



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DEL MINSA, ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**ANDY CODOAL HUAMAN VILLAFUERTE
JOHANA DANA E RODRIGUEZ SULCA**

ASESOR

DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCIA

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DEL MINSA, ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANDY CODOAL HUAMAN VILLAFUERTE
JOHANA DANAE RODRIGUEZ SULCA**

**ASESOR
DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCIA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

PRESIDENTE: Mg. Alejandra Parhuana Bando

MIEMBRO: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

MIEMBRO: M.E. Ramón Romel Silva Romero

DEDICATORIA

A mi familia que con su esfuerzo y renunciando a todo, me permitieron cristalizar mis metas. A quiénes siempre supieron extenderme su ayuda en los momentos difíciles y hoy, son mis amigos. A todas las personas que la vida me regaló, y de alguna forma han contribuido a que llegue asta aquí... Aún hay más.

Huamán Villafuerte, A.

A mis padres por su infinito amor, apoyo y confianza, sin ellos nada de esto sería posible. A mi familia que estuvo ahí y pudo extender las esperanzas para seguir y no perder el aliento, pues saben que el logro de uno es el de todos.

Rodríguez Sulca, J.

INDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	2
1.2 Rotación de Gineco obstetricia.	6
1.3 Rotación de Medicina Interna	11
1.4 Rotación de Pediatría	15
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	19
2.1 De los Establecimientos de Salud	19
2.2 De la Inducción al trabajo de internado médico	20
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
3.1 Rotación de Cirugía	22
3.2 Rotación de Gineco obstetricia	25
3.3 Rotación de Medicina Interna	29
3.4 Pediatría	33
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	38
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	52
1. Tabla de características de establecimientos de salud	53
2. Lista de abreviaturas	54

RESUMEN

El internado médico es parte de la formación de pregrado del estudiante de medicina, tiene por objetivo integrar los conocimientos aprendidos en la aplicación de casos reales bajo la supervisión de los tutores. Se realiza clásicamente en ambientes hospitalarios, debido a la pandemia de Covid19, muchos internos migraron a establecimientos del primer nivel de atención.

Objetivo: describir las competencias adquiridas en cada rotación y exposición de casos clínicos recogidos en la experiencia del internado desarrollado entre enero de 2020 a abril de 2021.

Metodología: recopilación directa de información y análisis de la práctica clínica según medicina basada en evidencias.

Conclusiones: el primer nivel de atención permite el desarrollo de ciertas cualidades; sin embargo, necesita complementarse con rotaciones en el tercer nivel para una íntegra formación del interno de medicina.

Palabras clave: internado médico, primer nivel de atención.

ABSTRACT

The medical internship is part of the undergraduate training of the medical student, it aims to integrate the knowledge learned in the application of real cases under the supervision of tutors. It is classically performed in hospital settings, due to the Covid19 pandemic, many inmates migrated to first-level care facilities.

Objective: to describe the skills acquired in each rotation and presentation of clinical cases collected in the experience of the internship developed between January 2020 and April 2021.

Methodology: direct compilation of information and analysis of clinical practice according to evidence-based medicine.

Conclusions: the first level of attention allows the development of qualities; however, it needs to be complemented with rotations at the third level for a complete training of the medical intern.

Keywords: medical internship, first level of care.

INTRODUCCIÓN

En Perú, existen 46 facultades de medicina humana hasta abril de 2021. Todas cuentan con un programa de internado médico dentro de sus mallas curriculares, coinciden en que este se desarrolla en el último año de la carrera, en el cual vuelcan su aprendizaje teórico - práctico en la casuística real de un ambiente hospitalario.

Los Establecimientos de Salud (EESS) en nuestro país, se ordenan por niveles de atención⁽¹⁾. Tradicionalmente, el ambiente de desarrollo es un hospital; puesto que la enseñanza médica tiene un enfoque orientado al aprendizaje de destrezas en el tercer nivel de atención; debido a que, por lo general, estos centros están dotados de mayores recursos humanos, insumos para exámenes auxiliares y mayor capacidad de resolución, lo que les permitirá resolver con mayor facilidad los problemas de los usuarios de salud.

En la Facultad de medicina de la universidad de San Martín de Porres (FMH-USMP), el internado cuenta con una variada oferta de establecimientos de salud en Lima, capital del país, y las regiones nacionales, estas pertenecen al ministerio de salud (Minsa) y otras a Essalud, que constituye el seguro social de los trabajadores, hospitales del fuero policial y militar, así como de algunas clínicas privadas. El proceso de adjudicación suele darse por el orden de mérito alcanzado por los estudiantes durante todos sus años de carrera ⁽²⁾.

La decisión de los estudiantes de medicina, para la adjudicación de sus plazas de internado, está sujeta a factores como la cercanía de sus domicilios, el conocimiento de casuísticas de ciertos hospitales, el prestigio que cada

establecimiento ostenta, la cantidad y variedad de especialistas con las que cuenta, el financiamiento que estos establecimientos tengan, lo cual va a permitir el poder tener mayor capacidad de resolución de problemas y experiencias previas adquiridas durante las rotaciones clínicas de la carrera.

El 15 de marzo de 2020, el presidente de la República del Perú⁽³⁾, a través de un mensaje a la nación, dicta las primeras medidas de control social, en vista de los primeros casos del *SarsCov-2* en este contexto y debido a las dificultades logísticas que cada establecimiento tiene o tuvo en su momento, se vieron suspendidas las actividades de los internos hasta nuevo aviso. Debido a la magnitud del impacto de la Covid19 en el Perú, este regreso fue retrasado y no se anunciaría sino hasta mediados de julio con el DU090-202, el cual señala el retorno de los internos de ciencias de salud a los establecimientos⁽⁴⁾, más adelante con la RM622-2020 lineamientos para la incorporación progresiva de los internos de ciencia de salud, se procuraron medidas que generaron cambios a la condición en que los internos realizaban anteriormente sus actividades antes de la pandemia⁽⁵⁾.

En octubre del 2020, los internos comenzaron a retornar progresivamente a los establecimientos, esta vez con estricto cumplimiento de las normas que muchas veces no se cumplían en la realidad, como contar con equipo de protección personal, un contrato entre el interno y el ministerio de salud, la activación de los seguros de salud, una póliza de seguro de vida, entre otros.

En algunos casos, los internos pudieron regresar a sus hospitales habituales; pero, debido a la reducción de aforos y al aumento de los casos de infección entre personal de salud, muchos optaron por elegir establecimiento del primer nivel de atención, lo cual constituyó una experiencia totalmente nueva para el desarrollo de actividades en cada interno; pero, cabe señalar que cada estudiante de medicina tuvo muy corta o poca experiencia en el primer nivel de atención pues su formación no estaba adecuada para esta situación.

Los meses en los cuales se vieron interrumpidas las actividades de internado en sedes hospitalarias las facultades de medicina tuvieron diversos mecanismos de reacción a la falta de continuidad de formación que los internos iban a tener, comenzaron a darse salidas como internados virtuales,

sin embargo mediante un comunicado SUNEDU indica que las prácticas correspondientes al año de internado médico deben ser eminentemente presenciales y desautorizando alguna práctica virtual⁽⁶⁾ por las que en diferentes universidades se suspendió esa modalidad y sólo se continuó con el aprovechamiento de teorías virtuales debido a las nuevas restricciones sociales en el contexto de la pandemia Covid-19. Vale aclarar que en pocas oportunidades como estudiantes de pregrado se tuvo reuniones o discusiones de casos clínicos vía conferencias virtuales, éstas comenzaron a tener un cambio dramático y favorecieron el afianzamiento de los recursos digitales entre alumnos y principalmente en los docentes, para así poder continuar con la enseñanza médica.

A finales del mes de septiembre del 2020 comenzó una disminución de casos en el país, esto generó la oportunidad para que el ejecutivo diera facilidades para el retorno de las actividades de internos de ciencias de la salud. Los internos de medicina del país se manifestaron a favor de un retorno de prácticas presenciales, pero bajo condiciones en la cual se reconozca el rol del interno dentro de cada establecimiento de salud, en donde se le pueda proveer de condiciones mínimas de bioseguridad, así como un estipendio mensual lo cual favoreció a mitigar la crisis económica que se sumó, a la crisis sanitaria que nuestro país ya venía pasando.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es un paso necesario para la formación de todo médico cirujano en el país. Este proceso permite afianzar los conocimientos adquiridos a lo largo de toda la carrera profesional, ya que, al enfrentarse a casos reales, esa experiencia sirve para poder mejorar el desenvolvimiento de cada estudiante ante las diversas situaciones que el desafío clínico demande.

El internado médico si bien forma parte del pregrado en medicina, no se puede comparar a ninguna otra asignatura, debido a que siendo internos de medicina se establecen características de cualquier otro trato laboral en las que el interno siendo la base de la jerarquía entre el personal asistencial de cualquier establecimiento realiza actividades que permiten el funcionamiento en las áreas de hospitalización y emergencia formando parte del grupo de trabajo, ya que reciben la responsabilidades de realizar evoluciones clínicas y otras enfocadas al cuidado del paciente que van adquiriendo particularidad según la rotación en la que el interno se encuentre.

Particularmente los autores durante el tiempo en que se realizó el internado médico pudieron observar una gran variedad de casos clínicos, en este trabajo se va a presentar algunas de las situaciones médicas correspondiente a cada una de las rotaciones que son parte de este último año de pre grado.

1.1 Rotación de Cirugía

Caso 1

Paciente JAMH, varón de 32 años, acude a emergencia refirió como síntomas principales dolor abdominal y fiebre. El paciente detalla que hace 2 días presentó leve dolor abdominal difuso con EVA 3/10 que cedió parcialmente al uso de naproxeno. Hace un día, el paciente refiere que el dolor se torna persistente por la mañana, más en lado derecho de abdomen, por la tarde se añade temperatura de 38.1°C por lo que recibió paracetamol sin mostrar mejoría, el dolor comenzó a aumentar hasta el final de la noche, el dolor aumenta 6/10, el día de hoy se presenta a las 7:00 de la mañana a emergencia con temperatura de 38.2°C y presenta un dolor abdominal 7/10, el paciente refiere disminución del apetito y prefiere estar sentado.

Examen físico de emergencia: FC:105 lpm, FR:18 rpm, PA:125/80mmHg, SatO2:97%.

Piel y mucosas: fina, elástica, llenado capilar <2”; sin adenopatías.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no se escuchan ruidos agregados; aparato cardiovascular: ruidos cardíacos de buena intensidad frecuencia levemente aumentada, no soplo audible.

Abdomen: no globuloso, doloroso a la palpación superficial y profunda, Bloomberg (+), Rovsing (+).

Neurológico: Glasgow en 15, sin signos meníngeos. El paciente es admitido con el diagnóstico: síndrome doloroso abdominal para descartar apendicitis aguda.

El paciente es atendido en el tópico de emergencia donde se le coloca vía periférica, analgésicos.

Pruebas de laboratorio e imágenes. Presentó hemograma: leucocitos:12500mm³, abastionados: 15, segmentados: 65%, hemoglobina:15.2mg/dL, hematocrito: 44.2%, plaquetas: 170,000 mm³; perfil de coagulación, TP: 18.07”, INR:1.45, TPTa: 6.5, «O» Rh positivo; glucemia:

98mg/Dl; PCR:20mg/dL; urea: 47; creatinina: 1.05; amilasa sérica: 28; lipasa: 21; perfil hepático BT: 1.60, BD: 0.9, BI: 0.52, FA: 100; albúmina en 328 TGO: 25; TGP:28; GGT: 135; examen de orina: amarillo claro, densidad:1020mg/mL, , leucocitos de 4 a 6 por campo, células epiteliales escasas, gérmenes negativo, nitritos negativo, prueba Covid19: IgM (No Reactivo) IgG (Reactivo).

