



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FORMACIÓN MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL
CENTRO DE SALUD PROGRESO NOVIEMBRE 2020 - ABRIL**

2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

LUIS BRYAN GUEVARA VEGA

MARIA ALEJANDRA LA ROSA SANCHEZ NUÑEZ

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FORMACIÓN MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL
CENTRO DE SALUD PROGRESO NOVIEMBRE 2020 - ABRIL
2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
LUIS BRYAN GUEVARA VEGA
MARIA ALEJANDRA LA ROSA SANCHEZ NUÑEZ**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Emma Mercedes Huamaní De La Cruz

Miembro: M.E. Luis Alfonso Gutiérrez Shack

Miembro: M.E. Jeffrey Tovar Roca

DEDICATORIA

A todos nuestros maestros de la medicina por todas las enseñanzas a lo largo de la carrera.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres y familia por su apoyo y motivación incondicional para cumplir nuestras metas.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	2
1.2 Rotación en Medicina Interna	5
1.3 Rotación en Pediatría y Neonatología	7
1.4 Rotación en Cirugía General	9
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	13
2.1 Hospital Nacional Arzobispo Loayza	13
2.2 Hospital Nacional Dos de Mayo	14
2.3 Centro de Salud Progreso	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	17
3.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia	17
3.2 Rotación en Medicina Interna	23
3.3 Rotación en Pediatría y Neonatología	30
3.4 Rotación en Cirugía General	35
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42

CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
FUENTES DE INFORMACIÓN	49
ANEXOS	55
1. Criterios para el diagnóstico de Diabetes Gestacional	56
2. Antibióticos para bacteriuria asintomática en gestación	57
3. Enfoque para el manejo inicial de Reflujo gastroesofágico	58
4. Farmacoterapia para neuropatía diabética	59
5. Puntaje modificado de Alvarado para Apendicitis	60
6. Tratamiento empírico y profilaxis antibiótica para mordeduras por perros y gatos	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Fuente: http://www.hospitalloayza.gob.pe/	14
Figura 2. Hospital Nacional 2 de Mayo. Fuente: http://www.hdosdemayo.gob.pe/	15
Figura 3. Centro de Salud Progreso I-3. Fuente: http://www.dirislimaeste.gob.pe/	16

RESUMEN

En este trabajo se pudo recopilar parte de los casos clínicos que se tuvo la oportunidad de ser partícipe tanto en hospitales al inicio del internado médico como en el centro de salud Progreso I-3 debido a la reintegración por la pandemia covid-19. Asimismo, se realiza una discusión de los diagnósticos y tratamientos realizados con sustentación en base a guías de práctica clínica y programas médicos como UpToDate para la aplicación de medicina basada en evidencias. Se busca sustentar el diagnóstico de cada caso clínico, así como su tratamiento en base a la recopilación de información realizada en las distintas fuentes de información científica médica. Se pudo ver las diferencias en cuanto al tratamiento médico de las guías clínicas nacionales respecto a las internacionales como UpToDate comparándolos con el manejo en el primer nivel de atención en el cual se realizó la parte final del internado médico. Se determinó que el tratamiento realizado en el primer nivel de atención si se correlaciona con el manejo de las guías de práctica clínica siguiendo el modelo de medicina basada en evidencias, asimismo se pudo determinar también que para poder adquirir conocimientos médicos como internos de medicina, se puede considerar como opción realizar las prácticas en centros de salud del primer nivel de atención donde se puede ser parte del tratamiento activo de pacientes con diversas patologías y las más prevalentes.

ABSTRACT

In this report it was possible to compile part of the clinical cases that had the opportunity to participate both in hospitals at the beginning of the medical internship and in Progreso I-3 health center due to the reintegration because of the covid-19 pandemic. Likewise, there is a discussion of the diagnoses and treatments carried out with support based on clinical practice guidelines and medical programs such as UpToDate for the application of evidence-based medicine. It seeks to support the diagnosis of each clinical case, as well as its treatment based on the compilation of information carried out in the different sources of medical scientific information. It was possible to see the differences in terms of the medical treatment of the national clinical guidelines with respect to the international ones such as UpToDate, comparing them with the management in the first level of care in which we carry out the final part of the medical internship. It was determined that the treatment carried out in the first level of care correlates with the management of the clinical practice guidelines following the evidence-based medicine model, it was also possible to determine that in order to acquire medical knowledge as interns of medicine, it can be considered as an option to carry out internships in health centers of the first level of care where it can be part of the active treatment of patients with various pathologies and the most prevalent ones.

INTRODUCCIÓN

Se tuvo la oportunidad de realizar la primera parte del internado médico en hospitales III-1 como son el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional 2 de Mayo, ambos centros hospitalarios son de referencia nacional y cuentan con todas las especialidades médicas, los cuales tienen como objetivo principal atender a las poblaciones con menores recursos con un enfoque multicultural y de equidad. En estos hospitales se pudo poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de medicina humana, se realizaron historias clínicas, rondas médicas donde se discutían los casos clínicos, exposiciones sobre las diversas patologías atendidas, múltiples procedimientos según la especialidad en la que se rotaba, así como realizar guardias diurnas o nocturnas de 12 horas donde se atendían diversas patologías agudas. Se pudo comprender desde el padecimiento del paciente acompañándolo en la evolución de su recuperación aprendiendo y reforzando así una buena relación médico paciente.

Debido a la pandemia covid-19 se suspendieron las actividades de formación médica para luego retornar a las prácticas meses después, pero esta vez a centros de salud del primer nivel de atención. Se continuó el internado médico en el centro de salud Progreso de categoría I-3 perteneciente a la DIRIS-LIMA ESTE y ubicado en Lurigancho-Chosica, en el cual se pudo realizar actividades como consulta externa, realización de historias clínicas ambulatorias, recetas, referencias, procedimientos como cirugía menor, curación de heridas, también se pudieron discutir los casos clínicos como los que se presentan en este trabajo. Al ser un centro de salud de primer nivel se

realizó además del tratamiento farmacológico a los pacientes la consejería integral o derivación a los servicios de nutrición, obstetricia, psicología según corresponda para un manejo multidisciplinario con los cuales cuenta el establecimiento.

El internado médico es el último año de la carrera de medicina humana y es una etapa fundamental para poder poner en práctica y mejorar las habilidades y conocimientos para poder dar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. La formación del médico no solo se basa en el aprendizaje teórico sino además en la práctica clínica y la buena relación con el paciente, lo cual fue interrumpido en un contexto de la pandemia covid19, pero que al regresar a los centros de primer nivel se pudo adquirir la experiencia en el manejo de las enfermedades más prevalentes, lo que nos permitirá brindar un mejor manejo integral a corto plazo en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) y luego como futuros médicos especialistas al servicio de nuestro país y de la población que más lo requiera.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La formación de un médico atraviesa diferentes etapas, las cuales conllevan años de preparación no solo académica y pre profesional sino que además se pone en práctica nuestra formación interpersonal e intrapersonal. Por lo que la etapa de internado médico es una de las más importantes; ya que, se hace uso de conocimientos adquiridos en los años previos de la carrera que se ponen en práctica todos los días durante un año, teniendo la oportunidad de ser parte del manejo del paciente. Pasamos de los libros, a visualizar la patología en una persona y lo que conlleva el manejo integral del paciente, no solo como enfermedad sino como ser humano.

El internado médico es una parte fundamental en la formación del futuro médico general que le permitirá poner en práctica todo los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos durante los 6 años iniciales de formación académica en medicina humana, asimismo se podrá tener mayor experiencia en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes según el nivel de complejidad del establecimiento de salud en el cual se realice el último año de la carrera.

En este año el interno espera adquirir habilidades que en conjunto a su conocimiento le darán capacidad para poder asistir en el manejo del paciente. De esta forma, se pudo culminar este año donde se logró enfocar la atención del paciente de manera integral, llegando a realizar diagnósticos sindrómicos,

etiológicos, nosológicos y diferenciales de las patologías más y menos prevalentes llegando así al diagnóstico final y el tratamiento ideal.

Se logró realizar un manejo integral de las diferentes patologías en cada una de las 4 rotaciones del internado médico como son Pediatría y Neonatología, Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, a su vez se nos permitió desarrollar diferentes estrategias de aprendizaje por cada una de ellas como la realización de historias clínicas, presentación de casos clínicos en las visitas médicas, exposiciones sobre diversos temas por cada rotación, procedimientos como curaciones y cirugía menor.

1.1 ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO A

Tiempo de enfermedad: 1 mes **Curso:** Insidioso

Paciente de sexo femenino de 28 años refiere dolor abdominal bajo de intensidad 5/10 sin irradiación que no calma al reposo y descenso vaginal de moderada cantidad no fétido desde hace 1 mes, agrega sensación de alza térmica y malestar general de 24 horas de evolución. Niega náuseas, vómitos, prurito vaginal y disuria. **Antecedentes personales:** inicio de relaciones sexuales: 17 años, número de parejas sexuales: 2, fecha de última relación sexual y frecuencia: hace 3 días y varias veces por semana, niega uso de método anticonceptivo.

Examen físico

Funciones vitales: T: 37 C FC: 80 lpm FR: 20 rpm PA: 120/80 mmHg

Funciones biológicas: Diuresis conservada, deposiciones sin alteraciones, sueño conservado.

Paciente en aparente regular estado general, hidratación y nutrición.

Abdomen: RHA (+), blando y depresible, dolor a la palpación profunda en hipogastrio, no visceromegalias, no circulación colateral, rebote (-)

Genitourinario: PPL (-) PRU (-)

Tacto vaginal: Dolor a la movilización del cérvix y flujo vaginal escaso. No se palpan masas en anexos.

CASO B

Tiempo de enfermedad: 2 semanas **Curso:** Insidioso

Secundigesta de 35 años con 27 semanas de gestación por ecografía del I trimestre derivada del servicio de obstetricia por resultado de glucosa en ayunas de 92, refiere orina de color semioscuro. Niega fiebre, disuria, polidipsia, polifagia, prurito, poliuria.

Antecedentes personales: Peso habitual: 78 kg, obesidad pregestacional (IMC: 31.2 kg/m²), infección urinaria recurrente con 3 episodios el año anterior a gestación actual.

Antecedentes obstétricos: Historia previa de diabetes gestacional y feto macrosómico (4100 gramos) en el primer embarazo.

Antecedentes familiares: Padres con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento

Examen físico

Funciones vitales: T: 37.5°C FC: 90 lpm FR: 18 rpm PA: 110/70 mmHg
Peso: 84 kg Talla: 1.58 cm IMC: 33.6 kg/m²

Funciones biológicas: Diuresis conservada, deposiciones sin alteraciones, sueño conservado.

Paciente en aparente regular estado general e hidratación, obesidad gestacional.

Región cervical: Áreas hiperpigmentadas y acartonadas

Genitourinario: PPL (-)

Evaluación obstétrica: Latidos cardiacos fetales: 142 lpm. Altura uterina: 28 cm. Situación, presentación y posición: Longitudinal cefálico izquierdo. Movimientos fetales presentes. No dinámica uterina.

CASO C

Tiempo de enfermedad: 1 mes **Curso:** Insidioso

Paciente de 45 años de sexo femenino acude a consulta por presentar dolor en región superior externa de mama que se irradia a miembro superior. No presenta antecedentes familiares de cáncer de mama.

Al examen físico

Funciones vitales: PA: 110/70 SAT: 98% FC: 84 lpm FR: 17 rpm

Funciones biológicas: Apetito conservado, sueño conservado, diuresis conservada.

Mamas: Se palpa un nódulo de 2 x 3 cm movable en cuadrante superior externo, no pétreo, sin adenopatías.

CASO D

Tiempo de enfermedad: 2 días

Primigesta de 28 semanas por ecografía derivada por el servicio de Obstetricia que acude a consulta por presentar descenso vaginal de color blanquecino grumoso, prurito vaginal, niega mal olor, niega restos de sangre, no refiere polaquiuria ni tenesmo.

Funciones vitales: PA: 100/65 SAT: 98% FC:64 lpm FR: 18 rpm

Funciones biológicas: Apetito conservado, sueño conservado, diuresis conservada.

Genitourinario: PPL (-)

Evaluación obstétrica: Latidos cardiacos fetales: 146 lpm. Situación, presentación y posición: Longitudinal cefálico izquierdo. Movimientos fetales presentes. No dinámica uterina.

