



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, LIMA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

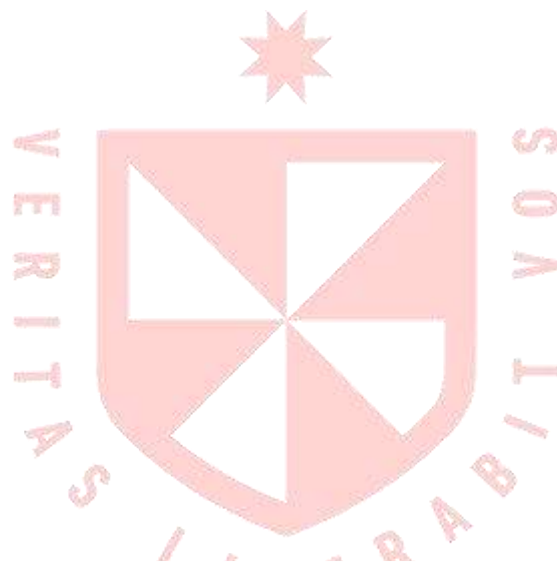
MICHELLE CLAUDETTE AYLAS HERNÁNDEZ

ASESORA

KARIN GALVEZ CARRILLO

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, LIMA 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

MICHELLE CLAUDETTE AYLAS HERNÁNDEZ

ASESOR

DRA. KARIN GALVEZ CARRILLO

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mi esposo por alentarme y ser mi apoyo a lo largo de toda la carrera. A mis hijos por ser mi mayor motivo para seguir adelante y no rendirme. A mis padres y hermanos porque nunca dejaron de creer en mí.

ÍNDICE

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
OBJETIVO	3
ALCANCE	3
LIMITACIONES	3
JUSTIFICACIÓN	3
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	5
1.1. PEDIATRÍA	5
1.2. CIRUGÍA	6
1.3. MEDICINA INTERNA	8
1.4. GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA	10
CAPÍTULO II: CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA	12
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	14
2.1. PEDIATRÍA	14
2.2. CIRUGÍA	17
2.3. MEDICINA INTERNA	19
2.4. GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA	22
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA	25
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	34
ESCALA DE ALVARADO MODIFICADA	34

RESUMEN

Las prácticas pre profesionales o también denominado internado médico en el Perú se realiza en el último año de la carrera de medicina humana y constituye una etapa crucial en la formación integral de los futuros médicos pues permite complementar los conocimientos adquiridos en los seis años de formación previa, ponerlos en práctica y contribuir con el bienestar de la salud de la población mediante la interacción con pacientes y casos médicos reales.

El internado médico tiene una duración de doce meses; sin embargo, debido a la emergencia sanitaria producto de la pandemia ocasionada por el COVID-19, los lineamientos del internado médico fueron modificados. Para el 2022 el inicio se realizó en junio y solo tuvo una duración de diez meses, culminando en marzo del 2023. De igual forma, se incluyó a los establecimientos de salud de primer nivel como centros de formación para los internos de medicina.

Para el presente trabajo, se consideran las experiencias y conocimientos adquiridos durante el internado médico realizado en el Hospital San Juan de Lurigancho y en el centro de salud Su Santidad Juan Pablo II como establecimientos de salud del tercer nivel y primer nivel de atención respectivamente.

Palabras clave: internado, medicina, covid-19, hospital.

ABSTRACT

The pre-professional practices or also called medical internship in Peru is carried out in the last year of the human medicine career and constitutes a crucial stage in the comprehensive training of future doctors since it allows to complement the knowledge acquired in the six years of previous training, put them into practice and contribute to the well-being of the population's health through interaction with patients and real medical cases.

The medical internship lasts twelve months; however, due to the health emergency resulting from the pandemic caused by COVID-19, the guidelines for the medical internship were modified. By 2022, the start was made in June and only lasted ten months, culminating in March 2023. In the same way, first-level health establishments were included as training centers for medical interns.

For the present work, the experiences and knowledge acquired during the medical internship carried out at the San Juan de Lurigancho Hospital and at Su Santidad Juan Pablo II health center as third level and first level care health establishments, respectively, are considered.

Keywords: internship, medicine, covid-19, hospital.

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO PRIMER Y TERCER	MICHELLE CLAUDETTE AYLAS HERNÁN DEZ

RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
7152 Words	40090 Characters

RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
40 Pages	174.6KB

FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Jun 2, 2023 3:53 PM GMT-5	Jun 2, 2023 3:58 PM GMT-5


● **17% de similitud general**

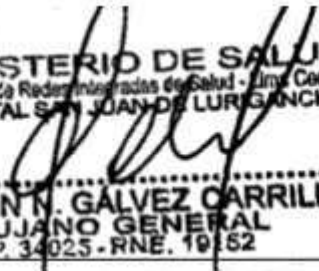
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado


MINISTERIO DE SALUD
 Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO


DRA. KARIN N. GALVEZ CARRILLO
CIRUJANO GENERAL
CMP. 34025 - RNE. 19152

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

La carrera de medicina humana en el Perú tiene una duración de siete años. Durante los primeros seis años se van adquiriendo los conocimientos necesarios con los que tienen que contar los futuros médicos en su etapa profesional. La currícula de la carrera inicia desde la enseñanza de ciencias básicas como matemática, física y química, para que luego a medida que avanzan los cursos se enfoquen en conocimientos más específicos de la carrera, donde el estudiante va alternando los cursos teóricos dictados en las universidades con prácticas realizadas en establecimientos de salud interactuando de forma pasiva con los pacientes a través de la mentoría de un médico docente.

Durante el último año, se realiza el internado médico, siendo uno de las etapas más importantes y significativas de la carrera de medicina humana debido a que en esta se consolidan y complementan los conocimientos aprendidos en los primeros seis años mediante la interrelación e interacción con casos médicos reales teniendo una participación más activa en el bienestar y salud de los pacientes que asisten a los establecimientos de salud donde se lleva a cabo el internado.

