



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO DE MEDICINA HUMANA EN CENTROS DE PRIMER Y
SEGUNDO NIVEL ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-
19 EN LA REGIÓN DE LIMA, AÑO 2020-2021**

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

**PRESENTADA POR
KARLA FABIOLA LOAYZA YLLANES
BRENDA CAROLINA LOAYZA CUADROS**

ASESOR

DR. JOSE RODOLFO GARAY URIBE

**LIMA, PERÚ
2021**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO DE MEDICINA HUMANA EN CENTROS DE
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL ANTES Y DURANTE LA
PANDEMIA DE LA COVID-19 EN LA REGIÓN DE LIMA,
AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

KARLA FABIOLA LOAYZA YLLANES

BRENDA CAROLINA LOAYZA CUADROS

ASESOR

DR. JOSE RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Gisele Vásquez Donayre

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Mg. Edgar Rolando Ruiz Semba

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos, gracias a quienes mediante su apoyo emocional e incondicional hemos podido continuar con nuestras prácticas profesionales; a pesar de todas las adversidades tanto económicas como emocionales presentadas con la llegada del virus de la COVID 19, han sido nuestro mayor soporte en todo momento, siempre impulsándonos cada día para lograr nuestras metas y ser mejores profesionales.

Karla Fabiola Loayza Yllanes
Brenda Carolina Loayza Cuadros

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN:	viii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Gineco obstetricia	1
1.2 Rotación de Cirugía General	8
1.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	16
1.4 Rotación de Medicina Interna	24
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	31
2.1 Hospital de Ate vitarte	31
2.2 Hospital de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz	32
2.3 Centro de Salud Materno Infantil Ollantay	34
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	36
3.1 Rotación de Pediatría y Neonatología	36
3.2 Rotación de Cirugía General	42
3.3 Rotación de Gineco obstetricia	46
3.4 Rotación de Medicina Interna	50
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	54
CONCLUSIONES	56

RECOMENDACIONES	57
FUENTES DE INFORMACIÓN	58
ANEXOS	63
1. Listado de abreviaturas	64

RESUMEN

El siguiente trabajo vincula experiencias de un internado médico a nivel hospitalario y realizado en centros de salud. En tal sentido se dejan ver las diferencias existentes entre ambas, tales como infraestructura, personal asignado y complejidad de casos atendidos.

El objetivo del trabajo es poder plasmar nuestros aprendizajes obtenidos en el internado médico enero 2020- abril 2021 y poder demostrar nuestras capacidades y aptitudes al término de este.

Por último, este trabajo contribuye a enfocar 2 perspectivas diferentes sobre la realización del internado médico antes y después de la pandemia.

ABSTRACT

The following report is about the experiences of a medical internship at the hospital and health centers of first level. In this sense, there are several differences that we can see such as infrastructure, assigned personnel and complexity of cases attended.

The objective of this report is to be able to capture our learnings obtained in the medical internship since January 2020 to April 2021 and to demonstrate our capacities and aptitudes at the end of this.

Finally, this report contributes to focus two different perspectives between the medical internship before and after the pandemic.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se menciona el comienzo del internado médico un 01 de enero, etapa muy importante de nuestra carrera de Medicina que nos sirve para consolidar nuestra formación médica en donde los estudiantes ponemos en práctica y desarrollamos aptitudes y actitudes adquiridas en los años y ciclos de estudio para resolver una situación real bajo supervisión de profesionales. Para cumplir con este último periodo formativo se tuvo que participar de la elección general de plaza logrando así elegir el hospital del MINSA Ate Vitarte y el de la Sanidad Hospital Central Policía Nacional Del Perú. Es así como un 01 de enero 2020 se inició esta con muchas ganas, voluntad y entusiasmo de poder concretar la formación para que posteriormente se pueda ser útil en la prestación del servicio de salud en beneficio de nuestra población.

Cabe resaltar que, al inicio de este internado, paralelamente a esta fecha Dic-2019, ya se anunciaba a través de los medios de comunicación el inicio de una enfermedad COVID-19 iniciada en la ciudad de Wuhan China, en esa oportunidad uno se preguntaba que si esta enfermedad podría llegar en un momento al Perú. En un inicio se consideró que esta podría ser imposible, comparándolas con enfermedades o pandemias como el Ébola u otras similares que podría desarrollarse en otros continentes y no trascendían a nuestro continente y más aún a nuestro país. Jamás se pensó que posteriormente y en la actualidad se habría convertido en una pandemia. De la revisión, seguimiento y análisis de esta nueva enfermedad tomé

conocimiento que era algo serio y que de todas maneras iba a dejar secuelas y una gran cantidad de fallecidos en nuestra población.

El 06/03/2020 el presidente Martín Vizcarra anunció el primer caso de COVID en el Perú, es desde este momento que tuvimos que mantenernos en alerta dado que ya se había convertido en una pandemia con trascendencia o grado de mortalidad especialmente en personas de la tercera edad o con riesgos vulnerables.

Posteriormente, el 15/03/2020 se publicó el DECRETO SUPREMO N.º 044-2020-PCM que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. Con este Decreto repentinamente se suspendió el desarrollo del internado médico. Sin duda esto causo algo de impotencia, pues respetuosos de las normas teníamos que cumplir lo dispuesto, y por otro lado estábamos ante un enemigo invisible. Según como iba avanzando se tomaba conocimiento a través de los diversos reportes nacionales e internacionales que empezaba a faltar camas de hospitalización, Camas UCI, falta de recursos médicos y profesionales entre otras necesidades. Lamentablemente tuvieron que pasar aproximadamente 5 meses hasta que el 03/08/2020 se publicó el Decreto de Urgencia Nro. 090-2020 que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19 en donde establecen lineamientos para la Reanudación de actividades de internos de ciencias de la salud y financiamiento (1). Es en estas circunstancias en las que dando cumplimiento a lo normado tuvimos que llevar a cabo una serie de coordinaciones entre la universidad, DIRIS Sur y Minsa para poder determinar los lugares en donde deberíamos continuar con el desarrollo del internado.

Continuando con este proceso elegimos el Centro Materno Infantil Ollantay clasificada como categoría I-IV, ubicado en Avenida Gabriel Torres S/N Sector Ollantay Pamplona Alta perteneciente al Distrito San Juan de Miraflores Lima. La rotación, se llevaría a cabo con 15 días de prestación de servicios, con dos guardias diurnas por cada semana en dicho periodo con un descanso de 15 días. Es así, como el 15 de abril de 2021 se llegó a culminar el plazo cumpliendo los turnos y el desarrollo del plan curricular en esta etapa tan importante de mi carrera profesional.

No está demás resaltar, que en la posta médica de Ollantay se nos inoculó contra la COVID 19 en las dos dosis.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO N.º 1

Primigesta de 28 años de edad con 25 semanas de gestación, acude al Centro Materno Infantil Ollantay. Manifiesta Cefalea hace 01 día y horas antes del ingreso se añade tinnitus.