Caso 2

Paciente varón de 34 años, soldador, procedente del distrito de San Juan de Lurigancho, refirió que fue atacado hace 02 días por un perro callejero conocido, que vive en los alrededores de la comisaría local. Manifiesta haber acudido a establecimiento de salud cercano en donde le proporcionaron atención de la herida, antibióticos y analgésicos, niega fiebre. Refiere que, en la posta a la que acudió tras mordedura, le indicaron ir al centro de vacunación antirrábica; puesto que, allí no contaban con insumo. Hoy se presenta en el consultorio de urgencia en compañía de su familiar, quien es trabajador del área de servicio del establecimiento.

Al examen físico: FC:78 lpm, FR:16 rpm, PA:100/80mmHg, SatO₂:98%. Peso: 66 Kg. Miembro superior: paciente presenta herida por mordedura animal en palma de mano derecha, se evidenció 4 puntos heridas, la mayor de 3x2cm, por 1cm de profundidad no afrontada y cubierta con una tela, se evidencia herida con signos de penetración dentaria canina con bordes eritematosos activos, doloroso a la palpación superficial, leve aumento de volumen localizado. Conserva sensibilidad y moviliza dedos con rangos dentro de la normalidad.

Se le solicita prueba antigénica de Covid19 con resultado negativo, se procede a realizar lavado de herida con afronte y se ordena pase a inmunización para aplicación de profilaxis post-exposición.

Caso 3

Paciente, varón de 37 años, acude a emergencia refiriendo dolor abdominal desde hace más o menos 10 horas que inició en epigastrio, 5 horas antes del ingreso, el dolor migra a fosa ilíaca derecha aumentando de intensidad de 3/10 a 6/10, acompañado de náuseas y vómitos de contenido líquido en una ocasión. Además, refiere pérdida de apetito y sensación de alza térmica no cuantificada. Antecedentes de importancia: niega.

Al examen físico: PA 120/80mmHg, T° 38,5°C, FC: 100 lpm, FR: 20 rpm, Sat:99%.

Piel y mucosas: caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar <2" No palidez.

Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Pulsos periféricos conservados.

Abdomen: Leve distendido, ruidos hidroaéreos (+), doloroso a la palpación, Mc Burney (+), Blumberg (+). GU: PPL (-)

SNC: Lúcido, orientado, ubicado en tiempo espacio y persona. No signos de focalización.

Exámenes auxiliares: Grupo y factor: O+ Hemoglobina (Hb): 17,5 Hto:49,4% Leucocitos: 18000, Plaquetas:136000 Abastionados: 10%. PCR:4 Prueba rápida Covid-19: IgM (reactivo). Ecografía: Exámenes auxiliares: barrido ecográfico en corte longitudinal y transversal sugestivo de proceso inflamatorio apendicular.

Diagnostico:

- Sd. Febril
- Apendicitis aguda
- Infección aguda por Covid19

Plan: se solicita complementar exámenes prequirúrgicos. Apendicetomía abierta.

Caso 4

Paciente, mujer de 62 años, acude a emergencia por presentar dolor abdominal, desde hace más o menos 4 días de tipo cólico intermitente en fosa iliaca izquierda e hipogastrio de intensidad 3/10; refiere que, hace 2 días, se le agregan náuseas, hiporexia y el dolor aumenta de intensidad a 5/10, el día del ingreso se le agrega fiebre (38°C) y vómitos en 3 ocasiones de contenido alimenticio, por lo que familiar le trasladó al hospital. Paciente indica que, desde hace varios meses, presenta episodios de estreñimiento. Niega otros antecedentes.

Examen físico: mal estado general, Parente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

Piel: Caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar <2. No palidez, no ictericia.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, doloroso a la palpación, en fosa iliaca izquierda.

Examen auxiliar: Grupo y factor: O - Leucocitos: 19700mm³, Hb:12 mg/dl, Hto: 35%, Plaquetas: 25500, Abastionados 7 %. Prueba rápida Covid-19 (no reactiva) Examen de orina negativo. Tomografía: absceso pericólico, Hinchey grado 1.

Plan:

- Hidratación EV, analgesia, antibioticoterapia empírica. Se hospitaliza.

Diagnóstico:

- Diverticulitis, Hinchey 1.
- Síndrome doloroso abdominal.
- Síndrome febril.

1.2 Rotación de Ginecología.

Caso 5

Paciente, mujer de 26 años, acude a emergencia por presentar: dolor en hemiabdomen inferior asociado a un sangrado transvaginal escaso.

Paciente refiere que, hace un día, tuvo un sangrado transvaginal escaso diferente a la menstruación habitual en las últimas 12 horas; se agrega un dolor abdominal de inicio insidioso y curso progresivo. La paciente refiere no cuidarse con ningún método anticonceptivo. FUM: hace 8 semanas G2P0020

Al examen físico, se encuentra con temperatura en 37.2°C, FC: 110 lpm; FR: 16 rpm; PA: 95/68 mmHg. Piel: elástica, hidratada, con frialdad, distal palidez +/-+++,

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, de frecuencia aumentada, no se auscultan soplos.

Aparato respiratorio: amplexación conservada murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax no ruidos agregados.

Abdomen: no distendido sonoridad conservada ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho;

Genitourinario: puño percusión lumbar: negativo.

Tacto vaginal: se palpa útero tamaño conservado, no se palpan anexos; paciente manifiesta leve dolor durante el examen y se evidencia sangrado en canal vaginal, orificio cervical externo cerrado. Se le solicita exámenes y ecografía transvaginal.

Hemograma: leucocitos: 7500, segmentados: 60, hemoglobina:11.2mg/dL, hematocrito: 44.2 %. Plaquetas: 260,000 con una b-HCG cualitativa: positiva,

Plan de trabajo: Control de funciones vitales y observación de signos alarma, Beta-HCG cuantitativa, ecografía transvaginal, solicitar exámenes prequirúrgicos expectantes.

La paciente durante el monitoreo de funciones vitales: FC: 135 lpm; PA: 90/60 mmHg y se le nota hipoactiva, por lo que se decide abordaje quirúrgico: laparotomía exploratoria de emergencia, los hallazgos intraoperatorios

informaron solución de continuidad en trompa uterina derecha con presencia de saco gestacional a nivel de la ampolla con hemoperitoneo 600cc aproximadamente, se procedió a una salpingectomía derecha por compromiso de trompa. Tras recuperación adecuada, se traslada a piso de ginecología para evolución clínica, que fue favorable.

Caso 6

Paciente, mujer de 35 años vendedora de comida, referida de su centro de salud, se presentó en la semana 24 de gestación por una alteración de Test de Sullivan y en el test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG). G3P2002. Gesta1: masculino por parto vaginal, 39 semanas, 3400g hace 12 años. Gesta 2: femenino parto por cesárea, 38 semanas cesárea por bradicardia fetal, 3800g hace 4 años. Gesta 3: actual.

Actualmente, en la semana 35 de gestación según ecografía de primer trimestre, acude a emergencia, procedente de consultorio de ginecología por polihidramnios peso fetal 3650g.

Al examen físico: FC:89 lpm, FR:19 rpm, PA:135/100 mmHg, Altura uterina en 36cm, longitudinal cefálico izquierdo aún latidos cardíacos fetales en 140 sin dinámica uterina.

Plan de trabajo: se decide hospitalización de la paciente en unidad de embarazo patológico

Se solicita hemograma completo grupo sanguíneo y proteinuria de 24h: 220mg/dL, glucosa en sangre, y hemoglucotest ayunas, post almuerzo 2h y a las 10pm

A los 3 días de hospitalización, se evidencia controles glucémicos normales, presión en valores normales por lo que se le da de alta, previa confirmación de exámenes prequirúrgicos y se le cita para cesárea electiva a las 37 semanas.

Caso 7

Paciente, mujer de 25 años (G1 P0000), proveniente de Lima, ama de casa, con domicilio en San Juan de Lurigancho, traída por personal policial al servicio de emergencia. Paciente refiere que sufrió un accidente de tránsito en calidad de peatón; mientras cruzaba la calle, fue impactada y expulsada aproximadamente dos metros de distancia por una mototaxi. Indica dolor abdominal y sangrado transvaginal, niega pérdida de consciencia, niega náuseas y vómitos. Antecedentes de importancia: embarazo de 28 semanas de gestación. Niega otros antecedentes de importancia.

Examen físico: PA 110/70 mmHg, FC: 110 lpm, FR: 21 rpm, Sat: 97%. Paciente despierta, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona.

Cabeza: Equimosis en región frontal derecha.

Piel: Caliente, hidratada, elástica. llenado capilar <2". no palidez. Escoriaciones y equimosis de más o menos 2x2 cm en región maxilar derecha, equimosis 5x4cm en cara lateral de brazo derecho.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos regulares taquicárdicos, regulares de buena intensidad, no soplos. Pulsos periféricos presentes.

Aparato respiratorio: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.

Abdomen: abdomen grávido, ruidos hidroaéreos (+), doloroso a la palpación. AU: 31cm. LCF: 100 Movimientos fetales disminuidos. Útero rígido ++/+++

GU: sangrado transvaginal de aspecto rojo oscuro de regular cantidad.

Sistema neurológico: despierta, Glasgow 15. No signos de focalización.

Exámenes auxiliares: Grupo y factor: O+ Hemograma: Hb: 11 mg/dl
Hematocrito: 31 % Leucocitos: 11000 Plaquetas: 250000 Perfil de coagulación: TP:12 segundos. TPT:35 segundos. Tiempo de sangría: 4 minutos. INR:1,1. Fibrinógeno:250. Glucosa:110. Urea: 15 mg/dl. Creatinina 1,5 mg/dl. Ecografía: feto único, hematoma retro placentario grado II

Diagnósticos:

1. Primigesta de 28 semanas de edad gestacional por fecha de última regla.

2. DPP grado II según ecografía post trauma.

2.1. Sufrimiento fetal agudo: DIP II

Plan de trabajo: Vía salinizada - NaCl 0,9% xv gotas - Monitoreo fetal y materno.

Evolución: paciente refiere que dolor abdominal se intensifica y en el monitoreo fetal se observa que latidos cardiacos fetales tienden a disminuir a 70-60. Plan de trabajo: Se decide cesárea de emergencia.

Caso 8

Paciente, mujer de 30 años (G1 P0000), cursa un embarazo de 34 semanas por ecografía de primer trimestre con fecha probable de parto aproximada. Paciente acude por presentar cefalea en región frontal de 5 horas de evolución, asociado a náusea, no vómitos.

Antecedente personal: niega **Antecedente familiar:** madre hipertensa

Examen físico: PA: 150/105 mmHg. FC: 84 lpm. FR 18 rpm. T°: 37°C

Piel: Caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar <2”.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: grávido. Altura uterina 28cm

Genitourinario: no sangrado transvaginal. PPL (-) PRU (-) Miembros inferiores: edema con fovea +/+++ en ambas piernas y pies.

SNC: Paciente se encuentra lúcida, ubicada en tiempo espacio y persona. Glasgow 15. No focaliza.

Examen obstétrico: Altura uterina: 28 cm. Dinámica uterina (-). Latidos cardiacos fetales: 148 por minuto. Movimientos fetales activos ++/+++.
Maniobras de Leopold: situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica.

Tacto vaginal: no cambios cervicales. No hemorragia, no hidrorrea.