1.2 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

CASO E

Tiempo de enfermedad: 15 días **Curso:** Insidioso

Paciente de sexo masculino de 45 años refiere que desde hace 15 días presenta episodios de dolor retroesternal tipo urente de intensidad 5/10 sin irradiación que se exacerba al hacer ejercicios y sensación de que la comida se le regresa, sobre todo posterior a ingesta de comidas copiosas. Niega fiebre, náuseas, vómitos, pérdida de peso, diaforesis.

Antecedentes personales: Fumador diario desde hace 10 años, consumidor social de alcohol, café 2 veces al día.

Antecedentes familiares: Madre fallecida por complicación de diabetes mellitus tipo 2 a los 77 años y padre por infarto de miocardio agudo a los 72 años.

Examen físico

Funciones vitales: T: 36.5°C FC: 85 lpm FR: 20 rpm PA: 120/80 mmHg
Peso: 88 kg Talla: 1.70 cm IMC: 30.4 kg/m²

Funciones biológicas: Diuresis conservada, deposiciones sin alteraciones, sueño conservado.

Paciente en aparente regular estado general e hidratación y sobrepeso.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.

Abdomen: RHA (+), blando y depresible, dolor a la palpación profunda en epigastrio. No visceromegalias, no circulación colateral.

CASO F

Tiempo de enfermedad: 2 meses **Curso:** Insidioso

Paciente de sexo femenino de 62 años acude para continuar tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 luego de 5 meses debido a la pandemia covid-19, agrega polidipsia, además parestesias a predominio de miembros inferiores y

dolor tipo quemazón en planta de los pies. Niega fiebre, náuseas, vómitos, polifagia, pérdida de peso y disuria.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado hace 15 años en tratamiento con metformina 1 tableta vía oral cada 24 horas, dejó de tomar de forma diaria por aproximadamente 3 meses debido a que no podía venir a recoger los medicamentos y a veces su familiar le compraba en farmacia.

Antecedentes familiares: Hermano con diabetes mellitus tipo 2.

Examen físico

Funciones vitales: T: 37.4°C FC: 100 lpm FR: 24 rpm PA: 120/80 mmHg
Peso: 62 kg Talla: 1.58 IMC: 24.8 kg/m²

Funciones biológicas: Sed aumentada (polidipsia)

MMII: Hipoestesia bilateral, disminución de la sensibilidad vibratoria a predominio de MMII derecho, reflejo aquiliano presente al esfuerzo. No várices, no edemas.

CASO G

Tiempo de enfermedad: 2 días **Curso:** Insidioso

Paciente varón de 21 años acude a consulta refiriendo fiebre de dos días cuantificada en 38.5°C acompañado de cefalea y mialgias generalizadas. Exantema generalizado en miembros inferiores, tronco y miembros superiores. Además, paciente refiere que en su vivienda y localidad abundan muchos zancudos. Vecino de comunidad presentó clínica similar.

Examen físico

Funciones vitales: PA: 100/70 mmHg SAT: 98% FC: 67 lpm FR: 16 rpm

Funciones biológicas: Apetito conservado, sueño alterado, diuresis conservada.

Piel: Se observa exantema generalizado con habones

CASO H

Tiempo de enfermedad: 4 días. **Curso:** Insidioso

Paciente mujer de 53 años acude a consulta refiriendo dolor a nivel lumbar bilateral irradiado a miembro inferior derecho de intensidad 7/10, que incrementa a la actividad. No refiere traumatismos previos. Ocupación: ama de casa.

Examen físico

Funciones vitales PA: 130/70 SAT: 98% FC:78 lpm FR: 17 rpm

Funciones biológicas: Apetito conservado, sueño alterado, diuresis conservada.

Aparente regular estado general e hidratación.

Región lumbosacra: En región lumbar se palpa aumento de tono. Laségue (+) positivo derecho.

1.3 ROTACION EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

CASO I

Tiempo de enfermedad: 3 meses **Curso:** Insidioso

Paciente de 10 años acude a consulta y refiere episodios de tos sin expectoración 4 veces por mes por las noches y sensación de opresión en el pecho a predominio diurno 3 o 4 veces por semana, madre agrega escuchar silbidos de forma recurrente. Niega fiebre, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales: Rinitis alérgica

Antecedentes familiares: Hermano menor de 5 años con dermatitis atópica y padre asmático.

Examen físico

Funciones vitales: T: 36.5°C FC: 72 lpm FR: 20 rpm PA: 100/70 mmHg

SatO₂: 98%

Funciones biológicas: Diuresis conservada, deposiciones sin alteraciones, sueño conservado.

Paciente en buen estado general, de hidratación y de nutrición.

Tórax y pulmones: Sibilantes bilaterales difusos.

CASO J

Tiempo de enfermedad: 12 horas **Curso:** Brusco

Madre trae a consulta a hijo de 9 años por presentar ronchas a predominio de miembros superiores pruriginosas, que al rascado sentía alivio y a los 4 minutos aproximadamente el prurito aumentaba y se formaban nuevas lesiones de borde elevado que aparecían y luego cambiaban de lugar. Niega fiebre, náuseas, vómitos, alergia a alimentos y a medicamentos.

Antecedentes personales: Infección de vía respiratoria alta hace 1 semana.

Antecedentes familiares: Hermano mayor asmático.

Examen físico

Funciones vitales: T: 37°C FC: 78 lpm FR: 18 rpm PA: 110/70 mmHg

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Buen estado general, de hidratación y de nutrición.

MMSS: Lesiones con edema al centro redondeadas con eritema circundante que blanquean a la presión de aproximadamente 0.5 cm x 0.5 cm con eritema y signos de rascado, dermatografismo (+).

CASO K

Tiempo de enfermedad: 3 días **Curso:** Progresivo

Paciente varón de 2 años de edad es traído por madre a consulta, con refiere fiebre cuantificada en 38.5°C, malestar general, inapetencia, rinorrea. Madre refiere que le duele al deglutir alimentos.

Examen físico

Funciones vitales: PA: 100/70 mmHg SatO2: 98% FC:74 lpm FR: 16 rpm

Funciones biológicas: Apetito alterado, sueño conservado, diuresis conservada.

Se observa un infante con regular estado general, febril.

Orofaringe: Congestiva, eritematosa. No se observan exudados ni placas.

CASO L

Tiempo de enfermedad: 4 días **Curso:** Progresivo

Paciente de 3 años es traído a consulta por madre, refiere lesiones en rostro y sensación de alza térmica no cuantificada un día anterior. Paciente afebril. Madre niega vómitos y diarrea.

Examen físico

Funciones vitales PA: 100/70 mmHg SatO2: 98% FC:74 lpm FR: 16 rpm

Funciones biológicas: Apetito conservado, sueño conservado, diuresis conservada.

Región peribucal y perinasal: Se observan costras gruesas de aspecto melicérico en la región peribucal y alrededor de la nariz.

1.4 ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

CASO M

Tiempo de enfermedad: 18 horas **Curso:** Brusco

Paciente de sexo masculino de 28 años acude por presentar anorexia, náuseas y dolor al inicio difuso, luego en epigastrio de intensidad 6/10 que migra a fosa iliaca derecha 2 horas antes de llegar a la consulta, agrega sensación de alza térmica. Niega vómitos.

Examen físico

Funciones vitales: T: 37°C FC: 90 lpm FR: 22 rpm PA: 120/70 mmHg

Funciones biológicas: Anorexia. Orina y deposiciones sin alteraciones.

Paciente en regular estado general, nutrición e hidratación.

Abdomen: Blando y depresible, RHA (+), McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (-).

CASO N

Tiempo de enfermedad: 3 horas **Curso:** Brusco

Paciente de sexo masculino de 40 años refiere mordedura de perro desconocido en región dorsal de mano derecha hace 3 horas. Niega fiebre, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales: No refiere

Examen físico

Funciones vitales: T: 37.5°C FC: 80 lpm FR: 22 rpm PA: 110/70 mmHg

Funciones biológicas: Diuresis conservada, deposiciones sin alteraciones, sueño conservado.

Paciente en regular estado general, de hidratación y de nutrición

Región dorsal de mano derecha: Herida traumática de aproximadamente 3 cm x 0.5 cm eritematosa, de bordes desvitalizados, no secreciones, presencia de cuerpos extraños.

CASO O

Tiempo de enfermedad: 12 horas **Curso:** Insidioso

Paciente acude a consulta refiriendo dolor en hipocondrio derecho, de intensidad 6/10, sin irradiación, de tipo cólico. Refiere que es posterior a ingesta de comidas copiosas.

Antecedentes personales: Paciente niega antecedente de cálculos en vesícula.

Examen físico

Funciones vitales PA: 100/70 mmHg SatO2: 98% FC:74 lpm FR: 16 rpm.

Funciones biológicas: Apetito conservado, sueño conservado, diuresis conservada.

Abdomen: Blando, depresible. Doloroso a la palpación profunda en cuadrante superior izquierdo, Murphy (+).

CASO P

Tiempo de enfermedad: 1 mes **Curso:** Insidioso

Paciente de 67 años llega a consulta por presentar masa que protruye al esfuerzo en región inguinal derecha. Niega dolor, niega fiebre.

Examen físico

Funciones vitales PA: 120/70 mmHg SatO2: 98% FC:74 lpm FR: 16 rpm

Funciones biológicas: Apetito conservado, sueño conservado, diuresis conservada.

Pelvis: Se observa saco herniario que protruye con el esfuerzo por región inguinal, no se observan signos de flogosis ni de estrangulamiento.

Integración de los conocimientos de toda la carrera:

Para poder enfocar cada uno de los casos clínicos mencionados anteriormente, el interno de medicina hace uso de los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, por ejemplo, para localizar anatómicamente el origen de diversas patologías correlacionamos los signos y síntomas que refiere el paciente con la referencia anatómica, ya que se debe hacer la

correcta ubicación de la noxa y detectar los órganos involucrados y su repercusión sistémica.

Para poder entender en sí el mecanismo de daño de la noxa, se hace uso de la fisiopatología ya que así podemos entender la razón por la cual se está provocando daño al organismo.

Por otro lado, en patologías infecciosas, una vez comprendido el mecanismo de daño de la enfermedad, con microbiología se identifica a los principales agentes etiológicos según prevalencia; ya que al realizar la identificación del agente patógeno se podrá brindar un adecuado manejo y dar un óptimo tratamiento.

La oportunidad de poder realizar rotaciones en cada una de las 4 especialidades básicas de la medicina tanto clínicas como quirúrgicas nos permite integrar todos los conocimientos aprendidos para poder brindar una atención integral al paciente, así como una buena relación médico paciente para su mayor beneficio.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

La primera rotación del internado médico 2020 se realizó en el departamento de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que tiene una categoría III – 1, se ubica en el distrito de Cercado de Lima, además de ser un Hospital de Referencia Nacional realiza prestaciones de salud a nivel ambulatorio, quirúrgico y cuenta con 35 ambientes de hospitalización divididos por especialidades clínicas y quirúrgicas, con un total de 789 camas, también cuenta con áreas de consulta externa, banco de sangre, 20 centros quirúrgicos, UCI general, UCI coronaria y emergencia con disponibilidad de 2 salas de operaciones, asimismo brinda programas de recuperación y rehabilitación de las diversas patologías que afectan a la población, tiene como objetivo prioritario a los habitantes de menores recursos con un enfoque de equidad, derechos e interculturalidad, asimismo desarrolla actividades docentes y de investigación (1).



Figura 1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Fuente: <http://www.hospitalloayza.gob.pe/>

2.2 HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO

Por otro lado, la otra primera rotación que se llevó a cabo en enero a marzo de 2020 fue de Medicina Interna en el Hospital Nacional Dos de Mayo el cual es categorizado como hospital nivel III-1 y se localiza en Barrios Altos. Es de referencia en la atención sanitaria de Lima y a nivel Nacional. Cuenta con una capacidad instalada de 626 camas; además de 8 quirófanos en el tercer piso del Hospital y 2 salas de operaciones de Emergencia con una sala de recuperación con capacidad para 6 camas contiguas a la unidad de Emergencia y Trauma Shock, cuenta con todas las especialidades tanto para hospitalización como para consulta ambulatoria y se enfoca no solo en la enfermedad del paciente, sino además en el enfoque integral ya que cuenta además con servicios de psicología y psiquiatría. El público objetivo a tratar es la población de escasos recursos con un enfoque de multiculturalidad e igualdad. Además, el Hospital Dos de mayo es considerado un hospital docente y de investigación (2).