Se procede a la toma de la presión la cual se encuentra en 160/90 mmHg.

Tiempo de enfermedad: 01 día

Forma de Inicio: Brusco

Curso: Progresivo.

Síntomas principales: Antecedentes:

- Quirúrgicos: Niega
- Patológicos: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- RAM: Niega
- Gestaciones: G1 P0000
- Menarquía: 12 años
- Método anticonceptivo: ninguno

Exámenes auxiliares:

-Glucosa 96 ayunas

-HIV: negativo.

RPR: negativo

-Hb:13mg/dl

Grupo y factor: O+

Funciones vitales:

- Apetito: conservado
- Temperatura: 37° C
- Sed: conservado
- Sueño: conservado
- Orina: Normal
- Deposiciones: normal
- Examen general: Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación.
- Piel y Faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2”, presencia de edemas en MMII ++ con fóvea. ROT conservados.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil cilíndrico, simétrico, no adenopatías.
- Tórax: Simétrico, amplexación conservada
- Pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos a la auscultación.
- Abdomen: Simétrico, no distendido, RHA (+) de buena intensidad, Blando, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: A la especuloscopia membranas integras, OCI cerrado, no perdida de líquido.
- Extremidades: Móviles, simétricas, rango articular conservado.
- Linfático: No adenopatías palpables.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo-espacio-persona, no signos de focalización, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Preeclampsia con signos de severidad

En este caso por tratarse de un centro I-4 se procedió a hacer la referencia al Hospital María Auxiliadora, para mayores estudios.

CASO CLÍNICO N.º 2

Mujer de 18 años acude a emergencia del Centro Materno Infantil por dolor abdominal localizado en hipogastrio de intensidad 5/10 más sangrado transvaginal de 03 horas de evolución. No sensación de alza térmica, niega otros síntomas.

Tiempo de enfermedad: 03 horas

Forma de Inicio: Brusco

Curso: Progresivo.

Síntomas principales: Dolor abdominal y perdida de líquido sanguinolento

Antecedentes:

- Quirúrgicos: Apendicetomía Laparoscópica 2016
- Patológicos: Niega
- Hospitalizaciones: 2016 por apendicetomía (Hospital María Auxiliadora)
- RAM: Niega
- Menarquía: 11 años
- Método anticonceptivo: ninguno
- FUR: hace 02 meses

Exámenes auxiliares:

Glucosa:88(ayunas)

Hb:12mg/dl

Examen físico:

- Funciones vitales:
- Apetito: conservado
- Temperatura: 37° C
- Sed: conservado
- Pulso: 75x'

- Sueño: conservado
- PA: 100/70
- Orina: Normal
- Deposiciones: 01 cámara hace 01 día
- Examen general: Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación.
- Piel y Faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2", no palidez, no ictericias, no cianosis.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil cilíndrico, simétrico, no adenopatías.
- Tórax: Simétrico, amplexación conservada
- Pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos a la auscultación.
- Abdomen: Simétrico, no distendido, RHA (+) de buena intensidad, Blando, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: PRU (-), PPL (-), A la especuloscopia Orificio cervical interno cerrado, restos sanguíneos escasos en vagina sin visualizarse sangrado activo.
- Extremidades: Móviles, simétricas, rango articular conservado.
- Linfático: No adenopatías palpables.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo-espacio-persona, no signos de focalización, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Amenaza de aborto

Exámenes auxiliares:

- BHCG: POSITIVO
- Se solicita una ecografía por emergencia donde se comprueba gestación única, intrauterina.
- Hemograma: 8500mg/dl
- PCR: 10 mg/dl

- Examen de orina: no patológica

CASO CLÍNICO N.º 3

Paciente mujer de 32 años casada, sexualmente activa, procedente del sector Leoncio Prado-SJM; llega al consultorio de obstetricia por presentar hace 10 días flujo vaginal anormal, maloliente, de color amarillo-verdoso acompañado de prurito, disuria, polaquiuria, dispareunia, niega sensación de alza térmica, no náuseas, no vómitos.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 10 días
- Forma de Inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo
- Signos y síntomas: Disuria, polaquiuria, prurito, dispareunia.

Antecedentes de importancia:

- RAM: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- Enfermedades: Ninguna
- Medicación actual: Ninguna
- Menarquia: 14 años
- G2P2002
- Método anticonceptivo actual: Anticonceptivos orales.
- Número de parejas sexuales: 3
- Papanicolau: Último realizado hace 2 meses con resultado no patológico.
- FUR: Hace 8 días.

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.5°C
- Frecuencia cardiaca: 75 x'
- Frecuencia respiratoria: 13 x'
- Presión arterial: 110/70
- Saturación O2: 97%
- Peso: 55 kg

las relaciones sexuales, 2 días antes de su ingreso se agrega sensación de alza térmica no cuantificada.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 8 días
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo.
- Signos y síntomas: Dolor abdominal bajo, sensación de alza térmica, disuria, polaquiuria, dispareunia.

Funciones vitales:

- Temperatura: 38. 5° C
- Frecuencia cardiaca: 72x'
- Frecuencia respiratoria: 14x'
- Saturación de O2: 98%
- Presión arterial: 120/70

Antecedentes de importancia:

- RAM: Niega
- Menarquia: 12 años
- FUR: 14/01/2021
- G1P0010
- Hospitalizaciones: 2018 con diagnóstico Aborto Incompleto
- Método anticonceptivo: Ninguno
- Número de parejas sexuales: 4
- Papanicolaou: Primero y último en el año 2017 (No patológico)
- Quirúrgicos: Legrado Uterino hace 1 año por diagnóstico de aborto incompleto.

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, no palidez, no cianosis, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior a predominio de fosa iliaca izquierda.

- Génito-urinario:

Puntos renoureterales (-)

Puño percusión lumbar (-)

Especuloscopia: Se evidencia cérvix no patológico.

Tacto vaginal: Presencia de dolor a la movilización del cérvix, Examen

bimanual: Sensibilidad uterina y de los anexos.

Impresión diagnóstica:

1.- Síndrome doloroso abdominal bajo.

2.- D/C Enfermedad pélvica inflamatoria.

Plan:

- Metamizol 1g/2ml: 1 ampolla IM Stat.

- Se solicita Hemograma.

- Se solicita Examen de orina completo.

- Reevaluación con resultados de exámenes solicitados.

- Se reevalúa a paciente con resultados de laboratorio:

Hemograma: Normal

Examen de Orina: No patológico

- Se inicia tratamiento ambulatorio con antibioticoterapia:

1.- Ciprofloxacino 500mg vía oral en dosis única + Doxiciclina 100mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 14 días + Metronidazol 500mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 14 días.

2.- Control por consultorio de medicina en 03 días.