En el internado médico se realiza la rotación por cuatro especialidades de la carrera de medicina humana: pediatría, cirugía general, medicina interna y gineco-obstetricia, donde al interno se le permite participar activamente del proceso de enfermedad de los pacientes, desde la primera atención, llenado de la historia clínica, diagnóstico, tratamiento y finalmente la elaboración del alta médica o defunción.

Durante el periodo que dura el internado, el interno cuenta con médicos tutores asignados por su universidad, así como con la mentoría de los médicos asistentes y residentes del propio establecimiento de salud, quienes se encargan que supervisarlos, guiarlos, aconsejarlos y soportarlos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antes de la pandemia por el COVID-19, el internado médico duraba 365 días iniciando el primero de enero de cada año, sin un horario fijo establecido o una remuneración económica, a excepción de los internos que mediante un examen ocupaban una plaza en los hospitales de EsSalud, a pesar de lo reglamentado en la Ley de Modalidades Formativas Laborales para el desarrollo de prácticas pre profesionales, quedando a criterio de los médicos asistentes o residentes la designación de las guardias diurnas y nocturnas que tenían que cumplir los internos.

Sin embargo, durante la pandemia se establecieron nuevos lineamientos para regular el internado médico con la finalidad de salvaguardar el bienestar, la salud y la integridad de los internos. Entre las medidas excepcionales que dispuso el gobierno se aprobó que los internos cuenten con un seguro de salud y de vida, que los establecimientos de salud donde se desarrolle el internado les provean de los equipos de protección personal (EPP), que reciban una remuneración mensual por la suma de 400 soles para el internado 2022, que se asigne plazas en establecimientos de salud cercanos a los lugares de residencia de cada interno y que los establecimiento de salud respeten de forma obligatoria el número de horas máximas para el desarrollo de prácticas pre profesionales.

Entre las modificaciones a los lineamientos, también se dispuso que el internado para el 2022 tendría una duración solo de 10 meses, desde el 01 de junio del 2022 hasta el 30 de marzo del 2023, además el internado se tendría que dividir en dos etapas, la primera etapa se realizaría en un establecimiento de salud del primer nivel de atención y para la segunda etapa se cambiaría la plaza a un establecimiento del tercer nivel de atención, o viceversa. Como es lógico, estos cambios han tenido efectos significativos en la experiencia que han vivido y adquirido los internos, tanto por la menor duración que tuvo el internado, así como lo que implica realizar el internado en un establecimiento de salud del primer nivel de atención, donde no se cuenta con todas las áreas de rotación para el internado, así como una menor cantidad de equipamiento e infraestructura médica para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes,

teniendo en su mayoría que realizar derivaciones a establecimiento de salud más especializados.

OBJETIVO

Describir las experiencias y conocimientos adquiridos a través del detalle de casos médicos reales que se han observado y tratado en cada una de las áreas de rotación durante el internado medico 2022 realizado de junio a octubre en el Hospital San Juan de Lurigancho y de noviembre a marzo en el centro de salud Su Santidad Juan Pablo II, ubicados ambos en el distrito de San Juan de Lurigancho, Lima.

ALCANCE

El presente trabajo tiene como alcance servir como base para que los futuros internos puedan tener conocimiento sobre los cambios que ha sufrido el internado médico y como se ha visto afectado a raíz de la pandemia del COVID-19.

De igual forma, tiene como alcance mostrar las principales diferencias a través de casos médicos entre los establecimientos de salud del primer y tercer nivel de atención.

LIMITACIONES

La información descrita en los casos plasmados en el presente trabajo fue obtenida de las historias clínicas de los pacientes, las cuales han sido llenadas según los datos proporcionados por estos mismos, por lo que la confiabilidad de estos datos dependerá de la sinceridad de los pacientes y del profesionalismo del personal médico al redactar las historias.

JUSTIFICACIÓN

Debido a las constantes modificaciones que ha sufrido los lineamientos para el desarrollo del internado medico en el Perú desde el inicio de la pandemia, el presente trabajo resulta importante como un punto de partida para los futuros internos a fin de que puedan conocer los protocolos y las directivas con que se está llevando a cabo el internado medico actualmente.

De igual forma, el presente trabajo resulta de importancia debido a que describe a través de casos médicos reales las diferencias entre los

establecimientos de salud del primer y tercer nivel en cuanto a la atención, diagnóstico y tratamiento a los pacientes. Estas diferencias van desde la infraestructura propia de los establecimientos de salud, calidad y cantidad de equipos e instrumentos médicos disponibles para el diagnóstico, equipos de cómputo e informática para el manejo de las historias clínicas y hasta la capacidad y preparación del personal médico.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Se presentan diferentes casos clínicos por cada especialidad.

1.1. PEDIATRÍA

Caso 1:

Paciente preescolar acude al centro de salud por otalgia de inicio agudo. La madre refiere que tuvo fiebre no cuantificada en horas de la madrugada.

- Examen físico:

FC: 110x', FR: 20 x' Peso: 12kg, T: 38.3°C

Cabeza y cuello: pupilas CIRLA, no se palpan adenopatías.

Oídos: OD: se observa membrana timpánica normal. OI: se observa abombamiento de membrana timpánica y una secreción purulenta.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no evidencia dolor a la palpación. No se palpan masas.

SNC: Despierto, activo. Reacciona a estímulos.

- Diagnóstico: Otitis Media Aguda.

Caso 2:

Paciente escolar de 9 años acude al centro de salud con familiar, refiriendo que desde hace 3 días presenta lesiones en tórax, abdomen y brazos que le generan prurito, y que se intensifica en las noches. Antecedentes: RAMS niega, patológicos niega.

Examen físico:

FC: 68x', FR: 16 x' Peso: 46kg, T: 36.5°C

Cabeza y cuello: pupilas CIRLA, no se palpan adenopatías.

Piel: se evidencia lesiones maculopapulares en tórax, abdomen y en brazos se observan surcos descamativos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no evidencia dolor a la palpación. No se palpan masas.

SNC: Despierto, activo. Reacciona a estímulos.