Figura 2. Hospital Nacional 2 de Mayo. Fuente: <http://www.hdosdemayo.gob.pe/>

2.3 CENTRO DE SALUD PROGRESO

Se retornó al internado médico en un contexto de pandemia covid-19 siguiendo los lineamientos de la Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA: “se establecen medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la Pandemia por la COVID-19, se dispone el inicio o reanudación progresiva de actividades de internos de ciencias de la salud en el sector público a partir del 15 de agosto de 2020”(3), que facultaba el reinicio de las actividades para continuar la formación médica en centros de salud del primer nivel de atención, se tuvo la oportunidad de culminar los últimos 6 meses del internado médico en el Centro de Salud Progreso de categoría I – 3, perteneciente a la DIRESA Lima Este, ubicada en la Asociación Cultura y Progreso, que cumple un horario de 7am a 7pm, tiene como población objetiva a los pobladores de Chaclacayo y Lurigancho-Chosica. Además, cuenta con dos consultorios de medicina general, un consultorio de obstetricia, nutrición, odontología, Programa Contra la Tuberculosis, Programa de vacunaciones, farmacia, tópico de Enfermería, Laboratorio clínico, el centro de salud realiza referencias al Centro de Salud Miguel Grau de categoría I – 4, al hospital José Agurto Tello categoría II – 2 en Chosica y al Hospital Nacional Hipólito Unanue categoría III – 1 en El Agustino. Debido a la pandemia covid-19 los pacientes citados que llegaban

a consulta y tenían clínica sospechosa de covid-19 eran referidos al punto Covid en el Colegio Mariscal, ubicado al frente del Centro de Salud Progreso, donde se les realizaba la prueba serológica o de anticuerpos según disponibilidad, donde aquellos con resultado negativo podían ser atendidos en consultorio con todas las medidas adecuadas y equipo de bioseguridad.



Figura 3. Centro de Salud Progreso I-3. Fuente: <http://www.dirislimaeste.gob.pe/>

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO A

Diagnóstico:

-Síndrome doloroso abdominal bajo CIE10: R10.3

-Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) CIE10: N739

Tratamiento:

Ceftriaxona 500 mg IM dosis única

Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días

Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días

Discusión del caso:

En este caso clínico se consideró como primer diagnóstico el síndrome doloroso abdominal bajo que incluye los diagnósticos diferenciales de EPI, cervicitis aislada y endometritis aislada, debido al dolor en hemiabdomen inferior que presenta la paciente y con el mismo hallazgo al examen físico. Se considera como diagnóstico definitivo a la EPI ya que cumple con los criterios de dolor abdominal bajo o pélvico asociado a dolor a la movilización del cérvix, criterios que se mencionan en la guía de práctica clínica MINSA-Perú para el diagnóstico de la EPI la cual requiere como criterio base el dolor abdominal

bajo asociado a uno de los siguientes 3 criterios: dolor a la movilización del cérvix, dolor en hipogastrio, dolor en anexos (4). Además, se tiene la alta sospecha diagnóstica de EPI por tratarse de una joven sexualmente activa, asimismo se debe tener presente criterios adicionales que respaldan este diagnóstico como temperatura mayor a 38 grados, flujo cervical o vaginal alterado, leucocitosis mayor a 10 mil, reactantes de fase aguda como PCR y VSG elevados, extendido gram de endocervix positivo para diplococos gram negativos intracelulares. En cuanto diagnóstico de EPI UpToDate concuerda con los criterios de la guía de práctica clínica de MINSA-Perú, además refiere que la sensibilidad del diagnóstico clínico puede llegar al 90%, pero al agregar más criterios diagnósticos adicionales aumentamos la especificidad del diagnóstico con la consecuente disminución de la sensibilidad (5).

Para el tratamiento ambulatorio de EPI se considera criterios como temperatura menor de 38 grados, leucocitosis mayor de 10 mil, reacción peritoneal mínima, multíparas, ausencia de gestación, no antecedentes de EPI por *Chlamydia trachomatis*, se considera como esquema principal de tratamiento ambulatorio de EPI Ceftriaxona 500 mg vía intramuscular (dosis única) + Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días con o sin Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días (4). A diferencia de la guía MINSA-Perú, UpToDate recomienda agregar de forma rutinaria metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días para lograr cobertura contra anaerobios al esquema estándar de ceftriaxona 500 mg o 1 g para pacientes con peso mayor a 150 kg en única dosis intramuscular para lograr cobertura contra *Neisseria gonorrhoeae* más doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días para lograr cobertura contra *Chlamydia trachomatis* (6).

CASO B

Diagnóstico:

- Secundigesta de 27 semanas de gestación por ecografía de I trimestre
- Descartar Diabetes gestacional CIE10: O24.4

-Descartar infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo (Bacteriuria asintomática) CIE10: O23.4

Exámenes auxiliares solicitados: TTOG, examen de orina, urocultivo

Resultados: TTOG con 75 gramos de glucosa: basal: 92 mg/dl, 1h: 184 mg/dl, 2h: 150 mg/dl

Resultados examen de orina: 4 a 5 leucocitos por campo, 1 a 2 hematíes por campo, nitritos -

Resultados urocultivo: > 100 000 UFC / ml, mono germen: *Escherichia coli*

Tratamiento:

-Cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días

-Consejería sobre alimentación en diabetes mellitus gestacional

-Referencia a ginecología para iniciar tratamiento de diabetes gestacional

Discusión del caso:

En este caso clínico se considera como primer diagnóstico a diabetes gestacional, con sospecha por factores de riesgo que presenta la gestante para esta patología como el antecedente de diabetes gestacional en el embarazo anterior, antecedentes familiares de diabetes, índice de masa corporal mayor a 27 al inicio de la gestación, glicemia en ayunas mayor a 85, antecedente de feto macrosómico al nacer, edad de la gestante mayor a 30 años. Además, al solicitar la prueba de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) con 75 gramos muestra 2 resultados anormales:

-Glicemia en ayunas mayor o igual a 92 mg/dl, paciente tiene 92 mg/dl

-Glicemia a la hora mayor o igual a 180 mg/dl, paciente tiene 184 mg/dl

-Glicemia a las 2 horas mayor o igual a 153 mg/dl, paciente tiene 150 mg/dl

Como menciona la guía de práctica clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal al menos un resultado anormal en el TTOG que se realiza a toda gestante entre las 24 y 28 semanas de embarazo tenga o no factores de riesgo y para realizar esta prueba se debe realizar un periodo de ayuno de 8 a 14

horas, no cursar con patologías de tipo infeccioso, ni haber consumido fármacos como beta bloqueadores, salicilatos, simpaticomiméticos ni corticoesteroides ya que podrían alterar la prueba. Asimismo, se considera que en el primer nivel de atención todo diagnóstico de diabetes gestacional se debe referir a un nivel superior (7).

Respecto al screening y diagnóstico de diabetes gestacional, UpToDate refiere que para identificar esta patología de la gestación el enfoque más utilizado es el de dos pasos, donde el primer paso consiste en una prueba con 50 gramos de glucosa sin importar la hora del día o las comidas anteriores y las gestantes con resultado positivo deben realizar el segundo paso que consiste en una prueba de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) con 100 gramos y resultados de glucosa basal, a la hora, a las 2 horas y a las 3 horas (8). (Ver Anexo N° 1).

El segundo diagnóstico planteado de bacteriuria asintomática se refiere a la presencia significativa de bacterias en orina en gestante que no tiene síntomas de infección del tracto urinario en un número mayor o igual de 100 mil UFC/ ml de un uropatógeno único si es orina recogida de micción espontánea o mayor a 10 mil UFC/ml si la recolección de orina se realiza por sondaje vesical o si es por punción supra púbica cualquier cantidad, donde el organismo aislado más frecuente es *Escherichia coli* en un 80 a 90% de casos. Los factores de riesgo para bacteriuria asintomática en este caso clínico son el diagnóstico de diabetes gestacional, antecedente pregestacional de infección urinaria, nivel socioeconómico bajo. La complicación más importante de esta patología es la pielonefritis aguda que tiene relación con el bajo peso al nacer y el parto pretérmino. Se recomienda como primera opción el uso de Nitrofurantoína 100 mg vía oral cada 6 horas por 7 días y se debe evitar entre las 37 a 42 semanas y durante el trabajo de parto, ya que si hay déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa se puede desencadenar anemia de tipo hemolítica en el recién nacido, por lo cual en estos casos se prefiere el uso de Cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días o amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas por 7 días. Asimismo, se debe solicitar urocultivo como control a la semana de finalizado el tratamiento (9).

UpToDate recomienda dar como tratamiento ante bacteriuria asintomática un antibiótico según el patrón de susceptibilidad del organismo aislado, utilizando antibióticos como betalactámicos, nitrofurantoína y fosfomicina, donde en la elección del antimicrobiano se debe tener en cuenta la seguridad durante la gestación, asimismo se prefieren ciclos cortos de antibióticos de 5 a 7 días para disminuir así la exposición del feto. La terapéutica con antibióticos de corta duración como 5 días suele ser eficaz para erradicar la bacteriuria asintomática del embarazo, aunque los regímenes de dosis única pueden no ser tan eficaces como los regímenes ligeramente más prolongados de 7 días (10). (Ver Anexo N° 2).

CASO C

Diagnóstico:

Masa en mama - CIE 10 N63

Descartar tumor maligno de mama – CIE C50

Referencia:

A la paciente se le dio una referencia para realizarse el examen de mamografía en el servicio de imágenes del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

Discusión del caso:

Paciente acudió a la consulta externa refiriendo dolor en mama y sensación de bulto en cuadrante supero externo que se irradiaba a miembro superior, sin otras molestias. Al examen físico no se observaba retracción de piel, no piel de naranja no presencia de tumoración visible. A la palpación se encontró un nódulo de 2 x 3, no pétreo, adherido a planos profundos, movable. En este caso clínico se consideró la función de detección y prevención que cumple la atención primaria. Según la guía de detección temprana de cáncer de mama en ESSALUD la mamografía como tamizaje está indicada en mujeres de 40 a 49 años anualmente, según criterio y evaluación médico basado en los factores de riesgo individuales para desarrollar cáncer de mama (11).

La captación e identificación de mujeres en riesgo para desarrollar cáncer de mama se realiza a nivel de la consulta médica para ello se toma en cuenta los factores de riesgo de cáncer de mama, el examen físico, inspección, palpación. Esta estrategia tiene como objetivo incrementar la captación y optimizar el tiempo de atención y detección.

Además, según la guía americana de radiología, aunque la incidencia es baja, la mamografía se puede utilizar para excluir malignidad en casos de enfermedad focal y dolor no cíclico en los senos (12).

Paciente retorna a consulta con mamografía en donde se observa lesión nodular, de márgenes espiculados de alta densidad y microcalcificaciones irregulares heterogéneas. Razón por la cual se le realizó una referencia para el servicio de Ginecología del Hospital José Agurto Tello.

CASO D

Diagnóstico:

Vulvovaginitis candidiásica en gestantes CIE 10 B37.3

Tratamiento:

Clotrimazol 100 mg intravaginal una vez al día durante 5 días previo aseo.

Discusión del caso:

En este caso clínico se consideró como primer diagnóstico vulvovaginitis candidiásica ya que cumplía con los criterios diagnósticos como prurito y flujo vaginal de color blanquecino, no maloliente, similar a leche cortada (13).

Según Uptodate para las mujeres embarazadas con vulvovaginitis sintomática por *Candida sp*, está indicado el uso de un imidazol tópico (miconazol o clotrimazol) por vía vaginal aproximadamente por 7 días en lugar de la medicación con un azol oral ya que este presenta riesgos potenciales para la gestante. El tratamiento en mujeres que se encuentran embarazadas está orientado principalmente al alivio de síntomas. La infección vaginal por *Candida sp* no está asociada con resultados adversos durante el embarazo.

La terapia médica con azoles orales durante el primer trimestre de gestación está contraindicada, ya que puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo y su impacto en los defectos de nacimiento no está claro. La terapia tópica es una alternativa eficaz comparada a la administración oral, por lo que se prefiere el tratamiento vía vaginal (14).