1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

CASO CLÍNICO N.º 1

Paciente varón de 35 años procedente del Distrito de Ate Vitarte acude a emergencia por presentar desde hace 07 horas malestar general, dolor tipo cólico (7/10) localizado en región epigástrica derecha que luego de 05 horas

se localiza en fosa iliaca derecha, sensación de alza térmica no cuantificada, además refiere que hace 04 horas presentó náuseas acompañadas de 2 episodios de vómitos de contenido alimenticio e hiporexia.

Tiempo de enfermedad: 07 horas.

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo.

Antecedentes:

- Quirúrgicos: Niega
- Patológicos: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- RAM: Niega

Ectoscopía:

Paciente despierto, ventilando espontáneamente no portador de vía periférica, fascie dolorosa.

Examen físico:

- Funciones vitales:
- Apetito: Disminuido
- Temperatura: 38. 5º C
- Sed: Disminuida
- Pulso: 88 x'
- Sueño: Disminuido
- PA: 115/75
- Orina: Normal
- Deposiciones: Presentes
- Saturación O2: 97%
- Examen general: Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación.
- Piel y Faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2", no palidez, no icterica, no cianosis.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil cilíndrico, simétrico, no adenopatías.
- Tórax: Simétrico, buena amplexación.

- Pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos a la auscultación.
- Abdomen:
- Inspección: Simétrico, no distendido, no globuloso, no presencia de cicatriz.
- Auscultación: RHA (+) de buena intensidad y frecuencia de 5x'.
- Palpación: Doloroso a la palpación superficial, y a la palpación profunda; Mc Burney (+), Blumberg (+) Rovsing (+). Escala de Alvarado 10/10.
- Percusión: Sonoridad conservada, matidez hepática conservada.
- Génito urinario: PRU (-), PPL (-), genitales externos de acuerdo al sexo.
- Extremidades: Móviles, simétricas, rango articular conservado.
- Linfático: No adenopatías palpables.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo-espacio-persona, no signos de focalización, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Apendicitis Aguda

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Grupo y factor: O+, Hb: 11.5mg/dl, Hematocrito: 34.5mg/dl, Creatinina 0.76, Leucocitos: 16000, Abastionados: 00, Segmentados: 85, Linfocitos: 12, Plaquetas: 155000

Plan: Pasa a SOP

- 1) Ceftriaxona 1gr colocar 500 mg EV cada 12horas
- 2) Metronidazol 500mg colocar 170 mg EV cada 8 horas
- 3) Metamizol 1gramo colocar 500mg EV cada 12 horas

CASO CLÍNICO N.º 2

Paciente mujer de 55 años procedente de Ayacucho acude a emergencia por presentar desde hace 1 semana dolor abdominal difuso que comenzó en

mesogastrio e hipogastrio, no cede con analgésicos, motivo por el cuál viene a lima para atención hospitalaria. Un día antes del ingreso el dolor se intensifica y se localiza en cuadrante inferior izquierdo asociado a nauseas e hiporexia, motivo por el cual acude a clínica particular donde le solicitan una TEM abdominal, y le refieren que acuda a emergencia del Hospital Vitarte. En la emergencia del hospital servicio de medicina interna se realiza la interconsulta al servicio de Cirugía general, donde luego de ver su TEM abdominal se decide la hospitalización para manejo de dolor y antibióticos.

Tiempo de enfermedad: 7 días.

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo.

Síntomas principales: dolor abdominal, hiporexia, nauseas

Antecedentes:

- Quirúrgicos: Cesárea segmentaria año 2000 por feto macrosómico. Patológicos: Niega. Hospitalizaciones: Año 2000 hospital regional de Ayacucho (cesárea)
- RAM: Niega
- Alimentación: ingesta elevada de carnes rojas, y dieta baja en fibra

Examen físico:

- Funciones vitales:
- Apetito: Disminuido, Temperatura: 37° C
- Sed: Aumentada, Pulso: 75x'
- Sueño: Disminuido, PA: 100/70
- Orina: Normal, FR: 16x'
- Deposiciones: 03 días antes del ingreso no cámaras
- Examen general: Aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación.
- Piel y Faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2", no palidez, no icterica, no cianosis.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil cilíndrico, simétrico, no adenopatías.

- Tórax: Simétrico, amplexación conservada
- Pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos a la auscultación.
- Abdomen:
 - Inspección: Simétrico, no distendido, no globuloso, no presencia de cicatriz.
 - Auscultación: RHA (+) de buena intensidad y frecuencia de 5x'.
 - Palpación: Blando, depresible doloroso a la palpación profunda en cuadrante inferior izquierda intensidad 6/10, Mc Burney (-), Blumberg (-).
 - Percusión: Sonoridad conservada, matidez hepática conservada.
 - Genitourinario: PRU (-), PPL (-), genitales externos de acuerdo al sexo.
 - Extremidades: Móviles, simétricas, rango articular conservado.
 - Linfático: No adenopatías palpables.
 - SNC: Despierto, orientado en tiempo-espacio-persona, no signos de focalización, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- Diverticulitis K.57

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: 11800 mg/dl
- PCR: 4 mg/dl
- Examen de orina: no patológica
- TAC Abdominal: se aprecia divertículos en colon derecho y sigmoides, se evidencia inflamación pericólica. Hinchey IA

Se Hospitaliza para Manejo antibiótico con Metronidazol y Ceftriaxona.

CASO CLÍNICO N.º 3

Paciente mujer de 22 años procedente del sector Leoncio Prado – SJM, es traída a emergencia por madre quien refiere que 3 horas antes de su ingreso mientras se dirigía a su centro de trabajo sufrió mordedura canina por un perro desconocido, localizada en miembro inferior izquierdo (pantorrilla), de inmediato regresó a su hogar y se puso un pedazo de tela para cubrir la herida ya que estaba sangrando mucho y se automedicó con Paracetamol 1gr debido al dolor que sentía en la zona afectada, además refiere sentir dolor al movilizar la extremidad (6/10)

Canino cuenta con tarjeta de vacunación según acompañante.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 3 horas, Forma de inicio: Súbito
- Curso de la enfermedad: Progresivo

Funciones vitales:

- T: 36.5 °C
- Frecuencia cardiaca: 80x'
- Frecuencia respiratoria: 18x'
- Presión arterial: 110/70 mmHg

Antecedentes de importancia:

- RAM: Niega
- Hospitalizaciones: Hace 5 años por diagnóstico de Apendicitis aguda
- Quirúrgicos: Apendicectomía hace 5 años

Examen físico:

- MMII izquierdo: Se evidencia solución de continuidad de 3x3 cm aproximadamente, leves escoriaciones, no se evidencia sangrado activo.
- SNC: Despierta, colaboradora, quejumbrosa, LOTEPE, no signos de focalización.

Plan:

- 1.- Se realiza lavado de región de herida con abundante agua y jabón.
- 2.- Se aplica vacuna antirrábica (primera dosis)

3.- Se inicia tratamiento antibiótico: Dicloxacilina 500mg 1 tableta vía oral cada 6 horas por 05 días.

4.- Control por consultorio de medicina general en 05 días.