Exámenes auxiliares: grupo y factor: O+ Hemograma: Hemoglobina: 10,4 g/dl Hematocrito: 30% Leucocitos: 85000 mm³ Plaquetas: 170000 mm³ Creatinina: 0,7 mg/dl Urea: 7,1 mg/dl Glucosa: 89 mg/dl Proteinuria: ++.

Ecografía fetal: Feto único, sin alteraciones, perfil biofísico 10/10

Diagnostico

1. Primigesta de 34 semanas por ecografía de primer trimestre.
2. Enfermedad hipertensa del embarazo: Preeclampsia
3. Embarazo de alto riesgo.
4. Anemia leve

Plan de trabajo:

- Se decide hospitalizar a paciente
- Maduración pulmonar
- Culminar el embarazo
- Completar exámenes prequirúrgicos

Indicaciones

- NaCl 0,9% EV xv gotas
- Alfametildopa 2gr/día
- Sulfato de magnesio (Zuspan) a dosis de ataque 4g EV en 15 - 20 minutos, luego a dosis de 1 gr EV por hora.
- Betametasona 12 mg/ cada 24 horas IM 2 dosis.

Al segundo día de hospitalización, la presión arterial de la paciente se encuentra en 140/100mmHg después de haber agregado nifedipino 20 mg por día; refiere leve mejoría de la cefalea, los edemas en miembros inferiores continúan. Se decide cesárea de emergencia luego de cumplir las dos dosis de corticoides para la maduración pulmonar del feto. Se indica control materno fetal cada dos horas y completar prequirúrgicos.

Se obtiene un recién nacido de sexo masculino de 2300 gr. de 35 semanas por examen físico. La paciente pasó a recuperación con presión de 130/80 mmHg. A las 48 horas y 96 horas postoperatorio, la presión se encontró en 130/80mmHg y 120/80mmHg respectivamente sin uso de antihipertensivos,

tras la evolución favorable la paciente es dada de alta explicándole signos de alarma.

1.3 Rotación de Medicina Interna

Caso 9

Paciente, varón de 58 años, vendedor ambulante. Acude a consulta por control de hipertensión arterial; refiere que, actualmente, se encuentra sin medicamentos antihipertensivos aproximadamente un mes; pues manifiesta que, debido a la pandemia, no se acercaba al centro de salud. Antecedente de diabetes mellitus diagnosticada hace 3 años en tratamiento. Medicación habitual: Losartán c/12 horas, y Metformina 850 mg en desayuno y almuerzo; paciente refiere que, hace 6 días, presenta cefalea, y en los últimos tres días, se agrega cansancio y un día antes de la consulta sensación de falta de aire en 2 ocasiones en el día durante su trabajo. Refiere que, hace 3 semanas, su sobrino, quien vive en el tercer piso de la casa, tuvo una prueba molecular covid-19: positiva.

Examen físico: Hemoglucotest: 125mg/dL T:36.5°C, FC: 85 lpm; FR: 17 rpm; PA: 150/95 mmHg; SatO₂: 91%;

Piel: tibia, hidratada, elástica, con llenado capilar menos de 2 segundos, no palidez.

Aparato respiratorio: amplexación conservada, sonoridad pulmonar conservada, murmullo vesicular disminuido en ambas bases, escasos crépitos bibasales.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, de buena intensidad, no soplo audible.

Genitourinario: sin alteraciones.

Sistema nervioso: lúcido, orientado en tiempo, persona y espacio, sin signos meníngeos.

Se le prescriben medicamentos de uso crónico y se le envía al área Covid19 para descarte de infección y decidir tratamiento.

Caso 10

Paciente, mujer de 53 años, acude a consultorio de urgencia de medicina en CMI Rímac. Paciente refiere que, en los últimos 3 meses, se presentó en cuatro ocasiones a la farmacia, buscando medicamentos para tratar una «infección urinaria»; puesto que notaba que iba muchas veces a miccionar, pero las medicinas no calmaban su molestia. Durante la consulta, refiere que orina muchas veces, niega disuria, niega tenesmo vesical, no síntomas de incontinencia urinaria. Antecedentes familiares: hermana con hipertensión arterial (HTA), madre con HTA, Padre falleció hace 6 años de cáncer de pulmón. Manifiesta que, siente mucha hambre y que, pese a ello, nota haber perdido peso.

Al examen físico: PA 125/80 mmHg; FC:88 lpm; FR: 16 rpm; SatO₂: 98%
Peso: 78kg talla: 1.59 IMC: 30.8.

Piel: tibia, Elástica, hidratada, llenado capilar<2".

Aparato respiratorio: murmullo vesicular, no ruidos agregados;

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, buena intensidad, no soplos.

Genitourinario: Puntos reno ureteral superior e inferior: negativo, puño percusión lumbar: negativa.

Neurológico: lúcida orientada en tiempo espacio y persona.

Se realiza hemoglucotest: 310mg/dL (ayuno de 12h). Por lo que se solicita glucosa y examen de orina de urgencia, perfil lipídico, urea, creatinina. Se administra insulina rápida, y se indica hidratación vía oral y glucosa a las 2 horas. Se establece diagnóstico de diabetes mellitus 2, y se prescribe tratamiento.

Caso 11

Paciente, mujer de 40 años, acude al tópico de medicina manifestando dolor abdominal que inició, en epigastrio, hace 8 horas con una intensidad de 3/10; luego el dolor aumenta de intensidad a 6/10; y, actualmente, el dolor irradia hasta la región dorsal en forma de cinturón, el dolor se agrava con la deambulación. Refiere náuseas, niega otros síntomas. Antecedente: episodio de dolor en hipocondrio que se autolimitó.

Al examen físico: Mal estado general, T°:37.6°C, FC:105, PA:80/55 mmHg Presion arterial media (PAM):63 mmHg, FR:18 rpm.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". No palidez.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, depresible, dolor a la palpación difusa, no signos peritoneales.

Sistema neurológico: lucido orientado en espacio y persona, Glasgow 15.

Ecografía abdominal: múltiples cálculos en vesícula biliar. Páncreas hiperecogénico, aumentado de tamaño. No líquido libre.

Exámenes auxiliares: Hb: 13g/dl. Hto: 40% Leucocitos: 13100 Abastionados: 6% PCR: 45 mg/L Glucosa: 107 Amilasa:440U/L Lipasa:706 U/L Urea: 27 mg/dL Cr:0,8 mg/ GGT:26 BI:0,3 mg/dl BD:0,4 mg/dl TGO18: Na:137 mEq/dl K: 4 mEq/dl Pa/Fi:410. Prueba Covid-19 no reactivo.

Diagnósticos:

- Sd. doloroso abdominal
- Pancreatitis aguda de origen biliar
- Cálculos Biliares
- D/c colecistitis aguda

Plan:

- NPO
- Hidratación EV
- Sintomáticos

Caso 12

Paciente, mujer de 35 años, llega a emergencia por presentar dolor abdominal desde hace 3 horas en hipogastrio e hipocondrio derecho, asociado a náuseas. Refiere haber recibido analgésicos en la farmacia y el dolor no cede, por lo que acude al hospital. Niega otros síntomas. Como antecedente paciente refiere haber sido diagnosticada de litiasis vesicular antes de la pandemia.

Al examen físico: T°:37°C. PA: 120/80 mmHg, FC: 90 lpm, FR:19 rpm.

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar<2".

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos.

Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, Murphy (+), no signos peritoneales.

Exámenes auxiliares: Hemograma: Leucocitos: 6500 mm³, Hb: 12 mg/dL, Hto:35%, abastionados: 2 %. Prueba rápida Covid-19 no reactivo.

Diagnósticos:

- Sd doloroso abdominal
- D/c colecistitis aguda.

1.3 Rotación de Pediatría

Caso 13

Paciente, masculino de 5 años, es traído por su madre, con un tiempo de enfermedad de 02 días por presentar decaimiento y sensación de alza térmica. Madre refiere que, hace un día, el paciente comienza a sentir mayor cansancio y sueño incrementado más de lo habitual; el día de hoy, en la madrugada, madre nota que el niño transpira con una sensación de alza térmica no cuantificada, niega náuseas, vómitos, diarrea, indica disminución del apetito y el paciente se quejó de dolor de garganta cuando quiso tomar desayuno por lo que decide traer al establecimiento de salud.

Al examen físico: FC:98 lpm, FR:15 rpm, SatO₂: 96 %, paciente en aparente regular estado general recostado en el regazo de su madre, palidez ++/+++.

Piel tibia elástica seca, se notan uñas ligeramente aplanadas; rinorrea fluida; orofaringe: levemente congestiva, sin signos de exudado.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, leve aumento de la frecuencia, no soplo audible; resto no contributivo.

Plan: Se le indica antipiréticos y se le explica a la madre que el cuadro es atribuido a una etiología viral; sin embargo, se evidencia signos sugestivos de anemia por lo que es derivado al área de descarte de anemia, ADA, presentando una hemoglobina en 9.5mg/dl. Se indica su tratamiento con suplemento de hierro y control en un mes.

Caso 14

Varón de 4 años es traído por la abuela, con tiempo de enfermedad 2 días por: deposiciones líquidas y fiebre. Refiere que, hace 02 días, realizó a media tarde una deposición líquida y repitió cámara a las 10pm, por lo que la abuela proporcionó infusiones. Hace 01 día realizó deposiciones líquidas hasta en 3

ocasiones durante la mañana, por lo que le dieron «sulfametoxazol y trimetoprim» que compraron en farmacia. Sin encontrar mejoría. Al llegar la noche se agrega fiebre que cede por el paracetamol. En la mañana de hoy, se agrega un vómito por lo que deciden traerlo al centro de salud.

Al examen físico: T°: 36.7°C, FC: 95 lpm, SatO2: 97%; Peso: 13.5Kg, Talla: 99cm.

Piel y mucosas aparentan sequedad, ojos hundidos, llenado capilar <2". No palidez, no ictericia.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos regulares moderada intensidad, no soplos audibles.

Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos(aumentados), blando, depresible, se queja de poco dolor a la palpación. GU: sin alteraciones.

Abuela refiere que es traído por ello; puesto que los padres se encuentran en aislamiento por infección de Covid19 en su día 12, con síntomas de remisión.

Diagnostico.

1. Diarrea aguda, de etiología a determinar
2. Deshidratación moderada

Plan:

- Prueba de Tolerancia oral, con SRO
- Rx inflamatoria en heces y hemograma
- Reevaluación con resultados

Caso 15

Paciente, varón de 2 años, acompañado por madre, quien indica que niño inicia cuadro con decaimiento, hiporexia desde hace 5 días; además, presenta un tumor en brazo derecho desde hace 3 días, el cual fue aumentando de tamaño, dos días antes del ingreso presentó fiebre no cuantificada, la cual se

controló con paracetamol. El día del ingreso nuevamente presentó fiebre por lo que acude al hospital. Antecedentes personales: niega, señala que crían gatos. Antecedente familiar niega.

Al examen: Peso: 13 Kg. T 38°C, FC 102 lpm, FR: 21 rpm.

Piel: Caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar <2". No palidez, no ictericia.

Orofaringe: no congestiva.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares buena intensidad, no soplos audibles.

Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambo campos pulmonares, no estertores.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia.

Miembro superior: brazo derecho cara anterior 1/3 inferior, presenta tumoración de más o menos 3x5 cm eritematoso, caliente al tacto y doloroso la palpación.

GU: sin alteraciones.

Hemograma: Hb: 13 mg/dl Hto: 39%. Leucocitos: 10000. Prueba rápida Covid-19 no reactiva. Se solicita examen de anticuerpos para *Bartonella henselae*.

