet]. Puebla, México; 2017 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-fistula-colecistoduodenal-complicacion-infrecuente-litiasis-articulo-S0375090617300423>
40. Najah H, Bouriez D, Zarzavadjian Le Bian A, Trésallet C. Hernias abdominales. *EMC - Tratado Med* [Internet]. 2021;25(1):1–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541021446908>
41. Vincent M. Vacca. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión [Internet]. España; 2018 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-hernia-inguinal-la-lucha-contr-S0212538218300384>
42. Méndez García C, Montes Posada E, Salguero Seguí G. TAPP: hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitonea. ¿Cómo, cuándo y por qué? [Internet]. Cádiz, España; 2018 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/revista/2018/29/2/35>

43. Talavera M, Gamboa B, et al. Accidentes de canes y conocimiento de rabia urbana en pobladores de Madre de Dios y Puno, Perú, 2014. Rev Inv Vet Perú 2018; 29(3): 1025-1035 [Internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rivep/v29n3/a35v29n3.pdf>
44. Alcalá P, Fontalvo M. Abordaje del paciente con mordedura de perro. 2017 [Internet] Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2019/12/Protocolo-MORDEDURA-DE-PERRO.-SP-HGUA-2017.pdf>
45. Cochrane. Cierre primario (suturas inmediatas) versus cierre tardío (suturas tardías) o ningún cierre (sin suturas) para las heridas traumáticas debidas a una mordedura de mamífero. [Internet] Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD011822/WOUNDS\\_cierre-primario-suturas-inmediatas-versus-cierre-tardio-suturas-tardias-o-ningun-cierre-sin-suturas](https://www.cochrane.org/es/CD011822/WOUNDS_cierre-primario-suturas-inmediatas-versus-cierre-tardio-suturas-tardias-o-ningun-cierre-sin-suturas)
46. De la Concha M, Flores F, et al. Actualizaciones en la mordedura de perro. Acta Médica Grupo Ángeles. 2020; 18 (3). [Internet] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am203i.pdf>
47. Minsa. Guía técnica para estandarizar los procedimientos de la Fase de Ejecución de la Campaña de Vacunación antirrábica canina. 2012 [Internet] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2029.pdf>
48. Enríquez Plan de cuidados a un paciente quemado: a propósito de un caso. 2016 [Internet] Disponible en: [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17898/EnriqueRodriguez\\_Nerea\\_TFG\\_2016.pdf](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17898/EnriqueRodriguez_Nerea_TFG_2016.pdf)
49. Caso clínico Gerokomos vol.29 no.2 Barcelona jun. 2018 [Internet] Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000200100](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200100)
50. González D, Soldevilla A. Tratamiento de las quemaduras en la atención ambulatoria. [Internet] Disponible en: [https://www.cedimcat.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=189:tratamiento-de-las-quemaduras-en-la-atencion-ambulatoria&catid=46:farmacoterapia-esp&lang=es](https://www.cedimcat.info/index.php?option=com_content&view=article&id=189:tratamiento-de-las-quemaduras-en-la-atencion-ambulatoria&catid=46:farmacoterapia-esp&lang=es)

51. Sequeiros Chirinos JM, Alva Díaz CA, Pacheco Barrios K, Huaranga Marcelo J. et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud) [Internet]. Lima, Perú; 2020 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000100054](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100054)
52. Long F. Davalos, Germán Málaga. EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN EL PERÚ: UNA ENFERMEDAD PREVALENTE OLVIDADA Y DESATENDIDA [Internet]. Perú; 2014 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2014.v31n2/400-401/es>
53. Fernández Concepción O, Fiallo Sánchez MC, Álvarez González MA, Roca MA, Concepción Rojas M, Chávez L. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes [Internet]. Perú; 2001 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2000568>
54. García Alfonso C, Martínez Reyes A, García V, Ricaurte-Fajardo A, Torres I, Coral J. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia; 2019 [citado 18 febrero 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2011-08392019000300041&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2011-08392019000300041&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
55. Bautista PAB, Villacis LS, Mena PRÁ, Pérez VAM, Jordán DRZ. Diagnóstico, imagenología y accidente cerebrovascular. Enferm Investiga Investig Vincul Docencia Gest [Internet]. 2018 [citado el 18 de febrero de 2022];3(1):77–83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6282836>
56. Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní C, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta médica peru [Internet]. 2020 [citado el 19 de febrero de 2022];37(1):54–73. Disponible en:

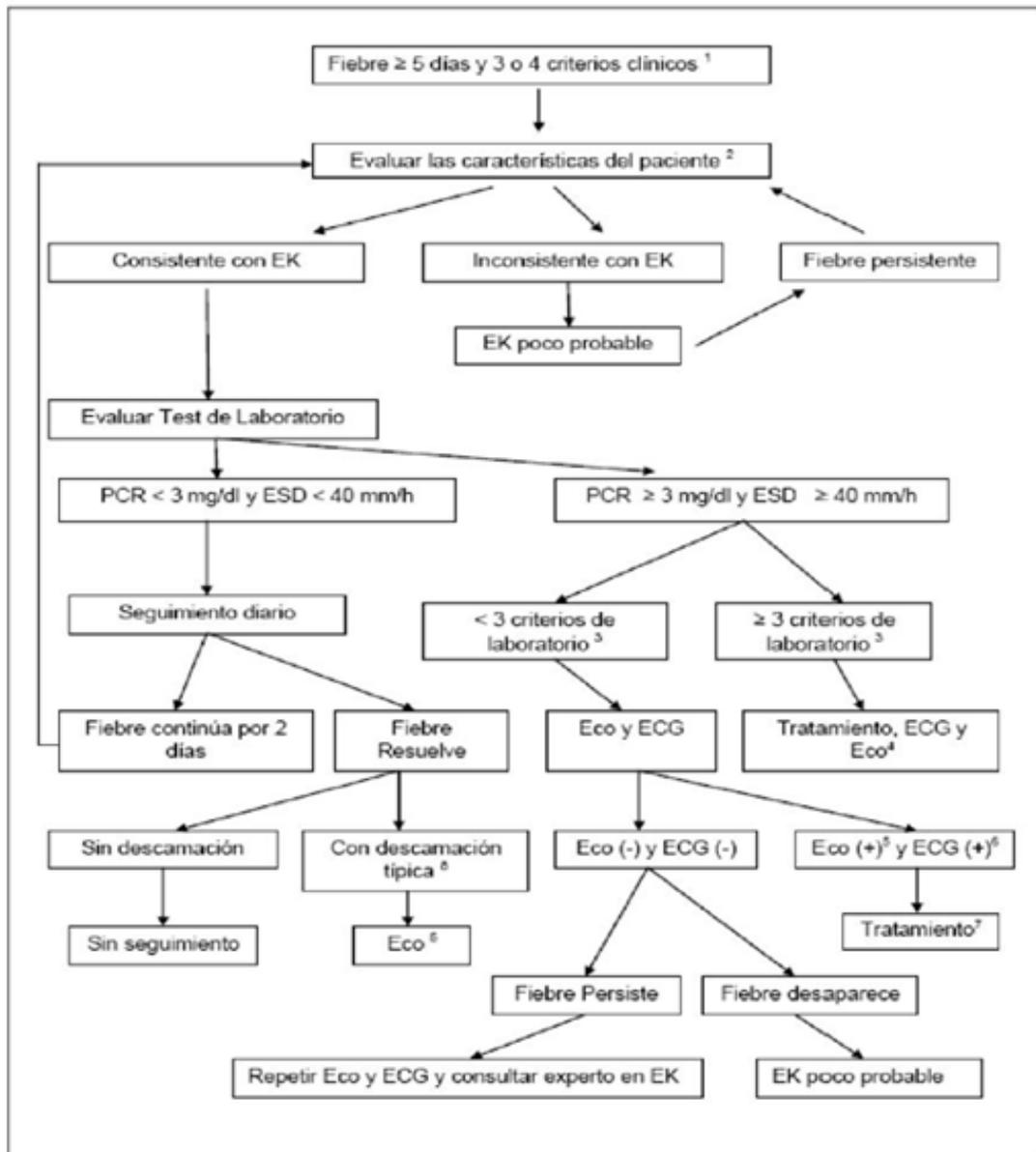
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000100054](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100054)

57. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2019 [citado el 19 de febrero de 2022];110(2):124–30. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253>
58. Sánchez J, Ortiz A, et al. Tuberculosis de mama: reporte de un caso. *Rev. perú. med. exp. salud pública* vol.35 no.2 Lima abr./jun. 2018. [Internet] Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342018000200024](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000200024)
59. Minsa. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis. 2018 [Internet] Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/186939/Resolucion\\_Ministerial\\_752-2018-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/186939/Resolucion_Ministerial_752-2018-MINSA.PDF)
60. Minsa. Registro HIS de teleorientación y Telemonitoreo. [Internet] Disponible en: [https://www.saludarequipa.gob.pe/redisplay/manuales\\_HIS/Registro\\_HIS\\_Telemonitoreo\\_Teleorientacion.pdf](https://www.saludarequipa.gob.pe/redisplay/manuales_HIS/Registro_HIS_Telemonitoreo_Teleorientacion.pdf)
61. OPS. Sintomático respiratorio. 2018 [Internet] Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/areas-de-trabajo/desigualdades/item/1039-sintomatico-respiratorio#:~:text=SINTOM%C3%81TICO%20RESPIRATORIO%3A%20Es%20toda%20persona,la%20causa%20de%20consulta%20principal>
62. Reyes F. Definición, patogenia y factores de riesgo de la fibrosis pulmonar idopática. *Rev Chil Enferm Respir* 2019; 35: 261-263 [Internet] Disponible en: <0717-7348-rcher-35-04-0261.pdf> (conicyt.cl)
63. Remón L, Uvidia M, Castro O. Fibrosis pulmonar idiopática en un ecuatoriano adulto de la provincia de Riobamba. *MEDISAN* 2016; 20(1):67 [Internet] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n1/san10201.pdf>

