



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA Y EL CENTRO DE SALUD TÚPAC
AMARU DE VILLA**

2022 - 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARÍA DE LOS ÁNGELES QUISPE CANARES
BILLY SOLIS ÑAHUI**

**ASESOR
JAHAIRA DAMARIS VILLANO VALVERDE**

**LIMA- PERÚ
2023**



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA Y EL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU DE VILLA
2022 - 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**MARÍA DE LOS ÁNGELES QUISPE CANARES
BILLY SOLIS ÑAHUI**

ASESORA

DRA. JAHAIRA DAMARIS VILLANO VALVERDE

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

2023

DEDICATORIA

A Dios, por ser nuestra guía en este camino, y por darnos fortaleza

A nuestros padres, por su inmenso sacrificio, dedicación y apoyo a lo largo de todos los años de carrera; gracias por nunca dudar de nuestras capacidades y siempre estar con nosotros

A nuestros hermanos, por brindarnos sus consejos hasta conseguir nuestros sueños

A quienes no se encuentran físicamente, pero nos brindaron su apoyo durante el camino hasta alcanzar nuestras metas

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| PORTADA | 1 |
| DEDICATORIA | 3 |
| ÍNDICE | 4 |
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL | 9 |
| 1.1 Rotación en Cirugía: | 9 |
| 1.2 Rotación en Ginecología: | 17 |
| 1.3 Rotación en Medicina Interna: | 22 |
| 1.4 Rotación en Pediatría: | 29 |
| CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 34 |
| CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL | 36 |
| 3.1 Rotación en Cirugía: | 36 |
| 3.2 Rotación en Ginecología: | 41 |
| 3.3 Rotación en Medicina Interna: | 43 |
| 3.4 Rotación en Pediatría: | 47 |
| CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 52 |
| CONCLUSIONES | 54 |
| RECOMENDACIONES | 55 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 56 |

RESUMEN

En este trabajo se describen los conocimientos teóricos y prácticos previamente aprendidos a través de los seis años de carrera, y que se pusieron en práctica al realizar el internado médico en el “Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Túpac Amaru de Villa”, se expondrán cuatro capítulos, el primero narrará la importancia del internado en nuestra formación como médicos, las habilidades que se lograron alcanzar, así también cuatro casos clínicos por rotación, que se presentaron, evaluamos y manejamos comúnmente en los servicios principales (Ginecología y Obstetricia, Medicina interna, Cirugía y Pediatría); en el capítulo dos, se mencionará el contexto en el que se desarrolló cada una de las experiencias, exponiendo las características de los establecimientos de salud en donde hemos realizado el internado; en el tercero, se presentarán y relatarán las actividades realizadas, es decir la aplicación de nuestras habilidades frente a cada caso presentado y, finalmente, en el capítulo cuatro, se hará una reflexión de toda la experiencia vivida, de tal manera que se pueda apreciar las habilidades adquiridas frente a distintas situaciones. **Objetivo:** Es la obtención de conocimiento en cada rotación, y de esta manera perfeccionar el abordaje de las diferentes patologías usando como base el razonamiento clínico. **Conclusiones:** El internado en el “Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Túpac Amaru de Villa” nos dió la oportunidad de obtener prácticas que por temas de pandemia no habíamos podido tener; y poder examinar una gran cantidad de pacientes, así mismo nos permitió visualizar diferentes enfermedades más complejas, pudiendo de esta manera obtener mejores habilidades académicas y formativas.

Palabras claves: Internado médico, Gineco-obstetricia, Medicina interna, Cirugía, Pediatría

ABSTRACT

This paper describes the theoretical and practical knowledge previously learned throughout the six years of career, and that were put into practice when performing the medical internship at the "Hospital María Auxiliadora and the Centro de Salud Túpac Amaru de Villa", four chapters will be presented, the first one will narrate the importance of the internship in our training as doctors, the skills we were able to achieve, as well as four clinical cases per rotation, which were presented, evaluated and commonly handled in the main services (Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, Surgery and Pediatrics); In chapter two we will mention the context in which each of the experiences took place, exposing the characteristics of the health facilities where we have performed the internship; in the third chapter we will present and relate the activities performed, i.e. the application of our skills in each case presented, and finally in chapter four there will be a reflection of the whole experience, in such a way that the skills acquired in different situations can be appreciated. **Objective:** It is to obtain knowledge in each rotation, and in this way to perfect the approach to the different pathologies using clinical reasoning as a basis. **Conclusions:** The internship at the "Hospital María Auxiliadora and the Centro de Salud Túpac Amaru de Villa" gave us the opportunity to obtain practices that due to pandemic issues we had not been able to have; and to be able to examine a large number of patients, likewise it allowed us to visualize different more complex diseases, thus being able to obtain better academic and formative skills.

Key words: Medical internship, Obstetrics and Gynecology, Internal Medicine, Surgery, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA Y
EL CENTRO DE SALUD TÚPAC AMARU D

AUTOR

MARÍA DE LOS ÁNGELES QUISPE CANA
RES

RECUENTO DE PALABRAS

17065 Words

RECUENTO DE CARACTERES

98127 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

63 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

437.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 13, 2023 1:54 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 13, 2023 1:58 PM GMT-5

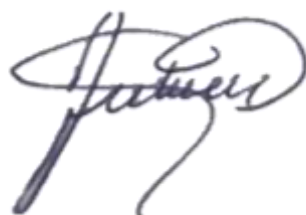
● **18% de similitud general**

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

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Dra. Jahaira Damaris Villano Valverde
Asesora

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0778-5021>

INTRODUCCIÓN

El internado médico se lleva a cabo en el último año de la carrera como estudiante de medicina humana, es una etapa fundamental en el proceso de formación de los futuros médicos de manera íntegra; ya que nos permite fortalecer y unificar el conocimiento teórico y práctico, brindado previamente, en los seis años de la carrera. Esto ayuda a prepararnos para contribuir mejor al bienestar y la salud de las personas en el primer nivel de atención. Cada rotación permitió abordar a cada paciente de manera íntegra; asimismo prioriza e identifica las diferentes patologías que presenta, el diagnóstico y el plan de trabajo oportuno, brinda la oportunidad de ser parte del equipo médico multidisciplinario, así como el mantener un trato respetuoso y empático con los familiares. Son cuatro rotaciones que se realizan en las distintas áreas del “Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Túpac Amaru de Villa” las cuales son Ginecología y Obstetricia, Medicina interna, Cirugía y Pediatría ⁽¹⁾.

El Hospital María Auxiliadora (HMA) fue inaugurado en 1983, en el gobierno de Fernando Belaunde Terry, contaba con cuatro servicios primordiales para la atención de la población (Cirugía, Obstetricia, Ginecología, Medicina General y Pediatría); posteriormente se agregaron servicios como laboratorio clínico, rayos X, nutrición, etc. Este nosocomio es de categoría III-1, cuya población designada incluye tanto la zona rural como urbana de todo el Sur de Lima ⁽²⁾. El centro de Salud Túpac Amaru de Villa es de categoría I-3 y está bajo la jurisdicción de la Diris Lima Sur ⁽³⁾.

Debido al contexto nacional por el COVID-19, el Internado Médico se vio afectado, suspendiéndose las prácticas clínicas desde el 15 de marzo de 2020. El día 14 de agosto se publicó la resolución ministerial n.º 622-2020 del Ministerio de Salud (Minsa) el cual aprobó el Documento técnico “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia n.º 090-2020”. Debido a lo cual el internado médico se dividió en dos etapas: cinco meses en un hospital y cinco en un centro de salud ⁽⁴⁾.

Este trabajo pone en manifiesto nuestras experiencias y las habilidades adquiridas gracias a la enseñanza brindada durante el internado. Para ello, se utilizaron cuatro casos clínicos de cada especialidad como herramientas para desarrollar un análisis y retroalimentación sobre el plan de trabajo de las enfermedades.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es una etapa en la que los estudiantes de medicina de último año realizan prácticas en diversas instituciones médicas, donde se afianza el conocimiento teórico aprendido; es uno de los requisitos previos para la obtención del título profesional. Durante esta etapa el interno se enfrenta a todo tipo de situaciones (frustración, agotamiento físico, mental, la mejoría y deceso del paciente) que ponen a prueba sus emociones y habilidades para resolver problemas, por lo que aprenden mediante experiencias cuáles son sus fortalezas y debilidades. En este informe se describe dieciséis casos clínicos que formaron parte de nuestra experiencia vivida durante el internado, que nos permitieron integrar conocimientos y habilidades obtenidas en las rotaciones de cirugía, Ginecología y Obstetricia, medicina interna y pediatría del Hospital María Auxiliadora y del Centro de Salud Túpac Amaru de Villa.

1.1 Rotación en Cirugía

En el Hospital María Auxiliadora, los internos tuvimos la oportunidad de rotar por los servicios de Cirugía General, Traumatología, Urología, Cirugía Plástica y Neurocirugía, así como también por tópico de emergencia de Cirugía y Traumatología. El rol del interno se basó en brindar apoyo en triaje de acuerdo a la prioridad de atención, así mismo realizábamos procedimientos menores que habíamos aprendido de manera virtual como suturas.

En el servicio de hospitalización, el rol del interno se basaba en programar pacientes para sala de operaciones, así como brindar apoyo a los residentes y/o asistentes en procedimientos más complejos; también nos encargábamos de la atención diaria del paciente, inspeccionando las heridas quirúrgicas, previo a la visita médica con los residentes y asistentes, quienes preguntaban sobre las patologías y el plan de trabajo como una forma de retroalimentar la visita. Posteriormente, a la visita nos encargábamos de curar heridas, retirar puntos y drenes, cambiar bolsas de colostomía o ileostomía, y de los papeleos pendientes con el paciente.

Las enfermedades más comunes atendidas en tópico de cirugía fueron heridas cortantes y traumas de abdomen cerrado y abierto; mientras que en tópico de Traumatología fueron las fracturas, esguinces y luxaciones. Las cirugías que más comúnmente se realizaron son las apendicetomías, las hernioplastias y colecistectomías.

En el centro de Salud Túpac Amaru de Villa, la labor del interno está basada en realizar suturas, retiro de puntos, así como distinguir si una enfermedad requiere tratamiento quirúrgico y derivar oportunamente al paciente a un centro de mayor complejidad que por jurisdicción correspondería al Hospital María Auxiliadora.

Caso clínico n.º 1:

Paciente de sexo femenino de 41 años de edad, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de cinco horas de evolución, refiere haber consumido comida copiosa (chicharrón y cerveza) y a la hora presento dolor tipo cólico, en hipocondrio derecho de intensidad moderada (7/10) asociado a náuseas y vómitos en dos oportunidades, es por eso que acude a este nosocomio.

- ✓ Funciones Biológicas: Sueño alterado, el resto de las funciones sin alteraciones.
- ✓ Funciones vitales: PA:110/70, FR:18, T:37°C, FC:100, SatO2:97 %, Peso:72kg, Talla:1.52cm, IMC:31,2.
- ✓ Antecedentes: Refiere sufrir de litiasis vesicular desde hace cinco años, niega reacciones adversas a medicamentos, niega cirugías y hospitalizaciones previas.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen:
 - Inspección: Plano.
 - Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes.
 - Percusión: Timpánico (+/+++).
 - Palpación: Blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho y epigastrio, signo de Murphy (+).
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
 - Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Diagnóstico sindrómico: Síndrome doloroso abdominal.

- ✓ Diagnóstico presuntivo: Colecistitis crónica litiásica: D/C reagudización.
- ✓ Plan de trabajo:
 - NPO (Nada por Vía Oral).
 - Se le administra NaCl 0.9 % 1000cc 35 gotas por minuto.
 - Se le administra omeprazol 40 mg EV c/12 horas.
 - Se le administra ketoprofeno 100 mg condicional al dolor.
 - Control de funciones vitales.
 - Se le solicita exámenes de laboratorio (prequirúrgico), también se le pide ecografía abdominal y se mantiene en observación.
- ✓ Reevaluación:
 - Dentro de los resultados de laboratorio se encuentran: leucocitos 5.200, Hb: 14,7 gr/dl, plaquetas 290.000, Perfil hepático: BI 0.82mg/dl, BD 0.15mg/dl, glucosa 90 mg/dl, fosfatasa alcalina 234 U/L, TGO 30 U/L, TGP 60 U/L.
 - Dentro de los hallazgos en la ecografía abdominal se encuentra vesícula biliar de 50 x 30 mm, pared de 5mm con presencia de múltiples litos, con sombra acústica posterior y hepatopatía difusa leve.
- ✓ Reporte operatorio:
 - Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis crónica calculosa reagudizada.
 - Diagnóstico postoperatorio: Colecistitis crónica calculosa reagudizada.
 - Operación programada: Colectomía Laparoscópica.
 - Tiempo operatorio: 40 minutos.
 - Hallazgos operatorios: Se encontró vesícula biliar de 7x4 cm de paredes delgadas; también se encontró conducto cístico de 3mm y arterias císticas únicas.
 - Descripción del procedimiento:
 - Asepsia y antisepsia + colocación de campos estériles.
 - Neumoperitoneo cerrado con aguja de Veress de Mölnlycke.
 - Colocación de trocares.
 - Identificación del triángulo de calot y clipaje de conducto cístico y de arteria cística.
 - Colectomía mixta y exéresis por t1 en bolsa de guante.
 - Revisión de hemostasia.
 - Retiro de trocares bajo visión directa.
 - Cierre de t1 con vicryl 1/0.
 - Cierre de puertos laparoscópicos con nylon 4/0.

- Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación.
- ✓ Plan de trabajo postoperatorio:
 - NPO (Nada por Vía Oral) por 6 horas y luego se indica tolerancia oral.
 - Se le administra NaCl 0.9 % 35 gotas por minuto.
 - Se le administra ceftriaxona 2gr EV c/24h.
 - Se le administra omeprazol 40mg EV c/24h.
 - Se le administra ketoprofeno 100mg EV c/8h.
 - Se le administra tramadol 100 mg + dimenhidrinato 10 mg + NaCl 0.9 % EV c/12h.
 - Se le administra metoclopramida 10mg EV c/8h.
 - Se indica control de funciones vitales c/8h.

Caso clínico n,° 2:

Paciente, masculino de 28 años, ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de dos días, refiere dolor abdominal tipo cólico de intensidad severa (9/10) que comenzó en epigastrio y que se irradió hacia fosa iliaca derecha, acompañado de fiebre de 38 °C y náuseas en una oportunidad, debido a que el dolor no cede, acude al nosocomio.

- ✓ Funciones biológicas: Sueño alterado e hiporexia.
- ✓ Funciones vitales: PA:120/80, FR:16, T:38 °C, FC:110, SatO2:96 %.
- ✓ Antecedentes: Niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen:
 - Inspección: Globuloso por exceso de panículo adiposo.
 - Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes.
 - Percusión: Timpánico (+/+++).
 - Palpación: Blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha y epigastrio, signo de McBurney (+), abdomen en tabla.

- Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
- Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
- Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Diagnóstico sindrómico: Síndrome doloroso abdominal.
- ✓ Diagnóstico presuntivo: D/C Apendicitis aguda.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Se le administra NaCl 0.9 % 100 cc + Metoclopramida + Omeprazol 40 mg STAT EV.
 - Se le solicitan exámenes de laboratorio los cuales son: hemograma, grupo y factor, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, perfil lipídico, examen de orina, prueba antigénica COVID y se solicitan riesgo quirúrgico.
- ✓ Reevaluación:
 - Paciente de sexo masculino de 28 años con un tiempo de enfermedad de dos días y seis horas, que presenta dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada a severa en fosa iliaca derecha, acompañado de nauseas, fiebre e hiporexia. Al examen físico impresiona: abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos ligeramente disminuidos, con resistencia en cuadrante inferior derecho, signo de McBurney positivo.
 - Se recogen exámenes de laboratorio encontrándose: leucocitos: 18.50×10^3 /mm³, Hb: 14.7gr/dl, TTPPA: 38.5seg., tiempo de coagulación: 5min, tiempo de sangría: 3min, grupo y factor: O+, prueba COVID: no reactivo.
- ✓ Impresión diagnóstica: Apendicitis aguda complicada (se programa para sala de operaciones).
- ✓ Reporte operatorio:
 - Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda complicada.
 - Diagnóstico postoperatorio: Peritonitis localizada por Apendicitis Aguda gangrenada y perforada.
 - Operación programada: Laparotomía Exploratoria.
 - Operación realizada: Laparotomía Exploratoria + Apendicectomía + lavado peritoneal + drenaje.
 - Tiempo operatorio: 90 min.
 - Estado del Paciente: Estable.

- Hallazgos operatorios: Apéndice cecal descendente de aproximadamente 6 x 1 cm, gangrenada en toda su extensión y perforada en la punta, cubierta por epiplón y asas delgadas a manera de plastrón, con secreción purulenta de aproximadamente 50 cc en región parietocólico derecho y fondo de saco; ciego fijo, base friable, meso corto, lecho apendicular con fibrina.
- Descripción del procedimiento:
 - Asepsia y antisepsia + colocación de campos estériles.
 - Incisión mediana supra e infraumbilical.
 - Disección por planos hasta apertura de cavidad.
 - Aspiración de secreción, liberación de plastrón, apendicectomía a muñón libre, ligadura de meso y base con lino 0, se coloca punto con seda 4/0 en la base incluyendo el meso a manera de parche, se realiza hemostasia.
 - Limpieza de la zona con solución fisiológica, secado con gasas.
 - Se coloca 1 dren penrouse, dirigido a fondo de saco y adyacente a muñón apendicular.
 - Se cierra la pared por planos: peritoneo con vicryl 1.0, aponeurosis con nylon 1 y piel con nylon 4/0.
 - Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación.
- ✓ Plan de trabajo postoperatorio:
 - Se indica tolerancia oral y dieta líquida.
 - Se le administra dextrosa 5 % 1000 cc + KCl 20% (1 amp) + NaCl 20 % (2 amp) lo que equivale a 35 gotas.
 - Se le administra ranitidina 50 mg EV c/8h.
 - Se le administra ciprofloxacino 400 mg EV c/12h.
 - Se le administra ketoprofeno 100 mg EV c/8h.
 - Se le administra NaCl 0,9 % 100 cc + Tramadol 100 mg EV, condicional al dolor de moderada intensidad.
 - Se le indica deambulación precoz y control de funciones vitales c/8h
- ✓ Manejo ambulatorio:
 - Se indica ibuprofeno 400 mg c/8h x 3 días.
 - Se indica ciprofloxacino 500mg c/12 horas + metronidazol 500mg C/8h x 7 días.
 - Se indica limpieza de herida con abundante agua y jabón.
 - Se indica retiro de puntos en una semana y consulta en diez días.

Caso clínico n.º 3:

Paciente, varón de 34 años, acude al servicio de urgencia del Centro de Salud Túpac Amaru de Villa, refiriendo que hace aproximadamente 30 minutos sufrió mordedura por un perro conocido, en la pierna izquierda mientras manejaba su moto, ocasionándole dolor y sangrado.

- ✓ Funciones biológicas: Conservado.
- ✓ Funciones vitales: PA:120/70, FR:19, T:37°C, FC:79, SatO2:98%.
- ✓ Antecedentes: Niega reacciones medicamentosas, enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis. Se evidencia herida inciso-contusa, en cara externa, tercio medio de aproximadamente 2 cm de largo y 0.5 cm de profundidad, con sangrado activo.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
 - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación no doloroso.
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
 - Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Impresión diagnóstica: Mordedura Canina.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Se realiza lavado profuso con suero fisiológico y desinfección de la zona de la herida.
 - Se le indica amoxicilina + Ac. Clavulánico 500mg/125mg 1 tab c/ 8h x 7 días.
 - Se le indica naproxeno 500 mg 1tab c/ 8h x 4 días.
 - Se le indica paracetamol 500 mg 1 tab c/ 8h x 4 días.
 - Se indica colocación de vacuna antirrábica.

Caso clínico n,° 4:

Paciente, mujer de 44 años, acude al servicio de urgencia del Centro de Salud Túpac Amaru de Villa, refiriendo haber sufrido quemadura con agua hirviendo en brazo izquierdo hace aproximadamente 40 minutos, mientras estaba cocinando. Paciente indica que tras el incidente se echó agua por 15 minutos aproximadamente y que posteriormente apareció una ampolla que se reventó accidentalmente ocasionándole dolor muy intenso EVA 8/10.

- ✓ Funciones biológicas: Conservado.
- ✓ Funciones vitales: PA:110/70, FR:18, T:36.5,°C, FC:85, SatO2:98, %.
- ✓ Antecedentes: Niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis. Se observa única ampolla de aproximadamente 6x4cm en cara externa, tercio medio del brazo izquierdo, a la palpación muy dolorosa.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
 - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación no doloroso.
 - Aparato Genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
 - Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Impresión diagnóstica: Quemadura Superficial de Segundo Grado.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Se realiza lavado profuso con suero fisiológico.
 - Se realiza flictenectomía.
 - Se aplica sulfadiazina de plata 1 %.
 - Se le indica naproxeno 500 mg 1tab c/ 8h por 4 días.
 - Se le indica al paciente regresar para curaciones diarias.

1.2 Rotación en ginecología:

Las rotaciones en Obstetricia y Ginecología son muy importantes en la formación médica e incluyen una variedad de patologías que afectan tanto a la mujer como a la gestante. En el Hospital María Auxiliadora, este servicio se divide en centro obstétrico, hospitalización, consultorio externo y tópico.

En el centro obstétrico, la función del interno es la de monitorizar y evaluar a las gestantes durante el trabajo de parto y el puerperio que es un área donde las pacientes sin ninguna complicación posterior al parto se encuentran hospitalizadas por 1 a 2 días; en caso de que la gestante presente algún factor de riesgo sobreagregado que ponga en riesgo la vida de la madre y el feto, el interno en compañía del residente y el asistente son quienes se encargan de la monitorización.

En el área de hospitalización, la labor del interno principalmente es la de evolucionar a las puérperas y las pacientes ginecológicas, así como de la limpieza de las heridas postquirúrgicas por cesárea.

Con respecto a consultorio externo, la función principal del interno era apoyar al asistente en los diferentes procedimientos menores como toma de PAP, exámenes de rutina y registro de la información del paciente.

En tópico, la función es la de tomar funciones vitales de las pacientes, realizar las maniobras de Leopold, tactos vaginales previo consentimiento y con supervisión de residentes y/o asistentes, así como de la paciente; en caso de que se encuentren en labor de parto, se les monitoriza previamente, al pase a centro obstétrico; también tienen como función la programación a sala de operaciones en caso de cesárea. Dentro de las patologías más frecuentes en ginecología están las hemorragias uterinas anormales y en obstetricia tenemos las enfermedades hipertensivas y abortos.

En el Centro de salud Túpac Amaru de Villa, se cuenta dentro del servicio de Obstetricia de Planificación Familiar y Control Prenatal; y dentro del servicio de Ginecología se cuenta con consultorio externo; la labor principal de los internos se basaba en toma de funciones vitales, maniobras de Leopold y registro de controles, cualquier factor de riesgo o complicación en el embarazo se le realizaba referencia para un mejor control, al Hospital María Auxiliadora.

Caso clínico n.º 1:

Paciente, mujer de 18 años de edad, con un tiempo de enfermedad de dos días, acude por tópicos de emergencia refiriendo que desde cuatro horas antes presenta dolor pélvico de moderada intensidad (8/10), que empeora con el movimiento, además se acompaña de sangrado de moderada cantidad. Refiere gestación de 7 semanas que se confirma con ecografía que trajo.

- ✓ Funciones biológicas: Conservado.
- ✓ Funciones vitales: PA:90/80, FR:18, T:37 °C, FC:80, SatO2:97 %.
- ✓ Antecedentes: Es G1P0000; niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, palidez (+/+++), no cianosis.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, timpánico, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior.
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Examen ginecológico y obstétrico: Se observa a la especuloscopia sangrado vaginal activo rojo oscuro con presencia de coágulos.
 - Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
 - Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Diagnóstico presuntivo: D/C Aborto Incompleto.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Se solicitan exámenes de laboratorio teniendo como resultado Hb:12,5 mg/dl, leucocitos:23.000, plaquetas:245.000, urea:28, creatinina:0.57, examen de orina: no patológico, VHB, RPR y COVID 19 no reactivos.
 - Se solicita ecografía transvaginal encontrándose saco gestacional de 16 mm, vesícula vitelina ausente y embrión ausente.
- ✓ Diagnóstico confirmatorio: Aborto Incompleto.
- ✓ Manejo:

- Se hospitaliza y se administra misoprostol 400ug vía vaginal para madurar el cérvix 3 horas antes del procedimiento a realizar (AMEU).
- El procedimiento se realiza al día siguiente, en el cual dentro de los hallazgos se encuentra útero de 9cm y contenido endouterino de 25 cc.
- ✓ Reevaluación:
 - Se realiza reevaluación 4 horas posteriormente del procedimiento, en donde la paciente niega molestias, por lo que se decide dar de alta el mismo día.

Caso clínico n.º 2:

Paciente, mujer secundigesta de 28 años, con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, acude por tónico de emergencia referida de Centro de salud Túpac Amaru de Villa, refiriendo prurito en palmas y plantas, que se intensifica en la noche; refiere percibir movimientos fetales y contracciones uterinas cada siete minutos, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal.

- ✓ Funciones biológicas: Conservado.
- ✓ Funciones vitales: PA:100/60, FR:20, T:37 °C, FC:78, SAT02:98 %.
- ✓ Antecedentes: Es G2P0010; niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, palidez (+/+++), no cianosis.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen: AU:36 cm, SPP:LCD, LCF:145lpm, DU:2 contracciones en 10 minutos, Ponderado fetal: 3200gr.
 - Examen ginecológico y obstétrico: Dilatación:2cm, Incorporación:80 %, Membrana íntegra, Altura de presentación: -2, Variedad de presentación: OIIT.
 - Aparato Genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar derecho (+), sin alteraciones.
 - Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
 - Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Impresión diagnóstica:

- Gestante de 38 semanas por ecografía de 1er trimestre.
- D/C colestasis intrahepática.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Dieta blanda + líquidos a voluntad.
 - Control de funciones vitales + Observación de signos de alarma.
 - Se administra vía salinizada.
 - Se realiza reevaluación cada 3 horas.
 - Se realiza monitoreo intraparto.
 - Se le solicita exámenes de laboratorio encontrándose Hb:12g/dl, urea:15 creatinina:0.58 plaquetas:320.000, BT:0,35 BI:0,7 BD:0,38, ácidos biliares:13umol/L, con lo que se confirma el diagnóstico de Colestasis intrahepática gestacional.
- ✓ Reevaluación:
 - Posterior a parto (6 horas) pasa a centro obstétrico, donde paciente no refiere molestias, se vuelve a solicitar hemoglobina postparto de control dando como resultado 10mg/dl.
 - Al día siguiente se da de alta, se le indica consumo de sulfato ferroso y se indica control por centro de salud más cercano en una semana.