CASO CLÍNICO N.º 4

Paciente mujer de 20 años de edad proveniente del Asentamiento Humano Miguel Grau es traída a emergencia por padre quien refiere que mientras se dirigía a su vivienda le intentaron robar y producto de esto le empujaron contra una superficie del suelo, producto de la caída presentando contusión en región frontal derecha, niega pérdida de conciencia, niega náuseas, niega vómitos.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 6 horas.
- Forma de inicio: súbito.
- Curso: Progresivo.

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.7°C
- Frecuencia Cardíaca: 75x'
- Frecuencia Respiratoria: 14x'
- Sat O2: 97%

Antecedentes de importancia:

- RAM: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- Cirugías previas: Niega
- Medicación actual: ninguna

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda. elástica, impresiona leve palidez, llenado capilar \leq 2segundos, no cianosis.

- Cabeza: Normocéfalo, se evidencia aumento de volumen de aproximadamente 4x3 en región parietal derecha, no se evidencia sangrado activo.
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, de buena amplexación, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no presencia de soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación blando, depresible, no doloroso, no signos peritoneales.
- SNC: Despierta, reactivo a estímulos, colaboradora, LOTEPE, pupilas foto reactivas, isocóricas, no presencia de signos de focalización, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

1.- Contusión en región frontal derecha: TEC leve.

Plan:

1.- Se solicita radiografía de cráneo: D/C Fractura de hueso frontal.

2.- OSA + monitoreo de signos de alarma durante 03 horas.

3.- Reevaluación en 4 horas:

A la reevaluación paciente cuenta con placa radiográfica en la cual no se evidencia fractura de hueso frontal, paciente clínicamente estable, no se presentaron signos neurológicos alterados, pupilas isocóricas, foto reactivas, no señales de signos meníngeos, no vómitos explosivos, no signos de hipertensión endocraneana, por lo que se decide alta con indicaciones.

A) Se explica a familiar signos de alarma como vómitos explosivos, trastorno del sensorio como tendencia al sueño o signos de focalización, si en caso los presente alguno de estos debe acudir por emergencia.

B) Paracetamol 500mg: 1 tableta cada 8 horas por 03 días.

1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

CASO CLÍNICO N.º 1

RN a término de 39 semanas, adecuado para edad gestacional, peso normal 2.600 kg, sexo masculino, por cesárea electiva por periodo intergenésico corto, antecedente obstétrico de RPM de más de 18 horas con APGAR 9-9. Presenta dificultad respiratoria, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Antecedentes maternos de importancia:

G2 P1001

Grupo y Factor: O+

CPN: 03

Examen orina materno día ingreso: Negativo

Resto de exámenes normales

EXAMEN FISICO:

AREG, AREH, AREN

Piel y Faneras: tibia/hidratada/elástica, llenado capilar <2seg, presencia de macula color rojizo desde el nacimiento en hemitórax derecho de 3x2cm, no ictericia, no cianosis.

Cabeza: normocéfalo, fontanela normotensa

Cardiovascular: RCR buena intensidad, no soplos audibles

Tórax y Pulmones: Movimientos toraco abdominales rítmicos(0p), presencia leve de tiraje intercostal(1p), retracción xifoidea leve(1p), aleteo nasal marcado (2p) y quejido espiratorio audible sin estetoscopio(2p). Silverman y Anderson: 6 puntos. Moderado.

Abdomen: No distendido, Blando/depresible, RHA ++/+++

G.U.: genitales masculinos, testículos en bolsas escrotales

SNC: activo, despierto, no signos de focalización.

PESO NACIMIENTO: 2.600 GR

TALLA: 52cm, PC: 35, PT: 34.5, FC 142, FR 62, T 37.5, SAT 94%

Impresión diagnóstica:

1) Recién nacido femenino a término (Z38.0) AEG Peso Normal

2) Síndrome de dificultad respiratoria moderado d/c TTRN vs Neumonía Congénita

4) Sospecha de sepsis neonatal x RPM >18 horas

5) Hemangioma Tórax

Se solicitó

- Hemograma y PCR a las 12 horas: resultados leucocitos: 18.500/mm³, PCR: 8mg/dl, Plaquetas: 90 000, Abastionados:02 Segmentados: 60 Índice I/T: 0.03, Hb: 15mg/dl
- Grupo y Factor RN: O +
- Hemogluco test: 54mg%
- Rx tórax: hiperaireación y cisuritis, aplanamiento de arcos costales.

Plan:

Se solicita hemocultivo

Peso RN 2.600, Vol 80 cc/kg VIG 5.5 mg/kg

1) NPO

2) Oxígeno Cánula nasal

3) Dextrosa 10% 100cc VT 208 cc 8.6cc por hora

4) Gluconato de calcio 10% 5.2 cc ev cada 8 horas

5)ATB: Ampicilina 100mg /kg día cada 12 horas
amikacina 15 mg/kg día cada 12 horas

6) CFV y BHE

7) Observación de signos de alarma y limpieza de cordón con alcohol al 70%

CASO CLÍNICO N.º 2:

Lactante de 09 meses de edad, sexo femenino. Es traída a emergencia por su madre quién refiere hace 04 días antes del ingreso fiebre de 38.6 C° por lo que decide darle metamizol en gotas, 03 días antes del ingreso persiste la fiebre y se agrega hiporexia, vómitos 07 episodios de contenido alimentario, motivo por el cuál la lleva a emergencia del Hospital

ANTECEDENTES:

PRENATALES:

N.º gestación: 1

Intercurrencias en el embarazo: ninguna

CPN: 06

NATALES: parto eutócico

PESO NACIMIENTO: 2.550

Talla: 51cm

PC: 36cm Apgar: 9 al minuto, 9 a los 5 minutos

Alojamiento y alta conjunta a las 48 horas

POSTNATALES: Lactancia exclusiva hasta los 03 meses luego mixta con leche evaporada de vaca.

EXAMEN FISICO: AREG, AREH, AREN

Piel y faneras: caliente/elástica, llenado capilar <2seg, no edemas, no cianosis, no signos de hipoperfusión, no signo del pliegue

Cabeza: normocéfalo, fontanelas normotensas, Ojos: levemente hundidos.

Mucosas: secas

Cardiovascular: RCR buena intensidad, no soplos audibles

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

Abdomen: No distendido, Blando/depresible, RHA ++/+++ , no visceromegalia

Genitourinario.: genitales femeninos, eritema en región del pañal

SNC: activo, despierto, reactivo a estímulos externos, no signos de focalización.

Peso: 9.800 kg, Talla: 70cm, FC 152, FR 48, T 38.5 Cº, Saturación O2: 98%

Impresión diagnóstica:

- 1) Síndrome febril
- 2) Síndrome emético
- 3) ITU
- 4) Deshidratación leve
- 5) Dermatitis del pañal

Se solicitó Examen de orina realizado por bolsa colectora:

Color: amarillo, Aspecto: turbio Densidad:1025, Proteínas: negativo, Esterasa leucocitaria: positivo, Nitritos: positivo, Leucocitos:12xcampo, Hematíes: 8x campo

Plan:

Se decide probar tolerancia oral en la paciente, la cual no responde a fluidos y se decide hospitalizar a la paciente para tratamiento IV de Ceftriaxona 50mg/kg/día y se realiza toma de Urocultivo.