Diagnósticos:

- Sd febril
- D/C Bartonelosis
- D/C celulitis

Caso 16

Paciente mujer de 4 años traída por tía, quien refiere que niña presenta desde hace unos días decaimiento, poco apetito. La paciente menciona que sufre molestias al orinar, el día del ingreso tuvo fiebre, no cuantificada y náuseas, por lo que es traída a emergencia. Familiar refiere que paciente recibió

medicamentos de la farmacia, desconoce el nombre de los mismo. Familiar mal informante. Antecedentes personales: estreñimiento.

Al examen físico: T: 38°C, FC: 101 lpm, PA: 110/70mmHg, FR: 20 rpm. Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición. Peso 14 kg.

Orofaringe: no congestiva:

Piel: Caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar<2". No palidez.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares, no soplos.

Tórax: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no dolor a la palpación profunda, no signos peritoneales.

GU: PPL (-). PRU (-).

Sistema neurológico: despierta, lucida, orientada en tiempo espacio y persona.

Exámenes auxiliares: Hemograma: Leucocitos:12400mm³ Hb:13,4mg Hto:45% Plaquetas: 355000mm³, Abstonados:6%. Prueba rápida Covid-19 no reactivo.

Examen de orina: esterasa leucocitaria (+), nitritos (+), pH 6, bacteriuria (+), piuria (+), urocultivo pendiente.

Ecografía renal: sin alteraciones.

Diagnosticos:

- Sd febril
- Infección de tracto urinario

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 De los Establecimientos de Salud

Al inicio de enero de 2020, el autor adjudicó plaza en el hospital Daniel Alcides Carrión del tercer nivel de atención en la región de Callao, hospital administrado por la región Callao. A mediados del mes de octubre se retomó el internado en un centro de salud de menor capacidad resolutive, estas fueron realizadas en el centro materno infantil del Rímac de primer nivel de atención perteneciente a la dirección de redes integradas en salud Lima Norte. Cabe destacar que, esta experiencia de cambio fue muy enriquecedora en el aspecto de que permitió al autor conocer el tipo de atención que se tiene que ofrecer en ambos tipos de niveles, con otros tipos de ordenamiento, el enfoque en el cual la salud tiene un aspecto más preventivo y promocional, que pese al tiempo de pandemia se tuvo la oportunidad de hacer hincapié en cada atención que se realizaba de la mano de los tutores, con quiénes se jugó un rol más estrecho a diferencia de un hospital de mayor nivel como lo veremos en líneas posteriores.

Mientras al inicio del año 2020, la autora adjudicó plaza en el hospital San Juan de Lurigancho del segundo nivel de atención en la región de Lima, pero esta no se concluyó, debido a la pandemia. A mediados de octubre consiguió contrato en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz del distrito de Puente Piedra región, Lima, ambos establecimientos de salud administrados por el Ministerio

de Salud. En ese sentido, la autora pudo mantener una cotidianidad y homogeneidad acostumbrada en experiencias anteriores de otros internados; debido a que mantuvo su enseñanza y su práctica profesional en hospitales del mismo nivel, salvo las características propias de cada población, agregando que ambos establecimientos están ofertados para la población en general. Más información respecto a las características propias de cada establecimiento se observa el Anexo 1.

2.2 De la Inducción al trabajo de internado médico

Al inicio de las actividades, antes de enero del 2020, los autores recibieron capacitación en los hospitales respectivos en relación con las actividades, obligaciones y conducción normal del interno durante todo el período a esperar, así como capacitación en temas de bioseguridad y la revisión de problemáticas propias del internado

Así mismo, se recibía en conjunto con los tutores, en algunos casos con los delegados de internos salientes el recorrido de las instalaciones de los establecimientos. Todas las actividades ayudaron a que el neófito interno pueda tener un inicio de sus actividades más amigable. La experiencia que recogen los autores es que una de las cosas más útiles es aprender la distribución espacial de cada servicio; puesto que fue necesario para que ellos puedan realizar sus funciones e investigar sobre el estado de sus pacientes en cada una de las áreas por las que pasaba interconsulta.

Al regreso de las actividades, en el mes de octubre o previas a estas, la universidad se encargó de dar una jornada de capacitación en bioseguridad, así como la revisión de los fundamentos teóricos del *Sars-Cov 2* y como esto iban a influir en las nuevas actividades académicos profesionales de cada interno en los diferentes niveles de atención. para lo cual se valió de medios digitales y videoconferencias que fueron al final evaluadas por cada ponente

con el fin de poder verificar la retroalimentación y consolidar los saberes comunicados.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Cirugía

Caso 1

El caso presentado corresponde a una consulta frecuente en el tópico de cirugía, se presenta una clínica de dolor migratorio asociado a temperatura de 38,5°C, al examen físico se halla rebote, dolor en cuadrante inferior derecho, disminución del apetito y con exámenes de laboratorio, todo compatible con una escala de Alvarado en 10 puntos que nos eleva la certeza de apendicitis por lo que el paciente es admitido ⁽⁷⁾. Durante su estancia en el tópico y a la espera de los resultados, al paciente se le suministró analgésicos endovenosos y debido a que se dilató el tiempo de espera para sala de operaciones, y en vista de mayor dolor, se añadió terapia antibiótica, vale aclarar que, el contexto en que se atendió fue en pleno de la pandemia Covid-19, a mediados de diciembre del 2020 y es justo señalar que hubo demora con relación a la recolección de los exámenes de laboratorios, a la preparación de exámenes preoperatorios, como salas disponibles ⁽⁸⁾.

El reporte operatorio informó un apéndice de 7x1 cm con dos tercios distales necrosados líquido seropurulento aproximadamente 300cc, base el apendicular estaba indemne. Cabe mencionar que fue evaluado bajo estándares clínicos recomendados, así como el tratamiento que se tuvo que hacer una cirugía precoz para poder limitar al abordaje de la extensión de la

enfermedad; aunque, como ya se mencionó, se presentaron retrasos en el diagnóstico por ende en el tratamiento, lo que se asoció finalmente a complicaciones agudas; sin embargo, el desenlace pudo presentarse mayor morbilidad para este paciente; debido a que muchos otros postergaba la visita a las unidades hospitalarias⁽⁹⁾.

Caso 2

Se presenta caso nuevo post exposición por mordedura canina, ahí se debe tener en consideración la probabilidad, además de una contaminación local de origen bacteriano, la de riesgo de infección por el virus de la rabia humana.

En este sentido, las medidas principales ante una mordedura es la atención de la herida que consiste un lavado de herida por 10 minutos con solución antiséptica, que paciente recibió al llegar al establecimiento de salud el día en que tuvo la mordedura y prescripción de antibióticos⁽¹⁰⁾, además, presentó una receta con doxiciclina 500 mg cada 8 horas por 5 días a la evaluación del paciente, se evidenció 4 heridas puntos de herida, la mayor de 3cm profundidad de 1 cm abierta y cubierta con una tela, ameritaba tener un cierre primario debido al riesgo de mayor contaminación, se recuerda que en estos casos la sutura debe quedar floja o en todo caso poner solo un punto de afrontar ^(10,11). La clasificación de esta mordedura según la exposición corresponde a una exposición grave; ya que se localiza en palma; además, según la profundidad de la herida, esta se considera profunda, debido a que hubo sangrado en el momento de la mordida.

En este caso, debido a la exposición, profundidad y localización, así como que el perro era un perro callejero desconocido, por lo que la norma técnica, indica que el uso de suero antirrábico según esquema Essen: 5 aplicaciones en días 0, 3, 7, 14 y 28. Para el uso de inmunoglobulina está sujeto a la situación epidemiológica, teniendo en cuenta que era perro callejero conocido: no ameritaría ⁽¹⁰⁾.

Caso 3

Para el diagnóstico de apendicitis, se usa la escala de Alvarado que ayuda a acercarse al diagnóstico, evalúa signos y síntomas, exámenes físicos y datos de laboratorio. El paciente, según la escala de Alvarado, tiene 9 puntos lo que es muy sugestivo de apendicitis y necesitan tratamiento quirúrgico ⁽¹²⁾. El manejo preoperatorio fue hidratación del paciente y profilaxis con antibióticos para la prevención de infección de heridas y de abscesos intraabdominales ⁽¹³⁾ con ceftriaxona 1gr EV 30 minutos antes de la cirugía. En diversos estudios, se ha comparado la apendicetomía abierta y la apendicetomía laparoscópica, donde se evidencia la superioridad del procedimiento laparoscópico por lo siguiente ⁽¹⁴⁾: menor dolor postoperatorio, menor tasa de infecciones de sitio operatorio y menor estancia hospitalaria. El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz tiene el equipo necesario para realizar laparoscopias; sin embargo, en pacientes con resultados de IgM para Covid19, como en este caso, se prefiere realizar la apendicetomía abierta para reducir el riesgo de contagio por Covid19 ⁽¹⁵⁾, debido a que existe un probable aumento de exposición al contagio para todo el equipo de cirujanos, al usar cirugía endoscópica, por la expulsión a presión del gas intracavitario, al sacar e introducir instrumentos por los puertos (pese a las membranas antifuga que poseen), y al final del procedimiento al evacuar el gas ⁽¹⁶⁾. Diagnóstico postoperatorio: apendicetomía abierta por apendicitis aguda supurada, dentro de los hallazgos quirúrgicos, se tuvo un apéndice cecal de 10x1 necrosada en toda su extensión, base indemne, escaso líquido inflamatorio. Paciente continuó con antibióticos EV durante los 3 días de su hospitalización. La evolución fue favorable por lo que se le da alta médica a los 3 días postoperatorios con cita para control postoperatorio en 7 días.

Caso 4

Paciente es admitido por un cuadro de diverticulitis grado 1 de la escala de Hinchey obtenida por tomografía que familiar pudo costear; ya que, en el hospital, no se cuenta con tomógrafo. Se decide internar a la paciente por el mal estado general en que se encuentra, la leucocitosis significativa, por la poca o nada tolerancia oral⁽¹⁷⁾ para iniciar antibióticos. En una diverticulitis grado 1, el tratamiento es conservador salvo no responda al tratamiento y se deberá realizar cirugía^(18,19). En este caso, se inició con antibióticos que cubren bacilos gramnegativos y organismos anaerobios como metronidazol 500mg EV c/8 h más ceftriaxona 2 gr EV c/12 h ⁽²⁰⁾, además, se le administró antieméticos como dimenhidrinato y metamizol EV, NPO por 24 horas para luego probar tolerancia oral con líquidos. A los 3 días, se le pidió un hemograma control donde se evidencia mejora de los valores de leucocitos (11000mm³). La paciente tuvo una evolución favorable y buen pronóstico por lo que se le dio de alta al quinto día de hospitalización indicándole 5 días más de antibióticos por vía oral con metronidazol. Se solicita indicaciones de nutrición para una dieta rica en fibra y evitar recurrencia.

3.2 Rotación de Gineco obstetricia

Caso 5

Se presenta una mujer en edad fértil con hemorragia uterina anormal asociada a dolor abdominal; en un primer lugar, la primera sospecha fue un aborto, tras esta primera impresión, se debe proceder a una ecografía transvaginal para aclarar diagnóstico y se evidencia ausencia de saco gestacional, por lo que el diagnóstico se acerca con mayor sospecha para un embarazo ectópico y en vista a los signos de hipovolemia se instaura tratamiento quirúrgico expectante ⁽²¹⁾, en su estancia en tóxico, durante el monitoreo cada 15 minutos de sus funciones vitales, se observó taquicardia con disminución de la presión

arterial, de inmediato, se avisó a los médicos de guardia, quienes decidieron el ingreso de la misma a sala de operaciones con nivel de prioridad I, tras la intervención quirúrgica la paciente mantuvo una evolución favorable durante su estancia en el postoperatorio.