Caso clínico n.º 3:

Paciente, mujer de 26 años fumadora, acude a consulta por presentar picores vaginales desde hace 7 días, refiere sensación de flujo vaginal blanquecino espeso y sin olor, que mancha su ropa interior; se encuentra agitada y nerviosa, porque el problema le incomoda en su vida diaria. No tiene pareja estable.

- ✓ Funciones biológicas: Conservado.
- ✓ Funciones vitales: PA:120/70, FR:19, T:36.5 °C, FC:82, SatO2:98 %.
- ✓ Antecedentes personales: Niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías.
- ✓ Antecedentes familiares: Madre diabética e hipertensa, Padre diabético.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación no doloroso.
- Examen ginecológico:
 - o A la especuloscopía: Eritema vulvar, se observa presencia de leucorrea abundante y grumosa en pared vaginal.
- Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
- Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
- Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Impresión diagnóstica: Candidiasis Vulvovaginal.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Se indica fluconazol en ovulo 500mg dosis única antes de dormir.
 - Se indica clorfenamina 4mg 1 tab c/ 8h por 4 días.
 - Se indica control en 2 semanas.
- ✓ Reevaluación:
 - Posteriormente, paciente retorna por consultorio externo, donde se evidencia mejoría clínica; presentando disminución de eritema vulvar y prurito, no se evidencia flujo blanco grumoso a especuloscopía, por lo que es dada de alta.

Caso clínico n.º 4:

Paciente, mujer de 38 años, acude a consulta externa por presentar dolor pélvico que se irradia a región lumbar, también refiere que dolor se exacerba al tener relaciones sexuales desde hace aproximadamente dos meses, no usa métodos anticonceptivos y tiene múltiples parejas sexuales.

- ✓ Funciones biológicas: Conservado.
- ✓ Funciones vitales: PA:110/70, FR:18, T:38.5°C, FC:95, SatO2:98%.
- ✓ Antecedentes personales: Niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías.
- ✓ Antecedentes familiares: Madre diabética, Padre hipertenso.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis.

- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación no doloroso.
- Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
- Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
- Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ A la ecografía transvaginal: Dolor a la movilización del cérvix y a la palpación de anexos.
- ✓ Impresión diagnóstica: Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Se solicita exámenes de laboratorio encontrándose: PCR:22, Hb:13.2, leucocitos:16 000.
 - Se indica ciprofloxacino 500mg dosis única.
 - Se indica doxiciclina 500mg 1 tab c/ 12h por 14 días.
 - Se indica metronidazol 500mg 1 tab c/ 12h por 14 días.
 - Se indica paracetamol 500mg 1 tab c/8h por 4 días.
 - Se indica control en quince días.
- ✓ Reevaluación:
 - Posteriormente, paciente retorna por consultorio externo, donde se evidencia mejoría clínica por lo que es dada de alta.

1.3 Rotación en Medicina Interna:

En el Hospital María Auxiliadora, en el servicio de Medicina Interna, se observan diversas patologías. Se divide en piso de hospitalización y tópicos de medicina interna. El rol principal del interno en hospitalización es el presentar las diferentes camas durante la visita médica, ayuda a completar las indicaciones, exámenes auxiliares y papeleo de cada paciente día a día posterior a la visita, también se encargan de la curación de heridas (úlceras por presión, pie diabético y úlceras varicosas). También algo importante que realizan los internos es la toma de muestra para análisis de gases arteriales o exámenes de sangre.

La labor del interno en tópicos se basa en realizar triaje, posteriormente, se realiza la anamnesis e historia clínica del paciente, se procede a realizar una rápida evaluación y dar un diagnóstico adecuado. También se encargan de solicitar exámenes de laboratorio o de imagen y de indicar junto con el médico a cargo el tratamiento adecuado.

Rotar por este servicio ayudó a fomentar el conocimiento teórico previo, ya que los asistentes programaban charlas sobre las patologías más comunes, que eran dirigidas por los internos en compañía de los residentes; así mismo, nos ayudó a tener un trato adecuado con pacientes adultos mayores cuyas enfermedades crónicas los predisponen a estar hospitalizados por mucho tiempo; dentro de las enfermedades más vistas tenemos las respiratorias (neumonía, tuberculosis, etc.), hipertensión arterial, diabetes.

En el Centro de salud Túpac Amaru de Villa dentro del servicio de Medicina los internos rotan por consultorio externo, las patologías vistas más comunes son las enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes *mellitus*. Apoyamos en el llenado de recetas, hojas his, y referencia según capacidad resolutoria al hospital María Auxiliadora.

Caso clínico n.º 1:

Paciente, varón de 47 años, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 18 días, acude a la emergencia por presentar dolor de garganta y tos seca, por lo que comenzó a tomar paracetamol, sin presentar mejoría. La tos se hizo más persistente y una semana antes se volvió productiva, se acompaña de fiebre a predominio nocturno; también refiere que cuatro días antes de su ingreso observó la presencia de pequeños coágulos y el día previo a su ingreso tuvo la sensación de que le faltaba el aire, de poca intensidad, al momento de despertarse.

- ✓ Funciones biológicas: Apetito disminuido y sueño alterado.
- ✓ Funciones vitales: PA:110/70, FR:25, T:38.4 °C, FC:65, SatO2:93 %.
- ✓ Antecedentes: Sufre de diabetes mellitus desde el 2019 y es tratado con metformina 850 mg c/12horas; fue hospitalizado por debut diabético en el 2019.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis.
 - Aparato respiratorio:
 - Inspección: Tórax simétrico, con disminución de la expansión torácica y de los movimientos respiratorios.

- Palpación: Disminución de la amplexación torácica unilateral a nivel del ápice derecho con aumento de las vibraciones vocales.
 - Percusión: Se detecta matidez en el hemitórax derecho.
 - Auscultación: Presencia de estertores supra e infraescapulares, así como un aumento de la transmisión vocal.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
 - Neurológico: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Diagnóstico sindrómico: Síndrome Cavitario y Síndrome de Condensación.
 - ✓ Diagnóstico presuntivo: D/C Tuberculosis pulmonar y Neumonía.
 - ✓ Plan de trabajo:
 - Se le indica 1 tab de ácido tranexámico 500 mg c/8h x 2 días.
 - Según el programa de tuberculosis: se solicita BK en esputo (2 muestras) y cultivo; también se solicita exámenes laboratoriales basales (hemograma completo, perfil hepático, perfil lipídico, urea y creatinina, glucosa, PCR, Elisa, VIH y examen de orina completo) y radiografía de tórax anteroposterior.
 - ✓ Reevaluación:
 - Se reevalúa 30 minutos después con los resultados donde se encuentra Hb 11gr/dl que indica anemia normocítica normocrómica; también se encuentra leucocitos: 20 000, plaquetas:120 000, glucosa:92mg/dl, urea:0.8, creatinina: no reactivo, PCR:9,06, TGO:21U/L, TGP:15U/L BT:0.7 BI:0.4, BD:0.3, Colesterol: 194mg/dl, triglicéridos: 185mg/dl, HDL:65, LDL:110 mg/dl y examen de orina no patológico.
 - Baciloscopia: (++/ +++).
 - Los resultados de VIH y ELISA fueron no reactivos.
 - En la radiografía se encuentra cuatro lesiones cavitarias de aproximadamente 2 x 3 cm en todo el hemitórax derecho; también se observa patrón intersticial y tractos fibrosos pulmonares.
 - ✓ Diagnóstico confirmatorio: Tuberculosis pulmonar.

- ✓ Manejo: Esquema sensible de Tuberculosis Pulmonar confirmado con GenXpert.
 - 2 meses (HREZ) diario (50 dosis).
 - Isoniacida 5 tabletas VO c/24h.
 - Rifampicina 2 tabletas VO c/24h.
 - Etambutol 3 tabletas VO c/24h.
 - Pirazinamida 3 tabletas VO c/24h.
 - 4 meses (HR) 3 veces por semana (54 dosis)
 - Isoniacida 5 tabletas VO.
 - Rifampicina 2 tabletas VO.

Caso clínico n.º 2:

Paciente, mujer de 58 años, con un tiempo de enfermedad de 5 días, acude a tópic de emergencia refiriendo congestión nasal, tos con expectoración amarillo verdoso, dificultad respiratoria a moderados esfuerzos, dolor torácico y malestar general; el día del ingreso presenta sensación de alza térmica no cuantificada.

- ✓ Funciones biológicas: Presenta apetito disminuido, sueño alterado.
- ✓ Funciones vitales: PA:100/70, FR:33, T:37.8°C, FC:78, SatO2:97 %.
- ✓ Antecedentes: Niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis.
 - Aparato respiratorio: Tórax simétrico, disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho, se auscultan crepitantes difusos en ambas bases pulmonares.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia.
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
 - Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Diagnóstico presuntivo: D/C Neumonía Adquirida en la Comunidad.

✓ Plan de trabajo:

- Se solicita exámenes de laboratorio (hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, VHB, RPR, prueba COVID, examen de orina completo).
- Se indica realizar radiografía de tórax anteroposterior.

✓ Reevaluación:

- Se reevalúa 30 minutos después con los resultados donde se encuentra hemoglobina:13mg/dl, hto:49 %, leucocitos:16500, plaquetas:348000, glucosa: 98, urea:0.6, creatinina:1.3, VHB, RPR, COVID no reactivos y examen de orina no patológico.
- En la radiografía de tórax se encuentra un patrón de consolidación en el lóbulo superior derecho, que confirma el diagnóstico de neumonía.

✓ Diagnóstico confirmatorio: Neumonía Adquirida en la Comunidad.

✓ Manejo:

- Se le indica tratamiento ambulatorio: reposo, tomar líquidos tibios, controlar la temperatura y se le da tratamiento farmacológico:
 - Se le indica 1 tab de amoxicilina 500 mg c/8h por 7 días.
 - Se le indica 1 tab de ibuprofeno de 400 mg c/8h, por 5 días.

Caso clínico n.º 3:

Paciente, varón de 29 años, acude a consulta externa del Centro de Salud Túpac Amaru de Villa refiriendo presentar dolor de garganta, tos seca intermitente, secreción y congestión nasal desde hace dos días, se agrega desde hace un día sensación de alza térmica y dolor de cabeza. Menciona que tuvo contacto covid positivo en su trabajo.

✓ Funciones biológicas: Conservado.

✓ Funciones vitales: PA:110/70, FR:19, T:37.5°C, FC:81, SatO2:97 %.

✓ Antecedentes: Niega enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.

✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar <2 segundos, no palidez o cianosis.
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados, amplexación conservada.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.
- Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
- Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
- Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Diagnóstico Presuntivo: D/C Covid-19.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Se solicita prueba antigénica COVID-19; que da como resultado "REACTIVO".
- ✓ Diagnóstico confirmatorio: Covid-19.
- ✓ Manejo:
 - Se indica paracetamol 500mg 1tab c/8h por 3 días, luego condicional a Temperatura > 38°C.
 - Se indica ibuprofeno 400mg 1tab c/8h por 3 días.
 - Se indica loratadina 10mg 1tab c/ 24h por 4 días.
 - Se indica dextrometorfano 15mg/5ml 10cc c/8h por 5 días.
 - Se indica aislamiento domiciliario por 5 días.

Caso clínico n.º 4:

Paciente, varón de 67 años, acude a consulta externa del Centro de Salud Túpac Amaru de Villa con tiempo de enfermedad de 1 semana, refiriendo presentar dolor de cabeza, sensación de náuseas y vértigo. Adicionalmente, refiere ser diagnosticado de HTA desde hace 10 años con tratamiento.

- ✓ Funciones biológicas: Presenta apetito disminuido, sueño alterado.
- ✓ Funciones vitales: PA: 180/120, FR:22, T:36.5 °C, FC:96, SatO2:97 %, Peso:78kg, Talla:160cm, IMC:30,5.
- ✓ Antecedentes: HTA con tratamiento continuo con Enalapril 10mg c/12h, niega otras enfermedades previas, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.
- Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
- Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
- Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.
- ✓ Impresión diagnóstica: Obesidad, D/C Crisis Hipertensiva.
- ✓ Plan de trabajo:
 - Se solicita exámenes de laboratorio (hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, perfil lipídico).
 - Se indica captopril 25mg sublingual y se controla la presión cada 30 minutos en el centro de salud.
- ✓ Reevaluación:
 - Se reevalúa 30 minutos después con los resultados donde se encuentra hemoglobina:13 mg/dl, hto:44 %, glucosa:97mg/dl, urea:11mg/dl, creatinina: 0.8mg/dl, colesterol:315mg/dl, triglicéridos:134mg/dl.
 - Presión arterial:
 - 9:30am: PA:180/120 mmHg.
 - 10:00am: PA:170/120 mmHg (Se indica un segundo captopril 25mg sublingual).
 - 10:00am: PA:155/100.
 - 10:30am: PA:140/80.
 - Con el último control de presión arterial, se le da de alta con indicaciones para casa.
- ✓ Manejo:
 - Se indica enalapril 20mg 1 tab c/12h.
 - Se indica atorvastatina 20mg 1 tab c/24h.
 - Se le educa al paciente sobre la importancia de tomar su tratamiento diario.
 - Se hace interconsulta a nutrición.