- Diagnóstico: Escabiosas.

1.2. CIRUGÍA

Caso 1:

Paciente femenino de 32 años de edad acude al centro de salud con un tiempo de enfermedad de 18 horas, de inicio brusco y curso progresivo. Los síntomas iniciaron con náuseas y vómitos (más de 8 cámaras), luego se agregó un leve dolor en el epigastrio que con el pasar de las horas, migro al hipocondrio derecho aumentando la intensidad (7/10).

Refiere inapetencia y malestar general. Niega alergia a medicamentos, niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. FUR hace 7 días.

- Examen físico:

FC: 85 x', FR: 18 x' PA: 110/60 mmHg, T: 37.8°C

Piel y mucosa: con leve deshidratación

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en el cuadrante inferior derecho con leve resistencia. McBurney +, Blumberg positivo, Rovsing negativo. No se evidencian masas.

Genitourinario: PPL y PRU negativos

- Diagnostico presuntivo: Abdomen agudo quirúrgico a descartar apendicitis aguda.
- Plan: Referencia por emergencia a centro de mayor complejidad (hospital San Juan de Lurigancho)

Caso 2:

Paciente masculino de 15 años de edad, acude al tópico de cirugía del hospital con un tiempo de enfermedad de 1 hora aproximadamente. Refiere que fue mordido por un perro de la calle en la región del antebrazo derecho. Niega antecedentes patológicos, niega reacción adversa a medicamentos.

- Examen físico:

FC: 88 x', FR: 18 x', PA: 108/70 mmHg, T: 37°C Peso: 57 Kg, Talla: 152.0

General: AREG, AREH, AREN

Piel y mucosa: con adecuada hidratación, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se evidencian masas.

Genitourinario: PPL y PRU negativos

Otros: solución de continuidad en antebrazo derecho de aproximadamente 5 cm, con bordes irregulares y sangrado activo.

- Diagnóstico: Mordedura o ataque de perro

1.3. MEDICINA INTERNA

Caso 1:

Paciente mujer de 39 años en su primer día hospitalario, sin antecedentes de importancia, con tratamiento para sica st no elevado, evolución estacionaria pronóstico reservado. Se hallan 2 valores troponina en ascenso. Paciente refiere no presentar dolor. Enfermería no reporta interurrencias.

- Examen físico:

FIO2: 21%

HGT: 29/08: 6am (115)

28/08: 4 pm (152) 10 pm (123)

Diuresis: 3300 Deposiciones: 200 FU: 1.94 TFG: 102.64

AREN, AREG, AREH

FC: 78 x', FR: 19 x' PA: 100/60 mmHg, T: 37.2°C

Piel y mucosa: con adecuada hidratación, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Sistema Nervioso Central: Lotep, EG 15, no signos meníngeos

- Exámenes auxiliares:

28/08 - 5 PM: CPK: 342 CPKMB: 29.5 TROPONINA: 1.04

27/08 - 2 PM: CPK MB: 40.5; TROPONINA: 0.018; CT: 209; HDL: 50.4; LDL: 169; TG: 99

27/08 - 4 AM: HB: 13.9 LEUCOCITOS: 12 630 (2, 90, 0, 0, 0,8) PLAQ: 272 000; GLUCOSA: 162; CPK MB: 43.9 TROPONINA: 18.6 TP: 14.2; INR: 1.10; CREAT: 0.82; UREA: 25.7

- Diagnóstico: 1. Dolor en el pecho 2. Infarto agudo de miocardio

Caso 2:

Paciente varón de 45 años con antecedente de colecistectomía hace 3 años, ingresa por tópico de medicina con dolor abdominal, fiebre e ictericia. Cuenta con ecografía de colédoco ectásico a descartar coledocolitiasis, no hay líquido libre.

- Examen físico:

FIO2: 21%

FC: 78 x', FR: 19 x' PA: 100/60 mmHg, T: 37.2°C

AREN, AREG, AREH

Piel y mucosa: tibia, mucosa, húmeda. Escleras ictericas. TCSC: no edemas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, no peritonismo.

Sistema Nervioso Central: Lotep, EG 15, no signos meníngicos

- Exámenes auxiliares:

LEUCOCITOSIS, BT: 6,5 BD: 4,6 FA: 349 GGTP: 561 TGP: 345 TGO: 105 AMILASA: 405

- Diagnóstico:
 - Definitivo: Colangitis.
 - Presuntivo: Pancreatitis aguda

1.4. GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA

Caso 1:

Paciente gestante de 18 años que cuenta con 11 semanas y 4 días de gestación por FUR, ingresa a emergencia por presentar náuseas y vómitos desde hace 5 días y que desde hace 12 horas ya no tolera la vía oral.

- Antecedentes:

G1 P0000, Patológicos: niega, Quirúrgicos: niega y RAMS: niega.

- Examen físico:

PA: 110/60. FC: 98. FR: 19. T: 37°C. SAT: 97%

AREG, REG, AREN

Piel: normo térmica, palidez leve, las mucosas orales se encuentran semihúmedas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes; Blando, depresible, No doloroso a la palpación, no signos peritoneales. AU: 7cm, SPP: diferido, LCF: 143

Genitourinario: no se evidencia sangrado. TV: cérvix sin cambios cervicales.

Neurológico: Lotep, EG 15, no signos meníngeos.

Laboratorio:

Leucocitos: 10 130, Abastionados: 0%, neutrófilos: 65%, HB: 13.3, HTO: 38%, plaquetas: 249000.

Examen de orina: No patológico

- Diagnóstico: Hiperémesis Gravídica

Caso 2:

Paciente mujer de 27 años acude al centro de salud por leucorrea y flujo vulvovaginal.

- Antecedentes:

G2 P2002, Patológicos: niega, Quirúrgicos: niega y RAMS: niega.

- Examen físico:

PA: 120/70. FC: 76. FR: 16. T: 36.8°C. SAT: 99%

AREG, REG, AREN

Piel: normo térmica, palidez leve, las mucosas orales se encuentran semihúmedas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes; Blando, depresible, No doloroso a la palpación, no signos peritoneales.