64. Yamunaqué D, Díaz S, Velasquez C. Mortalidad, funcionalidad y características epidemiológicas en una serie de casos de pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática en un Hospital Nacional y Clínica Privada en Lima, Perú. 2018 [Internet] Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1428/Mortalidad\\_YamunaqueCamperon\\_Daniela.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1428/Mortalidad_YamunaqueCamperon_Daniela.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## ANEXOS

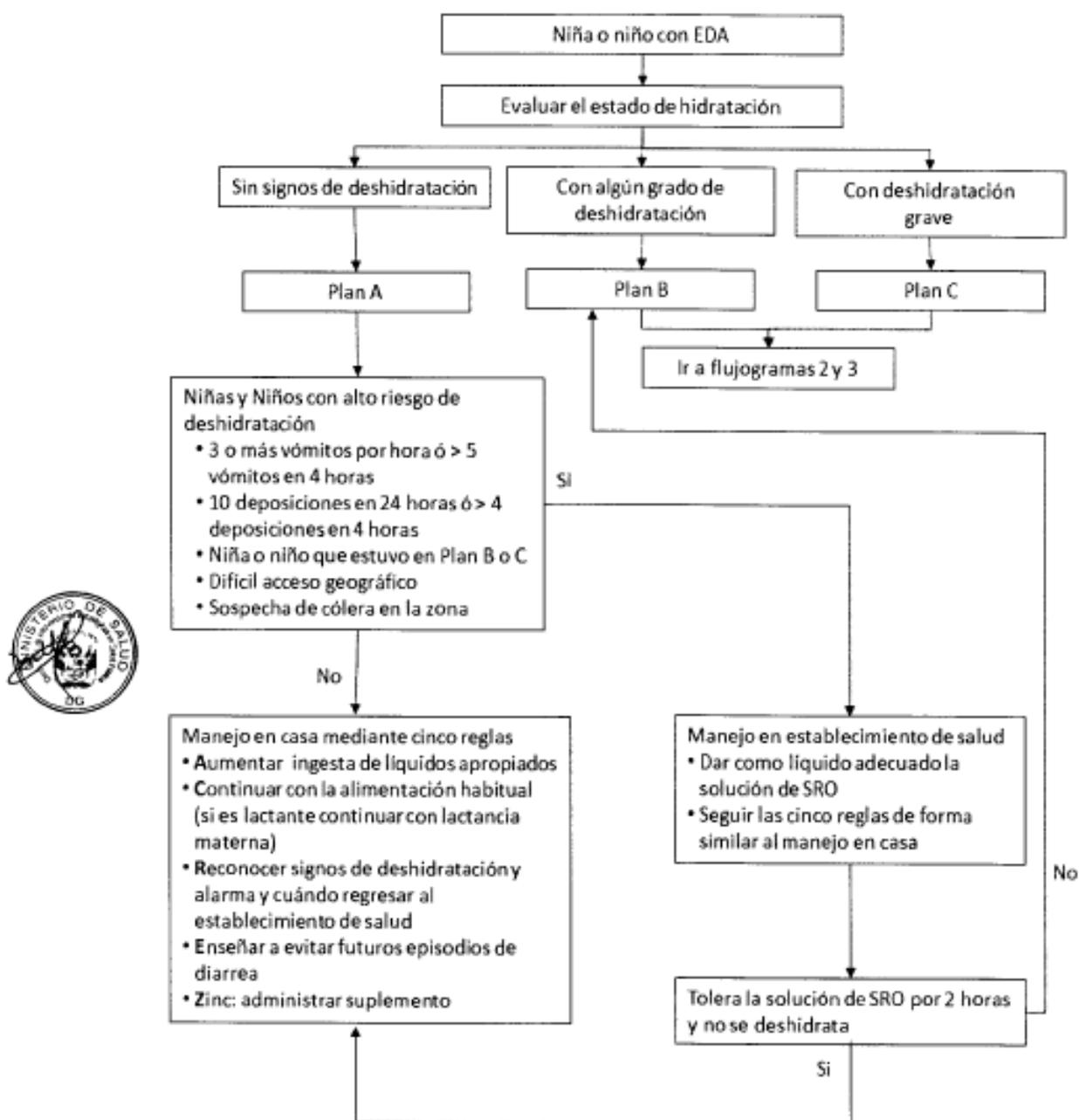
### ANEXO 1: Algoritmo de seguimiento de casos incompletos.



## ANEXO 2: PLAN A en niño con Enfermedad Diarreica Aguda

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LA NIÑA Y EL NIÑO"

Flujograma N° 01: Niña o niño con EDA - Plan A



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), Grupo elaborador de la presente Guía.