1.4 Rotación en Pediatría:

El servicio en el Hospital María Auxiliadora se divide en Neonatología y Pediatría, que abarcan área como hospitalización y tópico de pediatría; la labor del interno, en el Servicio de Pediatría, se basa en la realización de la historia clínica, un examen físico, bien detallado, y presentar el caso al residente y/o asistente que se encuentre de turno para la realización del posterior tratamiento.

La labor del interno, en el servicio de Neonatología, se basa en realizar los procedimientos en la recepción y atención inmediata del recién nacido, con la ayuda y supervisión del residente y/o asistente a cargo.

El servicio de Pediatría es fundamental en el internado médico, ya que en este tipo de población se realiza una historia clínica de tipo indirecto, ya que es la madre quien reporta lo ocurrido, además el examen físico debe ser detallado, porque nos guiará al diagnóstico más adecuado.

Así mismo, se realizó la exposición de casos clínicos sobre las patologías más comunes como enfermedad diarreica aguda, síndrome obstructivo bronquial, asma, neumonías, etc.

Rotar por este servicio en el Centro de Salud Túpac Amaru de Villa nos ayudó a profundizar información aprendida sobre las enfermedades habituales tanto en consulta médica como en urgencias; estas son infección respiratoria alta, enfermedad diarreica aguda, síndrome febril, escabiosis; así como el tratamiento y prevención de anemia.

Caso clínico n.º 1:

Paciente, varón de 5 años, con un tiempo de enfermedad de 5 días, acude a tópico de emergencia por presentar deposiciones en cinco oportunidades, primero de consistencia blanda y luego volviéndose acuosa, no fétidas, no sanguinolentas; madre refiere haberle dado un jugo sin mejoría, se le agrega náuseas y vómitos, motivo por lo cual es traído a este nosocomio.

- ✓ Funciones biológicas: Presenta apetito, diuresis y sed disminuida, sueño alterado, deposiciones aumentadas.
- ✓ Funciones vitales: FR:36, T:38.5 °C, FC:98, SatO2:97 %.
- ✓ Antecedentes: Nacido de parto eutócico con 3,200gr, APGAR 9 al minuto y 9 a los cinco minutos. Niega enfermedades, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.

- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis. Piel no hidratada, con reducción de la turgencia de los tejidos (signo del pliegue cutáneo desaparece lentamente).
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen:
 - Inspección: Levemente distendido en hemiabdomen superior, simétrico.
 - Auscultación: Ruidos hidroaéreos aumentados.
 - Palpación: Signo de Blumberg (-), Signo de McBurney (-); sin presencia de masas ni hernias.
 - Percusión: Timpánico en espacio semilunar de Traube y en flancos derecho e izquierdo; matidez hepática y en hipocondrio izquierdo.
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin dificultad.
 - Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Diagnóstico sindrómico: Síndrome diarreico Agudo.
- ✓ Diagnóstico presuntivo: Síndrome febril y Gastroenteritis aguda.
- ✓ Plan de trabajo: Se le solicita hemograma y coprocultivo.
- ✓ Reevaluación:
 - Se reevalúa 30 minutos después con los resultados donde se encuentra leucocitos 14000 y en el coprocultivo se identifica Escherichia coli.
- ✓ Manejo:
 - Se indica para disminuir la fiebre: 5cc (1 cucharadita) de metamizol en jarabe (repriman). A los 30 minutos se observa disminución de temperatura a 37.5 °C.
 - Se le indica 7.5 ml de sulfametoxazol + trimetropin 200mg+40mg / 5ml c/12h x 5 días.
 - Se le indica sales de rehidratación oral a libre demanda x 3 días (se diluye 1 sobre en 1 litro de agua).
 - Se le indica tomar 1 ampolla de Enterogermina c/12h x 3 días.

- Para el tratamiento ambulatorio de fiebre se le indica 10 ml de paracetamol 120mg/5ml c/8h x 3 días.
- Así mismo se le indica a la madre que aumente el consumo de líquidos calientes y que en caso de presentar algún signo de alarma (dificultad respiratoria, más de 3 vómitos en 1 hora, 10 deposiciones en 1 día, etc.), que acuda por emergencia al centro de salud más cercano.
- Se le informa a la madre que regrese en tres días para reevaluar y para ver la mejoría del paciente.

Caso clínico n.º 2:

Paciente de sexo femenino de 1 año 3 meses, es llevada a la emergencia por presentar desde hace 5 días congestión y secreción nasal, tos seca. Tres días antes del ingreso se agrega sensación de alza térmica no cuantificada, además su apetito disminuyó en los últimos días. Un día antes del ingreso la madre noto agitación, tos persistente, dificultad para respirar, fiebre de 38 °C; motivo por el cual la trae por tópico de emergencia.

- ✓ Funciones biológicas: Presenta apetito disminuido, el resto sin alteraciones.
- ✓ Funciones vitales: FR:36, T:38 °C, FC:108, SatO2:98 %.
- ✓ Antecedentes: Niega enfermedades, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosas secas, signo del pliegue (-).
 - Aparato respiratorio: Se observa tiraje subcostal, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilantes espiratorios difusos en bases de ambos campos pulmonares.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
 - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Diagnóstico presuntivo: Síndrome febril y Bronquiolitis.
- ✓ Plan de trabajo:

- Según la “escala de Tal” se clasificó como bronquiolitis leve (3 puntos).
- Se le indica 26 gotas de paracetamol c/8h x 3 días y se indica que continúe con lactancia materna exclusiva.
- Se le indica colocar 5 gotas de NaCl 0.9 % en cada fosa nasal para descongestionar las fosas nasales, en caso que dificulte el sueño o la lactancia materna.
- Así mismo, se le indica a la madre que en caso de presentar algún signo de alarma (dificultad respiratoria, más de 3 vómitos en 1 hora, 10 deposiciones en 1 día, etc.), que acuda por emergencia al centro de salud más cercano.

Caso clínico n.º 3:

Paciente, pediátrico varón de 19 meses, traído por su madre al servicio de urgencia del Centro de Salud Túpac Amaru de Villa; refiriendo que menor presentó fiebre de 39,5 °C hace tres días que remitió con antipirético (repriman), hoy refiere presentar erupciones en espalda y pecho y se encuentra irritable por lo que lo trae a este centro de salud.

- ✓ Funciones biológicas: Conservado.
- ✓ Funciones vitales: FR:24, T:37.5 °C, FC:99, SatO2:98% Peso:18kg, Talla:101cm.
- ✓ Antecedentes: Niega enfermedades, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez o cianosis. Se observa pápulas y máculas eritematosas en cuello, cara, tronco, abdomen y miembros inferiores, Sin signos de descamación.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
 - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación no doloroso.
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Diagnostico presuntivo: Exantema súbito.
- ✓ Plan de trabajo:

- Se le indica paracetamol 120mg/5ml 11ml c/8h por 4 días.
- Se le indica Rhino-BB 2 gotas en cada fosa nasal condicional a secreción o congestión.
- Así mismo se le indica a la madre que en caso de presentar algún signo de alarma (dificultad respiratoria, más de 3 vómitos en 1 hora, 10 deposiciones en 1 día, etc.), que acuda por emergencia al centro de salud más cercano.

Caso clínico n.º 4:

Paciente pediátrica de 4 años, traída por su madre al servicio de Urgencia del Centro de Salud Túpac Amaru de Villa; menor presenta prurito y escozor en todo el cuerpo, se encuentra irritable y que se exacerba a predominio nocturno hace aproximadamente siete días, adicionalmente refiere que lesiones son las mismas que tuvo hace un año, en el cual fue diagnosticado de escabiosis.

- ✓ Funciones biológicas: Conservado.
- ✓ Funciones vitales: FR:21, T:37 °C, FC:89, SatO2:98 % Peso:20kg, Talla:108cm.
- ✓ Antecedentes: Niega enfermedades, hospitalizaciones y cirugías; niega reacciones adversas a medicamentos.
- ✓ Examen físico: Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.
 - Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas. Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis. Se observa surco lineal y pápula acarina en eminencia hipotenar, región peri umbilical y espacios interdigitales.
 - Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
 - Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
 - Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
 - Aparato genitourinario: Punto renoureteral (-), Puño percusión lumbar (-), sin alteraciones.
 - Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- ✓ Diagnostico presuntivo: Escabiosis.
- ✓ Plan de trabajo:
 - El tratamiento se indica para el menor y toda la familia.
 - Se le indica Permetrina crema al 5 % aplicar en lesiones antes de dormir única vez, se le indica baño al día siguiente; volver a repetir después de 1 semana.

- Se le indica Clorfenamina 2mg/5ml 5.5ml c/ 8h por 4 días como sintomático para el escozor.
- Se indica medidas higiénicas (cambio de sábanas, ropa, etc.).

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El 3 de diciembre de 1973, se aprobó la construcción del hospital Materno Infantil “María Auxiliadora”. En 1983, durante el gobierno de Fernando Belaúnde Terry y bajo la dirección del Dr. Rodolfo Rivoldi Nicolini abrió sus puertas al público en general ⁽²⁾. Este nosocomio se encuentra ubicado en San Juan de Miraflores (av. Miguel Iglesias 968), a su vez forma parte de la Diris Lima Sur; con categorización nivel III-1, de alta capacidad resolutive, ya que abarca trece distritos (Villa el Salvador, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Chorrillos y Surco) ⁽²⁾. El nosocomio cuenta con servicios primordiales como Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Medicina y Cirugía. Así mismo, cada servicio cuenta con consulta externa, centro quirúrgico, hospitalización, tópico de emergencia y unidad de cuidado intensivo. También existen otros servicios como laboratorio, radiología, ecografía y banco de sangre ⁽²⁾.

El nosocomio cuenta con ocho pisos; encontrándose en el sótano el consultorio externo de las diferentes especialidades, también el comedor y nutrición, así como el área de archivos. En el primer piso, se encuentran los consultorios restantes, los tópicos de emergencias de las diferentes especialidades, el área de laboratorio tanto central como el de emergencia, diagnóstico por imágenes (ecografía, radiografía) y el de administración. En el segundo piso, se encuentran seis salas de operaciones y también un área de recuperación; en el tercer piso, se encuentra el centro obstétrico que cuenta con ocho camas de dilatación, dos salas de labor de parto y diez camas de puerperio; así mismo, se cuenta con ocho camas de UCI. En el cuarto piso, se encuentran 42 camas de hospitalización de ginecología y obstetricia con dos áreas (Lado “A” y “B”); y frente a este servicio se encuentra el de neonatología junto al área de unidades intermedias e intensivas. En el quinto piso, se encuentran 60 camas de hospitalización tanto de cirugía general como de traumatología, urología, neurocirugía, cirugía plástica y cardiología. En el sexto piso, se encuentran 38 camas, 36 que pertenecen al servicio de medicina y 2 al área de hemodiálisis. Finalmente, en el séptimo piso se encuentran 24 camas, 20 de pediatría y 4 de UCI ⁽²⁾.

El internado médico que equivale a prácticas preprofesionales, es una etapa primordial en el desarrollo del médico, porque nos permite pulir conocimientos previos teóricos y unificarlo con las destrezas prácticas que poseemos en procedimientos clínicos, así como en la relación entre el médico y el paciente. Dentro de las labores principales de los internos está la de realizar la anamnesis e historia clínica para, posteriormente, presentarlo a los médicos superiores para establecer el correcto diagnóstico y tratamiento, ya sean residentes o asistentes. Dentro de las labores del interno, en tópico de Cirugía estaba la de realizar suturas y procedimientos simples en los demás tópicos. También en algunas ocasiones cumplían la función de segundos asistentes en cirugías más complejas.

El Centro de Salud Túpac Amaru de Villa es un establecimiento de categoría I-3, cuya dirección es Av. Túpac Amaru Mz. E, Lt.1, ubicado en el distrito de Chorrillos y pertenece a la jurisdicción de la Dirección de Salud (Disa) Lima Sur, fue inaugurado el sábado 1 de enero de 1983; cuenta con los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Odontología, Enfermería, Psicología, Laboratorio y Tópico De Cirugía. Cuenta con 12 horas de atención de lunes a sábado ⁽³⁾.

El servicio de medicina cuenta con 3 médicos generales y 6 serums que apoyan a los demás. En el caso de ginecología y obstetricia, existen servicios como cuidado de la salud sexual, planificación familiar y control de embarazo por parte de las obstetras. En el caso del servicio de pediatría, contamos con el de CRED y atención de emergencia y consultorio externo. Finalmente, en tópico de cirugía se reciben solo urgencias, ya que si se presenta una emergencia debe ser referido al “Hospital María Auxiliadora” para brindar una atención más adecuada. En este establecimiento, la función de los internos de medicina es la de tomar signos vitales, realizar una adecuada anamnesis y examen físico, plantear diagnósticos y plan de trabajo según cada paciente, solicitar exámenes de laboratorio o de imagen; realizar procedimientos simples como suturas, limpieza de heridas, retiro de puntos, etc. todo bajo supervisión del médico a cargo.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En los años previos de la carrera, se brindó conocimientos teórico amplios, que se nutrieron con la información obtenida durante el internado. En este capítulo se hace una pequeña descripción de las enfermedades, así como de su tratamiento; mediante casos clínicos descritos y vividos en el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Túpac Amaru de Villa, comparándolos con las últimas guías de manejo.