CASO CLÍNICO N.º 3

Lactante de 9 meses de edad, procedente del distrito de Pueblo Libre es traído a emergencia por la madre quien refiere que hace 2 días presenta, rinorrea hialina y estornudos, hace 1 día se agregó tos no productiva esporádica acompañada de sensación de alza térmica no cuantificada por lo cual administra paracetamol 5cc. También refiere que mientras duerme siente que le silva el pecho. 10 horas antes del ingreso se agrega dificultad para respirar, Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 3 días
- Inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Antecedentes de importancia:

- Nacido por parto eutócico con Edad Gestacional 38 semanas.
- Peso al nacimiento: 2.300 gr
- Hospitalizaciones: Al nacimiento por Ictericia neonatal.

Examen físico:

- Temperatura: 38.5 °C
- Frecuencia respiratoria: 40 x`
- Frecuencia cardiaca: 155 x´
- Saturación O2: 98%
- Peso: 8kg
- Piel y Faneras: Tibia, húmeda, elástica, no palidez, no cianosis, llenado capilar \leq 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, buena amplexación, se evidencian leves tirajes subcostales, se auscultan sibilantes inspiratorios en ambas

bases pulmonares a predominio de base izquierda. Score de Bierman y Pearson 3 puntos considerándose una Dificultad respiratoria leve.

- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia, no signos peritoneales.
- SNC: Despierto, alerta, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

- 1.- Síndrome febril.
- 2.- Dificultad respiratoria leve por Bierman y Pearson: 3 puntos.
- 2.- Descartar bronquiolitis.

Plan:

- 1.- Paracetamol 120mg/5ml: 5cc + medios físicos.
- 2.- Oximetría de pulso.
- 3.- Nebulizaciones con suero hipertónico (I-II-III)
- 4.- Se solicita hemograma, PCR y radiografía de tórax.
- 5.- Reevaluación con resultados.
- 6.- CFV + OSA+ BHE.
- 7.- Se reevalúa con resultados de exámenes solicitados:

- Hemograma:

Hb: 12.5g/dl

Hto: 38%

Leucocitos: 12500/mm³

Plaquetas: 240 000

- PCR: 2,5 mg/dl

- Rx de tórax: Impresiona aumento de trama bronquial, horizontalización de arcos costales, no se evidencia inflamación parenquimal, no borramiento de senos costo-diafragmáticos.

- Paciente con T 36.5 °C, Saturación O₂ 98%, FR: 30 x', FC: 110x', a nivel pulmonar se evidencia tórax simétrico, de buena amplexación, no presencia de tirajes, escasos subcrépitos y sibilantes bibasales.

8.- Alta con indicaciones:

- Paracetamol 120mg/5ml: 5cc cada 8 horas por 03 días
- Prednisona: 4cc cada 12 horas por 03 días.
- Observación de signos de alarma.

- Control por consultorio externo de pediatría en 07 días.

CASO CLÍNICO N.º 4

Niño de 6 años de edad, procedente Villa San Luis, madre refiere que 6 días aproximadamente antes del ingreso el menor presenta rinorrea hialina, sensación de alza térmica no cuantificada por lo que madre le automedica con paracetamol 2.5cc, 4 días antes del ingreso se agrega tos productiva, persistencia de fiebre 38.5 °C, 2 días antes del ingreso los síntomas persisten además se agrega dificultad para respirar, 1 día antes del ingreso el menor presenta sensación de falta de aire, niega náuseas, niega vómitos.

Enfermedad actual:

- tiempo de enfermedad: 1 semana
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Antecedentes de importancia

- Producto de parto eutócico EG: 39 semanas
- RAM: Niega
- Vacunas: Completas
- Hospitalizaciones: 1 vez hace 2 años por diagnóstico de NAC.
- Quirúrgicos: Niega
- Nebulizaciones: Hace 2 años.
- Paciente contacto madre COVID 19: PCR positiva

Funciones vitales:

- T:37.8 axilar
- FC: 102x'
- FR: 32 x'
- Saturación O2: 94%
- Peso: 23 kg

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, no palidez, no cianosis, llenado capilar 2".

- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello simétrico, no se palpan adenopatías.
- Tórax y pulmones: Se evidencia un tórax simétrico, no cicatrices, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, se auscultan crépitos en base de hemitórax derecho, se evidencia leve tiraje subcostal e intercostal a la inspiración.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, no cardiomegalia.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, bando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales, no visceromegalia.
- SNC: Activo, reactivo, pupilas isocóricas y foto reactivas, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

- 1.- Síndrome febril
- 2.- Descartar Neumonía bacteriana
- 3.- Descartar COVID 19

Plan:

- Se solicita: Radiografía de tórax A-P, hemograma, PCR, hisopado nasofaríngeo.
- Rp de emergencia:
 - 1.- Dieta blanda más líquidos a voluntad.
 - 2.- Oxígeno húmedo mínimo necesario para mantener saturación $\geq 92\%$.
 - 3.- Ceftriaxona 920mg cada 12 horas.
 - 4.- Paracetamol 345mg vía oral condicional $T \geq 38^\circ \text{C}$.
 - 5.- Oximetría de pulso permanente.
 - 6.- Cabecera ángulo de 45° .
 - 7.- CFV + OSA más BHE.
 - 8.- Pendiente resultados solicitados.
 - 9.- Se reevalúa paciente con resultados:

Hemograma: Hb: 13,5 gr/dl, Hto : 39%, Leucocitos : 17000, Neutrófilos: 9%, Linfocitos: 5%, Eosinófilos: 0%, Plaquetas: 236 000/mm³, PCR : 3 mg/dl
 - 10.- Se evalúa con resultados de exámenes auxiliares solicitados, hisopado nasofaríngeo: negativo, radiografía de tórax A-P: se evidencia un consolidado

con patrón alveolar en base derecha compatible con proceso inflamatorio parenquimal por lo cual se decide hospitalizarlo.

Día 01:

Al examen físico:

Piel y Faneras: Tibia, húmeda, elástica, no palidez, no cianosis, llenado capilar $\leq 2''$.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa disminuido en base de hemitórax derecho, se auscultan crépitos en base derecha, leves tirajes subcostal e intercostal.

Apreciación:

Paciente con cánula binasal con 2lt de O2 con Sat 96%, con hemograma con leucocitosis a predominio de neutrófilos, con marcadores inflamatorios elevados: PCR 2.5mg/dl con resultados radiológicos compatible con un proceso alveolar pulmonar y con cuadro clínico compatible con neumonía de etiología probable bacteriana, en tratamiento con antibioticoterapia en su día 01.