3.2 ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA

CASO E

Diagnóstico:

-Enfermedad por reflujo gastro esofágico CIE10: K219

Tratamiento:

-Omeprazol 20 mg vía oral cada 24 horas por 30 días

-Consejería integral

Discusión del caso:

En este caso clínico el paciente presenta los 2 síntomas típicos de la enfermedad por reflujo gastro esofágico (ERGE) como son la pirosis y la regurgitación, que en un joven menor de 50 años en 2 o más ocasiones por semana sin otros signos de alarma nos permiten establecer el diagnóstico presuntivo de ERGE como indica la guía de práctica clínica de MINSA para el diagnóstico de ERGE. Asimismo, el paciente presenta factores de riesgo que se asocian a esta patología como son obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) que conlleva al aumento de la presión intraabdominal lo que origina un aumento de la gradiente a nivel gastro esofágico, la ingesta de comidas copiosas y de alimentos como café que son hábitos que presenta este paciente, así como el ejercicio que produce el aumento de la presión intragástrica y disminuye la contractilidad del esófago favoreciendo la aparición de ERGE. De igual forma este paciente es consumidor habitual de tabaco que disminuye la presión a nivel del esfínter esofágico inferior (EEI) contribuyendo a la patología, al igual

que el alcohol también contribuye con este mecanismo, además que provoca una lesión de forma directa sobre la capa mucosa del esófago predisponiendo aún más a daño por el ácido (15).

UpToDate menciona que el diagnóstico de ERGE se basa en la clínica y se deben tener los síntomas típicos de pirosis y/o regurgitación y tener presente otros síntomas relacionados que apoyan el diagnóstico como disfagia, dolor torácico, odinofagia y síntomas extraesofágicos como tos crónica, ronquera, sibilancias y de forma menos frecuente náuseas. En el caso de disfagia, esta se presenta más en un contexto de pirosis de larga duración y tiene como causa principal a la esofagitis por el reflujo, así como también podría indicar una estenosis esofágica, y si se presenta odinofagia se asocia a úlcera esofágica (16).

Respecto al tratamiento de esta patología la GPC-MINSA no recomienda tratamiento empírico con inhibidor de bomba de protones (IBP) a corto plazo de 1 o 2 semanas en dosis altas ya que se ha demostrado su baja sensibilidad y especificidad para ayudar a determinar si la clínica típica de ERGE que presenta el paciente están relacionados con la patología. Se recomienda un tratamiento con IBP por 8 semanas y evaluar la respuesta al tratamiento, en este caso clínico prescribimos en la atención en el primer nivel IBP por 1 mes y luego se debe reevaluar a los 2 meses y se considera respuesta positiva al tratamiento si se tiene una mejoría de síntomas mayor al 50%. El uso de IBP por 8 semanas ha demostrado ser el tratamiento principal para aliviar los síntomas y además contribuye a la reparación de la mucosa en casos de esofagitis erosiva, se indica 1 dosis única diaria previo al desayuno, ante respuesta parcial a dosis única se debe considerar aumento a 2 veces al día (15).

UpToDate orienta el tratamiento de ERGE en función de la frecuencia y gravedad de los síntomas al igual que la GPC-MINSA considerando síntomas intermitentes si se presentan menos de 2 veces por semana y frecuentes si son 2 o más veces por semana, así como la presencia de esofagitis erosiva o esófago de Barret. En pacientes con clínica leve e intermitente y sin evidencia

de esofagitis erosiva se sugiere terapéutica escalonada hasta lograr control de los síntomas y en pacientes que han recibido tratamiento inicial se recomienda modificar estilos de vida y dieta como bajar de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, dejar el hábito tabáquico, disminuir consumo de alcohol, evitar ingesta de alimentos copiosos por lo menos 3 horas antes de acostarse, sobre todo si hay presencia de síntomas nocturnos; asimismo se indica la elevación de la cabecera de la cama y la posición en decúbito lateral izquierdo que contribuyen a la mejora de síntomas en ERGE(17). (Ver Anexo N° 3).

CASO F

Diagnóstico:

-Diabetes mellitus tipo 2 (R) CIE10: E119

-Neuropatía diabética CIE10: E14.4

Tratamiento:

-Metformina 850 mg vía oral 2 veces al día por 30 días

-Gabapentina 300 mg vía oral cada 8 horas por 30 días

Discusión del caso:

En este caso clínico tenemos una paciente que acude para continuar tratamiento de diabetes mellitus 2 y refiere presentar dolor de tipo neuropático en miembros inferiores, ya que a la prueba de monofilamento que evalúa la sensibilidad a la presión está disminuida bilateralmente, a la exploración de la sensibilidad vibratoria en dorso de ambos pies tiene disminución a predominio del lado derecho y el reflejo aquiliano está presente con el esfuerzo, si tomamos en cuenta el examen clínico breve para el tamizaje de neuropatía periférica del grupo Michigan el cual tiene 4 criterios como son apariencia de pie, ulceración, reflejo aquiliano y percepción de la vibración tendríamos un puntaje mayor de 2 sobre 8 lo que tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 95% para el diagnóstico de polineuropatía distal simétrica.

Debido a que la paciente no ha tenido adherencia terapéutica por 5 meses aproximadamente debemos reiniciar con dosis de 1 tableta por día en dosis única y reevaluar a la primera o segunda semana para incrementar la dosis diaria en forma progresiva hasta poder alcanzar un control glicémico adecuado hasta dosis máxima de 3 veces por día si fuera necesario como indica la guía de práctica clínica para el diagnóstico, control y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Se debe indicar metformina junto o de forma inmediata luego de las comidas principales del día y se debe recordar que los efectos colaterales más frecuentes de este fármaco son los de tipo gastrointestinal como náuseas, diarreas y dolor abdominal, además en casos de intolerancia a metformina se puede iniciar tratamiento con sulfonilureas. Asimismo, se puede iniciar terapia combinada para un control más rápido de la glucemia y de las metas en pacientes con hiperglucemia sintomática, hemoglobina glicosilada (HbA1c) con valor mayor o igual a 8% sin deshidratación, en estos casos se debe realizar referencia a endocrinología o medicina interna. Para el control se recomienda solicitar HbA1c a los 3 meses de iniciar el tratamiento, si el paciente tiene un valor menor de 7% debe continuar la terapéutica prescrita y se debe solicitar por lo menos una HbA1c cada 6 meses. En tanto que si el resultado de HbA1c es igual o mayor de 7% se debe verificar la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las indicaciones no farmacológicas (18).

UpToDate menciona que la neuropatía diabética llamada también polineuropatía simétrica distal es la complicación neurológica más común de la diabetes y una de las causas principales de morbilidad, así como uno de los factores que disminuye más la calidad de vida. La clínica inicia con síntomas a predominio distal y simétrico en los dedos del pie, además hay un riesgo aumentado de úlceras y amputaciones del pie, esta complicación se debe tratar con un enfoque de tipo sistemático y de forma escalonada con control glucémico y de síndrome metabólico, tratamiento no farmacológico con educación sobre cuidados de los pies y medidas de seguridad, así como también debemos prescribir el tratamiento sintomático cuando esté presente el dolor. Se refiere que aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con neuropatía diabética tienen dolor en pies de tipo ardor, en algunos casos el

dolor puede estar autolimitado y resolverse de manera espontánea en un año aproximadamente desde que aparece hasta en la mitad de los pacientes. La primera línea en el tratamiento del dolor neuropático son antidepresivos como duloxetina o amitriptilina y antiepilépticos como pregabalina o gabapentina. La gabapentina es similar a la pregabalina en su actividad clínica y en sus efectos secundarios, pero es de menor costo y tiene como dosis iniciales de 100 a 300 mg una a tres veces al día, se ha demostrado que a dosis mayores de 1200 mg al día, más del 50% de pacientes tienen una reducción significativa del dolor, se requiere ajustar la dosis y medir la respuesta luego de 2 a 3 meses de tratamiento. Los efectos secundarios principales de gabapentina son somnolencia, mareos y ataxia. En caso de no mejora clínica posterior a una reevaluación de 2 a 3 meses se sugiere agregar un segundo fármaco de primera línea de una clase diferente, siendo la combinación recomendada pregabalina con duloxetina (19). (Ver Anexo N° 4).

CASO G

Diagnóstico:

Dengue sin signos de alarma CIE 10: A970

Indicación:

Notificación del caso probable a la DIRESA

Exámenes complementarios: Hematocrito

Discusión del caso:

El paciente llegó a consulta presentando exantema generalizado en miembros inferiores, tronco y miembros superiores, cefalea y mialgias. Además, refirió dos días de fiebre cuantificada en 38,5°C, cerca de su vivienda un vecino fue considerado como caso confirmado para dengue. Según la Guía de práctica clínica para la atención de casos de dengue del Perú, la presentación del cuadro clínico puede ser muy variado, desde un síndrome febril inespecífico hasta las formas típicas. Los pacientes pueden presentar la mayoría o todos los síntomas durante varios días para luego pasar a una etapa de

convalecencia. Para poder ser categorizado como dengue sin signos de alarma se cumplió con criterios de la misma guía como haber tenido fiebre y 2 de los siguientes criterios: náuseas, vómitos, rash, mialgias, artralgias, petequias. El diagnóstico es principalmente clínico, teniendo en cuenta el antecedente epidemiológico de haber estado en los últimos 14 días en una zona de transmisión activa de dengue o que se encuentre infestada con *Aedes aegypti* (20).

Según UpToDate el manejo ambulatorio es apropiado para pacientes con diagnóstico presuntivo de dengue en ausencia de signos de severidad. La mayoría de los pacientes con dengue no desarrollan una enfermedad grave y pueden tratarse de forma segura de forma ambulatoria.

Además, se debe instruir a los pacientes sobre los signos de advertencia de una infección grave por dengue y la fase crítica que sigue a la defervescencia (que dura de 24 a 48 horas; durante este período los pacientes pueden deteriorarse rápidamente).

Durante la fase febril que dura desde el día dos al día siete, y la fase crítica siguiente dura aproximadamente un par de días, el paciente debe ser constantemente evaluado desde el tercer día de la enfermedad hasta que la fase crítica concluya ya que se deben detectar signos de deshidratación y otros que indiquen diagnóstico de dengue severo. Además, hemogramas seriados son necesarios para evaluar el aumento de hematocrito junto con un recuento disminuido de plaquetas rápido, lo que estaría indicando pérdida de plasma y un riesgo incrementado de complicaciones hemorrágicas.

La fiebre puede ser controlada con paracetamol; los medicamentos producidos a base de aspirina y antiinflamatorios no esteroideos no deben usarse por motivos de preocupación por su efecto sobre la función plaquetaria y el posible aumento del riesgo de hemorragia. Debe ser indicado a los pacientes la administración de abundante líquido, además se les debe explicar los signos de deshidratación (micción disminuida, escasas lágrimas o ninguna, labios o boca seca, ojos hundidos, confusión, irritabilidad, extremidades húmedas o frías, en lactantes se observa fontanela hundida); cualquiera de estos hallazgos son motivo de una evaluación clínica pronta.

Cuando la fiebre disminuye (de 3 a 8 días del comienzo de los síntomas), se les debe indicar a los pacientes que soliciten la atención inmediata si presentara cualquiera de los siguientes síntomas: vómitos persistentes, sangrado de la nariz o encías, heces oscuras, vómitos con sangre, piel fría o pálida, dificultad para respirar, dolor abdominal (21).

CASO H

Diagnóstico:

Lumbociática CIE 10: M54.4

Tratamiento:

Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 5 días

Consejería: sobre nuevas medidas posturales

Referencia para Medicina Física y Rehabilitación del Hospital José Agurto Tello

Discusión del caso:

El presente caso fue catalogado como lumbociatalgia por el componente de dolor a nivel lumbar irradiado a glúteo y a miembro inferior. Según la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en EsSalud, fármacos como AINES son utilizados en primera línea para el tratamiento del dolor, se sugiere agregar un relajante muscular si el dolor lumbar persiste tras iniciar el tratamiento. Además, se sugiere continuar con actividad física y mantener las actividades del día a día, no se sugiere permanecer en posiciones de reposo o en cama, ni el uso de fajas o corsés. Así mismo, cabe resaltar que se requiere un manejo interdisciplinario, siendo la terapia física fundamental en el alivio del malestar del paciente (22).

Según UpToDate, el objetivo de la atención de los pacientes con dolor lumbar agudo es el alivio sintomático a corto plazo, ya que la mayoría mejorará en cuatro semanas. Por otro lado, se recomienda un tratamiento no farmacológico con calor superficial. El masaje, la acupuntura y la manipulación

de la columna son otras opciones razonables según las preferencias del paciente, su costo y accesibilidad. Para los pacientes que prefieren la farmacoterapia o en los que los enfoques no farmacológicos son inadecuados, se sugiere un fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) con o sin un relajante músculo esquelético en lugar de paracetamol para la terapia farmacológica (23).