Genitourinario: sin alteraciones. A la especuloscopia: se evidencia leucorrea blanquecina de aspecto grumoso adherida a las paredes, no hay mal olor y se observa mucosa vaginal eritematosa

Neurológico: Lotep, EG 15, no signos meníngeos.

- Diagnóstico: candidiasis vaginal.

CAPÍTULO II: CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

Se desarrolló en dos establecimientos:

El primer establecimiento fue el Hospital San Juan de Lurigancho, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho en la altura del paradero 11 de la av. Canto grande. Es un hospital de categoría II-2 y pertenece a la jurisdicción DISA de Lima Centro.

Primero inició como un centro Materno Infantil nivel I-4 y no es hasta el 2005 por el R.D.N° 297 -DG-DESP-DISA-III-LN-2005 donde se le reconoce como Hospital II-1 y para el año 2010 mediante la Resolución Directoral N° 004-2010-DISA-IV-LE subió a categoría nivel II-2 (1).

El hospital actualmente cuenta con servicios de Medicina, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Emergencia, Anestesiología y Centro Quirúrgico, Farmacia, Nutrición y dietética, Odontoestomatología, Estrategias Sanitarias, Apoyo al Diagnóstico y Psicología. También cuenta con 3 ambulancias para el traslado de los pacientes a otros establecimientos si se requiere (1).

Durante la pandemia del covid-19, el hospital tuvo que reestructurarse y tratar de suplir las deficiencias que se hicieron notar durante ese periodo para así poder tomar las medidas de distanciamiento y evitar contagios entre el personal de salud. Es por ello que urge que el Hospital sea ampliado para poder abastecer la gran demanda.

El segundo establecimiento fue el Centro de Salud Su Santidad Juan Pablo II y este se encuentra ubicado Jirón Esquina Jirón El Paso Y Jirón El Paralelo S/N – AAHH Juan Pablo II S/N Esquina Jirón El Paso Y Jirón El Paralelo S/N – AAHH Juan Pablo II, urb. Casa Blanca en el distrito de San Juan de Lurigancho. El establecimiento es de categoría I-3 y pertenece a la jurisdicción de la DISA de Lima Centro.

El centro cuenta con los servicios de Medicina, CRED, vacunas, psicología, nutrición, laboratorio, rayos x, dental y área de TBC. A pesar de tener buena

infraestructura, no cuenta con suficiente personal de salud que llegue a cubrir las demandas del día a día (2).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Se procederá a desarrollar los casos clínicos descritos anteriormente.

2.1. PEDIATRÍA

Caso 1:

Definición:

La OMA es una infección supurativa del oído medio, de inicio súbito y corta duración, donde la membrana timpánica se encuentra inflamada y se haya abombada u opaca. Tiene etiología variada: viral (rinovirus) y bacteriana (la más frecuente *Streptococcus pneumoniae* del grupo A). Es considerada la infección bacteriana más frecuente en menores de 5 años y se calcula que entre un 80 a 90% de niños sufren por lo menos un episodio de OMA hasta los 3 años (3)

Factores de riesgo:

- **Ambientales:** factor climático, entorno familiar (tabaquismo, alcoholismo), hacinamiento.
- **Biológicos:** prematuros, bajo peso al nacer, uso de biberones, ausencia de lactancia materna, alergias, inmunodeficiencias y edad (a menor edad, mayor frecuencia).

Signos y síntomas:

- **Específicos:** otalgia, hipoacusia, otorrea, enrojecimiento del tímpano.
- **Inespecíficos:** fiebre, rinitis, tos, irritabilidad, vómitos, etc.

Diagnóstico:

Se da en función al cuadro clínico, que incluye:

- Una buena historia clínica.
- Examen físico: con énfasis en oído, debe incluirse (si es posible), otoneumatoscopía, timpanometría
- Efusión del oído medio

- Visualización de membrana timpánica hiperémica, aunque no es necesariamente indicativo de OMA.

Si no hay posibilidad de contar con los medios diagnósticos descritos con anterioridad y ante el caso de un paciente con dolor o abombamiento o supuración del oído desde hace menos de 15 días, se debería diagnosticar como OMA (3).

Tratamiento:

Según la Guía de práctica clínica para la atención de patologías más frecuentes del niño y niña del MINSA, el manejo sería:

Medidas generales: mantener un buen estado de hidratación al niño y limpieza del conducto auditivo externo con tela de algodón, tantas veces como sea necesario para evitar complicaciones.

Terapéutica:

- 1.- Calmar el dolor: paracetamol (10 a 15 mg/kg/dosis) o ibuprofeno (10 mg/kg/dosis) de 2 a 3 días.
- 2.- Antibioticoterapia: Amoxicilina (40 mg/kg/día) dividido en 3 dosis o cotrimoxazol (8 a 10 mg/kg/dosis) repartidos en 2 dosis entre 7 a 10 días (16).

Caso 2:

Definición:

La escabiosis también denominada sarna, es la infestación cutánea causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad *hominis*. Esta enfermedad es altamente contagiosa y su transmisión generalmente se da por contacto directo con una persona infestada y en algunas ocasiones con fómites como: ropa de cama o toallas. (4)

El síntoma más frecuente es el prurito intenso que siente el paciente y que se intensifica en las noches. Como signo se evidencia vesículas o pápulas en la piel que pueden afectar a todo el cuerpo o limitarse a sitios como la axila, codo, muñeca, entre los dedos, etc. (5)

Diagnóstico:

Se llega al diagnóstico por la anamnesis y la visualización de las lesiones en el examen físico. Según la guía de prácticas clínicas del servicio de dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se debe sospechar de escabiosis en pacientes con uno o más de los siguientes enunciados (6):

- 1) Prurito que se intensifica en las noches.
- 2) Erupción pruriginosa con lesiones y disposiciones características.
- 3) Otros miembros de la familia presenten o hayan presentado síntomas similares.