Día 4:

Al examen físico:

Piel y Faneras: Tibia, húmeda, elástica, no palidez, no cianosis, llenado capilar $\leq 2''$.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, se auscultan escasos crépitos en bases, no se evidencia tiraje subcostal ni intercostal.

Apreciación:

Paciente ventila sin apoyo oxigenatorio, no signos de distrés respiratorio, en tratamiento con antibiótico en su día 04 efectivo por cuadro de neumonía bacteriana típica probable.

Día 7:

Al examen físico:

Piel y Faneras: Tibia, húmeda, elástica, no palidez, no cianosis, llenado capilar $\leq 2''$.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados, no presencia de tirajes.

Apreciación:

Paciente en su día 07 de antibioticoterapia, de evolución favorable, afebril, no signos de distrés respiratorio, con posibilidad de alta.

1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N.º 1

Paciente varón de 56 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II con tratamiento irregular desde hace 8 años (Metformina 850mg: 1 tableta 30 minutos antes del desayuno + Glibenclamida 5mg: 1 tableta cada 24 horas) acude a consultorio de Medicina General para control quien refiere que en la última semana presenta cefalea, muchas ganas de miccionar especialmente durante las noches, sed, apetito aumentado y pérdida de sensibilidad de manos.

Con resultados de Hemoglobina glicosilada, hemograma y glucosa.

Enfermedad actual:

- Tiempo de Enfermedad: 8 años
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo
- Signos y síntomas: Polidipsia, polifagia, polaquiuria, cefalea, pérdida de sensibilidad en manos.

Antecedentes de importancia:

- RAM: Niega
- DM tipo II diagnosticada hace 8 años.
- Hospitalizaciones: Niega
- Cirugías previas: Niega

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.5°C
- Frecuencia cardiaca: 75 x´
- Frecuencia respiratoria: 18x´

- PA: 110/80
- Sat O2: 98%
- Peso: 85kg
- Talla: 1.68 cm
- IMC: 30.1

Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar ≤ 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico de buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia, no signos peritoneales.
- SNC: Despierto, colaborador, LOTEP, no signos meníngeos, Glasgow 15/15.
- Exámenes de laboratorio:
Glucosa: 150mg/dl en ayunas.
Hb A1c: 7%

Hemograma:

- Hemoglobina: 15g/dL
- HCT: 48.4%
- Plaquetas: $228 \times 10^3/uL$
- Leucocitos: $5.03 \times 10^3/uL$

Neutrófilos segmentados: 55%

Linfocitos: 31.5%

Monocitos: 6%

Eosinófilos: 4%

Impresión diagnóstica:

- 1.- Diabetes Mellitus tipo II mal controlada.
- 2.- Obesidad tipo 1

Plan:

- 1.- Metformina 850mg: 1 tableta cada 12 horas.

- 2.- Glibenclamida 5mg: 1 tableta cada 24horas (noche)
- 3.- Dieta hipoglúcida más cambios de estilo de vida.
- 4.- Referencia a centro especializado que cuente con la especialidad de endocrinología.

CASO CLÍNICO N.º 2

Paciente mujer de 55 años procedente del Sector Ollantay con diagnóstico de Hipertensión Arterial hace 03 años, actualmente con medicación irregular: Captopril 25mg 1 tableta vía oral cada 12 horas es traída a emergencia por su esposo quien refiere que 02 horas antes de su ingreso aproximadamente presenta cefalea intensa 7/10 y mareos, además refiere que siente que le zumban ambos oídos.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 2 horas
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo
- Signos y síntomas: Cefalea, vértigo, tinnitus.

Funciones vitales:

- Temperatura: 36.5 °C
- Frecuencia cardiaca: 80x´
- Frecuencia respiratoria: 15x´
- Presión arterial: 150/90
- Peso: 84 kg
- Talla: 1.62 cm
- IMC: 32
- Saturación de O2: 97%

Antecedentes de importancia:

- RAM: Niega
- Hipertensión arterial con tratamiento irregular hace 3 años.
- Hospitalizaciones: Niega

- Cirugías previas: Niega

Examen físico:

- Piel y faneras: Impresiona leve palidez, tibia, húmeda, elástica, llenado capilar ≤ 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico de buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia, no signos peritoneales.
- SNC: Alerta, reactiva a estímulos, LOtep, escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y foto reactivas, no impresiona signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

- 1.- HTA no controlada
- 2.- Cefalea EAD.
- 3.- Obesidad tipo I

Plan:

- Captopril 25mg: 1 tableta sublingual.
- Monitoreo de PA.
- Se reevalúa paciente, continúa con persistencia de PA: 150/90 mmHg por lo cual se indica Hidralazina 25mg: 1 tableta vía oral.
- Se reevalúa paciente a las 2 horas refiere disminución de cefalea.
- Se mide PA:130/70 mmHg.

CASO CLÍNICO N.º 3

Varón de 46 años de edad acude a consultorio del CMI Ollantay por presentar desde hace 3 semanas pirosis, regurgitación ácida, que aumentó posterior a la ingesta de grasas. Niega disfagia.

Tiempo de enfermedad: 03 semanas

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo.

Antecedentes:

- Quirúrgicos: Niega

- Patológicos: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- RAM: Niega

Examen físico:

- Funciones vitales:
 - Temperatura: 36.5° C
 - Pulso: 85 x'
 - PA: 110/75
- Apetito: Disminuido
- Sed: Conservado
- Sueño: Disminuido
- Orina: Normal
- Deposiciones: Presentes
- Examen general: Aparente buen estado general, aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación.
- Piel y Faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2", no palidez, no ictericia, no cianosis.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil cilíndrico, simétrico, no adenopatías.
- Tórax: Simétrico, buena amplexación.
- Pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos a la auscultación.
- Abdomen:
 - Inspección: Simétrico, no distendido, no globuloso, no presencia de cicatriz.
 - Auscultación: RHA (+) de buena intensidad y frecuencia de 5x'.
 - Palpación: No doloroso a la palpación superficial, ni a la palpación profunda.
 - Percusión: Sonoridad conservada, matidez hepática conservada.
- Génito urinario: PRU (-), PPL (-)
- Extremidades: Móviles, simétricas, rango articular conservado.
- Linfático: No adenopatías palpables.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo-espacio-persona, no signos de focalización, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Reflujo Gastroesofágico

Plan: Se le indicó omeprazol 20mg por 15 días, una tableta diaria 30 minutos antes del desayuno

CASO CLÍNICO N.º 4

Adolescente de 16 años de edad que acude a emergencia por presentar hace 2 días fiebre de 39 C° y la aparición de máculas eritematosas que causan mucho prurito, también se visualizan pápulas y vesículas localizadas en miembros superiores, tronco y cara.

Tiempo de enfermedad: 03 semanas

Forma de Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo.