3.1 Rotación en Cirugía:

Caso clínico n.º 1: “Colecistitis Crónica Reagudizada”

Esta patología es producida por una irritación mecánica o episodios recurrentes propio de la colecistitis aguda (causada en la mayoría de veces por la presencia de litos biliares), que conllevan a la formación de fibrosis de la vesícula biliar. Dentro de los principales factores de riesgo, están el grupo etario, el ser mujer, el IMC >25, el bajar o aumentar de peso, elevación de triglicéridos, gestación. También existen factores que protegen frente a esta patología como el ingerir cafeína, vegetales y ácido ascórbico ⁽⁵⁾.

En cambio, en la colecistitis aguda litiasica ocurre por litos que causan obstrucción, inflamación y distensión de la pared vesicular; dentro de la clínica que presenta esta el dolor en hipocondrio derecho tipo cólico que dura más de seis horas, que se irradia a espalda y que se presenta junto a náuseas, vómitos y temperatura > 38 °C. Dentro del examen físico, está la presencia de signo de Murphy positivo, que a la palpación profunda durante la inspiración nos indica sensibilidad en hipocondrio derecho ⁽⁶⁾.

Dentro de los resultados de exámenes auxiliares que se solicitan, está la presencia del aumento de fosfatasa alcalina, bilirrubinas y leucocitos; con respecto a los exámenes de imagen que se indican, la ecografía como examen primordial. Con respecto al plan de trabajo, lo primero que se realiza es hospitalizar, y se indica NPO (nada por vía oral), permanecer en reposo, administración por vía EV de fluidos, analgésicos y antibióticos; posteriormente, se indica colecistectomía laparoscópica como indicación quirúrgica de elección. Así mismo deben excluirse otras enfermedades semejantes como apendicitis aguda, cólico renal, hepatitis, úlcera perforada, obstrucción intestinal y herpes zoster ⁽⁷⁾.

Con respecto al caso, se presentan factores de riesgo como el sexo femenino, la obesidad (IMC:31,2), que nos indicaría una alimentación mal controlada, todo esto predisponen a la formación de cálculos; también presenta antecedentes como padecer de litiasis vesicular sin medicación desde hace cinco años.

La paciente acude por tóxico de emergencia por un cuadro agudo (5 horas), refiriendo consumo de comida copiosa (chicharrón y cerveza) que habría originado el cuadro inflamatorio. Dentro del examen físico, lo más resaltante es la presencia de dolor cólico a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho y epigastrio, así como el signo de Murphy (+).

Previamente a solicitar cualquier examen auxiliar, se le administró analgésico (ketoprofeno) y se hidrató a la paciente. Posteriormente, dentro de los exámenes auxiliares, los resultados de laboratorio no presentaron alteraciones; con respecto a la ecografía, se encuentra vesícula biliar de 50 x 30 mm, con una pared de 5mm y la presencia de múltiples litos en su interior.

Posteriormente, se le decide realizar una colecistectomía laparoscópica que tiene como ventaja menor dolor y tiempo en la recuperación, menor complicaciones postoperatorias comparada con la abierta. Después de la cirugía, se le administra fluidos EV, analgésicos y antibióticos. La paciente presentó una recuperación adecuada, y 48 horas después es dada de alta, sin presentar complicaciones.

Caso clínico n.º 2: “Apendicitis aguda complicada”

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice; es causa frecuente de abdomen agudo y de manejo quirúrgico de emergencia ⁽⁸⁾. Se produce principalmente a causa de un fecalito que obstruye la luz apendicular en el adulto. Esto causa mayor presión intraluminal, proliferan las bacterias y comprometen los vasos que ocasionan necrosis de pared y posteriormente se perfora. Está conformada por 4 estadios, que se diferencian por el tiempo, el germen más importante, la patogenia y los síntomas dentro cada estadio ⁽⁹⁾.

Se realiza el diagnóstico mediante la clínica; siendo el síntoma más común el dolor periumbilical que migra a fosa iliaca derecha en abdomen; existen otros síntomas previos al cuadro doloroso, que es náusea y vómito; mientras que la fiebre se presenta en estadios avanzados ⁽⁸⁾.

Para diagnosticar precozmente y dar un tratamiento oportuno, se hace uso de la “escala de Alvarado”, de acuerdo a esto:

- ✓ <4 puntos (riesgo bajo): Requieren manejo ambulatorio.
- ✓ 5-7 puntos (riesgo intermedio): Requieren hospitalizar, se solicitan exámenes auxiliares (laboratorio e imágenes) y se repite la valoración.

✓ >7 puntos (riesgo alto): Requieren manejo quirúrgico inmediatamente ⁽¹⁰⁾.

Dentro de los signos característicos están McBurney, Blumberg, Rovsing, psoas y obturador. Con respecto a las pruebas de laboratorio que apoyan el diagnóstico, están el presentar leucocitosis y desviación izquierda. Dentro de las imágenes que son de importancia son la ultrasonografía, tomografía y resonancia.

Dentro de los diagnósticos semejantes están enfermedad inflamatoria pélvica, diverticulitis, abscesos tubo-ováricos, etc. Con respecto al manejo quirúrgico se realiza apendicetomía abierta o laparoscópica ⁽¹¹⁾.

Con respecto al paciente, al tener 28 años, presenta factores epidemiológicos al ser varón y encontrarse entre 20-30 años ⁽⁸⁾. Aparte de que presenta la cronología de Murphy que se caracteriza por dolor que comenzó en epigastrio y que luego migra hasta la fosa iliaca derecha; además se acompaña de fiebre, náuseas e hiporexia, así como Mcburney (+) y la presencia de leucocitosis en el laboratorio. Con lo planteado se llega a la conclusión de que la paciente presenta 8 puntos con respecto a la “escala de Alvarado” por lo que lo indicado sería apendicectomía de inmediato.

De acuerdo al tiempo con el que llega, nos indicaría una apendicitis complicada (perforada, gangrenada); de acuerdo a la clínica al presentar leucocitosis, fiebre y signos peritoneales nos orientaría a una perforación apendicular.

Dentro del manejo preoperatorio se le indica NPO (nada por vía oral), se le administra de manera EV hidratación (NaCl 0.9 %), analgésicos (ketoprofeno) y antibióticos (ceftriaxona 2gr + metronidazol 500mg); a pesar de que hubo cuna correcta administración, según las guías el tratamiento de primera línea es cefotaxima 2gr, cefotetan o metronidazol + cefazolina.

El manejo quirúrgico indicado es la apendicetomía laparoscópica donde se encontró apéndice gangrenado y perforado en la punta, así mismo, contenido purulento por lo que se indicó lavado peritoneal y colocación de drenaje. El abordaje laparoscópico tiene como ventaja la menor tasa de infecciones por heridas postoperatorias, menor dolor y estadía postoperatoria ⁽¹²⁾.

La paciente presentó una recuperación favorable, y 48 horas después es dada de alta, sin presentar complicaciones. Se le brinda manejo ambulatorio con ibuprofeno 400 mg c/8 horas por 3 días, ciprofloxacino 500mg c/12 horas y metronidazol 500mg C/8horas

por 7 días; así mismo se indica limpieza de herida con abundante agua y jabón, y que en una semana vaya a su centro de salud más cercano para el retiro de puntos y que en diez días vuelva por consulta externa.

Caso clínico n.º 3: “Mordedura Canina”

Las mordeduras por animales representan 1 % de las visitas al área de urgencias y alrededor de 10 mil pacientes se hospitalizan por esta causa en toda América. Las mordeduras caninas son el 90 % de las realizadas por animales, siendo el grupo etario más afectado entre los 5 a 9 años. En zonas de escasos recursos, son la principal manera de transmitir la rabia. En los niños, las mordeduras afectan en mayor frecuencia la cabeza, en adolescentes y adultos afectan con mayor frecuencia las extremidades superiores o inferiores ⁽¹³⁾.

Al examinar la lesión tenemos que asegurarnos de que el paciente se encuentre estable hemodinámicamente, y en caso de mordeduras en cabeza, cuello, tronco o articulaciones hay que evaluar si hay lesiones de estructuras contiguas ⁽¹³⁾.

En caso de presentar infección puede ser superficial la fiebre, signos de flogosis, contenido purulento o en algunos casos abscesos; mientras que en una infección profunda se puede presentar con dolor y signos de infección que persiste a pesar de limpieza y curación de herida, y de tratamiento antibiótico. En caso de que sean heridas profundas. se pueden realizar tomografía o resonancia para observar si hay cuerpos extraños como dientes incrustados, ruptura de articulación, etc. ⁽¹³⁾.

Dentro del manejo se debe realizar limpieza de herida, extracción si es que hubiera de algún cuerpo extraño, así como analgésicos y profilaxis antibiótica con amoxicilina y ácido clavulámico; también se indica vacuna antitetánica y antirrábica. Se sugiere cierre por segunda intención; solo en caso de heridas en cara, se sugiere sutura en caso que sea menor a seis horas ⁽¹³⁾.

Con respecto al paciente, este ingresa por tópico de emergencia refiriendo mordedura canina, en el examen físico se encuentra herida inciso contuso en cara externa del tercio medio de pierna izquierda de aproximadamente 2 cm de largo por 0,5 cm de profundidad, acompañado de sangrado activo. Según las guías actuales el plan de trabajo que se siguió es el indicado, y se basa en lavar profusamente con suero fisiológico y desinfectar la herida; además se le da analgesia con naproxeno, profilaxis antibiótica con amoxicilina más ácido clavulánico y se le indica vacuna antirrábica.

Caso clínico n.º 4: “Quemadura Superficial de Segundo Grado”

Se define como quemadura a toda lesión traumática en piel u órgano a causa de exposición a calor excesivo. Las quemaduras se clasificaban antiguamente en primer, segundo, tercer y cuarto grado; según publicaciones actuales se clasifican en superficial, superficial parcial, parcial profunda y total.

- ✓ Superficiales: Daño solo de epidermis.
- ✓ Parcial: Daño de epidermis y parte de dermis.
- ✓ Total: Daño de toda la dermis.
- ✓ Cuarto grado: Daño de vasos, músculos, articulaciones y huesos (14).

| Profundidad | Apariencia | Sensación | Tiempo de recuperación |
|--|--|--|--|
| Superficial (epidérmica) | seco, rojo Blanco con presión | Doloroso | 3 a 6 días |
| Espesor parcial superficial | Ampollas Húmedo, rojo, lloroso Blanco con presión | Doloroso a la temperatura y al aire y al tacto | 7 a 21 días |
| Espesor parcial (profundo) | Ampollas (fácilmente destruidas) Húmedo o ceroso seco Color variable (parches o cursi de blanco a rojo) Blanquear con presión puede ser lento | Doloroso solo a la presión | >21 días, por lo general requiere tratamiento quirúrgico |
| De espesor total | Blanco ceroso a gris ceroso a carbonizado y negro Seca e insensible Sin palidez con presión | Solo presión profunda | Rara, a menos que se trate quirúrgicamente |
| Lesión más profunda (es decir, cuarto grado) | Se extiende hacia la fascia y/o el músculo | Presión profunda | Nunca, a menos que sea tratado quirúrgicamente |

Para el manejo. Debemos de tener en cuenta la gravedad; en caso de quemaduras leves se tratan de manera ambulatoria; en moderadas, se requiere hospitalización, pero no a un centro de quemados; en las graves, hospitalización en centro especializados (14).

El tratamiento inicial en lesiones leves o superficiales se basa en colocar la lesión bajo agua a temperatura ambiente, se indica limpieza y vendaje en caso se requiera; así mismo, analgesia y profilaxis contra tétanos. Se indica antibiótico tópico, en caso de que sea quemadura profunda, para evitar infecciones. Por lo general, las superficiales no requieren vendaje, solo se indica colocar gasa después del antibiótico tópico en caso de que sean parciales o totales (15).

Con respecto a la paciente, esta acude por emergencia por presentar quemadura; al examen físico se observa ampolla de 6x4 cm en cara externa de tercio medio de brazo izquierdo. De acuerdo a lo mencionado, se determina que se trata de una de segundo grado superficial por lo que se indica como plan de trabajo lavado profuso con suero fisiológico, realizar flictenectomía, colocar sulfadiazina de plata para evitar infecciones, se da analgesia con naproxeno y se indica curaciones diarias hasta ver mejoría de la lesión.

3.2 Rotación en Ginecología:

Caso clínico n.º 1: “Aborto Incompleto”

El aborto incompleto forma parte de las emergencias más comunes en obstetricia y es un factor de riesgo elevado para muerte materna; también es una de las causas más frecuentes de hospitalización ⁽¹⁸⁾.

Es la pérdida parcial de contenido uterino, acompañado de sangrado, y donde se evidencia orificio cervical externo e interno abierto ⁽¹⁶⁾. Dentro de los factores de riesgo asociado son edades extremas, múltiples gestaciones, antecedente previo de aborto, enfermedades infecciosas y endocrinológicas, etc.

El diagnóstico es clínico, al presentar sospecha de pérdida parcial de contenido uterino con presencia de restos en canal en cérvix o en cavidad vaginal, acompañado de sangrado profuso. Con respecto al tratamiento propuesto por la OMS, hay 2 opciones, mediante misoprostol o el quirúrgico mediante AMEU o Legrado uterino (de acuerdo a si es menor o mayor a 12 semanas) ⁽¹⁷⁾.