3.3 ROTACIÓN POR PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

CASO I

Diagnóstico:

-Asma bronquial CIE10: J459

Tratamiento:

-Salbutamol inhalador 2 puff cada 6 horas por 2 semanas

-Beclometasona 2 puff 1 vez al día por 30 días

-Consejería sobre factores desencadenantes, agravantes y signos de alarma

Discusión del caso:

En este caso clínico el paciente de 10 años refiere la clínica típica de asma bronquial con sensación de opresión en el pecho, tos principalmente nocturna y sibilantes recurrentes. Como menciona la guía de práctica clínica del asma bronquial en niños esta es una patología crónica inflamatoria de vías aéreas inferiores que cursa con falta de aire para respirar, episodios de sibilancias frecuentes y tos por las noches o a primeras horas de la mañana, estos episodios se asocian a obstrucción al flujo aéreo que es de tipo reversible ya sea de forma espontánea o con tratamiento broncodilatador. Debemos reconocer también los factores de riesgo como en este caso donde el paciente presenta rinitis alérgica; otros factores asociados son atopía, alérgenos, infecciones respiratorias, parasitarias, obesidad, humo de cigarrillo, ciertos alimentos y medicamentos (24).

Podemos clasificar al asma bronquial en función de la gravedad, esta no es una característica constante, sino que varía a lo largo de los meses o años por lo que se requiere reevaluar al paciente periódicamente, en este caso el paciente presenta síntomas diurnos más de 2 veces por semana y síntomas nocturnos 4 veces por mes, parámetros que se relacionan con un asma persistente de tipo leve.

El paciente al ser clasificado con un asma persistente de tipo leve debe seguir un tratamiento según la guía GEMA en el escalón 2 donde el tratamiento de elección es un glucocorticoide inhalado como beclometasona, fluticasona, budesonida a dosis bajas y administrado de forma diaria, en la mayoría de pacientes con asma de tipo persistente que no recibieron tratamiento previo este es el tratamiento inicial. La dosis habitual de budesonida es de 200 a 400 ug por día, se considera que estos glucocorticoides son el tratamiento de mantenimiento más efectivo para disminuir las exacerbaciones y poder controlar los síntomas diarios. Asimismo, se puede usar beta 2 agonistas de acción corta a demanda o alivio para tratar la broncoconstricción de forma rápida como salbutamol (25).

UpToDate refiere que los medicamentos de control en asma más utilizados en menores de 12 años son los corticosteroides inhalados más los betaagonistas inhalados de acción prolongada o los antagonistas de receptores de leucotrienos orales. Se recomienda con seguridad y eficacia en asma persistente leve como en este caso clínico el uso de glucocorticoides inhalados a dosis bajas diariamente como tratamiento de control inicial y de control en niños con esta gravedad (26).

CASO J

Diagnóstico:

-Urticaria aguda L50.9

Tratamiento:

-Clorfenamina 4mg vía oral cada 12 horas por 10 días

-Consejería integral

Discusión del caso:

En este caso clínico tenemos un paciente en edad escolar de 9 años que acude por presentar la lesión más característica de la urticaria como son los habones que se limitan a la dermis superior y tienen 3 características como el edema central de tamaño variable con eritema alrededor, prurito intenso y que remiten frecuentemente antes de las 24 horas. En estos casos siempre debemos realizar una adecuada evaluación general sobre todo de los sistemas respiratorio, gastrointestinal y cardiovascular para descartar algún cuadro de anafilaxia asociado. El paciente también refiere que las ronchas desaparecían y luego aparecían en otro lugar lo que es típico de la urticaria (27).

Asimismo, la urticaria según su duración puede ser aguda si dura menos de 6 semanas y crónica si es más de 6 semanas. La etiología a considerar más frecuente en niños es la infecciosa siendo las respiratorias, gastrointestinales y de vías urinarias las más frecuentes, otras son las de causa alérgica como alimentos, medicamentos sobre todo betalactámicos y AINES, picaduras y mordeduras de insectos. Dentro de los factores de riesgo tenemos la atopía, historia familiar de urticaria o angioedema y condiciones médicas crónicas; a su vez se debe reconocer los factores que agravan la urticaria tales como calor, ejercicio, estrés emocional, fiebre e hipertiroidismo.

Como medidas generales se debe evitar el estímulo desencadenante, disminuir factores agravantes, no usar antihistamínicos tópicos ni lociones de tipo antipruriginosas. En cuanto al tratamiento farmacológico se utilizan los antihistamínicos H1 como base del tratamiento, siendo los preferidos los de segunda generación debido a que cruzan pobremente la barrera hematoencefálica produciendo menos efectos secundarios como somnolencia (28).

UpToDate considera que el tratamiento inicial en la urticaria aguda se debe centrar en el alivio sintomático del prurito a corto plazo y reevaluación si

amerita, ya que 2 de cada 3 pacientes tendrán clínica autolimitada y se resolverán de forma espontánea. Se pueden usar los antihistamínicos H1 de primera generación como clorfeniramina o preferentemente en adultos y niños se recomienda usar como primera línea los H1 de segunda generación como cetirizina o loratadina porque tienen menor efecto sedante y anticolinérgico, además requieren dosis menos frecuentes y tienen menos interacciones farmacológicas. Se recomienda el uso de loratadina a dosis estándar de 10 mg vía oral cada 24 horas para niños de 6 años a más y es mínimamente sedante, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg dos veces por día en adultos, y en niños de 2 a 5 años la dosis habitual es de 5mg cada 24 horas. En caso de pacientes con insuficiencia de tipo renal o hepática cada dosis se debe administrar en días alternados (29).

Al paciente del caso clínico se le prescribió clorfenamina que es un antihistamínico H1 de primera generación que es lipofílico y por lo tanto atraviesa la barrera hematoencefálica provocando los efectos secundarios sedantes y anticolinérgicos como boca seca, visión borrosa, retención urinaria, diplopía, además en aproximadamente 1 de cada 5 pacientes se produce sedación significativa y deterioro del rendimiento, así como en las habilidades motoras finas. Se recetó este fármaco debido a que es el antihistamínico que está en el petitorio del centro de salud Progreso, se debe advertir a los pacientes sobre estos efectos adversos en específico, aunque puede ser útil como sedante a la hora de acostarse.

CASO K

Diagnóstico: Faringoamigdalitis aguda CIE 10: J029

Tratamiento: Amoxicilina, durante diez días: 40-50 mg/kg/día.

Discusión del caso:

Paciente fue traído por madre a consulta, refiriendo fiebre cuantificada en 38.5 °C, malestar general, inapetencia, rinorrea, ausencia de tos. Madre refiere que le duele al deglutir alimentos. Al examen físico se pudo observar orofaringe congestiva, eritematosa se observó exudados blanquecinos, placas. Según los criterios de Centor, fiebre, exudado faríngeo, adenopatías y ausencia de

tos; además de la prevalencia, se le cataloga como faringoamigdalitis estreptocócica. Se optó por administrarle amoxicilina 40 – 50 mg/kg/día; sin embargo, la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores del Hospital Nacional del Niño señalan que la faringitis estreptocócica es una entidad autolimitada que se resuelve espontáneamente, sin tratamiento antibiótico, en 3 o 4 días. En este caso el tratamiento antibiótico, funciona como prevención para complicaciones como la fiebre reumática y disminuye de manera significativa la duración de los síntomas (30). Asimismo, UpToDate señala que el objetivo de la terapia con antibióticos para la faringitis estreptocócica es múltiple e incluye reducir la gravedad y la duración de los síntomas, la prevención de complicaciones agudas, como otitis media, abscesos periamigdalinos u otras infecciones invasivas. Prevención de complicaciones tardías o secuelas inmunes, en particular fiebre reumática aguda y la prevención de contagio a otros (31).

CASO L

Diagnóstico: Impétigo no bulloso CIE 10: L 010

Tratamiento: Mupirocina al 2% en crema.

Discusión del caso:

Paciente fue traído a consulta por madre, refiere lesiones en rostro y sensación de alza térmica no cuantificada un día anterior. El paciente se encontraba afebril. Madre niega vómitos y diarrea. Al examen físico se observan costras gruesas de aspecto melicérico en la región peribucal y alrededor de la nariz. Por la apariencia de la lesión se catalogó como impétigo no bulloso.

Según UpToDate el impétigo no ampolloso se puede tratar con terapia tópica u oral. La terapia tópica se usa para pacientes con afectación cutánea limitada, mientras que la terapia oral se recomienda para pacientes con numerosas lesiones. En los entornos sanitarios, las precauciones de contacto para evitar la propagación del impétigo están indicadas hasta 24 horas después del inicio

de la terapia con antibióticos. Los beneficios de la terapia tópica incluyen menos efectos secundarios y un menor riesgo de contribuir a la resistencia bacteriana en comparación con la terapia oral. La mupirocina y la retapamulina son tratamientos de primera línea; la mupirocina se aplica tres veces al día y la retapamulina dos veces al día, la duración recomendada del tratamiento es de cinco días (32). Por otro lado, la guía del Instituto Nacional de Pediatría de México refiere además incluir en el tratamiento el adecuado aseo de las lesiones con agua y jabón, o clorhexidina, en conjunto al uso de los antibióticos antes ya mencionados. Refiere además que en las lesiones extensas sería recomendable el uso de antibióticos sistémicos, como dicloxacilina, la dosis en niños es de 100 mg/kg/día. Otras alternativas son eritromicina 30 mg/kg/día¹ y cefalexina 25- 50 mg/kg/día (33).

4.4 ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

CASO M

Diagnóstico:

-Apendicitis aguda CIE10: K359

Referencia: Emergencia Hospital José Agurto Tello II-2

Discusión del caso:

En este caso clínico el paciente refiere clínica que nos obliga a descartar patología quirúrgica como lo es la apendicitis aguda, en la que los datos obtenidos en la anamnesis en conjunto con el examen físico nos dan una sospecha muy alta de esta patología, se describen síntomas como el dolor abdominal que al inicio es de tipo difuso o sea un dolor visceral y es seguido de migración hacia el cuadrante inferior derecho que es un dolor somático o localizado, también refiere náuseas e hiporexia. Además, presenta signos como punto de McBurney (+) y signo de Rovsing (+). La guía de práctica clínica quirúrgica del Hospital Casimiro Ulloa menciona que además como síntomas se puede presentar un dolor atípico sin la migración clásica del dolor presentándose solo como visceral o somático, asimismo debido a las

diferentes localizaciones del apéndice hay diversas presentaciones del dolor, siendo la más frecuente la localización retrocecal que origina dolor localizado en fosa iliaca derecha, también menciona que pueden o no estar presentes vómitos así como en algunos casos puede haber diarrea o estreñimiento. En cuanto a los signos, generalmente una temperatura normal o menor de 38°C nos orienta a pensar que la apendicitis aguda es no complicada, en cambio si es mayor de 38°C además de hipersensibilidad y defensa en cuadrante inferior derecho nos orienta a pensar en que se ha complicado con una peritonitis localizada, y si hay presencia de signos peritoneales difusos con mayor resistencia, marcada defensa de la pared abdominal y en casos avanzados abdomen en tabla en la que el paciente no tolera el decúbito nos orienta a una complicación con peritonitis generalizada (34).

UpToDate menciona que se debe identificar lo más pronto posible a los pacientes con sospecha de apendicitis aguda en los primeros estadios, es decir cuando es no complicada para minimizar así los resultados adversos por una posible perforación del apéndice, para esto recomienda hacer uso de la escala de Alvarado que permite identificar pacientes con una probabilidad muy baja de apendicitis aguda en caso tengan un puntaje menor o igual de 3, lo que permite descartar apendicitis aguda y evaluar otras causas de dolor abdominal, puntajes entre 4 y 6 son de duda diagnóstica ante lo cual se debe solicitar estudio por imágenes siendo la principal solicitada la tomografía axial computarizada, en caso no sea posible solicitar ecografía y si no hay disponibilidad se debe observar al paciente por 12 horas y recalcularse la escala de Alvarado, luego con un puntaje mayor o igual a 4 puntos es indicación de conducta quirúrgica, en tanto que un puntaje menor de 4 sugiere evaluar otros diagnósticos. Asimismo, puntajes entre 7 a 10 también indican conducta quirúrgica. Tener en cuenta que la escala modificada de Alvarado no toma en cuenta el criterio de desviación izquierda, tomando en cuenta solo 7 criterios con un puntaje máximo de 9 puntos de los cuales el dolor en cuadrante inferior derecho y leucocitosis mayor a 10 mil son los únicos con puntaje de 2 (35). (Ver Anexo N° 5).