- Antecedentes: Quirúrgicos: Niega, Patológicos: Niega, Hospitalizaciones: Niega, RAM: Niega

Examen físico:

- Funciones vitales:
- Apetito: Disminuido
- Sed: Conservado
- Sueño: Disminuido
- Orina: Normal
- Deposiciones: Presentes
- Examen general: Aparente buen estado general, aparente buen estado de nutrición, aparente buen estado de hidratación.
- Piel y Faneras: caliente, húmeda, elástica, llenado capilar <2", presencia de lesiones costrosas en tórax, pápulas en cara y vesículas en miembros superiores.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello móvil cilíndrico, simétrico, no adenopatías.
- Tórax: Simétrico, buena amplexación.
- Temperatura: 36. 5° C
- Pulso: 85 x'
- PA: 110/75
- FR: 18x'
- Sat O2: 99%

- Pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos a la auscultación.
- Abdomen: Simétrico, no distendido, RHA (+) de buena intensidad, no doloroso a la palpación superficial, ni a la palpación profunda.
- Génito urinario: PRU (-), PPL (-)
- Extremidades: Móviles, simétricas, rango articular conservado.
- Linfático: No adenopatías palpables.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo-espacio-persona, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

Varicela

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Ate Vitarte:

En diciembre 2019 para cumplir con el desarrollo de este último periodo formativo tuve que participar de la elección general de plaza logrando así elegir el hospital del MINSA Ate Vitarte ubicado en la Av. Nicolás Ayllón 5880 – Distrito de Ate para poder afianzar y desarrollar mis conocimientos y sabiduría y aplicarlo en bien de la comunidad poblacional de esta zona Lima Este.

En dicho mes tuve que asistir al área administrativa del Hospital de Ate para realizar trámites de registro e identificación, para cumplir con las instrucciones y capacitación previo al inicio, quedando expeditos para el inicio. Es en esta fecha que tuve los primeros contactos con personal médico y otros profesionales de salud del Hospital quienes siempre nos brindaron un buen trato y su apoyo incondicional para hacernos sentir en confianza como en familia.

Posterior a esto, inicié mi internado en el servicio de cirugía, donde se pudo rotar en múltiples servicios como Urología, Traumatología, Otorrinolaringología. Compartiendo también las clases y/o estudios en la universidad. Al cabo de un mes, exactamente la primera semana de febrero 2020, se iniciaba el traslado de la atención en consultorios al nuevo hospital de Vitarte, fui una de las primeras alumnas en visitar las nuevas instalaciones. Se pudo entrar a Sala de operaciones, participar de juntas médicas donde se

discutían casos quirúrgicos y complicaciones de los mismos, en las diversas especialidades se consiguió realizar consultorio, hospitalización y rotar en Emergencia, todo esto hasta el 16 de marzo del 2020.

2.2 Hospital de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz:

Se dio inicio el internado médico en la sede docente: Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, el día 01 de enero del 2020 hasta el 16 de marzo del 2020, el cual pertenece a la categoría III-1 del nivel de atención.

El Hospital Nacional del Perú- Luis N. Sáenz es el primer hospital de la Policía Nacional que fue creado al inicio para atender a 10 000 policías y derechohabientes; sin embargo, actualmente se realizan atenciones a más de medio millón de pacientes entre titulares y familiares de primer grado.

A nivel nacional constituye un centro de referencia y contra referencia ya que habitualmente los pacientes llegan por referencia de los niveles de menor categoría, y casi siempre desde el segundo nivel de atención.

Tiene una cobertura de más de 100,000 habitantes, cuenta con personal altamente especializado como: Médicos generales, especialistas y subespecialistas, además en el último año han adquirido equipos de alta Tecnología de gran importancia para ser utilizados en las Unidades de Cuidados Intermedios y en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El día 28 de diciembre del 2019, días previos al inicio del internado médico, el área de capacitación de la Dirección de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú realizó una introducción y una capacitación sobre bioseguridad para todos los internos de medicina, en la cual además de capacitarnos nos designaron las rotaciones en grupos de 16 internos de las diferentes Facultades de Medicina presentes, designándome como primera rotación en el Departamento de pediatría.

Días previos del inicio de mi internado se llevó a cabo una inducción que estuvo a cargo del departamento de Docencia del Hospital en la cual nos brindaron información sobre los procesos de atención, buen trato hacia los pacientes, además de las actividades académicas programadas durante el año.

El día 01 de enero del año 2020 inicié mi primera rotación en el departamento de pediatría, el cual pertenece a la División Materno Infantil que lo conforman el departamento de Pediatría y Gineco-Obstetricia.

El departamento de pediatría está dividido por los servicios de Lactantes, Escolares, Unidad de Cuidados Intermedios, Aislados, Neonatología y Cirugía Pediátrica.

Los servicios antes mencionados cuentan con los siguientes números de camas:

- Lactantes: 8 camas.
- Escolares: 16 camas.
- Unidad de Cuidados Intermedios: 4 camas.
- Aislados: 4 camas.
- Neonatología: 15 cunas.
- Cirugía pediátrica: 10 camas.

Cada rotación en los servicios mencionados tenía una duración de 2 semanas; en la cual además de realizar las evoluciones clínicas diarias de los pacientes hospitalizados, durante las visitas médicas, las cuales consistían en la presentación del caso clínico, el diagnóstico actual y el tratamiento terapéutico.

Luego de las visitas, se realizaban actividades académicas todos los días a partir del mediodía a cargo del asistente, el residente e internos de medicina, en la cual la exposición estaba a cargo del interno previa moderación del residente o asistente desarrollándose temas de las patologías.

La programación en emergencia consistía en turnos de doce horas ya sean diurnas o nocturnas, que consistían en atenciones de patologías de emergencias y urgencias. En cada turno se contaba con tutores (médicos asistentes y residentes) quienes nos brindaban la orientación académica en cada clínico del paciente pediátrico.

Se realizaban discusiones de casos clínicos de los pacientes de hospitalización prolongada o diagnóstico complejo, al finalizar cada actividad académica éramos evaluados diariamente mediante un test de diez preguntas referentes al tema de exposición.

Por otro lado, al finalizar cada rotación rendíamos un examen general sobre toda la rotación el cual era parte de nuestra calificación final. De esa manera he podido consolidar mis conocimientos teóricos con la parte práctica.

En el servicio de lactantes las patologías más frecuentes que pude ver fueron: Bronquiolitis, Neumonías típicas y atípicas, Diarreas infecciosas, Celulitis y Abscesos.

En el servicio de Escolares tuve la oportunidad de conocer el manejo de patologías como Enfermedad Diarreica Aguda, Crup viral, Crisis asmática, Infección del tracto urinario, Neumonía Adquirida en la Comunidad típicas y atípicas, Dolor Abdominal Crónico, Adenopatías reactivas.

En el servicio de Aislados tuve la oportunidad de evolucionar pacientes cuyas enfermedades fueron Hepatitis A, Tos Ferina, Neutropenia Febril, Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Salmonelosis, Tuberculosis pulmonar.