En el caso expuesto, el paciente presenta las lesiones características de escabiosis y un prurito que se intensifica por las noches por lo que refuerza el diagnóstico planteado.

Tratamiento:

Como medidas generales se recomienda que las personas que hayan tenido contacto estrecho con el paciente sean tratadas, aunque no tengan signos. La ropa y sábanas del entorno, se cambian después de cada tratamiento y sean lavadas a una temperatura de 60°C y se secan al sol o sean encerradas en una bolsa de plástico durante 72 horas.

La terapéutica consiste en tratamiento local por todo el cuerpo (excepto mucosas, rostro y pechos en mujeres lactantes). Se utiliza permetrina 5%, una aplicación puede ser suficiente, una segunda aplicación se realizaría 7 días después reduciría el riesgo de un fracaso terapéutico. También podría ser tratamiento oral con ivermectina (no está recomendada en niños con menos de 15 kg y en mujeres gestantes) (7).

2.2. CIRUGÍA

Caso 1:

Definición:

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más frecuente. Se define como la inflamación aguda del apéndice. Se presenta como un dolor abdominal que inicia en el mesogastrio y que posteriormente migra hacia la fosa iliaca derecha, usualmente puede acompañarse de fiebre, náuseas o vómitos (8).

Diagnóstico:

El diagnóstico es principalmente clínico. Se pueden usar escalas, como la escala de Alvarado el cual dice que con un puntaje mayor de 5 es probable de padecer apendicitis (8).

En el caso del paciente expuesto, según la escala de Alvarado Modificada, tendría un puntaje de 6 lo cual indica que es probable de padecer apendicitis

Existen diagnósticos diferenciales:

- Quirúrgicos: como obstrucción intestinal, colecistitis aguda, intususcepción, pancreatitis, diverticulitis, etc.
- Ginecológicas: embarazo ectópico, quiste torcido de ovario, ruptura de folículo ovárico, EPI.
- Médicas: cetoacidosis diabética, gastroenteritis.

Tratamiento:

En el caso clínico expuesto, la paciente acudió al centro de salud y el manejo que corresponde sería referirlo con prontitud a un centro de mayor complejidad.

La terapéutica es quirúrgica. Existen dos tipos: cirugía abierta o laparoscópica. Dependiendo de la gravedad de la apendicitis varía el manejo (si se requiere drenaje, antibióticos de forma profiláctica o no).

El manejo posoperatorio consiste en:

- Tratamiento para manejar el dolor: metamizol 20mg/kg/EV/8h pasando a paracetamol vía oral cuando se tolere o tramadol de 50 – 100mg cada 6 u 8 horas (dosis máxima 400 mg por día).
- Antibioticoterapia: ceftriaxona: 1-2gr EV cada 24 horas + metronidazol 500 mg EV cada 8 horas o Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas.
- Ciprofloxacino 200 – 400 mg cada doce horas + metronidazol 500 mg EV cada 8 horas o clindamicina 600 mg EV cada 8 horas.
- Si existe alergia a beta lactámicos la opción sería Gentamicina EV 1.5 mg/kg.

El cambio a vía oral depende de los hallazgos intraoperatorios:

- Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas + metronidazol 500 mg cada horas o clindamicina 300 mg cada 8 horas.
- Cefuroxima 500 mg o amoxicilina o ácido clavulánico 500/125mg cada 8 horas + metronidazol 500 mg cada 8 horas o clindamicina 300 mg cada 8 horas.

Caso 2:

Definición:

La mordedura de animales, especialmente la del perro, es un padecimiento común en nuestra sociedad. Se debe realizar una adecuada anamnesis para poder saber si el perro es conocido por la persona, si la mordedura se produjo sin provocación, si cuenta con vacunas, etc. Posteriormente se procede a realizar un examen físico completo, para evaluar el daño producido.

En el caso del paciente expuesto llega con una herida abierta de 5cm en antebrazo y refiriendo que fue mordido por un perro. Por lo tanto, se procede a instaurar el tratamiento (9).

Tratamiento:

El manejo consiste en:

1. Lavar la herida con agua jabonosa al 20% (por un espacio de 15 minutos) y a chorro en caso de heridas profundas.
2. Posteriormente se enjuaga con agua o solución fisiológica.

3. Se secará con gasas.
4. Limpiara con solución yodopovidona.
5. Oclusión de herida: con apósitos con gasa, vendaje o suturas.

Antibioticoterapia:

- Amoxicilina 500 mg + Acido Clavulánico 125 mg: 1 tableta cada 8 horas por 7 días. O ciprofloxacino 500 mg vo cada 12 horas por 7 días. O dicloxacilina 500 mg vo cada 6 horas por 7 días.

- Vacuna antirrábica canina 10 dosis inyectable.

2.3. MEDICINA INTERNA

Caso 1:

Definición:

El IMA es una necrosis del miocardio que se da por una obstrucción aguda de las arterias coronarias. Es la primera causa de muerte en adultos (10). Dentro de los factores de riesgo asociados a IMA están: dislipidemias, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión, obesidad, inactividad física (11).

Los síntomas son: típicos (angina o dolor de pecho que se irradia a uno o ambos brazos) y atípicos (náuseas, diaforesis, dolor de espalda, dolor abdominal, mareos, palpitaciones).

Diagnóstico:

- EKG seriados.
- Toma de marcadores cardíacos de forma seriada.
- Angiografía coronaria inmediata en aquellos pacientes con un IMA ST elevado o en aquellos que tengan dolor torácico persistente (11).

Diagnóstico diferencial: embolia pulmonar, EPOC, neumotórax, neumonía, disección aórtica, pericarditis, miocarditis, etc.

En el caso expuesto de la paciente se encuentran valores seriados de marcadores cardíacos y se puede observar que al segundo día pasado la emergencia los valores de CPKMB están en descenso.