Con respecto al caso clínico, la paciente presenta una gestación de 7 semanas, e ingresa por tópico de ginecología y Obstetricia con dolor agudo pélvico de moderada intensidad, acompañado de sangrado vaginal rojo oscuro con presencia de coágulos; además se le realizó ecografía transvaginal encontrándose un saco gestacional de 16 mm, ausencia de la vesícula vitelina y del embrión; esto confirmaría el diagnóstico de aborto incompleto. Con respecto al tratamiento, se utilizó misoprostol 400 ug para madurar el cérvix y posteriormente se realizó Aspiración Manual Endouterina (AMEU), ya que la paciente presenta 7 semanas de gestación (menor a 12 s, según lo indicado por la OMS) ⁽¹⁸⁾.

La paciente presentó una recuperación favorable posterior al procedimiento, y el mismo día es dada de alta, sin presentar complicaciones.

Caso clínico n.º 2: “Colestasis Intrahepática Gestacional”

La colestasis intrahepática no se sabe la causa exacta que la produce, aunque podrían estar implicadas fuentes como susceptibilidad genética (gen ABCB4), hormonas (estrógeno y progesterona) y factores ambientales ⁽¹⁹⁾.

Con respecto al cuadro clínico, se caracteriza por presentarse en el segundo y tercer trimestre; presenta prurito que puede ser leve o severo, que inicia en palmas y plantas

y es donde más predomina, pero también puede presentarse en todo el cuerpo, y que se agudiza durante la noche. Además, se acompaña de dolor opresivo en cuadrante superior derecho, hiporexia, insomnio, esteatorrea y náuseas (19).

El diagnóstico se realiza midiendo los niveles de ácidos biliares $>10 \mu\text{mol/L}$. De acuerdo al tratamiento, debe ser oportuno para prevenir complicaciones, si es <37 semanas se indica 15 mg/kg/día de ácido ursodesoxicólico dos o tres dosis hasta el parto; esto reduce el cuadro clínico y hace que los valores de ácidos biliares retornen el normal y se elimine por la orina; si es >37 semanas se induce a parto (20).

Con respecto a la paciente. presenta el cuadro clínico (prurito en palmas y plantas, que se intensifica en la noche), también se le indica solicitar ácidos biliares donde da como resultado $>10\text{mg/dl}$ (13mg/dl), por lo que nos confirma este diagnóstico.

La paciente presenta dos contracciones en diez minutos, y al llegar a emergencia se encuentra en dilatación de 2 cm, incorporación al 80 %, altura de presentación en -2; lo que nos indica fase latente de labor de parto, por lo que se procede a realizar monitoreo materno fetal, en el cual no se observa alteraciones, por lo que se deja que la labor de parto continúe, donde no existe complicaciones.

La paciente presentó una recuperación favorable posterior al parto y al siguiente día es dada de alta, sin presentar complicaciones. Se le indica que continúe control postparto a la semana en el centro de salud más cercano.

Caso clínico n.º 3: “Candidiasis Vulvovaginal”

La vulvovaginitis candidiásica se produce por un aumento del crecimiento de la cándida *Albicans* que representa el 80-90 %, siendo el más frecuente. Dentro de los factores de riesgo se encuentra la inmunosupresión (diabetes *mellitus*, uso prolongado de antibióticos, etc.) (21).

El cuadro clínico presenta prurito, ardor, dolor e irritación vulvar (eritema, excoiación o fisura); además puede ir acompañado de disuria, dispareunia, leucorrea blanca, grumoso que se adhiere a las paredes con poco olor (21).

El diagnóstico se confirma mediante tinción o cultivo del flujo vaginal, sumado al cuadro clínico ya mencionado; dentro de los diagnósticos semejantes tenemos las reacciones alérgicas, dermatitis de contacto, tricomoniasis, etc. (21).

El manejo se basa en contrarrestar los síntomas y se indica fluconazol, en caso de que sea alérgico se indica azoles tópicos como clotrimazol o miconazol. En las pacientes asintomáticas, no requieren tratamiento ⁽²²⁾.

Con respecto a la paciente, esta presenta prurito vulvar y leucorrea blanquecina, grumosa que se adhiere a las paredes vaginales; al examen físico se observa eritema vulvar. De acuerdo a la clínica nos indica un cuadro de candidiasis vulvovaginal por lo que se indica fluconazol en ovulo, además se indica clorfenamina para disminuir la picazón y se solicita que regrese para reevaluación donde se da de alta gracias a la evidente mejoría del cuadro clínico.

Caso clínico n.º 4: “Enfermedad Pélvica Inflamatoria”

Se define como la infección del tracto superior, caracterizado por dolor de abdomen bajo, con sangrado intermenstrual, fiebre, escalofríos. Se puede diagnosticar en mujer sexualmente activa con riesgo de presentar alguna ETS, con dolor pélvico o de abdomen inferior, a la movilización anexial y cervical. La biopsia ayuda a confirmar el diagnóstico ⁽²³⁾.

En relación al manejo, está indicado frente a sospecha; dentro del tratamiento antimicrobiano está dirigido contra *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. En caso de enfermedad pélvica grave, con presencia de absceso pélvico o en gestante se indica hospitalización. El antibiótico de elección frente a enfermedad pélvica leve o moderada es ceftriaxona o ciprofloxacino más doxiciclina más metronidazol por catorce días ⁽²⁴⁾.

Con respecto a la paciente, esta acude por presentar dolor pélvico, dispareunia, además de contar con factor de riesgo de enfermedad de transmisión sexual al no usar método anticonceptivo. En el examen físico se encuentra dolor a la movilización de cérvix y anexial. De acuerdo a todo esto se sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria por lo que se inicia tratamiento según las guías actuales; se indica ciprofloxacino + doxiciclina + metronidazol por catorce días, y se indica reevaluación en quince días donde al ver mejoría se da de alta a la paciente.

3.3 Rotación en Medicina Interna:

Caso clínico n.º 1: “Tuberculosis pulmonar”

La tuberculosis tiene como agente al “*Mycobacterium Tuberculosis*”, se disemina a través de las personas mediante el aire. Antes de la pandemia alrededor de 9,9 millones se

encontraban infectadas, y alrededor de 1,5 millones murieron por esta patología. Alrededor del 14 % del Perú sufre de tuberculosis ⁽²⁵⁾.

La tuberculosis es una de las patologías infecciosas que presentan una mayor concentración de casos, no solo de tipo sensible, sino también de multidrogoresistente y extremadamente multidrogoresistente ⁽²⁵⁾.

Dentro del cuadro clínico se encuentra la tos más de dos a tres semanas, dolor torácico, astenia, hiporexia, linfadenopatía, fiebre y sudor nocturno. Personas sin comorbilidades no presentan cuadro clínico, ya que el sistema inmune bloquea al germen ⁽²⁶⁾.

Con respecto al diagnóstico es una suma de síntomas clínicos más características epidemiológicas como antecedente de tuberculosis previo, exposición a un caso confirmado o posible; además se puede aislar la bacteria en la secreción mediante pruebas diagnósticas como de esputo, líquido de la pleura o lavado bronco alveolar; o mediante la extracción de tejido como biopsia ya sea de la pleura o del pulmón ⁽²⁶⁾.

Para el diagnóstico es fundamental la realización de una historia clínica y examen físico adecuado, acompañado del cuadro clínico mencionado; a los pacientes que cumplan con estas características se le debe realizar una radiografía de tórax y si esta da positivo a lesiones por tuberculosis pulmonar se envía 3 pruebas de esputo para realizar frotis BAAR, cultivo de la bacteria y prueba NAA ⁽²⁶⁾.

Con respecto a la paciente, esta presenta el cuadro clínico característico de tuberculosis como tos por más de 15 días (18 días), hiporexia, malestar general, fiebre a predominio nocturno; a esto se suma la presencia de hemoptisis; por lo que se le solicita exámenes de laboratorio y prueba de esputo según esquema, donde da como resultado BK en esputo (++/+++); así mismo se solicitó radiografía anteroposterior encontrándose cuatro cavidades en hemitórax derecho; por lo mencionado, se confirmaría el diagnóstico de tuberculosis, y que al realizar GenXpert mostró sensibilidad, por lo que se pudo manejar con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol como plan de trabajo de primera línea por dos meses y luego se continua por cuatro meses con rifampicina e Isoniacida.

Caso clínico n.º 2: “Neumonía Adquirida en la Comunidad”

La neumonía es un cuadro agudo inflamatorio a nivel del parénquima pulmonar, a causa de organismos. Es una de las causas de muerte en extremos de la vida; dentro del cuadro clínico que se caracteriza por presentarse como infección sistémica (tos con flema,

temperatura >38 °C, escalofríos, malestar general, taquipnea, disnea y taquicardia) y por presentar patrones radiológicos característicos en pacientes no hospitalizados en más de tres semanas ⁽²⁷⁾.

Para determinar el manejo, se realiza la escala “CURB 65” que gracias a esto evaluamos que tan severa es la neumonía adquirida en la comunidad, ya que se evalúa el estado de conciencia (confusión), la uremia que debe ser mayor a 7mmol/L, la frecuencia respiratoria mayor o igual a 30 respiraciones por minuto, la presión arterial sistólica menor a 90 mmHg y/o presión arterial diastólica menor o igual a 60 mmHg, el grupo etario mayor o igual a 65 años. De acuerdo a esto los puntajes son:

- 0-1 punto: Manejo ambulatorio.
- 2-3 puntos: Manejo Intrahospitalario.
- 4-5 puntos: Manejo en Unidad de Cuidados Intensivos ⁽²⁷⁾.

Con respecto al tratamiento, si este es ambulatorio se utiliza como antibiótico de primera línea la amoxicilina 1gr c/8h x 7 a 10 días. En caso de alergia a penicilina o neumonía por un microorganismo atípico se puede usar macrólidos como eritromicina, claritromicina, etc. ⁽²⁷⁾.

Con relación a los pacientes con comorbilidades como patologías que afecten la estructura del pulmón, patologías preexistentes o el consumo de tabaco no hospitalizados, se da tratamiento con macrólidos como azitromicina, claritromicina, doxiciclina o amoxicilina + ácido clavulánico ⁽²⁷⁾.

Con respecto a la paciente, esta presenta el cuadro clínico característico de una enfermedad respiratoria, asimismo se le solicitó una prueba de COVID, la cual dio negativo, así mismo se encontró un patrón de consolidación en el lóbulo superior derecho en la radiografía, por lo que lo podríamos catalogar como neumonía adquirida en la comunidad, siendo el *streptococcus pneumoniae* el causante más frecuente. Del mismo modo, al paciente se le realizó la escala “CURB 65”; y según esta se indica el plan de trabajo que debe realizarse; con respecto a esta paciente, presenta una frecuencia respiratoria mayor a 30 por minuto (33 rpm), sin alteraciones en los demás criterios, lo que nos da 1 punto de la escala; por lo que el manejo solo es ambulatorio, en el que se le indica medidas como reposo e hidratación, también se indica tratamiento farmacológico con amoxicilina e ibuprofeno que según la guía del Minsa sería lo apropiado.

Caso clínico n.º 3: “COVID-19”

A finales del 2019 se disemina el virus Sarscov2 que produjo la enfermedad del COVID-19 que causó una pandemia. Esta enfermedad va desde una infección simple en el que no se presentan síntomas, en algunos casos solo síntomas respiratorios leves, hasta una neumonía severa con síndrome de distrés respiratorio agudo o incluso puede llegar a falla multiorgánica ⁽²⁸⁾.

Durante la valoración inicial es importante evaluar los diversos factores de riesgo que puede presentar el paciente, así como la severidad de la enfermedad y la duración de la dificultad respiratoria que presentan ⁽²⁸⁾.

Debido a que la clínica, es común a otras patologías respiratorias, se tiene que realizar diagnóstico diferencial con enfermedades como influenza, faringitis, neumonía adquirida en la comunidad, asma, insuficiencia cardíaca congestiva y exacerbación de EPOC ⁽²⁸⁾.

Con respecto al manejo, en caso de que el paciente presente dificultad respiratoria leve con factores de riesgo, dificultad respiratoria moderada; síntomas no tan graves que necesiten acudir por emergencia, en estos casos se indica manejo ambulatorio. En caso de presentar SatO₂ <94%, frecuencia respiratoria >30 respiraciones por minuto, PaO₂/FiO₂ <300, >50% del pulmón con infiltrado se indica manejo hospitalario ⁽²⁹⁾.

Con respecto al paciente, ingresa por presentar cuadro agudo de dolor de garganta, tos seca intermitente, secreción y congestión nasal, sensación de alza térmica y dolor de cabeza. Además, un dato importante es que presenta contacto con alguien con COVID-19 positivo. Por la clínica presentada y por el contacto epidemiológico se solicita prueba antigénica, la cual da positivo, confirmándose de esta manera el diagnóstico. Se decide dar manejo ambulatorio sintomático ya que presenta un cuadro leve, se le indica paracetamol por tres días condicional a fiebre, también se indica ibuprofeno por tres días, loratadina por cuatro días, dextrometorfano por cinco días y aislamiento domiciliario.