Este caso fue atendido de acuerdo a los procedimientos descritos en la guía de práctica clínica del hospital⁽²²⁾, falta mencionar que debe integrarse al seguimiento los controles seriados de b-HCG hasta notar indetectabilidad, de no ser así, se opta por un curso de tratamiento médico o reintervención quirúrgica. La salpingostomía se decide en base al estado de la trompa afectada, de la otra trompa y el deseo de fertilidad de la paciente^(23,24).

Posterior a la intervención, en su estancia postoperatoria, la paciente pregunta por el grado de afectación de su función reproductiva tras la intervención quirúrgica, en base a ello se ha observado en la literatura, que a largo plazo las tasas de concepción son similares entre un manejo quirúrgico y médico, siempre que se evalúen permeabilidad en histerosalpingografía ^(25,26).

Caso 6

En el caso se presenta mujer tercigesta múltipara con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, de ello hay que señalar que el diagnóstico se hizo en centro de salud⁽²⁷⁾, clásicamente el diagnóstico que sugiere las guías nacionales es hacerlo en dos pasos; sin embargo, un estudio nuevo probó mejores resultados del diagnóstico en un solo paso en relación a disminución de complicaciones neonatales, sin que interfieran en el rendimiento de diagnóstico^(28,29). La Asociación Internacional de Grupos de Estudio de Diabetes y Embarazo recomienda prueba tolerancia oral a glucosa con 75g, entre la semana 24 – 28 de gestación⁽³⁰⁾. Además, aumento del líquido amniótico (ILA>25cm) y feto grande para edad gestacional, el contexto de ser una paciente con diabetes mellitus sumado a su mal control metabólico a las 35 semanas se le hace su consulta por emergencia donde se decide hospitalizar para control glucémico y establecer tratamiento a la diabetes

mellitus gestacional está fundamentalmente orientado a lo que es cambio de estilo de vida ⁽³¹⁾ y además uso de terapia de insulina.

Cabe resaltar que la diabetes gestacional es una enfermedad que cataloga el embarazo como alto riesgo obstétrico, debido a las complicaciones mediatas y a largo plazo para el caso presentado. Ya que se presenta distensión uterina por el feto grande para edad gestacional y polihidramnios, esta mujer tiene riesgo de que en la labor de parto pueda presentar incluso atonía uterina o laceraciones del canal del parto para este caso, una medida preventiva de esas complicaciones es la cesárea electiva⁽³²⁾. Asimismo, podría generar problemas en el neonato como alteraciones metabólicas al parto o una hipoglicemia neonatal, entre otras⁽³³⁾. La paciente es dada de alta a los 3 días de lograr normalizar su control glicémico y mejorar valores de presión arterial, al encontrarse con evolución favorable, e instaurado el manejo de uso de insulina, se confirman actualización de exámenes prequirúrgicos, y se le cita para cesárea electiva.

Caso 7

En cuanto al manejo que se instauró en la paciente, fue una cesárea de emergencia para poder salvar la vida del producto. El desprendimiento prematuro de placenta de esta paciente fue de grado II según ecografía, madre estable y estado fetal no tranquilizador que está asociado a acidemia y alto riesgo de mortalidad⁽³⁴⁾, por lo que el manejo inicial en este grado es una cesárea de emergencia tal como se planteó al inicio. Sin embargo, el tiempo entre la decisión y la cirugía tardó más de lo recomendado, 20 – 30 minutos ⁽³⁵⁾, ya que la paciente pasó a cesárea aproximadamente 2 horas después de haber ingresado a emergencia cuando aún había latidos fetales, pero el resultado final fue un óbito fetal. La paciente pasó a recuperación para posteriormente pasar a hospitalización sin interurrencias. A las 24 horas postcesárea, se indicó vendaje mamario y Cabergolina 1mg dosis única que el familiar logró adquirir con el propósito de inhibir la producción de leche⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾.

Se pidió interconsulta con psicología y planificación familiar para su posterior alta a las 72 horas.

Caso 8

Se habla de preeclampsia en el embarazo cuando la presión arterial es más de 140/90 mmHg medidas en dos tomas separadas de 4 horas más una proteinuria de ≥ 300 mg en orina de 24 horas; cuando la presión es más de 160/110 mmHg, medida en una sola ocasión, o ante la presencia de trombocitopenia, insuficiencia renal, compromiso hepático o edema pulmonar⁽³⁸⁾. Las enfermedades hipertensivas del embarazo, como la pre eclampsia son la segunda causa de muerte materna directa en el Perú⁽³⁹⁾ por lo que se recomienda un seguimiento de las pacientes con este diagnóstico.

En este caso, se decidió la inmediata hospitalización de la paciente para el manejo expectante por tratarse de un embarazo de 34 semanas y control de la preeclampsia, esperando lograr madurez fetal; ya que aún no había signos de disfunción grave de los órganos diana, como se indica en el boletín N.º 22 de la ACOG⁽⁴⁰⁾.

En cuanto a los fármacos antihipertensivos, se inició inmediatamente con alfametildopa y nifedipino, para prevenir convulsiones en la paciente, se indicó sulfato de magnesio. Se sugiere como fármacos antihipertensivos de primera al labetalol e hidralazina. El labetalol se recomienda para tener un inicio de acción más rápido y un buen perfil de seguridad⁽⁴¹⁾, tiene un efecto más vasodilatador a diferencia de otros betas bloqueadores ayudando a reducir la resistencia cardiaca y casi nada del gasto cardiaco. Según estudios, donde se compararon el labetalol y alfametildopa, se encontró mejores resultados en cuanto al control de la presión durante la gestación y pocos efectos adversos⁽⁴²⁾; pero, en el Perú, no se cuenta con labetalol, en todo caso, se usa el alfametildopa y nifedipino como fármacos de inicio en la terapia.

3.3 Rotación de Medicina Interna

Caso 9

El paciente presentado es un típico paciente con patología crónica con tratamiento en primer nivel de atención, se puede observar que el paciente dejó de acudir a sus controles habituales, en vista que, por muchos meses, estaban restringidas las atenciones, las estrictamente urgencias en el primer nivel de atención en los servicios de salud a causa de la pandemia por Covid-19⁽⁴³⁾. Con relación al tratamiento habitual de la hipertensión, se requiere de un control periódico de las presiones, siempre que haya un tratamiento establecido, estimar la posible falla terapéutica del tratamiento, aun sabiendo que los fármacos están interrumpidos por falta de medicamentos. Algo que debe llamar fuertemente la atención, es la consulta de cefalea de inicio insidioso asociado a leve disnea con crépitos bibasales y más el antecedente de epidemiológico de Covid-19 intradomiciliario y por sus comorbilidades es necesario evaluar su estado puesto que tienen riesgo de hacer forma grave⁽⁴⁴⁾.

A este paciente, se le proporcionó los fármacos que utilizaban, los internos se encargaban de la instrucción de las medidas de cambios de estilo de vida para el mejor control de la presión arterial, según recomendaciones⁽⁴⁵⁾. El paciente fue catalogada como caso Covid19 probable^(46,47), por lo que se le procedió al llenado de la ficha epidemiológica, y se le solicitó una prueba, la disponibilidad fue de una prueba antigénica que al cabo de 40 minutos, el personal del laboratorio informó como positivo, se procedió a la prescripción de Azitromicina 500mg cada 24 horas por 5 días, en asociación con paracetamol 500mg cada 8h por 2 días y luego condicional a $T > 38^{\circ}$, adicionalmente se le prescribió Ivermectina 1gota/kg/dosis por una sola vez, y control a los 48 horas. De lo anterior cabe precisar que, si bien la terapéutica se ajustó a las guías nacionales⁽⁴⁷⁾, en su momento, la comunidad internacional prefería un manejo de soporte y vigilancia más exhaustiva en los pacientes con comorbilidades asociadas a alto riesgo de mortalidad^(44,48,49)

La preocupación y gestiones que se hacen en el contexto de este paciente deben ser en función a sus factores de riesgo, más que en la propia evaluación clínica, cabe recordar que es un paciente con diagnóstico de diabetes y aumenta su riesgo de Covid-19 severo y con ello la necesidad de hospitalización, intubación y muerte^(50,51). Con respecto a la terapia de diabetes, sigue en estudio, si la metformina sería una terapia adecuada, pese a la falta de consenso por lo que si se recomienda que la diabetes, en el contexto de infección por Covid-19, debe tener una medición diaria de glucemia al menos dos veces al día^(52,53) en este sentido, se continuó con la terapia hasta interconsulta con el endocrinólogo del EESS.

Caso 10

Se presenta a una mujer de 53 años que consulta al parecer por una poliuria asociada a la pérdida de peso; además, presenta un IMC: 30.8 que se clasifica como obesidad grado 1, debido a la sintomatología, el endocrinólogo de consultorio de urgencia le realiza un hemoglucotest encontrándose glucosa entre 310. Por lo que se le solicitó glucosa sérica y examen de orina por laboratorio de urgencia, además de exámenes para posterior recojo por rutina; el examen de orina: glucosa +, cetonas -, nitritos -, resto sin alteraciones; glucosa fue informada en 295mg/dL

La paciente niega molestia abdominal y manifestó sed aumentada, por lo que, hasta la espera de los resultados, estuvo recibiendo hidratación vía oral y recibió una dosis de insulina cristalina a dosis de 0,1 mg/kg/dosis, la paciente fue instruida sobre los cambios de estilo de vida y reconocimiento de signos de alarma, se le prescribió metformina de 850 mg mañana y tarde por un mes.

En el caso presentado, la paciente a la que se le está diagnosticando por primera vez diabetes mellitus se encuentra con glucemia en 300 mg/dL por lo que lo adecuado sería descartar que hay alguna complicación de diabetes, debido a que el examen de orina es: no patológico, salvo la presencia de glucosa, puesto que se debe a una superación del umbral normal de filtración

de glucosa, es esperable un resultado como ese; además de ello, apoya la ausencia de cetonas en orina.

En pacientes con un debut de diabetes, lo principal es la orientación de cambio de estilo de vida a sabiendas de que la paciente es una persona obesa; asimismo, la terapia con metformina es la mejor para iniciar y lo que se debe buscar es cumplir los objetivos glucémicos. Se le indicó automonitoreo de la glucosa por una semana y control a la semana.

Caso 11

Se presenta una paciente de 40 años con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y pancreatitis aguda (PA) de origen biliar, se ingresa a observación de medicina para el manejo inicial que consiste en hidratación con CNa 0,9% 300 ml en la primera hora, reposo gástrico, se indicó sonda naso gástrica, y analgesia. La rehidratación en la pancreatitis es muy importante para estabilizar la hemodinámica y evitar hipoperfusión de órganos⁽⁵⁴⁾ como ocurrió en este caso, PAM: 63 y taquicardia. Además, la reposición temprana de fluidos mejora la mortalidad y morbilidad⁽⁵⁵⁾. La mayoría de las guías recomiendan el uso de cristaloides, lactato de Ringer, pues se ha visto que mejoran el síndrome de respuesta inflamatoria y los valores del PCR, a dosis de 5-10 ml/kg. Para el manejo del dolor se administró Tramadol EV, uno de los fármacos más seguro y además reduce la necesidad de agregar otros analgésicos⁽⁵⁶⁾. Se revaluó a la paciente a la hora después de la primera reposición hidroelectrolítica con una mejoría de la presión arterial, 85/60mmHg, FC 80 lpm, FR 19 rpm, refirió mejoría del dolor abdominal. En el hospital, en emergencia, se suele catalogar la severidad de la PA con las escalas de Marshall, BISAP, Balthazar, este último basadas en estudio de imágenes.