En el caso clínico el puntaje en la escala de Alvarado es de 5 puntos ya que presenta dolor que migra al cuadrante inferior derecho, anorexia y náuseas,

cada uno de estos 3 criterios tiene un puntaje de 1, además presenta punto de McBurney (+) o dolor en el cuadrante inferior derecho a la presión en dicho punto con un puntaje de 2. Esto nos orientaba a solicitar pruebas de imagen por duda diagnóstica, pero debido a que el centro de salud no cuenta con imágenes se solicitó un hemograma completo donde se obtuvo como resultado leucocitosis mayor de 10 mil y reevaluando la escala de Alvarado se obtuvo un puntaje de 7 lo que indica conducta quirúrgica por lo cual se realizó la referencia inmediata al Hospital de Chosica II-2.

En cuanto al manejo según un último estudio de noviembre de 2020 en UpToDate que compara el tratamiento antibiótico versus la apendicectomía para el manejo de apendicitis aguda no complicada, refiere que la evolución clínica del estado general de los pacientes tratados por 30 días con antibióticos no fue inferior a los tratados con apendicectomías, sin embargo 30% de pacientes con tratamiento antibiótico fue sometido a apendicectomía a los 90 días, por ello se sigue sugiriendo cirugía laparoscópica en apendicitis no complicada y se podría prescribir tratamiento antibiótico en pacientes no aptos para cirugía o que lo rechacen. Dentro de los antibióticos a utilizar se presentan 2 esquemas uno de monoterapia con moxifloxacino oral por 7 días y el segundo esquema con ertapenem intravenoso por 2 días seguido de levofloxacina y metronidazol por vía oral por 5 días, estos esquemas evitan la apendicectomía hasta 1 año (36).

CASO N

Diagnóstico:

-Mordedura de perro CIE10: W54

-Herida de la mano CIE10: S61.9

Tratamiento:

-Amoxicilina 875 mg + ácido clavulánico 125 mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 10 días

-Limpieza y curación de herida

Discusión del caso:

En este caso clínico el paciente acude por una herida traumática en región dorsal de mano derecha causada por mordedura de perro, dicha herida se considera de tipo sucia la cual al examen físico se observan las características típicas como los bordes desvitalizados o necrosados y la presencia de cuerpos extraños. Asimismo, en el centro de salud se registra el accidente en el Libro de Registro de Denuncias de Mordeduras por Animales y se sigue el protocolo para la profilaxis post exposición con la observación del animal que en este caso es desconocido y no se lo pudo localizar por lo cual no se pudo seguir la observación de 10 días como indica la Norma Técnica para la Vigilancia, Prevención y Control de Rabia Humana en el Perú. La indicación en este caso inmunización pasiva con el suero antirrábico 1 única dosis y también inmunización activa completa con 5 dosis y suspender si se llega a localizar al animal y está sano (37).

Para el manejo de la herida por mordedura de perro se realiza lavado inmediato con agua y jabón a chorro para que por mecanismo de barrido se disminuya la posible carga del virus de la rabia y así disminuir la posibilidad de contacto con terminaciones nerviosas. Debido a que es una herida de tipo sucia idealmente no se debe suturar de forma primaria, se indica cierre de tercera intención o diferido.

UpToDate indica principios básicos para el manejo de heridas por mordeduras de animales como son el control del sangrado aplicando presión directa a las heridas con sangrado activo, limpieza con agua y jabón, povidona yodada u otra solución antiséptica, se debe administrar anestesia local seguidamente irrigar solución salina estéril a chorro para eliminar los cuerpos extraños visibles. Una vez terminada la limpieza se debe reexaminar la herida y determinar si el cierre es apropiado, esta decisión debe evaluar el beneficio de una mayor estética versus el mayor riesgo de infección al cerrarla de forma primaria, se sugiere que las heridas por mordedura se deben dejar abiertas para que se curen por segunda intención o por cicatrización espontánea a partir del tejido de granulación sobre todo si son heridas por mordedura de gato que tiene riesgo de infección mayor que el de los canes, heridas que

comprometen manos o pies, si el tiempo de evolución es mayor a 12 horas y en cara mayor a 24 horas, si el paciente es inmunosuprimido, incluyendo diabetes mellitus y pacientes con estasis venosa.

Las heridas que se dejan abiertas se deben evaluar diariamente para detectar signos de infección, estas se deben debridar e irrigar abundantemente y vendarse, hasta su cierre por segunda intención. En caso de laceraciones simples por mordedura de perro en cara, tronco, brazos o piernas se sugiere realizar cierre primario, no se debe usar adhesivo tisular para el cierre.

Se sugiere profilaxis antibiótica para todos los pacientes sometidos a cierre primario en mordedura de perro y gato con heridas clínicamente no infectadas, además de reevaluación ante posibles signos de infección entre las 24 y 48 horas. Indicaciones para profilaxis antibiótica en heridas no infectadas o con alto riesgo de infección como heridas en mano, cara, área genital, heridas próximas a hueso o articulación, heridas con compromiso venoso o linfático, pacientes inmunosuprimidos o con diabetes, heridas punzantes o laceraciones profundas.

Se sugiere que la profilaxis antibiótica incluya cobertura empírica de la flora oral animal, utilizando como antibiótico de primera línea debido a su cobertura más amplia amoxicilina 875 mg más ácido clavulánico 125 mg por vía oral cada 12 horas por 3 a 5 días que cubre los gérmenes más frecuentes en mordedura de perro como son *Pasteurella multocida* y anaerobios. La duración del tratamiento antibiótico si se presentan signos de infección es de 5 a 14 días (38). (Ver Anexo N° 6).

CASO O

Diagnóstico: Cólico vesicular CIE 10 k 80.2

Tratamiento:

Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 5 días

Referencia para ecografía en el centro de imágenes del Hospital José Agurto Tello.

Discusión del caso:

El paciente llegó a consulta refiriendo dolor en cuadrante superior derecho de intensidad 7/10, de tipo cólico, Murphy (+), asociado a náuseas, niega fiebre, niega diarreas. Refiere que el dolor se presenta posterior a comidas copiosas. El diagnóstico fue cólico vesicular por las características que presentaba. Adicionalmente, UpToDate señala que el dolor de cólico biliar se acumula hasta un nivel constante y dura al menos 30 minutos. Puede ocurrir en diferentes intervalos (generalmente no a diario) y es lo suficientemente grave como para interrumpir las actividades diarias. Además, no se relaciona significativamente con las deposiciones ni se alivia con el cambio de postura o la supresión de ácido. Los criterios que apoyan el dolor biliar, pero no son obligatorios, incluyen: dolor asociado con náuseas y vómitos, radiación del dolor a la espalda y/o región infraescapular derecha y dolor que despierta al paciente del sueño (39).

Respecto al tratamiento se optó por la administración de AINES, según UpToDate durante un ataque agudo de cólico biliar, el tratamiento se centra en el control del dolor. El control del dolor generalmente se puede lograr con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Se reserva el uso de los opioides (por ejemplo: morfina, hidromorfona, meperidina) para pacientes que tienen contraindicaciones para los AINES o que no logran un alivio adecuado del dolor con estos.

Se usa diclofenaco vía intramuscular para pacientes que acuden al servicio de Urgencias con cólico biliar. El tratamiento suele aliviar los síntomas en un plazo de 10 a 30 minutos. Luego, a los pacientes se les prescriben AINES orales (por ejemplo: ibuprofeno) para los ataques posteriores que pueden ocurrir mientras el paciente espera la colecistectomía (40).

CASO P

Diagnóstico: Hernia inguinal K 46.9

Referencia para servicio de Cirugía del Hospital José Agurto Tello.

Discusión del caso:

Según la guía práctica clínica de hernia inguinal del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional Cayetano Heredia en líneas generales y debido al riesgo de estrangulación, la cirugía electiva precoz debería ser la estrategia terapéutica adecuada para la hernia inguinal, incluso si es asintomática.

Un paciente con hernia inguinal reductible no complicada puede esperar hasta que se produzca la intervención quirúrgica; sin embargo, la presencia de alguno de los siguientes criterios como hernia crural de reciente aparición, antecedente de episodios de incarceration, dolor que produce incapacidad socio-laboral haría recomendable la cirugía en un plazo inferior a los 30 días (41).

UpToDate señala que, en pacientes con hernias inguinales o femorales no complicadas, la reparación quirúrgica está destinada a aliviar los síntomas y prevenir complicaciones futuras. Las indicaciones para la reparación quirúrgica de las hernias no complicadas son menos rígidas que las de las hernias complicadas y dependen del tipo de hernias (inguinal o femoral) implicadas, la gravedad de los síntomas y la preferencia del paciente. En pacientes seleccionados, la conducta expectante es una alternativa a la cirugía.

Para los pacientes con síntomas mínimos o nulos de una hernia inguinal, se sugiere la reparación electiva de la hernia o la espera vigilante para aquellos que deseen evitar la cirugía. Estos últimos pacientes deben carecer de dolor o malestar relacionado con la hernia que limite las actividades habituales o dificultad reciente para reducir la hernia. Los pacientes con una hernia inguinal crónicamente incarcerationada mínimamente sintomática pueden someterse a una espera vigilante (42).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Se realizó la primera rotación en el Departamento de Pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de enero a marzo de 2020, el cual está dividido en un servicio de Pediatría y un servicio de Neonatología, ambos en el pabellón 7. En el servicio de Pediatría se pudo rotar un mes y medio, donde cada 4 días se rotaba en diferentes áreas del mismo como salas de hospitalización divididas en lactantes menores, lactantes mayores, preescolares, escolares, Unidad de Monitoreo Pediátrico donde se realizaban las historias clínicas o evoluciones diarias para la visita médica con el asistente a cargo y todos los internos de medicina del servicio, además se rotaba por consultorio externo de Pediatría con un médico asistente realizando actividades como la atención directa de los pacientes, la realización de historias clínicas ambulatorias, recetas, asimismo cada 5 días aproximadamente se realizaban guardias de 12 horas nocturnas en la emergencia pediátrica del servicio en la cual se atendieron diversas patologías como asma, herpangina, diarreas, infecciones urinarias, quemaduras, resfrío común. Se tuvo también la oportunidad de rotar en el nuevo servicio de Cirugía Pediátrica y Neonatal en la cual se pudo asistir como segundo ayudante de cirugía en apendicectomías, colecistectomía, cirugía de restitución del tránsito intestinal por páncreas anular, enterocolitis necrotizante grado III.

Dentro de la primera rotación de Pediatría se realizó una rotación en el servicio de Neonatología de febrero a marzo de 2020 en la que se pudo rotar en salas de hospitalización de alojamiento conjunto de recién nacidos y puérperas, en

las que el interno de medicina realizaba las historias clínicas y evoluciones para la posterior presentación y discusión en la ronda médica diaria, los recién nacidos con alguna complicación al momento del parto o por patología previa de gravedad eran ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal en la cual el interno de medicina también era el encargado de realizar la historia clínica. Asimismo, el interno de medicina ingresaba a sala de operaciones con un asistente del servicio para recibir al recién nacido con alguna posible complicación como por una patología previa de una cesárea, también se recibía a los recién nacidos por parto vaginal en las salas de expulsivos, luego de la cual se los llevaba a un área especial para su primera evaluación, posterior a los 30 minutos de apego.

En ambos servicios del Departamento de Pediatría se realizaban presentaciones y discusiones diarias de casos clínicos, exposiciones diarias a cargo de cada uno de los diferentes internos de los servicios. La experiencia obtenida en esta primera rotación realizada servirá definitivamente para poder dar la mejor atención a nuestros pacientes como médicos generales, no solo en la parte médica sino también en la buena relación médico paciente, asimismo cumpliendo los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

En enero de 2020 se comenzó con la rotación en el servicio de Medicina Interna, el cual tiene 5 pabellones, se realizó dicha rotación en la sala de Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo. Desde el primer día se pudo ser partícipe del manejo integral del paciente y las múltiples comorbilidades con las que llegaban, siendo las más frecuentes diabetes mal controladas que llegaban con la secuela de un descuido de tratamiento; se vio pacientes amputados o que presentaban gran riesgo de perder algún miembro inferior, casos en los que en conjunto con el asistente se lograba un manejo efectivo no solo manejo médico, sino rehabilitación y curación de heridas como lo era el pie diabético.