Caso clínico n.º 4: “Crisis Hipertensiva”

Se define con presión arterial mayor o igual a 210/120. Se divide en dos conceptos:

- ✓ Emergencia hipertensiva: Presión arterial elevada con daño orgánico agudo (corazón, cerebro, riñón).
- ✓ Urgencia hipertensiva: Presión arterial elevada sin daño orgánico agudo; debido a esto se puede corregir gradualmente en uno a dos días mediante vía oral con

fármacos antihipertensivos. Se incluye asintomáticos o con sintomatología leve⁽³⁰⁾.

Dentro de la valoración del paciente, es importante la anamnesis como antecedentes de los medicamentos que consume ya sea para su enfermedad o para otra dolencia; también es importante investigar sobre otras patologías; en el examen físico, evaluar afecciones orgánicas como neurológicas (alteración visual, cefalea, mareo, etc.), cardiacos (disnea, dolor torácico, etc.) y renales (oliguria, hematuria, etc.). Es de importancia que la toma de la presión se realice de manera correcta y posterior a un descanso⁽³⁰⁾.

Con respecto al manejo, se recomienda bajar la presión gradualmente entre 100 a 110 de presión diastólica durante el primer día; se debe evitar bajar muy rápido las cifras porque puede conllevar a hipoperfusión orgánica. El manejo, por lo general, es ambulatorio en 3 pasos:

- ✓ Antihipertensivos sublinguales (Nifedipino o Captopril), se puede repetir hasta en 2 a 3 oportunidades cada media hora; si no responde a esto se pasa a lo siguiente.
- ✓ Antihipertensivos endovenosos (Furosemida); si no responde a esto se pasa a lo siguiente.
- ✓ Uso de Labetalol por vía oral o endovenoso⁽³⁰⁾.

De acuerdo al caso presentado, es un paciente anciano que acude por cefalea, náuseas y vértigo desde hace una semana; tiene como antecedente de importancia el sufrir de hipertensión arterial desde hace diez años con tratamiento con enalapril. Dentro del examen físico, lo más resaltante es la presión arterial de 180/120, con el resto de aparatos dentro de lo normal. Se le indica, posterior a solicitar exámenes de laboratorio, captopril de 25mg sublingual y se monitorea la presión cada 30 minutos; luego, se vuelve a indicar otro captopril; cuando la presión llegó a 140/80 se da de alta con manejo ambulatorio como continuar con su medicamento habitual (enalapril), atorvastatina (ya que se diagnosticó obesidad por presentar IMC:30,5), se indica interconsulta a nutrición y se educa al paciente para que cumpla con su tratamiento.

3.4 Rotación en Pediatría:

Caso clínico n.º 1: “Enfermedad Diarreica Aguda”

De acuerdo a la OMS se define como tres o más deposiciones de consistencia líquida por más de tres días, pero menor a catorce, con una consistencia inferior a lo normal,

se puede acompañar de rastros de sangre y moco; también de otros síntomas como temperatura >38 °C, náuseas y vómitos ⁽³¹⁾.

Del mismo modo, de acuerdo a la OMS, es considerado la 2.^a causa de morbimortalidad en <5 años, causada por deshidratación. Es más habitual que se produzca en zonas rurales que en urbanas. La etiología principal es viral en un 70-90 % (*shigella*, *salmonella*, *campylobacter* y *e. coli*); con respecto a bacterias están causan diarreas gracias a que poseen toxinas como es el caso de *Clostridium difficile*, aunque al igual que los parásitos son infrecuentes ⁽³¹⁾.

Dentro de los factores de riesgo, es por varias causas las condiciones sociales inapropiadas, condiciones sanitarias o de higiene insalubres, que origina la ingestión de agua o alimento contaminado. Con respecto al cuadro clínico se presenta con diarreas, náuseas, vómitos, dolor de abdomen, meteorismo, y también se pueden acompañar de fiebre o signos de deshidratación ⁽³¹⁾.

Según la OMS la complicación más severa es la deshidratación, por la pérdida de electrolitos; el diagnóstico se realiza con un examen físico minucioso que nos permite clasificar el grado de deshidratación ⁽³¹⁾.

| PLAN DE TRATAMIENTO | A | B | C |
|--------------------------|------------------------------|---|---|
| I. OBSERVE: | | | |
| 1. Estado de Conciencia* | 1. Alerta | 1. Intranquilo, irritable | 1. Letárgico o inconsciente (6) |
| 2. Ojos (6) | 2. Normales | 2. Hundidos | |
| 3. Boca y lengua | 3. Húmedas | | 2. Muy hundidos y secos |
| 4. Lágrimas | 4. Presentes | 3. Secas | 3. Muy secas |
| 5. Sed* | 5. Bebe normal sin sed | 4. Escasas | 4. Ausentes |
| | | 5. Sediento, bebe rápido y ávidamente | 5. Bebe mal o no es capaz de beber o lactar |
| II. EXPLORE: | | | |
| 6. Signo del pliegue*(6) | Desaparece de inmediato | Desaparece lentamente (menor de 2 segundos) | Desaparece muy lentamente (mayor a 2 segundos) |
| III. DECIDA: | | | |
| | Sin signos de deshidratación | 2 o más signos Algún grado de deshidratación | 2 o más signos incluyendo por lo menos un "signo clave" Deshidratación grave |
| IV. TRATE: | Use Plan A | Use Plan B | Use Plan C |

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de las referencias bibliográficas^{55,56,57}

Con respecto, a la paciente se menciona que presenta más de 3 deposiciones acuosas o líquidas, sin rastro de sangre, pero que se acompaña de náuseas, vómitos y fiebre; además se menciona dentro del examen físico que la piel se encuentra poco hidratada con disminución de la turgencia, así como el signo de pliegue que desaparece lentamente menos a 2 segundos; además se encuentra abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos y timpanismo aumentado en flanco derecho e izquierdo. Posteriormente, se le solicita coprocultivo donde se identifica *Escherichia coli*, por lo

que se confirma con todo lo ya mencionado el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda y se procede a dar tratamiento; primero se baja la fiebre con metamizol en el momento y se envía para casa paracetamol por tres días; así mismo, se da Sulfametoxazol + Trimetropin por cinco días, acompañado de sales de rehidratación oral a libre demanda, enterogermina por tres días, también se le indica a la madre que regrese para reevaluar donde se evidencia mejoría del paciente.

Caso clínico n.º 2: “Bronquiolitis”

Es el primer cuadro de tos, en niños menor a los dos años, acompañado de sibilantes, congestión y secreción nasal mayor a tres días, temperatura >38 °C, taquipnea, esfuerzo respiratorio que se confirma con el uso de músculos accesorios. Dentro de la etiología más común es de causa viral en un 70 %, siendo el virus más común en “virus sincitial respiratorio”, en menor frecuencia es causado por bacterias ⁽³²⁾.

El diagnóstico es netamente clínico, no se necesita de exámenes auxiliares o de imagen; dentro de los diagnósticos semejantes están la neumonía, asma temprana, etc. ⁽³²⁾.

Se puede usar la “escala de Tal” elaborado por M. Ridao Redondo, para valorar la severidad de la bronquiolitis:

- ✓ Menor o igual a 5 puntos: Leve.
- ✓ 6 a 10 puntos: Moderado.
- ✓ Mayor o igual a 11 puntos: Severo ⁽³²⁾.

| Tabla IV. Escala de TAL modificada (leve <5 puntos; moderada 6-8 puntos; grave > 8 puntos) ⁽²¹⁾ | | | | |
|--|----------|--------------------------------|--|--|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| FR: | | | | |
| Edad < 6m | ≤ 40 rpm | 41-55 rpm | 56-70 rpm | ≥ 70 rpm |
| Edad > 6m | ≤ 30 rpm | 31-45 rpm | 46-60 rpm | ≥ 60 rpm |
| Sibilancias /crepitanes | No | Sibilancias solo en espiración | Sibilancias inspiratorias/ espiratorias audibles con fonendoscopio | Sibilancias inspiratorias/ espiratorias audibles sin fonendoscopio |
| Retracciones | No | Leves: subcostal, intercostal | Moderadas: intercostales | Intensas: intercostales y supraesternales; cabeceo |
| Sat O ₂ | ≥ 95% | 92-94% | 90-91% | ≤ 89% |

En el caso clínico, nos hace mención sobre un niño de un año y tres meses sin antecedentes de importancia, que ingresa con cuadro previo de congestión y secreción nasal, acompañado de tos; también presenta fiebre, taquipnea, tiraje subcostal,

sibilantes en ambos hemitórax y disnea. Por todo lo mencionado, nos da el diagnóstico de bronquiolitis. Según la “escala de Tal” presentaría bronquiolitis leve, ya que solo presenta 3 puntos (FR:36rpm, sibilantes espiratorios, tiraje subcostal y SatO2 98 %); por lo que se indican medidas preventivas y generales como manejo de fiebre con paracetamol y medios físicos, se le indica a la madre que continúe con una alimentación saludable y evite darle antitusígenos, también se indica limpiar las fosas nasales con CINA 0.9 % y que regrese en 2 días para reevaluación del estado del paciente y ver si cedió la bronquiolitis.

Caso clínico n °3: “Exantema Súbito”

El exantema súbito o roséola es causado más frecuentemente por herpesvirus 6; afecta con mayor frecuencia el grupo etario de siete a trece meses ⁽³³⁾.

El cuadro clínico se caracteriza por presentar fiebre elevada mayor a 40 °C entre 3 a 5 días que luego disminuye, posteriormente, aparece una erupción de maculas y pápulas que comienza a nivel de cara y va descendiendo por cuello, tórax y extremidades ⁽³³⁾.

15 + 6

El diagnóstico es netamente clínico. Existen enfermedades similares con los que se realiza diagnóstico diferencial como exantema infeccioso o alergias a fármacos ⁽³³⁾. Según el manejo, esta enfermedad es autolimitada y benigna por lo que el tratamiento es netamente sintomático como control de la fiebre; así mismo existen medidas preventivas como lavado de manos que evita la diseminación de los virus que causan esta patología ⁽³³⁾.

Con respecto al paciente, se menciona que presento cuadro febril de casi 40 °C que remitió posterior a uso de antipirético y se menciona que posteriormente presento erupciones en tórax; además en el examen físico se observa pápulas y máculas eritematosas en cuello, cara, tronco, abdomen y miembros inferiores, sin descamación. Por lo presentado se indica manejo ambulatorio con paracetamol como antipirético, rhino-bb como descongestionante de fosas nasales y se le indica que vuelva para ver evolución del paciente.

Caso clínico n.º 4: “Escabiosis”

Es una infestación cutánea por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, caracterizado por erupciones (pápulas excoriativas y pruriginosas) que afecta los dedos, superficies flexoras y extensoras de muñecas, axilas, área umbilical, genitales, muslos, glúteos y tobillos ⁽³⁴⁾.

El contagio se produce por contacto de piel a piel a través de las lesiones; el hacinamiento eleva el riesgo de infección. El cuadro clínico se caracteriza por prurito por las noches que aparece 3 a 6 semanas posterior a la infección; además presentan pápulas eritematosas pequeñas excoriativas con finas líneas onduladas (cavitaciones), además se pueden presentar pústulas, vesículas y ronchas ⁽³⁴⁾.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, esta patología debe ser sospechada en pacientes con prurito en todo el cuerpo que se intensifica en las noches; acompañado de exantema pruriginoso con erupciones, a esto se suma que los familiares presentan síntomas sistémicos. Se confirma mediante el microscopio al detectar al ácaro, huevo o heces del ácaro ⁽³⁴⁾.

El tratamiento incluye la eliminación de la infección, el tratamiento de la picazón, el tratamiento con contactos cercanos y el uso de medidas ambientales para disminuir la infección y la recaída. Como manejo principal esta la permetrina que se coloca en la piel del cuello hasta los pies, posterior a las ocho a catorce horas se retira al bañarse, y se vuelve a colocar 1 a 2 semanas posteriores; e ivermectina 200 mg/kg dosis única y repetir en 1 a 2 semanas; otras opciones menos usadas pueden ser albenzoato de bencilo, azufre y lindano ⁽³⁹⁾.

Con respecto al caso, es un paciente de 4 años, que presenta lesiones, prurito, escozor en todo el cuerpo que se intensifica por las noches; además se menciona que paciente presento cuadro similar un año anterior con diagnóstico de escabiosis. En el examen físico, se encontró surco lineal y pápula acarina en eminencia hipotenar, región periumbilical y espacios interdigitales; por todo lo descrito, se diagnostica con escabiosis y se indica manejo tópico ambulatorio con permetrina y medidas higiénicas; el tratamiento se indica para el paciente y la familia; este manejo se basó en guías actuales que indican el uso de permetrina como manejo principal.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es la etapa más importante de todo estudiante de medicina humana, para integrar y consolidar los conocimientos adquiridos durante los 6 años de carrera. Además de observar la realidad de la medicina, donde todo no es como lo descrito en los libros teóricos, sino que hay demasiadas limitaciones, tanto de recursos como de personales, por lo que el interno aprende realizar diagnósticos y tratamientos con lo que se tiene disponible.

Debido al contexto sanitario, el inicio de internado médico 2022 se aplazó hasta el mes de junio del 2022. Anteriormente, antes de pandemia la duración del internado era 12 meses y que esta iniciaba el 1 de enero y culminaba 31 de diciembre. La pandemia inicio el marzo de 2020; por tanto, los próximos internos cursaba segmentos de medicina tales como medicina interna, cirugía, Ginecología y Obstetricia, pediatría de manera virtual.