La paciente ingresó con un Pa/Fi de 405, Cr 0,8. PA 80/55 mmHg. La presión de la paciente mejoró luego de la hidratación, por lo tanto, según la escala de Marshall tenía puntaje de 1, lo que se interpreta como la ausencia de falla de órganos.

La escala de BISAP, usa los siguientes parámetros: BUN>25 o urea más de 54, alteración del sensorio, SIRS, edad> 60 años y derrame pleural. La paciente cumple el criterio de la edad, 64 años, se concluye como un caso no severo.

La escala de BISAP, usa los siguientes parámetros: BUN>25 o urea más de 54, alteración del sensorio, SIRS, edad> 60 años y derrame pleural. La paciente cumple el criterio de la edad, 64 años, se concluye como un caso no severo.

Para la escala de Balthazar, se necesita realizar una tomografía con contraste, que se pide a las 48 horas. En este caso, no se tenía dudas sobre el diagnóstico y con el apoyo de las escalas, se concluyó que se trató de una PA leve de origen biliar. Se reinició la tolerancia oral, a las 24 horas, en cuanto manifestó una mejoría del dolor y apetito. Se continuó con la sonda nasogástrica solo por 24 horas, pues mostró una buena tolerancia oral, se fue escalonando el tipo de dieta, primero dieta líquida, luego blanda y finalmente dieta completa. Al ver la mejoría de síntomas a los 3 días, se indicó alta médica. Esta es una de las situaciones en que para prevenir un nuevo episodio de pancreatitis lo ideal sería una cirugía programada, luego de 7 días de mejoría clínica y laboratorial del paciente⁽⁵⁷⁾, pero por el estado de emergencia sanitaria no fue posible programar cirugía.

Caso 12

El diagnóstico de la paciente fue un cólico biliar; puesto que la sintomatología mejoró post hidratación y analgesia, se le administró ketoprofeno en bolo EV, uno de los antiinflamatorio no esteroideo recomendados⁽⁵⁸⁾, y los valores de exámenes auxiliares se mostraron alterados. Paciente refirió que presentó varios episodios similares de dolor y que antes de la pandemia fue diagnosticada de cálculos biliares por lo que en esa ocasión la paciente estaba realizando sus exámenes prequirúrgicos cuando empezó la pandemia y no se le pudo practicar la cirugía; pues le señalaron que solamente estaban atendiendo emergencias quirúrgicas por el estado de emergencia sanitaria en

el país⁽⁵⁹⁾. El día del ingreso de la paciente a emergencia, se realizó la interconsulta a cirugía y este respondió reafirmando el diagnóstico de cólico biliar y que no era posible por el momento practicarle la cirugía, que sería su tratamiento definitivo por la emergencia sanitaria. Si bien es cierto, la paciente no era candidata en ese momento para cirugía de emergencia, tampoco se dio la oportunidad de que sea programada a una cirugía, ya que de esta forma se previene los cólicos biliares recurrentes y complicaciones por la litiasis vesicular. Sería lo ideal puesto que se ha visto que la colecistectomía de emergencia se asocia a mayores complicaciones⁽⁶⁰⁾.

3.4 Rotación de Pediatría

Caso 13

El paciente en mención es atendido en la consulta de urgencia por una afección en la vías respiratorias altas, causa muy común de consulta en pediatría, como una rinofaringitis aguda de etiología viral, cuyo tratamiento está orientado fundamentalmente al alivio de síntomas por lo que lo más indicado es el uso de Paracetamol por su acción antipirética y analgésica a una concentración de 10 - 15 mg / kg / dosis hasta controlar la fiebre y se continúan con recomendaciones de cuidado y observación. Además, el paciente cursa con un cuadro clínico muy sugestivo de anemia, adicionalmente la madre manifestó que observaba poca concentración en las clases virtuales, por lo que se le deriva al ADA, considerando la prevalencia de anemia en esta edad⁽⁶¹⁾, más aún en este contexto que los padres han tenido poco acercamiento a los EESS, para controles rutinarios y en el país cayeron los niveles de entrega de suplementos de hierro, asimismo debido a la hemoglobina de 9.5mg/dL hallado en el examen de laboratorio esta se clasifica dentro de una anemia de tipo moderada correspondiente a niños entre 6 meses y 11 años de edad. Cabe precisar que el peso del paciente es de 15 kg y la dosis de tratamiento de suplementación de hierro en anemia es

de 3 mg/kg/dosis, se le indicó esta dosis de hierro y se le proporcionaron los jarabes en la presentación de sulfato ferroso por lo que la posología recomendada es de 3 cucharadas al día⁽⁶¹⁾ ⁽⁶²⁾.

Esta recomendación se cumplió según las disposiciones del MINSA; sin embargo, vale aclarar que la presentación en que fue dada no es una de las mejores con relación a lo que es adherencia al tratamiento; puesto que el volumen a darse es muy alto, en ese sentido lo más recomendable es utilizar en niños una fórmula de hierro polimaltosado que favorezca la adherencia al tratamiento, esto suele ser un problema frecuente, debido a que la farmacia no cuenta con la presentación y la población que acude es de escasos recursos económicos. Fue necesario precisar en la consulta la recomendación del aumento del consumo de alimentos ricos en hierro, que contribuye al tratamiento ⁽⁶²⁻⁶⁴⁾.

Caso 14

En este caso, se pone en relevancia primero el factor ambiental y social; ya que el paciente es cuidado por la abuela en ausencia de los padres, por lo que podría estar asociada déficit en el cuidado alimentario, así como la disminución de la vigilancia de los ambientes en los que el niño juega con normalidad en casa. En relación con los signos y síntomas que presenta el paciente son compatibles con una diarrea de origen infeccioso, posiblemente etiología viral; además de ello, se presenta una deshidratación de tipo moderada. Para este caso es recomendable la utilización del plan B del tratamiento de deshidratación del Minsa.⁽⁶⁵⁾

Fue oportuna la realización de la reacción inflamatoria en la que informó positividad con leucocitos más de 100 por campo, el hemograma no presentó alteración patológica, sus valores dentro de los valores normales, salvo una hemoglobina en 11.8. En relación al caso epidemiológico, con el antecedente de madre y padre con positividad para Covid-19 y siendo las manifestaciones gastrointestinales más prevalentes en este grupo etario, se le solicitó una

prueba de detección antigénica para Covid-19, la cual arrojó un resultado negativo^(66,67). Por todo lo anterior, se le prescribió sales de rehidratación oral SRO para la toma en EESS en área no-Covid, desde el inicio presentó rechazo por mal sabor de la preparación, por lo que se le proporcionó un suero de rehidratación oral comercial que fue aceptado por paciente, continuando con la rehidratación. A las 2 horas de iniciado, la abuela del paciente refiere que el niño pidió ir al baño a miccionar. Al cabo de 4 horas, se evalúa al niño con una mejoría en su aspecto y notándose humedad de mucosas. Se instruye a la abuela sobre los signos de alarma, se le recomienda alimentación habitual y continuar con la ingesta de líquidos en casa, se prescribe Zinc como suplemento y el pediatra recomienda el uso de panetelas como coadyuvante a los sueros de rehidratación oral, cuyo efecto junto a los SRO mejoran los signos y síntomas de rehidratación^(68,69). Se le cita para control en 1 semana a consultorio de Área de descarte de Anemia.

Caso 15

Se trata de un paciente que ingresó con un síndrome febril y con un diagnóstico probable de arañazo de gato; ya que, al hacer una anamnesis más minuciosa, la madre indicó que, hace 1 semana, tuvo una herida en el brazo derecho y sospecha que sea por un arañazo de gato. La bartonelosis es una zoonosis que afecta predominantemente a niños, tiene como reservorio al gato y su vector la pulga⁽⁷⁰⁾. La enfermedad puede manifestarse de forma localizada como en este caso o diseminarse en pacientes inmunocomprometidos. En este paciente, en la adenopatía axilar, presentó un tamaño de 4x5 cm con signos de flogosis por lo que se sospechó además de una celulitis, se decide iniciar tratamiento endovenoso e hidratación del paciente. Se solicitó inmediatamente exámenes de anticuerpos para confirmar diagnóstico de bartonelosis⁽⁷¹⁾, mientras tanto se le dio antibioticoterapia empírica con azitromicina 10mg/kg/día luego 5mg/kg/día, en este caso para cubrir la *Bartonella henselae*, por vía venosa como se

recomienda, ya que ayuda a disminuir rápidamente el volumen de la linfadenitis⁽⁷²⁾ y clindamicina 30mg/kg/día para cubrir la celulitis. El paciente cumplió sus 5 días de tratamiento en EV y se indicó alta por presentar mejoría de síntomas, aún con resultados de exámenes pendientes, ya que el estudio de anticuerpos para *Bartonellosis henselae* se manda al INS. Se indicó a la madre que regrese al hospital en 4 días para conocer los resultados y así fue, se pudo acceder a los resultados del paciente donde efectivamente confirmó enfermedad por arañazo de gato o Bartonellosis, se evaluó al niño observándose asintomático y una gran mejoría de la linfadenitis.

Caso 16

Se trató de una paciente de 4 años, que ingresa a emergencia presentado un cuadro febril, con aparente foco urinario que aumenta la sospecha de tratarse de una infección de tracto urinario (ITU) de vías urinarias bajas con el apoyo del examen clínico y urinario positivo. Se le administró antipirético IM casi inmediatamente a su llegada. Se solicitó ecografía renal; pero, según estudios, no es rentable el estudio en un primer episodio de ITU, ni en mayores de 3 meses⁽⁷³⁾. Se procedió a ingresar a la paciente al área de observación de pediatría para hidratación inicial, manejo de síntomas e iniciar antibioterapia empírica. Se le administró ceftriaxona 70mg/kg c/12h, una cefalosporina de tercera generación indicada como el fármaco de primera elección de tratamiento empírico⁽⁷⁴⁾. Como se menciona en la anamnesis, se considera al familiar mal informante; ya que indicó cuidar de la niña a veces, porque la madre trabaja fuera todo el día, desconoce el tiempo de enfermedad y el fármaco que le indicaron antes; además, la paciente llega con poca tolerancia oral, mal estado general, y con la información de familiar no se asegura que el tratamiento ambulatorio sea adecuado, estos fueron los criterios que se tuvieron en cuenta para hospitalizar a la paciente con ITU⁽⁷⁵⁾. Al tercer día de hospitalización, se realizó un hemograma control con Leucocitos: 12300 Hb: Neutrófilos segmentados: 5%. Cursaba con evolución favorable, afebril. Al

tercer día, se consulta en microbiología o el avance del urocultivo, quienes señalaron crecimiento de *E. coli*. Fue dada de alta el 5to día de hospitalización para continuar tratamiento ambulatorio por 3 días más con cefuroxima, una cefalosporina de segunda generación vía oral. Se recomendó medidas para evitar recurrencia ITU⁽⁷⁶⁾: mejorar hábitos de higiene, la ingesta de líquidos, corrección de estreñimiento.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico inició oficialmente el 1 de enero del 2020, fue un momento muy esperado para muchos, pues se entiende que este es un paso importante para poner en práctica lo aprendido durante todo el pregrado. Originalmente esta etapa se desarrolla en hospitales de nivel II y III, en todos los hospitales del país que realizan investigación y docencia. Este internado médico es particular por los escenarios en que se desarrolla, prepandemia y durante la pandemia. En la etapa prepandemia del internado, se encontraba todas las especialidades médicas abiertas a la población en todos los hospitales del Perú y la asistencia del interno era de 150 horas mensuales. Sin embargo, en la realidad estas horas resultaban insuficientes para poder adquirir las destrezas que un médico deba obtener por lo que era usual ver casos en que la asistencia era diaria e ininterrumpida.