Se vieron además situaciones críticas en los que algún paciente se complicó y su vida corría peligro. Pacientes entraban en paro cardiorrespiratorio, ocasiones como aquella en las que, en conjunto con los demás doctores con

experiencia, se aplicaban maniobras de resucitación para poder socorrer la vida del paciente, donde el manejo crítico y rápido era clave para superar situaciones así.

En otras ocasiones, llegaban a la sala de hospitalización pacientes de complejo manejo, lo que implicaba investigación en conjunto con los demás médicos, múltiples exámenes auxiliares, juntas médicas para discutir el caso y decidir cuál era el manejo más óptimo.

Muchas veces también se fue partícipe de procedimientos diagnósticos como punción lumbar en un paciente que necesitaba estudio de líquido cefalorraquídeo, muestra que fue procesada y con la que se pudo llegar al diagnóstico.

Múltiples procedimientos, como también una paracentesis en un paciente con ascitis masiva, en este caso además de diagnóstica también fue terapéutica, mediante este procedimiento se pudo aliviar el malestar del paciente.

Adicionalmente, se fue parte de guardias diurnas y nocturnas de 12 horas, en donde pacientes críticos y otros graves, llegaban a la emergencia y el interno tenía que hacer uso de sus capacidades para poder determinar el grado de urgencia que ameritaba cada paciente, momentos de aprendizaje en situaciones críticas que ayudaron en la atención de múltiples pacientes.

En hospitalización, el servicio de Medicina Interna de Julián Arce cuenta con 36 camas y con una estación en donde se evoluciona y prepara los planes de cada paciente que se llevará a cabo durante el día. En el pabellón el interno tenía asignado 6 camas aproximadamente, en las cuales se debía formular la historia clínica desde el ingreso del paciente, evolucionar la historia cada día, ver el curso de la patología. Cada mañana se pasaba visita médica con el asistente, residente a cargo de las camas y demás internos; en conjunto se conversaba con el paciente para averiguar sobre su malestar o mejoría día a día y se le examinaba de manera integral. Además, se discutía sobre la enfermedad en conjunto con las observaciones hechas por especialistas, para así poder decidir el mejor tratamiento, todo en beneficio del bienestar del paciente.

Se retornó a centros de salud en noviembre de 2020 en un contexto de pandemia por covid-19 en el que el interno tuvo que retomar sus actividades de formación académica, la mayoría de los internos fueron reubicados en establecimientos del primer nivel ya sea cerca o lejos de sus hogares. Fue un contexto diferente empezando desde el miedo por contagiarse del virus, donde se debieron tomar nuevas medidas de precaución que determinaron el día a día del interno de medicina en formación, entre ellas una nueva forma de atención al paciente guardando al menos 1 metro de distancia y utilizando el equipo de protección personal previsto por el centro de salud, la anamnesis y el examen físico se vieron con alguna limitación, ya que como pre profesional se debía ser muy cauteloso para evitar contagios.

Se tuvo la oportunidad de rotar en el Centro de Salud Progreso por 15 días de actividades cada mes y 15 días de descanso según resolución del MINSA. Se realizaron actividades de consultorio externo con la presencia del médico jefe del establecimiento, quien fue el tutor y nos guiaba inicialmente en cómo desarrollar la consulta, la historia clínica ambulatoria, el examen físico, el llenado de los documentos administrativos como recetas, órdenes para exámenes de laboratorio, hojas FUA, hojas HIS, referencias. Posteriormente, se nos dejaba atender directamente a los pacientes y realizar de forma autónoma tanto la consulta médica como la parte administrativa, siempre bajo su supervisión. Asimismo, se pudo hacer uso de las tecnologías de información y comunicación mediante telemedicina en 2 días debido a la coyuntura de un paro nacional de transportistas en la carretera central, lo que impidió realizar las actividades habituales en el centro de salud. Además, también se pudo asistir a una campaña de vacunación en la localidad Vallecito perteneciente a Lurigancho-Chosica como parte del Programa Nacional de Vacunación, en la cual como interno de medicina se atendían las dudas de los padres de familia y menores de edad que asistían. Por otro lado, también se pudo realizar técnicas de cirugía menor como suturas por mordeduras de perro o gato, muy prevalentes alrededor del centro, así como de heridas traumáticas por diversos objetos cortantes como vidrios, armas blancas, entre otros. También se pudo realizar historias clínicas en el Programa Contra la Tuberculosis, así como continuar el tratamiento anti tuberculosis, manejo de

contactos y consejería. El penúltimo mes de rotación del internado médico, en el mes de marzo, hubo un brote de casos de Dengue, por lo cual el centro fue notificado por la dirección de Epidemiología de DIRIS LIMA ESTE para la realización de cerco entomológico y reporte de pacientes sospechosos de Dengue con o sin criterios de severidad. Se pudo detectar casos probables de dengue sin criterios de severidad en la consulta médica, a los cuales se les solicitó exámenes para la confirmación de casos como ELISA IgM, ns1 en suero según los días desde el inicio de los signos y síntomas que manifestaba el paciente.

Finalmente, todas las experiencias vividas tanto en los hospitales de inicio del internado médico pre pandemia como en el centro de salud posterior a la reintegración siguiendo los lineamientos del MINSA son parte fundamental de la formación como futuros médicos generales con conocimientos y habilidades que podrán ser empleados en el manejo médico y no farmacológico de pacientes que podremos ayudar de forma integral bajo un enfoque biopsicosocial.

CONCLUSIONES

-Se pudo determinar que la terapéutica realizada en el centro de salud del primer nivel de atención se correlaciona con el manejo de las guías de práctica clínica siguiendo el modelo de medicina basada en evidencias.

-Se determinó que en el primer nivel de atención el tratamiento no farmacológico es fundamental para la adherencia del paciente, así como para una mejor evolución hasta incluso remisión de su enfermedad, incluyendo el manejo multidisciplinario con el área de nutrición, psicología, obstetricia, según el requerimiento de cada caso médico en particular.

- Se pudo determinar que para poder adquirir conocimientos médicos como internos de medicina, se puede considerar como opción realizar las prácticas en centros de salud del primer nivel de atención donde se puede ser parte del tratamiento activo de pacientes con diversas patologías y las más prevalentes.

-Se concluyó que la función del médico en sí no es solo diagnosticar patologías, sino también tratar a los pacientes y ser parte del manejo integral, solventando las dudas y preocupaciones del paciente respecto a la patología y manejo.

RECOMENDACIONES

-Se recomienda poder sustentar el diagnóstico y tratamiento en base a las últimas actualizaciones de las guías clínicas siguiendo la mejor evidencia científica disponible para otorgar el mejor tratamiento al paciente.

-Se sugiere realizar un manejo integral del paciente dando la misma prioridad a la parte no farmacológica como base del tratamiento para una mejor evolución, teniendo siempre presente la relación médico paciente.

-Se recomienda priorizar en el primer nivel de atención la continuación de tratamiento de patologías crónicas que por motivo de pandemia quedaron desatendidas.

-Se sugiere, como internos en formación, realizar el internado en el primer nivel de atención ya que ayudaría a completar la formación que se necesita viendo las enfermedades de mayor prevalencia en la población y que se pondrá en práctica en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Memoria anual del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima: Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; 2019. [Citado 12 de abril de 2021] Disponible en: http://hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_f61aa941b9f0073_.pdf
2. Instrumentos de gestión. Hospital Nacional Dos de Mayo [Internet] Disponible en: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2018/10_Octubre/RD_162_2018_PLAN_CONTIN_PROCESION.pdf [citado 14 abr 2021]
3. Resolución Ministerial No 622-2020/MINSA. Lima: Ministerio de la Salud; 2020.
4. Luna A. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Ginecología y Obstetricia; 2018.
5. Ross J, Chacko M. Diagnóstico y manifestaciones clínicas de la enfermedad pélvica inflamatoria [Uptodate]; 2020. [Citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis>
6. Wiesenfeld H. Enfermedad pélvica inflamatoria: tratamiento en adultos y adolescentes [Uptodate]; 2021. [Citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents>

7. Guevara E, et al. Diabetes y gestación. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018. p. 332-341.
8. Durnwald C. Diabetes mellitus en el embarazo: screening y diagnóstico [Uptodate]; 2021. [Citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diabetes-mellitus-in-pregnancy-screening-and-diagnosis>
9. Guevara E, et al. Infección del tracto urinario en el embarazo. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018. p. 102-109.
10. Hooton T, Gupta K. Infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática en la gestación [Uptodate]; 2019. [Citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy>
11. Essalud. Guía de detección temprana del cáncer de mama. 2019. [Internet] Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/DIREC_DETECCION_TEMP_CANCER_MAMA.pdf [citado 14 abr 2021]
12. American College of Radiology. [Internet] Disponible en: <https://acsearch.acr.org/docs/3091546/Narrative/>
13. Pradenas M. Infecciones cérvico vaginales y embarazo [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706406>
14. Sobel J. Vulvovaginitis candidiásica. [Uptodate]; 2020. [Citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment>
15. Huaman K. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Guía de práctica clínica. Lima: Hospital Nacional Arzobispo Loayza; 2021. p. 15-27.
16. Kahrilas P. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de reflujo gastroesofágico en adultos [Uptodate]; 2020. [Citado 12 de abril de

- 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-gastroesophageal-reflux-in-adults>
17. Kahrilas Peter. Manejo médico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos [Uptodate]; 2020. [Citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/medical-management-of-gastroesophageal-reflux-disease-in-adults>
 18. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía técnica. Lima: Ministerio de Salud; 2016.
 19. Feldman E. Manejo de la neuropatía diabética [Uptodate]; 2020. [Citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-neuropathy>
 20. Guía de práctica clínica para la atención de casos de dengue del Perú. Guía técnica. Lima: Ministerio de Salud; 2018 [Internet]. [citado el 15 de abril del 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2366.pdf>
 21. Thomas S, Rothman A, Srikiatkachorn A, Kalayananrooj S. Infección clínica por el virus del dengue. [Uptodate], 2021. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis>
 22. Carpio R, Goicochea-Lugo S, Chávez J, Santayana N, Collins J, Robles J. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud). An Fac med. 2018 Dec 30;79(4):351.
 23. Knight C, Deyo R. Tratamiento de dolor lumbar agudo. [Uptodate] [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain>
 24. Guía de práctica clínica del Asma Bronquial en niños. Lima: Hospital de Emergencias Pediátricas. [Citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/136735110401%20GPSEU%20ASMA%20BRONQUIAL.pdf>

25. Guía española para el manejo de asma. Madrid; 2017. p. 37-70. [Citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.semg.es/images/documentos/docs_varios/GEMA_43.pdf
26. Sawicki G, Haver K. Asma en niños menores de 12 años: Manejo de asma persistente con terapias de control [Uptodate]; 2020. [Citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/asthma-in-children-younger-than-12-years-management-of-persistent-asthma-with-controller-therapies>
27. Diaz C, Mestanza G. Urticaria en pediatría. Manual de urgencias y emergencias en Pediatría. Lima: Instituto Nacional de Salud del Niño; 2018. p. 136-138
28. Guía de práctica clínica de la urticaria y el angioedema en niños. Lima: Hospital de Emergencias Pediátricas. [Citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/136735175905%20GPSEU%20URTICARIA%20ANGIOEDEMA.pdf>
29. Asero R. Urticaria de nueva aparición. [Uptodate]; 2020. [Citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria>
30. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores del Hospital Nacional del Niño. Faringoamigdalitis. 2019. [Internet] Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2019/RD%20N%C2%B0%2000260-2019-DG-INSNSB%20INFECCIONES%20AGUDAS%20DE%20LAS%20V%C3%8DAS%20RESPIRATORIAS%20SUPERIORES.pdf>
31. Pichichero M. Tratamiento y prevención de la faringitis estreptocócica en niños. 2021. [Internet] [Uptodate]; 2021. [Citado el 15 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children>
32. Baddour L. Impétigo. [Uptodate]; 2021. [Citado el 15 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/impetigo>

33. Pérez-De la O A. Impétigo ampolloso [Internet]. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm175h.pdf>
34. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Lima: Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa; 2011. p. 2-11.
35. Martin R, Kang S. Apendicitis aguda en adultos: evaluación diagnóstica [Uptodate]; 2019. [Citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation>
36. Smink D, Soybel D. Manejo de apendicitis aguda en adultos [Uptodate]; 2021. [Citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults>
37. Norma técnica para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
38. Baddour L, Harper M. Mordedura por animales (perros, gatos y otros animales): evaluación y manejo. [Uptodate]; 2021. [Citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management>
39. Zakko S. Descripción general de la enfermedad de cálculos biliares en adultos. [Uptodate]; 2021. [Citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults>
40. Nezam A. Abordaje del manejo de los cálculos biliares. [Uptodate]; 2021. [Citado el 15 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones>
41. Guía de práctica clínica de hernia inguinal. Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2016. [Internet] [Citado el 15 de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_510_2016.pdf

42. Brooks D. Descripción general del tratamiento de la hernia inguinal y femoral en adultos. [Internet] [Citado el 15 de abril]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults>

ANEXOS

ANEXO N°1

Diagnostic criteria for the 100-gram three-hour GTT to diagnose gestational diabetes mellitus

	Plasma or serum glucose level Carpenter/Coustan	
	mg/dL	mmol/L
Fasting	95	5.3
One hour	180	10.0
Two hours	155	8.6
Three hours	140	7.8

100-gram oral glucose load is given in the morning to a patient who has fasted overnight for at least 8 hours. Glucose concentration greater than or equal to these values at two or more time points are generally considered a positive test, but in 2017, an American College of Obstetricians and Gynecologists practice bulletin stated that clinicians may reasonably consider one elevated value diagnostic of a positive test.^[1]

GTT: glucose tolerance test.