Tratamiento:

Según la guía de manejo de la Sociedad Europea de Cardiología, se divide en:

1. Terapia farmacológica: IECA, ARA, betabloqueantes, antiagregantes plaquetarios, calcio antagonistas y anticoagulantes.
2. Terapia trombolítica: para pacientes con IMAST elevado, se da dentro de las primeras 6 horas. El objetivo principal es restaurar la permeabilidad de la arteria coronaria.
3. Intervención coronaria percutánea.

El tratamiento instaurado a la paciente fue:

4. Dieta blanda hipograsa, hiposódica, hipocalórica, volumen total libre + LAV.
5. Vía salinizada.
6. Ácido acetilsalicílico 100MG VO cada 24 horas.
7. Atorvastatina 80MG VO cada 24 horas.
8. Clopidogrel 75MG 1 tableta VO cada 24 horas.
9. Enoxaparina 60MG SC cada 12 horas.
10. Bisoprolol 5MG, dar ¼ tableta VO cada 24 horas.
11. Isosorbide 5MG SL 1 tableta condicional a dolor intenso.
12. HGT cada 8 horas.
13. Control de funciones vitales.

Caso 2:

Definición:

La pancreatitis es la inflamación del páncreas por diferentes etiologías como, por ejemplo: alcohólica, litiásica, hiperparatiroidismo, anomalías estructurales o por CPRE. Los signos y síntomas son: dolor abdominal, náuseas y vómitos, ictericia, fiebre, distensión abdominal (12).

En el caso expuesto, el paciente ingresa con dolor abdominal, fiebre e ictericia. Se le realizó una ecografía abdominal donde se visualiza ectasia de colédoco por lo que la etiología probable de la pancreatitis sería litiásica.

Diagnóstico:

Se necesita la presencia de dos criterios como mínimo:

- Dolor abdominal agudo a nivel de epigastrio que se irradia a la espalda y que sea de inicio agudo.
- Elevados los niveles séricos de amilasa o lipasa (al menos tres veces los valores normales).
- En la tomografía, hallazgos sugestivos de pancreatitis aguda o en resonancia magnética se visualice colecciones intraabdominales.

Para poder llegar al diagnóstico los síntomas se correlacionan con los exámenes de laboratorio: hemograma, urea, creatinina, amilasa, lipasa, transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina, calcio sérico, etc.

En el caso de nuestro paciente, cumple dos requisitos: dolor abdominal agudo y valores de amilasa en más de tres veces el valor normal.

Tratamiento:

Según la guía el manejo es:

1. Hidratación.
2. Analgesia.
3. Nutrición enteral
4. Terapéutica: dependiendo de la causa que la originó

En el caso del paciente, se manejó de la forma siguiente:

5. NPO.
6. Cloruro de sodio 0.9% 1000cc: 60 gotas por minuto.
7. Omeprazol 40 MG EV cada 24 horas.
8. Ceftriaxona 2 GR EV cada 24 horas.
9. Metronidazol 500 MG EV cada 8 horas.
10. Escopolamina 20MG EV cada 8 horas.
11. Tramadol 50 MG EV PRN a dolor intenso.
12. Dimenhidrinato 50 MG EV PRN a náuseas y/o vómitos.
13. Metamizol 1 GR EV PRN a $T^{\circ} > 38.3^{\circ}$
14. CFV + BHE + HGT cada 8 horas.

15. Hospitalización.

2.4. GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA

Caso 1:

Definición:

La Hiperémesis Gravídica es la forma más severa de las náuseas y vómitos en el embarazo en el transcurso del primer trimestre del embarazo y descartando otras patologías de fondo que puedan producir la misma sintomatología.

Los factores de riesgo suelen ser: gestantes con embarazo molar o embarazo múltiple, antecedente de haber sufrido hiperémesis gravídica en sus anteriores embarazos, obesidad y nuliparidad (14).

Diagnóstico:

El diagnóstico se da descartando otras patologías. Los síntomas son: náuseas y vómitos intensos con predominio diurno, epigastralgias, pérdida de peso, aliento fétido o con olor a frutas, signos de deshidratación.

Criterios de internamiento:

- Duración prolongada de síntomas.
- Pérdida de peso
- Deshidratación clínica
- Deterioro nutricional.

Diagnóstico diferencial: gastroenteritis, apendicitis, úlcera péptica, pielonefritis, torsión de quiste ovárico, hipertiroidismo, causas psicógenas, embarazo molar, gestación múltiple

Exámenes auxiliares: hemograma, pruebas hepáticas, pruebas pancreáticas, problemas de electrolitos, examen de orina (descartar cetonuria), urocultivo (descartar infección urinaria), ecografía obstétrica (viabilidad fetal), hormonas tiroideas (descartar hipertiroidismo), etc.

Tratamiento:

El tratamiento consiste en:

- Hospitalizar a la paciente.
- Ambiente tranquilo y a oscuras.
- Reposo absoluto, restringir visitas.
- NPO por 24 a 72 horas.
- Balance hidroelectrolítico.
- Control de peso diario.
- Toma de exámenes auxiliares.
- Terapia psicológica de apoyo.

La paciente recibió el siguiente tratamiento:

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000 + NAACL 20% (2) + KCL a 45 gts por minuto (I y III)
+ Multivitamínico.
3. Dimenhidrinato 50 MG c/ 8 horas.
4. Ranitidina 50 MG EV c/ 8 horas.
5. Metoclopramida 10 MG EV c/ 8 horas.
6. BHE
7. CFV
8. Control estricto de peso diario.

Caso 2:

Definición:

La candidiasis vaginal produce inflamación en irritación de la mucosa vaginal y la piel vulvar. Es considerada una de las causas primordiales de prurito, eritema y secreción vaginal (leucorrea). Suele presentarse en mujeres con edad reproductiva (15).

Diagnóstico:

Los síntomas de candidiasis involucran: prurito, leucorrea, dispareunia y disuria externa. El diagnóstico se logra hacer mediante inspección visual al hacer especuloscopia, determinación del pH vaginal, prueba de látex, cultivo de secreción cervicovaginal (15).

En el caso de la paciente, el diagnóstico se realiza por la unión de signos como leucorrea e inflamación de la mucosa vaginal y síntomas como prurito, disuria.