El autor inició el internado en el servicio de ginecología del hospital Daniel Alcides Carrión, donde no hubo mayor inconveniente para poder desarrollar y ejercer todas las labores asignadas al interno de medicina. El servicio fue acogedor y se pudo participar en la atención de partos, asistir en cirugías obstétricas y en otros procedimientos. Además, en el hospital, se prestaba mucha atención desde el inicio a la parte académica donde a diario había un tema de exposición y esto fue de gran ayuda para sumar conocimientos actualizados sobre patologías de Gineco-obstetricia.

En cambio, la autora inició el internado médico en el hospital San Juan de Lurigancho en el servicio de Gineco-obstetricia. El hospital es el más

importante en el distrito, es un hospital pequeño para una gran población. Por ello, la alta demanda de pacientes, situación favorable para el interno; ya que existían muchas oportunidades para evaluar pacientes, además realizar actividades como atención de partos, ayudar en procedimientos gineco-obstétricos, atención en emergencia, sin ninguna dificultad en todas las funciones asignadas. Las actividades académicas empezaron dos semanas después de haber iniciado el internado, donde de forma interdiaria se discutía una patología relacionada a la especialidad, acompañados de los médicos residentes y asistentes, con una evaluación mensual, que finalmente no se completó, ya que esta fue interrumpida por la pandemia.

El internado médico se suspendió el 16 de marzo de 2020 a causa de las restricciones sociales y declaratorias de emergencia sanitaria en el Perú a causa de la COVID 19, hasta el mes de octubre del mismo año. Según los lineamientos para el retorno al internado médico, se indica en primera instancia que debe ser en un centro de salud cercano al domicilio del interno, y que la asistencia es solo de 6 horas de lunes a sábado, 15 días al mes con 2 guardias diurnas de 12 horas; sin embargo, no todos los lineamientos se cumplieron por lo que algunos internos asisten a centros de salud u hospitales alejados de sus residencias.

El autor retornó a las actividades del internado en el Centro de Salud Materno Infantil del Rímac, nivel I-4, donde pudo continuar rotaciones en los servicios de Medicina y Pediatra. A diferencia del Hospital, donde inició el internado, la cantidad de pacientes que acuden es mucho menor y la mayoría de estos pacientes asisten por control o para recoger medicamentos de enfermedades crónicas, esta situación fue nueva; ya que hubo días en que eran muy baja la afluencia de pacientes, siendo este el mayor inconveniente; puesto que reduce el contacto con los mismos. Para la rotación de cirugía y complementar pediatría, se asignó una plaza en el Hospital Sergio E. Bernales donde se aprovechó al máximo el poco tiempo de rotación. Al comparar la experiencia de rotar en un establecimiento de salud de primer nivel y uno de mayor complejidad, se observa que la mayoría de los pacientes prefieren acudir a un hospital cuando presentan situaciones que pueden ser manejadas fácilmente en un centro de salud de primer nivel. Al cuestionar y/o recomendar

por qué no acudió primero a un centro de salud cercano, indican que fueron derivados directamente, no hay centro de salud más cercano o que no les corresponde; ya que fueron atendidos primero en otro lugar, sobrecargando la emergencia y pasa que, a veces, se le regresa nuevamente al centro de salud para su atención, siendo esta otra de forma en que el paciente termina siendo el más perjudicado.

En cambio, la autora retornó al hospital Carlos Lanfranco la Hoz y considera que la mayor dificultad en esta nueva situación, son las actividades académicas reducidas que son necesarias; ya que aún el interno está en proceso de aprendizaje, pero se ha tratado de convertir fructíferas las rotaciones y se ha podido aprender lo necesario de cada una de las rotaciones.

Otro problema es que no hay atención en consultorio, solo se atienden emergencias, algunos servicios no brindan atención por la licencia solicitada de médicos, ya sea por estar contagiados de Covid-19 o por ser personas consideradas de alto riesgo, y de esta forma se reduce la atención a las otras enfermedades crónicas siendo nuevamente el paciente el más afectado.

De esta experiencia era poco claro saber cuál hubiese sido el mejor rol que el interno de medicina hubiera desarrollado en el contexto de una pandemia, en vista que durante la formación médica no se recibió algún curso en la que se den las pautas mínimas que el recurso humano en salud deba adoptar para enfrentar una emergencia sanitaria de gran envergadura; por ende hubiese resultado óptimo que las casa de estudios puedan poner al servicio a través de medios digitales las competencias que estudiantes de últimos años ya van adquiriendo y así se haga frente a situaciones adversas como la pandemia o problemas sanitarios mayores. Una grata experiencia fue que estudiantes de la FMH-USMP propusieron una alianza para sumarse a la iniciativa de otra facultad para realizar el Teletriaje-Covid19, otro hubiese sido el impacto de haber tenido planes de contingencia mayores sea para el apoyo de mitigación del problema sanitario o simplemente para una mejor continuidad de la enseñanza.

CONCLUSIONES

1. El séptimo año de medicina es una etapa importante para afianzar los conocimientos previos obtenidos durante la carrera. Es el año más esperado por todos los estudiantes de medicina pues se reconoce que es un paso infaltable para poder ejercer la medicina basada en evidencias como pudo verse durante el año del internado bajo supervisión.
2. Se reconoce que cada hospital o centro de salud usa sus recursos para poder brindar la mejor atención posible a los pacientes, no siempre siguiendo las pautas indicadas por expertos o estudios que muestran un mejor beneficio ya sea con medicamentos o procedimientos, debido a la limitación de recursos del establecimientos o por no encontrarse todos los fármacos en el petitorio nacional, aun así se busca siempre aplicar fielmente la beneficencia y no maleficencia, uno de los principios bioéticos de la medicina.
3. Se ha visto como la emergencia sanitaria ha restringido la atención de ciertas enfermedades crónicas, por lo que los pacientes llegan descompensados, con un cuadro más avanzado y complicado de la enfermedad.
4. El primer nivel de atención permite la aplicación de medicina en los estadios iniciales de enfermedad y la práctica de promoción y

prevención, aspectos que no son desarrollados usualmente en un hospital. Por lo que si es necesario que el programa de internado de la USMP integre por lo menos una rotación para todos sus estudiantes en el primer nivel.

5. Si bien el primer nivel de atención permite desarrollar aspectos positivos de la práctica médica, no se encuentra preparado para una enseñanza integra a lo largo de un año, puesto que el futuro médico debe desarrollarse en todos los aspectos de la práctica clínica, así como los diversos problemas de salud y variedad casuística que ofrecen otros niveles superiores de atención.
6. La pandemia de COVID puede resultar un reto administrativo para la obtención de plazas para todos los estudiantes en el tercer nivel, por este motivo aquellos que solo tengan adjudicación en el primer nivel se les debe proporcionar rotaciones externas en otros niveles de atención para complementar su aprendizaje.

RECOMENDACIONES

- Incluir una rotación en el primer nivel de atención durante el año de internado médico en la FMH-USMP
- Proponer estandarización de actividades académicas durante el Internado médico de la FMH-USMP, aplicando la medicina basada en evidencia en todas las sedes de enseñanza.
- Proponer un internado médico de 150 horas, durante todo el mes siempre que éste, garantice las medidas de bioseguridad para el normal desarrollo de actividades.
- Considerar la enseñanza de la actuación de un médico ante una emergencia sanitaria nacional o una pandemia.
- Fomentar mayores medios de comunicación entre docentes y alumnos de la FMH-USMP a fin de cerrar la brecha ante la imposibilidad de presencialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>
2. REGLAMENTO_DE_INTERNADO_2017_2.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: http://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/departamentos/internado/REGLAMENTO_DE_INTERNADO_2017_2.PDF
3. Mensaje a la Nación 15-03-20. :3.
4. Decreto de Urgencia N° 090-2020 | Gobierno del Perú [Internet]. 2021 [citado 7 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>
5. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA | Gobierno del Perú [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
6. Sobre la situación de médicos residentes e internados en modalidad virtual [Internet]. SUNEDU. 2020 [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sunedu.gob.pe/sobre-situacion-medicos-residentes-internados-modalidad-virtual/>
7. Noor S, Wahab A, Afridi G, Ullah K. Comparing Ripasa Score And Alvarado Score In An Accurate Diagnosis Of Acute Appendicitis. J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC. marzo de 2020;32(1):38-41.
8. Velayos M, Muñoz-Serrano AJ, Estefanía-Fernández K, Sarmiento Caldas MC, Moratilla Lapeña L, López-Santamaría M, et al. [Influence of the coronavirus 2 (SARS-Cov-2) pandemic on acute appendicitis]. An Pediatr Barc Spain 2003. agosto de 2020;93(2):118-22.

9. Cano-Valderrama O, Morales X, Ferrigni CJ, Martín-Antona E, Turrado V, García A, et al. Acute Care Surgery during the COVID-19 pandemic in Spain: Changes in volume, causes and complications. A multicentre retrospective cohort study. *Int J Surg Lond Engl*. agosto de 2020;80:157-61.
10. Resolución Ministerial N° 024-2017-MINSA | Gobierno del Perú [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190520-024-2017-minsa>
11. Resolución Ministerial N° 797-2019-MINSA [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/292887-797-2019-minsa>
12. Meléndez Flores JE, Cosio Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. *Horiz Méd Lima*. enero de 2019;19(1):13-8.
13. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 de julio de 2005;(3):CD001439.
14. Jaschinski T, Mosch C, Eikermann M, Neugebauer EAM. Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. *BMC Gastroenterol*. 15 de abril de 2015;15:48.
15. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally Invasive Surgery and the Novel Coronavirus Outbreak: Lessons Learned in China and Italy. *Ann Surg* [Internet]. 27 de abril de 2020 [citado 13 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188059/>
16. Razo Sánchez A, López Romero SC, González Pérez LG, González Calatayud M, Mancilla Gracida NI, Montero García PJ, et al. Tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda en paciente COVID-19 positivo en hospital de tercer nivel. *Cir Gen*. 2020;42(2):170-5.
17. Alonso S, Pera M, Parés D, Pascual M, Gil MJ, Courtier R, et al. Outpatient treatment of patients with uncomplicated acute diverticulitis. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. octubre de 2010;12(10 Online):e278-282.
18. S2k-Leitlinie Divertikelkrankheit/Divertikulitis. *Z Für Gastroenterol*. 15 de julio de 2014;52(07):663-710.
19. Barbalace NM. Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon. 2017;28:11.