References:

1. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 180: Gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol* 2017; 130:e17.

Data from: VanDorsten JP, Dodson WC, Espeland MA, et al. National Institutes of Health consensus development conference statement: Diagnosing gestational diabetes mellitus. *NIH Consens State Sci Statements* 2013; 29:1.

UpToDate®

ANEXO N°2

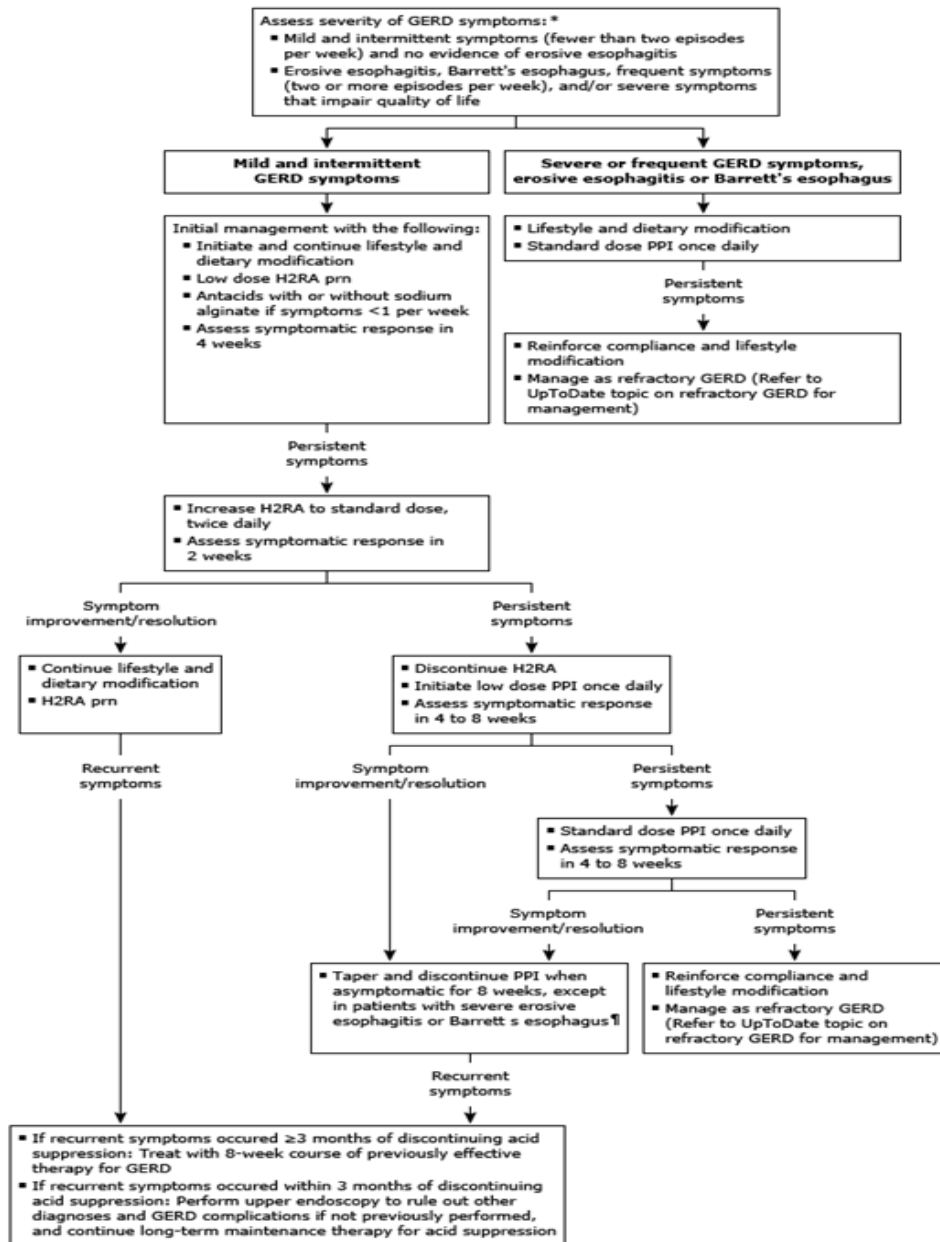
Antibiotics for asymptomatic bacteriuria and cystitis in pregnancy

Antibiotic	Dose	Duration	Notes
Nitrofurantoin	100 mg orally every 12 hours	Five to seven days	Does not achieve therapeutic levels in the kidneys so should not be used if pyelonephritis is suspected. Avoid use during the first trimester and at term if other options are available.
Amoxicillin	500 mg orally every 8 hours or 875 mg orally every 12 hours	Five to seven days	Resistance may limit its utility among gram-negative pathogens.
Amoxicillin-clavulanate	500 mg orally every 8 hours or 875 mg orally every 12 hours	Five to seven days	
Cephalexin	250 to 500 mg orally every 6 hours	Five to seven days	
Cefpodoxime	100 mg orally every 12 hours	Five to seven days	
Fosfomicin	3 g orally as single dose		Does not achieve therapeutic levels in the kidneys so should not be used if pyelonephritis is suspected.
Trimethoprim-sulfamethoxazole	800/160 mg (one double strength tablet) every 12 hours	Three days	Avoid during the first trimester and at term.

The durations listed in the table are based on data from studies conducted in both nonpregnant and pregnant women.

ANEXO N°3

Approach to the initial management of patients with GERD



* Upper endoscopy is not required in the presence of typical GERD symptoms of heartburn or regurgitation. We recommend an upper endoscopy if the diagnosis of GERD is unclear and to evaluate alarm features or abnormal imaging if not performed within the last three months. Upper endoscopy should also be performed to screen for Barrett's esophagus in patients with risk factors. Refer to UpToDate content on management of GERD.

† Patients with severe erosive esophagitis or Barrett's esophagus should remain on maintenance acid suppression with a PPI, as they are likely to have recurrent symptoms and complications if acid suppression is decreased or discontinued.

UpToDate®

Pharmacotherapy for painful diabetic neuropathy: Relevant comorbidities for drug selection

Drug class	Comorbidities favoring use	Comorbidities favoring avoidance
Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duloxetine* ▪ Venlafaxine 	Depression Anxiety	Restless legs syndrome Sexual dysfunction (for venlafaxine) Angle-closure glaucoma
Tricyclic antidepressants (TCAs) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amitriptyline ▪ Nortriptyline ▪ Desipramine 	Depression Anxiety Insomnia	Cardiac disease Prolonged QTc Orthostatic hypotension Sexual dysfunction Urinary retention Angle-closure glaucoma
Gabapentinoid anticonvulsants <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregabalin* ▪ Gabapentin 	Restless legs syndrome Essential tremor Insomnia	Substance abuse Peripheral edema Chronic obstructive pulmonary disease

* Approved by the US Food and Drug Administration for diabetic neuropathy.

Modified Alvarado score for diagnosis of appendicitis

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

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

C: centigrade; F: fahrenheit.

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

UpToDate®

ANEXO N°6

Dog and cat bites: Oral antibiotic regimens for prophylaxis and empiric treatment*

Antibiotic	Adults	Children and infants >28 days old ^[1]
Agent of choice		
Amoxicillin-clavulanate	875/125 mg twice daily	7:1 formulation: 22.5 mg/kg (amoxicillin component) twice daily (maximum 875 mg amoxicillin and 125 mg clavulanate per dose) OR 4:1 formulation: 10 mg/kg (amoxicillin component) 3 times daily (maximum 500 mg amoxicillin and 125 mg clavulanate per dose) OR 14:1 formulation: Not ideal for this use unless clinician increases the amoxicillin component dose to 45 mg/kg twice daily [¶]
Alternate regimens include^A:		
One of the following agents with activity against <i>Pasteurella multocida</i> ^o :		
Doxycycline [§]	100 mg twice daily	1 to 2 mg/kg twice daily (maximum 100 mg per dose) [‡]
TMP-SMX [§]	1 double-strength tablet twice daily	4 to 6 mg/kg (trimethoprim component) twice daily (maximum 160 mg trimethoprim per dose)
Penicillin V	500 mg 4 times daily	12.5 mg/kg 4 times daily (maximum 500 mg per dose)
Cefuroxime	500 mg twice daily	10 to 15 mg/kg twice daily (maximum 500 mg per dose)
Ciprofloxacin	500 to 750 mg twice daily	Use with caution in children <18 years of age [‡] : 10 to 15 mg/kg twice daily (maximum 750 mg per dose)
Levofloxacin	750 mg daily	Use with caution in children <18 years of age [‡] : ≥6 months old and <50 kg: 8 to 10 mg/kg twice daily (maximum 375 mg per dose) ≥50 kg: 750 mg once daily
PLUS		
One of the following agents with anaerobic activity:		
Metronidazole	500 mg 3 times daily	10 mg/kg 3 times daily (maximum 500 mg per dose)
Clindamycin [§]	300 to 450 mg 3 times daily	10 mg/kg 3 times daily (maximum 600 mg per dose)
OR		
Monotherapy with a fluoroquinolone:		
Moxifloxacin [†]	400 mg daily	Not recommended; insufficient experience

The doses recommended above are intended for patients with normal renal function; the doses of some of these agents must be adjusted in patients with renal insufficiency. Additional coverage for certain gram-positive pathogens may also be warranted (eg, if the patient has risk factors for colonization with community-acquired MRSA). Refer to the UpToDate topics on soft tissue infections due to animal bites and MRSA treatment for recommendations.

TMP-SMX: trimethoprim-sulfamethoxazole; MRSA: methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

^o The duration of antibiotic prophylaxis is 3 to 5 days; the duration of antibiotic therapy for established infection is 5 to 14 days.

[¶] The use of increased doses of amoxicillin-clavulanate may be considered in pediatric patients with infected bite wounds.

^A The preferred regimen for children allergic to penicillin is TMP-SMX OR extended-spectrum cephalosporin PLUS clindamycin. Alternative regimens for adults allergic to penicillin or beta-lactams include doxycycline, OR TMP-SMX, OR a fluoroquinolone (ciprofloxacin or levofloxacin) PLUS metronidazole, OR moxifloxacin (may be used as monotherapy).

^o The following agents have poor activity against *P. multocida* and should be avoided: cephalexin, dicloxacillin, and erythromycin.

[§] Doxycycline, TMP-SMX, and clindamycin may also be active against MRSA. If clindamycin is used for MRSA, confirm susceptibility.

[‡] Teeth staining can occur with repeated course of doxycycline among young children (<8 years); use with caution.

[‡] Use of fluoroquinolones in children should be limited to the treatment of infections for which no safe and effective alternative exists or in situations where oral therapy is a reasonable alternative to intravenous therapy with a different class of antibiotics.^[2]

[†] Moxifloxacin has good anaerobic activity and can be used as monotherapy.^[3]

Data from:

- American Academy of Pediatrics. Tables of Antibacterial Drug Dosages. In: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Itaska, IL 2018, p.914.
- American Academy of Pediatrics. Fluoroquinolones. In: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Itaska, IL 2018, p.904.
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:147.

UpToDate®