En dicha modalidad se incluían tanto clases teóricas como prácticas. Los conocimientos adquiridos en ese año y el siguiente, no pudieron ser aplicados en prácticas hospitalarias como años anteriores. Por ende, el internado médico 2021 y 2022, sería el primero contacto con pacientes de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría.

Junto con los nuevos cambios establecidos por el ministerio de salud para la reanudación del internado médico, se implementó el desarrolló del internado en el primer nivel de atención y centros de alta complejidad.

La rotación en el primer nivel de atención se desarrolló porque los internos requerían completar sus rotaciones para recibir el grado de bachiller en medicina. El retorno a centros de alta complejidad era complicado debido a la emergencia sanitaria.

La experiencia en el primer nivel de atención fue muy importante ya que está enfocado en las necesidades de la comunidad, así mismo en la promoción y prevención de distintas patologías y educación de la población.

Sin embargo, el aprendizaje desarrollado no fue comparable a lo aprendido en el Hospital María auxiliadora ya que esta última cuenta con distintas especialidades y esto nos permitió adquirir conocimientos y experiencias por la variedad de patologías.

Estas experiencias tanto en el centro de salud como en el hospital nos permitieron adquirir diferentes destrezas para poder aprovechar al máximo nuestros conocimientos. Ya que un médico debe estar preparado y capacitado para la toma de decisiones ante cualquier circunstancia. Por tal razón, esta nueva modalidad viendo desde el punto de vista objetivo nos permitió estar más preparados para el SERUMS (servicio rural y urbano marginal de salud).

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa muy importante, en el cual los discentes desarrollan sus conocimientos prácticos y teóricos, que se han adquirido en los seis años de carrera. De tal forma, nos permite consolidar experiencias que conlleven al interno a generar una mejor atención al paciente, para así optimizar una atención de calidad e integral.

El aprendizaje adquirido en el primer nivel de atención es muy importante ya que está enfocada en necesidades de la comunidad; asimismo, en la prevención de distintas enfermedades y educación de la población. No obstante, el aprendizaje desarrollado no es comparable a lo aprendido en hospitales de nivel II, III ya que este al ser de mayor complejidad cuenta con distintas especialidades. Esto permite al interno adquirir conocimientos y experiencia sobre el manejo adecuado de distintas patologías según especialidad.

El internado médico, en nuestro país, implica una labor asistencial utilizando los medios que nos proporcionan, que generalmente son limitados para la alta demanda de pacientes por lo que la experiencia que se adquiere forma al interno en el manejo de pacientes solo con recursos disponibles a su alcance.

A pesar de los retos que se presentaron en la realización del internado por el contexto COVID-19, los de Diris Lima Sur que rotaron en primer nivel de atención y luego en un centro de mayor complejidad o viceversa pudieron superar esta etapa teniendo la obligación de desarrollar habilidades en un corto periodo y aprovecharlos al máximo.

RECOMENDACIONES

La duración del internado debería ser 12 meses como antes de la pandemia, asegurando rotaciones en hospitales tanto de nivel II y III, como también del primer nivel de atención; ya que se observaría un gran número de enfermedades para reconocerlas y manejarlas adecuadamente.

La seguridad del interno es muy importante, por lo que se debería brindar equipo de protección personal, ya que interaccionamos constantemente con paciente con tuberculosis, atención del recién nacido, asistencia de partos, etc.

Respetar los horarios del interno, ya que muchas veces no es así, considerando que no tenemos mucho tiempo para estudiar para el examen ENAM, que es muy importante para nuestra preparación.

Promover el aumento de personal administrativo de la universidad, para desarrollar a tiempo los trámites de titulación, registro en Aspefam, etc.

Incitar a la universidad promover convenios con distintas academias que preparen para el examen ENAM.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). Internado Médico en el Primer Nivel de Atención [Sitio Web]. Serie Educación Médica n,° 5. Dra. María Sofía Cuba Fuentes [Publicado el 21 de junio del 2021 - citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
2. Plataforma digital única del Estado Peruano. Reseña Histórica del Hospital Maria Auxiliadora [Sitio Web]. Gob.pe. Plataforma digital única del Estado Peruano. [Publicado el 20 de mayo del 2022 - citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hma/institucional>
3. Info E. Centro De Salud Tupac Amaru De Villa en Chorrillos [Sitio Web]. Establecimientos de Salud. Establecimientos de Salud MINSA. [Publicado el 18 de julio del 2022 - citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-sur/centro-de-salud-tupac-amaru-de-villa-chorrillos/>
4. Plataforma digital única del Estado Peruano. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Sitio Web]. Gob.pe. Plataforma digital única del Estado Peruano. [Publicado el 14 de agosto del 2020 - citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-%20minsa>
5. Salam F. Zakko, MD, FACP, AGAFNezam H. Afdhal, MD, FRCPI. Colecistitis calculosa aguda: características clínicas y diagnóstico. [Sitio Web]. Uptodate.com. Dr. Sanjiv Chopra, MACP. [Publicado el 21 de febrero del 2022 - citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=Acute%20calculous%20cholecystitis:%20Clinical%20features%20and%20diagnosis%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H5
6. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev Fac Med UNAM [Internet]. el 26 de junio de 2018 [citado el 26 de marzo de 2023];61(4):35–7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-977000>
7. Sierra-Sierra S, Zapata F, Mendez M, Portillo S, Restrepo C. Colectomía subtotal: una alternativa en el manejo de la colectomía difícil. Rev Colomb Cir [Internet]. el 16 de octubre de 2020 [citado el 26 de marzo de 2023];35(4):593–600. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/565>

8. Martín RF. Apendicitis aguda en adultos: Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial. [Sitio Web]. Uptodate.com. Ronald F Martín, MD. [Publicado el 17 de febrero del 2022 - citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=Acute%20appendicitis%20in%20adults:%20Clinical%20manifestations%20and%20differential%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. Tomas A. Pancorvo E. et al. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Manejo de Apendicitis Aguda [Internet]. Oficina de gestión de la calidad. HEJCU. [Publicado el 26 de septiembre del 2021 - citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0408/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DX_Y_MANEJO_APENDICITIS_AGUDA_2.pdf
10. Nallely Reyes-García, Felipe Rafael Zaldívar-Ramírez, Rodrigo Cruz-Martínez, Marco Diego Sandoval-Martínez, Carlos Alfredo Gutiérrez-Banda, César Athié-Gutiérrez. Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada. scielo [Internet]. el 28 de junio de 2020 [citado el 27 de marzo de 2023];34(2):6. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000200002&lng=es.
11. Douglas Smink, MD, MPHDr. David I. Soybel. Manejo de la apendicitis aguda en adultos [Sitio Web]. Uptodate.com. Martín Weiser, MD. [Publicado el 15 de febrero del 2023 - citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=Management%20of%20acute%20appendicitis%20in%20adults%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
12. MINSA. Norma técnica de los servicios de emergencia [Internet]. [Publicado el 17 de abril del 2017 - citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.insm.gob.pe/departamentos/emergencia/archivos/RM386-2006_emergencias.pdf
13. Larry M. Baddour, MD, FIDSA, FAHADr. Marvin Harper. Mordeduras de animales (perros, gatos y otros animales): Evaluación y manejo [Sitio Web]. Uptodate.com. Allan B. Wolfson, MD. [Publicado el 18 de febrero del 2023 - citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and->

[management?search=mordedura%20de%20perro&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management?search=mordedura%20de%20perro&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1)

14. Phillip L. Rice MPO Jr. Evaluación y clasificación de las lesiones por quemadura [Sitio Web]. Uptodate.com. Marc G. Jeschke, MD, PhD. [Publicado el 8 de febrero del 2023 - citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-classification-of-burn-injury?search=quemadura%20de%20segundo%20grado&source=search_result&selectedTitle=2~55&usage_type=default&display_rank=2
15. Arek Wiktor, MD, FACS David Richards, MD, FACEP. Tratamiento de quemaduras térmicas menores [Sitio Web]. Uptodate.com. María E Moreira, MDDra. Susan B. Torrey. [Publicado el 10 de febrero del 2023 - citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-minor-thermal-burns?search=quemadura%20de%20segundo%20grado&source=search_result&selectedTitle=1~55&usage_type=default&display_rank=1
16. Ministerio de Salud. Normativa 109. Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas [Internet]. Siteal; 2018 dic [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ni_6199.pdf
17. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. 2007 [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
18. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un Aborto seguro [Internet]. 2017 [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Keith D. Lindor MRHL. Colestasis intrahepática del embarazo [Sitio Web]. Uptodate.com. Charles J. Lockwood, MD, MHCMDr. Sanjiv Chopra, MACP; 2023 [Publicado el 25 de febrero del 2023 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy?search=Intrahepatic%20cholestasis%20of%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~64&usage_type=default&display_rank=1
20. Poma PA. Colestasis del embarazo. Rev peru ginecol obstet [Internet]. el 30 de junio de 2013 [citado el 28 de marzo de 2023];59(2):12. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v59n3/a11v59n3.pdf>

21. Jack D. Sobel, MDCaroline Mitchell, MD, MPH. Candida vulvovaginitis: Manifestaciones clínicas y diagnóstico [Sitio Web]. Uptodate.com. Robert L. Barbieri, MDCarol A. Kauffman, MD. [Publicado el 12 de febrero del 2023 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=candidiasis%20vulvovaginal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
22. Sobel JD. Vulvovaginitis por Candida: Tratamiento [Sitio Web]. Uptodate.com. Robert L. Barbieri, MDCarol A. Kauffman, MD. [Publicado el 13 de febrero del 2023 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=candidiasis%20vulvovaginal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
23. Jonathan Ross MMRC. Enfermedad pélvica inflamatoria: manifestaciones clínicas y diagnóstico [Sitio Web]. Uptodate.com. Jeanne Marrazzo, MD, MPH, FACP, FIDSA. [Publicado el 13 de marzo del 2023 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
24. Wiesenfeld MD CM H. Enfermedad inflamatoria pélvica: tratamiento en adultos y adolescentes [Sitio Web]. Uptodate.com. Jeanne Marrazzo, MD, MPH, FACP, FIDSA. [Publicado el 13 de enero del 2023 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
25. Organización Panamericana de Salud. Tuberculosis [Sitio Web]. Organización Panamericana de Salud. [Publicado el 04 de junio del 2022 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
26. Bernardo J. Diagnóstico de tuberculosis pulmonar en adultos [Sitio Web]. Uptodate.com. C. Fordham de Reyn, MD. [Publicado el 16 de marzo del 2023 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-pulmonary-tuberculosis-in->

[adults?search=tuberculosis%20diagn%C3%B3stico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/roseola-infantum-exanthem-adults?search=tuberculosis%20diagn%C3%B3stico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

27. Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, editor. 2009 feb [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2418.pdf>
28. Mph PCG. COVID-19: Evaluación de adultos con enfermedad aguda en el ámbito ambulatorio [Sitio Web]. Uptodate.com. Joann G. Elmore, MD, MPH. [Publicado el 19 de febrero del 2023 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-of-adults-with-acute-illness-in-the-outpatient-setting?source=history_widget
29. Mph PCG. COVID-19: Manejo de adultos con enfermedad aguda en el ámbito ambulatorio [Sitio Web]. Uptodate.com. Joann G. Elmore, MD, MPH. [Publicado el 20 de febrero del 2023 - citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-of-adults-with-acute-illness-in-the-outpatient-setting?search=covid%2019%20tratamiento%20ambulatorio&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1
30. Delgado Martín AE, Sánchez López J, Muñoz Beltrán HJ. Manejo de las crisis hipertensivas. Med Integr [Sitio Web]. 2017 [citado el 28 de marzo de 2023];41(2):61–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-manejo-crisis-hipertensivas-13045397>
31. Unidad de Atención Integral Especializada en Emergencia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico [Sitio Web]. 2022 abr [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>
32. Ridao Redondo M. Bronquiolitis y bronquitis [Sitio Web]. Pediatría integral. [Publicado el 10 de marzo del 2021 - citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-01/bronquiolitis-y-bronquitis/>
33. Brady DCTM. Roséola infantil (erupción súbita) [Sitio Web]. Uptodate.com. Morven S. Edwards, MD, Moise L. Levy, MD. [Publicado el 19 de enero del 2023 - citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/roseola-infantum-exanthem->

[subitum?search=exantema%20subito&source=search_result&selectedTitle=3~150
&usage_type=default&display_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/exantema%20subito&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3)

34. Dra. Beth G. Goldstein Adam O. Goldstein, MD, MPH. Escabiosis: epidemiología, características clínicas y diagnóstico. [Sitio Web]. Uptodate.com. Robert P. Dellavalle, MD, PhD, MSPH Moise L. Levy, MDDr. Ted Rosen. [Publicado el 25 de enero del 2023 - citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=1.%09Scabies:%20Epidemiology,%20clinical%20features,%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~100&usage_type=default&display_rank=1
35. Dra. Beth G. Goldstein Adam O. Goldstein, MD, MPH. Escabiosis: Manejo. [Sitio Web]. Uptodate.com. Robert P. Dellavalle, MD, PhD, MSPH Moise L. Levy, MDDr. Ted Rosen. [Publicado el 05 de febrero del 2023 - citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=1.%09Scabies:%20Epidemiology,%20clinical%20features,%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=2~100&usage_type=default&display_rank=2