Tratamiento:

La finalidad del tratamiento está enfocada en aliviar los síntomas y evitar complicaciones. El tratamiento dependerá del juicio del médico, de acuerdo a la relación del cuadro clínico y las características de la paciente.

1. Clotrimazol crema vaginal 1%, 1 aplicación intravaginal por 6 noches o clotrimazol en comprimidos vaginales 200 mg, 1 comprimido intravaginal por 3 noches.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA

La primera fase del internado lo realicé en el Hospital de San Juan de Lurigancho. Era de esperarse que, al ser el único hospital del distrito, la demanda superaría la oferta y pese a ello, el personal tiene la capacidad y la voluntad de atender a todo aquel que ingrese al hospital.

La primera rotación se inició en gineco-obstetricia, es un servicio muy capacitado y distribuido pues cuenta con las áreas de tóxico de emergencia, sala de dilatación, sala de partos, hospitalización ginecológica, hospitalización obstétrica y ARO (atención de riesgo obstétrico). Afortunada de empezar por este servicio pues, gracias a los residentes y asistentes, aprendí a monitorizar el trabajo de parto, atender un parto, que hacer frente a una emergencia obstétrica y, sobre todo, me enseñaron a manejar el sistema para el llenado de las atenciones (historias clínicas, recetas, altas, etc.)

La segunda rotación fue cirugía general, muy buena rotación, pero no hay la suficiente infraestructura para poder atender la alta demanda que llega todos los días a este servicio. Gracias a mis mentores, aprendí a suturar, a saber, como tratar una quemadura, mordedura de todo tipo de animal, a reconocer patologías como apendicitis, cólicos vesiculares y a tratar intoxicación alcohólica. Lo malo fue que no entrábamos a sala de operaciones pues siempre daban prioridad a las gestantes y las de cirugía lo pasaban para después.

Mi tercera rotación fue en el servicio de medicina interna, donde todos los días llegaban muchos pacientes al tóxico. Gracias a esa rotación aprendí a tomar AGA, a poder reforzar los conocimientos con la práctica clínica. Fue muy productiva pues ves todo tipo de patologías.

Mi última rotación fue en el servicio de pediatría, hermosa rotación, excelente calidad de personal. En el área de neonatología aprendí a dar atención al recién nacido, hacer RCP neonatal, limpiar el cordón umbilical. Y en el área de pediatría encuentras muchos casos clínicos desde una diarrea hasta

convulsiones, lo único malo fue que no tienen muchas incubadoras o no cuenta con un área UCI neonatal equipada.

La segunda fase de mi rotación lo realice en el Centro de salud Su Santidad Juan Pablo II, el centro tiene muy buena infraestructura, pero tiene mucha demanda de pacientes y no hay tantos médicos que abarquen las demandas del día a día; sin embargo, agradezco haber terminado mi internado en un centro de salud pues me ayudo a tener mayor contacto con los pacientes, a tener mayor confianza en mí. Me siento más preparada para realizar el SERUM.

CONCLUSIONES

El Internado médico es la etapa de la carrera de medicina humana donde el estudiante deja de ser estudiante y empieza a desarrollarse como personal de salud, poniendo en práctica los conocimientos que adquirió desde el inicio de su vida universitaria.

En esta etapa, el interno logra consolidar y desarrollar nuevos conocimientos teóricos, pero sobre todo prácticos, preparándolos para los siguientes retos que asumirán como nuevos médicos, siendo los más próximos el ENAM y el SERUMS.

Haber realizado la rotación de las cuatro especialidades en un establecimiento del tercer nivel de atención como lo es el Hospital San Juan de Lurigancho, permitió conocer y participar activamente de diversos casos médicos que iban desde los más básicos hasta los de mayor complejidad donde era necesaria la interacción de diferentes especialidades. También permitió desarrollar un pensamiento más crítico y analítico sobre los procedimientos que se tienen que seguir al atender una enfermedad, desde la importancia de un buen llenado de las historias clínicas con la información proporcionada por los pacientes, así como el análisis de la sintomatología para elegir que exámenes realizar, diagnóstico en base a los resultados obtenidos. elección del mejor tratamiento a seguir y elaboración del alta médica o certificación de defunción.

Del mismo modo, rotar por el centro de salud Su Santidad Juan Pablo II, a pesar de las claras diferencias con un establecimiento de tercer nivel, permitió interactuar con pacientes quienes por diversos motivos recién optaban por asistir a un establecimiento de salud a tratarse cuando el malestar ya no les permitía continuar con sus actividades habituales. El análisis de las diferentes realidades de cada paciente y las razones; económicas, desconocimiento o ignorancia, creencias, miedo, falta de tiempo o desinterés, que los llevaban a no asistir a un establecimiento de salud oportunamente a revisarse alguna dolencia desde su aparición permitió desarrollar campañas en donde se

incentivaba a la población a acercarse y tener más confianza en el personal de salud.

La rotación por el centro de salud también resultó de importancia debido a que las dolencias con que los pacientes llegaban representan el mayor porcentaje de casos que un médico recibe en consulta durante su ejercicio profesional, como son los pacientes con gripe, dolores o contracturas musculares, dolores de cabeza, heridas que requieren suturas, infecciones estomacales entre otras afecciones comunes, lo que permitió estar familiarizados con los diagnósticos y tratamientos que se dan con mayor frecuencia, además de aprender a evaluar de manera oportuna en qué casos se requiere realizar referencias a establecimientos de salud más especializados. Todas estas son situaciones que como futuros médicos SERUMISTAS se tendrá que afrontar a menudo.

RECOMENDACIONES

En el internado médico, el interno asume una participación más activa en la salud de los pacientes y por ende también asume mayores responsabilidades. Es fundamental que los médicos tutores asignados por cada universidad, así como los médicos asistentes y residentes que están a cargo de los internos en cada rotación los guíen y vigilen de una forma positiva, reforzando las buenas prácticas y corrigiendo constructivamente falencias que tuvieran los internos, además, les deben dar la confianza necesaria para que el interno se sienta cómodo al participar y dar su juicio crítico en el proceso de tratamiento de enfermedad de los pacientes, sin temor a ser recriminado o menospreciado por errores que pudiera cometer.