20. Regímenes de antibióticos para infecciones intraabdominales de bajo riesgo - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F106948&topicKey=NEURO%2F2221&search=diverticulitis%20%20hinchey%201&rank=2~150&source=see_link
21. Craig LB, Khan S. Expectant management of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* junio de 2012;55(2):461-70.
22. Departamento de Gineco Obstetricia - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-gineco-obstetricia.html>
23. Fujishita A, Masuzaki H, Khan KN, Kitajima M, Hiraki K, Ishimaru T. Laparoscopic salpingotomy for tubal pregnancy: comparison of linear salpingotomy with and without suturing. *Hum Reprod Oxf Engl.* mayo de 2004;19(5):1195-200.
24. Tulandi T, Guralnick M. Treatment of tubal ectopic pregnancy by salpingotomy with or without tubal suturing and salpingectomy. *Fertil Steril.* enero de 1991;55(1):53-5.
25. Strobelt N, Mariani E, Ferrari L, Trio D, Tiezzi A, Ghidini A. Fertility after ectopic pregnancy. Effects of surgery and expectant management. *J Reprod Med.* octubre de 2000;45(10):803-7.
26. Rantala M, Mäkinen J. Tubal patency and fertility outcome after expectant management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* diciembre de 1997;68(6):1043-6.
27. Resolución Ministerial N° 487-2010-MINSA [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/245167-487-2010-minsa>
28. Hillier TA, Pedula KL, Ogasawara KK, Vesco KK, Oshiro CES, Lubarsky SL, et al. A Pragmatic, Randomized Clinical Trial of Gestational Diabetes Screening. *N Engl J Med.* 11 de marzo de 2021;384(10):895-904.
29. Saccone G, Khalifeh A, Al-Kouatly HB, Sendek K, Berghella V. Screening for gestational diabetes mellitus: one step versus two step approach. A meta-analysis of randomized trials. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* mayo de 2020;33(9):1616-24.
30. Criterios IADPSG y ADA para GTT positivo de 2 h 75 g en el embarazo - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F61208>

&topicKey=OBGYN%2F6797&search=diabetes%20gestational&source=see_link

31. Guo X-Y, Shu J, Fu X-H, Chen X-P, Zhang L, Ji M-X, et al. Improving the effectiveness of lifestyle interventions for gestational diabetes prevention: a meta-analysis and meta-regression. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* febrero de 2019;126(3):311-20.
32. Sutton AL, Mele L, Landon MB, Ramin SM, Varner MW, Thorp JM, et al. Delivery timing and cesarean delivery risk in women with mild gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol.* septiembre de 2014;211(3):244.e1-7.
33. Riskin A, Itzchaki O, Bader D, Iofe A, Toropine A, Riskin-Mashiah S. Perinatal Outcomes in Infants of Mothers with Diabetes in Pregnancy. *Isr Med Assoc J IMAJ.* septiembre de 2020;22(9):569-75.
34. Ag C, Mg T, Mj S, Jd L, Ga M. A prospective cohort study of fetal heart rate monitoring: deceleration area is predictive of fetal acidemia. *Am J Obstet Gynecol [Internet].* mayo de 2018 [citado 15 de abril de 2021];218(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29408586/>
35. Kayani SI, Walkinshaw SA, Preston C. Pregnancy outcome in severe placental abruption. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* julio de 2003;110(7):679-83.
36. Cabergolina ginecología [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-cabergolina+ginecologia-g02cb03>
37. Lactancia Materna [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista98/lactancia_materna.htm
38. Preeclampsia y eclampsia - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
39. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>
40. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* junio de 2020;135(6):e237-60.
41. Peacock WF, Hilleman DE, Levy PD, Rhoney DH, Varon J. A systematic review of nicardipine vs labetalol for the management of hypertensive crises. *Am J Emerg Med.* julio de 2012;30(6):981-93.

42. Morales-Avenidaño V, Reyna-Villasmil E, Mejia-Montilla J, Santos-Bolívar J, Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil N, et al. Labetalol o alfa-metildopa oral en el tratamiento de la hipertensión severa en preeclámpicas. *Rev Peru Ginecol Obstet.* octubre de 2017;63(4):529-35.
43. Resolución Ministerial N° 095-2020-MINSA [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/462251-095-2020-minsa>
44. Comorbilidades que los CDC clasifican como factores de riesgo de COVID-19 grave - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PC%2F127477&to picKey=PC%2F127759&search=covid%20ambulatorio&rank=1~150&source=see_link
45. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 1 de julio de 2014;63(25 Pt B):2960-84.
46. Resolución Ministerial N° 905-2020-MINSA | Gobierno del Perú [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1322786-905-2020-minsa>
47. Resolución Ministerial N° 947-2020-MINSA [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1359714-947-2020-minsa>
48. López-Medina E, López P, Hurtado IC, Dávalos DM, Ramirez O, Martínez E, et al. Effect of Ivermectin on Time to Resolution of Symptoms Among Adults With Mild COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 13 de abril de 2021;325(14):1426-35.
49. Portmann-Baracco A, Bryce-Alberti M, Accinelli RA. Antiviral and Anti-Inflammatory Properties of Ivermectin and Its Potential Use in COVID-19. *Arch Bronconeumol.* diciembre de 2020;56(12):831.
50. Guo W, Li M, Dong Y, Zhou H, Zhang Z, Tian C, et al. Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. *Diabetes Metab Res Rev.* 31 de marzo de 2020;e3319.
51. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet Lond Engl.* 28 de marzo de 2020;395(10229):1054-62.

52. Scheen AJ. Metformin and COVID-19: From cellular mechanisms to reduced mortality. *Diabetes Metab.* noviembre de 2020;46(6):423-6.
53. Luo P, Qiu L, Liu Y, Liu X-L, Zheng J-L, Xue H-Y, et al. Metformin Treatment Was Associated with Decreased Mortality in COVID-19 Patients with Diabetes in a Retrospective Analysis. *Am J Trop Med Hyg.* julio de 2020;103(1):69-72.
54. Gardner TB, Vege SS, Pearson RK, Chari ST. Fluid resuscitation in acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* octubre de 2008;6(10):1070-6.
55. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
56. Ona XB, Comas DR, Urrútia G. Opioids for acute pancreatitis pain. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 14 de abril de 2021];(7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009179.pub2/full/es>
57. Dw da C, Sa B, Nj S, Mg B, Hc van S, S van B, et al. Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl* [Internet]. 26 de septiembre de 2015 [citado 15 de abril de 2021];386(10000). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26460661/>
58. Colli A, Conte D, Valle SD, Sciola V, Fraquelli M. Meta-analysis: nonsteroidal anti-inflammatory drugs in biliary colic. *Aliment Pharmacol Ther.* junio de 2012;35(12):1370-8.
59. Decreto Supremo que prorroga la Emergencia Sanitaria declarada por Decreto Supremo N° 008-2020-SA, prorrogada por Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA y N° 031-2020-SA-DECRETO SUPREMO-N° 009-2021-MINSA [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-prorroga-la-emergencia-sanitaria-declara-decreto-supremo-n-009-2021-minsa-1929103-4/>
60. Dimou FM, Adhikari D, Mehta HB, Riall TS. Trends in Follow-Up of Patients Presenting to the Emergency Department with Symptomatic Cholelithiasis. *J Am Coll Surg.* abril de 2016;222(4):377-84.
61. Chaparro CM, Suchdev PS. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci.* agosto de 2019;1450(1):15-31.

62. Resolución Ministerial N° 250-2017-MINSA [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/189840-250-2017->
63. Resolución Ministerial N° 229-2020-MINSA [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/541106-229-2020-minsa>
64. Salvatierra Ruiz RV, Cárdenas Achata LM. Recetario nutritivo para niñas y niños de 6 a 23 meses. Inst Nac Salud [Internet]. junio de 2014 [citado 12 de abril de 2021]; Disponible en:
<https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/72>
65. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
66. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY, Qu J, et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med*. 23 de abril de 2020;382(17):1663-5.
67. Tian Y, Rong L, Nian W, He Y. Review article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission. *Aliment Pharmacol Ther*. mayo de 2020;51(9):843-51.
68. Gregorio GV, Gonzales MLM, Dans LF, Martinez EG. Polymer-based oral rehydration solution for treating acute watery diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 13 de diciembre de 2016;12:CD006519.
69. Kianmehr M, Saber A, Moshari J, Ahmadi R, Basiri-Moghadam M. The Effect of G-ORS Along With Rice Soup in the Treatment of Acute Diarrhea in Children: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *Nurs Midwifery Stud*. junio de 2016;5(2):e25852.
70. Armitano R, Lisa A, Martínez C, Cipolla L, Iachini R, Prieto M. *Bartonella henselae*: evidencia serológica en pacientes pediátricos con sospecha clínica de enfermedad por arañazo de gato. *Rev Argent Microbiol*. 1 de octubre de 2018;50(4):365-8.
71. K A, M W, D M, C P, Am C, M F. [Accuracy and diagnostic utility of IgM in *Bartonella henselae* infections]. *Rev Chil Infectologia Organo Of Soc Chil Infectologia*. 1 de abril de 2013;30(2):125-8.
72. Bass JW, Freitas BC, Freitas AD, Sisler CL, Chan DS, Vincent JM, et al. Prospective randomized double blind placebo-controlled evaluation of azithromycin for treatment of cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J*. junio de 1998;17(6):447-52.
73. Faura Morros A, Cuaresma González A, Hernández-Bou S, Trenchs Sainz de la Maza V, Camacho Diaz JA, Luaces Cubells C. Rentabilidad

diagnóstica de la ecografía renal tras la primera infección de orina en los lactantes. *An Pediatría*. 1 de abril de 2019;90(4):232-6.

74. Rodríguez-Lozano J, de Malet A, Cano ME, de la Rubia L, Wallmann R, Martínez-Martínez L, et al. Antimicrobial susceptibility of microorganisms that cause urinary tract infections in pediatric patients. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de agosto de 2018;36(7):417-22.
75. Molina Cabañero JC, Ochoa Sangrador C, Grupo Investigador del Proyecto. Criterios de ingreso hospitalario en las infecciones urinarias. *An Pediatría*. 1 de noviembre de 2007;67(5):469-77.
76. Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Ares Álvarez J, Baquero-Artigao F, Silva Rico JC, Velasco Zúñiga R, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. *An Pediatría*. 1 de junio de 2019;90(6):400.e1-400.e9.

ANEXO

Anexo 1:

Tabla de características de establecimientos de salud

	Hospital San Juan De Lurigancho	Hospital Daniel A. Carrion	Nac. Guardia	Hospital Lanfranco	Carlos La Hoz	Centro Infantil Rímac	Materno Rímac
Código Único De Ipress:	00005617	0006218		00007632		00005644	
Dirección Completa:	Avenida Grande Paradero 11 Av. Canto Grande S/N Altura Paradero 11 San Juan De Lurigancho Lima - Lima	Av. Guardia Chalaca 2176		Avenida Peña Cuadra 6 S/N Distrito Piedra Lima	Av. Saenz Puente Provincia Departamento Lima	Pasaje German N° 270 Urb. Villacampa – Rímac	Pasaje San German N° 270 Urb. Villacampa – Rímac Lima Lima
Departamento:	Lima	Callao		Lima		Lima	
Provincia:	Lima	Callao		Lima		Lima	
Distrito:	San Juan De Lurigancho	Bellavista		Puente Piedra		Rímac	
Tipo De Establecimiento:	Establecimiento De Salud Con Internamiento	Establecimiento De Salud Con Internamiento		Establecimiento De Salud Con Internamiento		Establecimiento De Salud Con Internamiento	
Denominación Comercial:	Hospital San Juan De Lurigancho	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion		Hospital Carlos Lanfranco		Centro Materno Infantil Rímac	
Institución A La Que Pertenece:	Minsa	Gobierno Regional		Minsa			
DISA/DIRESA		Diresa-Callao		Diris-Lima Norte		Diris-Lima Norte	
Categoría	II-2	III-1		II-2		I-4	
Grupo Objetivo	Población General	En Población General		En Población General		En Población Condiciones De Pobreza	En De
Nº Del Establecimiento:	60	1441		No Proporcionan		90	
Nº De Camas:	145	325		157		No Proporcionan	

Fuente: Registro nacional de instituciones prestadoras de servicio de salud (Renipress)

Anexo 2:

Lista de abreviaturas

- AU: altura uterina
- EV: endo venoso
- EVA: escala visual analgésica
- FC: frecuencia cardiaca
- FR: frecuencia respiratoria
- GU: genitourinario
- LCF: latidos cardiacos fetales
- Lpm: latidos por minuto
- PPL: puño percusión lumbar
- Rpm: respiraciones por minuto
- Sat: saturación
- SNC: sistema nervioso central
- T°: temperatura