Si bien la rotación por los establecimientos de salud del tercer nivel de atención implica que el interno vea afectado los conocimientos y experiencias que pudiera adquirir debido a la menor cantidad de casos médicos que ingresan a estos centros, y que difieren tanto en complejidad como en diversidad con respecto a los establecimientos de primer nivel, también representa una oportunidad para que el interno se pueda familiarizar con las prácticas, gestiones y manejos que conlleva trabajar en estos centros de salud y que posteriormente tendrá que aplicar cuando realice su SERUMS, por lo que se considera que la práctica del internado en los establecimiento de tercer nivel de atención se debe mantener siempre que se asegure que los internos puedan realizar sus cuatro rotaciones principales.

Debido a la pandemia por el COVID-19, la duración del internado se vio reducida, lo que lógicamente, afecta negativamente en la curva de aprendizaje práctico de los internos, por lo que se exhorta al Ministerio de Salud a modificar los lineamientos y disponer que la duración del internado sea nuevamente de un año; sin embargo, se recomienda que los beneficios que se les dieron a los internos durante la emergencia sanitaria se mantengan, dado que aunque ya no represente un riesgo el COVID-19, los internos siguen expuestos a otras enfermedades al igual que cualquier otro personal de salud, por lo que la asignación de un seguro de salud y vida, incluso la asignación de una remuneración mensual resulta de bastante relevancia ante cualquier

eventualidad. De igual forma, se exhorta a los establecimientos de salud a continuar respetando la cantidad de horas máximas detalladas en la ley de modalidades formativas laborales para practicas preprofesionales, debido al alto índice de problemas psicológicos que se presentaban en los internos por a las largas jornadas laborales a los que eran sometidos antes de la pandemia, hasta 36 horas seguidas sin descanso.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. HSJL – Presentación [internet]. Gob.pe. [citado 18 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/institucional/presentacion.html>
2. Centro De Salud Su Santidad Juan Pablo II en San Juan de Lurigancho [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. Establecimientos de Salud MINSA; 2022 [Citado 18 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-centro/centro-de-salud-su-santidad-juan-pablo-ii-san-juan-de-lurigancho/>
3. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana [Internet]. [citado 12 de abril del 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n4/1728-5917-amp-37-04-562.pdf>
4. López VR, Borgaro RP, Jaramillo LB, Fragoso EC, Newton OA. Otitis media aguda en pediatría. Salud Pública de México [internet] [citado 20 de abril del 2023]. Vol. 40, no.5 Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n5/450-455/#:~:text=La%20otitis%20media%20aguda%20\(OMA,protuyente%20o%20con%20ambas%20caracter%C3%ADsticas.](https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n5/450-455/#:~:text=La%20otitis%20media%20aguda%20(OMA,protuyente%20o%20con%20ambas%20caracter%C3%ADsticas.)
5. Saldaña M, Fajardo Y, Polanco A, Ponce Y, Gonzales N. Aspectos epidemiológicos de la escabiosis infantil en el servicio de Miscelánea. Hospital Pediátrico Docente. Bayamo. Revista Médica Multimed [Internet] 2020 [citado 20 de abril 2023] 24(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2020/mul201b.pdf>
6. Alfaro MA, Canevaro AM. Brote de escabiosis en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, Trujillo, 2017. Horizonte Médico [Internet] 2019 [citado 20 abril 2023]; 19 (4): 57-62. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n4.08>
7. Ministerio de Salud. Guía de prácticas clínicas del servicio de Dermatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. 2019. [citado 20 de abril 2023]; Disponible en:

https://www2.hospitalloayza.gob.pe/pte/files/TRAS_757595a5f386ce9_.pdf

8. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Hospital de emergencias Villa el Salvador [internet] [citado 20 abril del 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435747/10.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20apendicitis%20aguda.pdf.pdf>
9. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de Rabia Humana en el Perú [Internet]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/770_DGSP242.pdf
10. Navarro PR, Pariona M, Urquiaga CJ, Méndez SJ. Características clínicas y epidemiológicas del infarto de miocardio agudo en un hospital peruano de referencia. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2020 [citado 20 de abril 2023]; 37(1): 74-80. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000100074&lng=es.
11. Verdezoto LJ, Albarracín CE, et al. Tratamiento del infarto agudo al miocardio: nuevas perspectivas. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet] 2022 [citado 20 de abril 2023]; Vol. 17 no. 3. Disponible en: https://revhipertension.com/rlh_3_2022/8_tratamiento_infarto_agudo.pdf
12. Sweis RN, Jivan A. Infarto agudo de miocardio. Manual MSD versión para profesionales [internet]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/infarto-agudo-de-miocardio-im>
13. Garro UV, Thuel GM. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Revista Médica Sinergia [Internet] 2020 [citado 20 de abril 2023]; Vol 5 no7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>
14. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [internet] [citado 20 abril 2023]. Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

15. Ugalde GF, Rivera GH, Durán MM. Candidiasis vulvovaginal recurrente. Revista Médica Sinergia [Internet] 2021 [citado 18 de abril 2023] Vol. 6, no9. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/700/1780>
16. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña [Internet] [citado 22 de abril del 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/419093/-13671095185188571120191107-32001-1qiusy5.pdf?v=1573163352>

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE ALVARADO MODIFICADA

Escala de Alvarado modificada	
Signos	Puntos
Dolor migratorio en la fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náusea/vómito	1
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	2
Síntomas	
Rebote en fosa iliaca derecha	1
Elevación de la temperatura > 38 °C	1
Signos extras: Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal	1
Laboratorio	
Leucocitosis de 10,000-18,000 cel/mm ³	2
PUNTAJE	RIESGO
1-4	Bajo (poco probable apendicitis)
5-6	Intermedio (probable apendicitis)
7-10	Alto (altamente probable apendicitis)