Dicha rotación se vio interrumpida el 16 de marzo del 2020, de manera abrupta por la pandemia - de manera de anécdota-, en aquel día estuve programada en una guardia nocturna donde se decretó el estado de emergencia a nivel Nacional y la suspensión de las rotaciones del internado médico, por lo cual el médico asistente de turno nos informó verbalmente que no podríamos realizar el turno programado, por ende, quedaban suspendidas las rotaciones. Culminando mi rotación de Pediatría en una etapa pre pandemia en el Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz".

2.3 Centro Materno Infantil Ollantay

Después de 8 meses de suspensión del internado, se logró retomar la rotación no en las sedes programadas al inicio. Se retomó la rotación de internado en el Centro de Salud Materno Infantil Ollantay nivel I-4, teniendo como objetivo dicho nivel la prevención y promoción de la salud.

Las rotaciones en el Centro Materno Infantil Ollantay consistían en quince turnos mensuales, esto se da debido a la situación Sanitaria de la pandemia por COVID 19 ya que la exposición debía ser la mínima posible por el riesgo de contagio.

Teníamos un total de ciento cincuenta horas aproximadamente en un mes de rotación, las rotaciones se deban en consultorio externo- Medicina General, Consultorio de Obstetricia, Emergencia y consultorio de Pediatría.

Nuestras actividades asistenciales en consultorio externo consistían; en la entrevista a los pacientes, el examen físico, la impresión diagnóstica y el tratamiento, visado por el Médico de turno, además se realizan orientaciones en la parte de promoción y prevención de la salud.

Las patologías más frecuentes que logramos evaluar fueron: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Infecciones del tracto urinario, rinofaringitis aguda, cefalea tensional, lumbalgias, etc.

Nuestras actividades en consultorio de obstetricia estaban a cargo de la obstetra, en la cual nuestra actividad consistía en evaluar al paciente, realizar toma de muestras de Papanicolau, control de gestantes, control de puérperas, profilaxis de gestantes, orientación, promoción de ITS, realización de tamizajes y descartes de ITS.

En emergencia nuestro turno consistía en el manejo de patologías de urgencias menores debido al nivel de atención de nuestro establecimiento nivel I-4, que consistía en evaluar, diagnosticar y tratar patologías como: Cólicos abdominales, cólicos renales, problemas respiratorios (Posibles Covid 19), síndromes febriles, patologías pediátricas como diarreas, Síndrome Obstructivo Bronquial Agudo, mordeduras caninas y contusiones.

En consultorio de pediatría nuestras actividades asistenciales consistían en evaluar, llegar a un diagnóstico presuntivo previa guía del médico asistente; las patologías más frecuentes que llegamos a ver fueron: Rinofaringitis aguda, Infección del tracto Urinario, Faringitis aguda, Diarrea Infecciosa Aguda, Control de niño sano- CRED.

Las actividades académicas durante a pandemia se realizaron virtualmente (vía zoom, Google Meet, etc.) de temas orientados a patologías del primer nivel de atención- Nivel I-4, basadas en artículos y Normas Técnicas de Salud- MINSA.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACION DE PEDIATRÍA

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRÍA

La infección del tracto urinario consiste en una respuesta inflamatoria del urotelio debido a la invasión bacteriana, asociado a piuria, bacteriuria y síntomas de urgencia, incontinencia y disuria (2).

En el caso se menciona a una lactante de 09 meses la cuál presenta fiebre hace 04 días, sin un foco determinado. Los lactantes que presentan Fiebre sin foco entre 3 y 36 meses de edad, debería realizarse un análisis de orina, ya que la ITU es la infección bacteriana más frecuente. Si mediante el análisis de orina se detectan esterasa leucocitaria, nitritos y piuria o bacteriuria, se deberá tomar también un urocultivo, el cuál es el Gold estándar, Se toma la muestra de orina e inmediatamente empezamos el tratamiento de acuerdo al germen más frecuente (3).

En este caso el examen de orina microscópico salió: Leucocitos: 10 por campo Hematíes: 8 por campo, hay leucocituria y hematuria. Vale la pena mencionar que la muestra de orina fue recolectada con bolsa colectora, esta nos puede servir como método inicial en niños que aún no controlan el esfínter vesical. Además, es un método no invasivo, sin embargo, tiene un alto riesgo de contaminación en comparación con el cateterismo vesical o chorro miccional, presentando una alta prevalencia de falsos positivos (4).

En cuanto al manejo se decidió hospitalizar para brindar tratamiento EV y adicionalmente según la escala de Gorelick la menor presentaba una deshidratación moderada con una puntuación de 3 puntos: mucosas secas,

ojos hundidos y taquicardia con 152 latidos por minuto; 1 punto cada ítem. Y era necesario una rehidratación adecuada. Además, no toleraba la vía oral, lo cual estuvo correcto.

Por último, según la asociación de pediatría española para brindar el alta al paciente debe estar 24 horas afebril y existiendo buena tolerancia oral; algunas fuentes consideran la proteína C la cuál debe estar en descenso (5). Y posteriormente se recomienda realizar una ecografía renal y vesical tras una primera infección urinaria si se cumplen algunos criterios como en este caso: Infección urinaria febril, menor de 2 años de edad. La ecografía me va a permitir saber si es que tengo riñones grandes o pequeños, y si es que hay ectasia o retención de orina; estudio muy importante, que no me da el diagnóstico completo, pero que me puede inducir a decir si es que el paciente requiere más estudios (6).

SEPSIS NEONATAL

El caso trata de un recién nacido de 39ss, Apgar 9-9. Sexo femenino el cuál nace por cesárea y posteriormente presenta dificultad respiratoria, puntuación Silverman Anderson de 6 puntos:

- Dificultad respiratoria moderada: Movimientos toraco abdominales rítmicos(0p), presencia leve de tiraje intercostal(1p), retracción xifoidea leve(1p), aleteo nasal marcado (2p) y quejido espiratorio audible sin estetoscopio(2p).

Según la historia clínica el neonato presenta muchos factores de riesgo que pueden hacernos pensar en una sepsis neonatal dentro de los cuales están: CPN insuficientes: Según el Minsa para una gestante de bajo riesgo deberían ser 5 controles. Y según la OMS toda gestante de bajo riesgo debería tener 8 CPN (7). También está la RPM>18 horas que es un factor de riesgo para sepsis neonatal. En este caso la Paciente tiene un RPM de 18 horas, está en el límite.

Adicionalmente según la historia clínica también tiene factores de riesgo para TTRN: ya que el Parto por Cesárea sin trabajo de parto, no se realiza

mecanismos para eliminar el líquido pulmonar, y habrá demora en la absorción y por eso respira más rápido (8).

En cuanto a los Exámenes auxiliares (9):

- Leucocitos: 18 500, para una sepsis tendría que tener <5000 y mayor de 25000.
- Plaquetas: 90 000 están bajas <100000.
- Relación de bastonados/ segmentados es 0.03 (tiene que ser mayor de 0.2 para sepsis).
- PCR: se dice que es patológico mayor de 10, en este caso tiene 8 está menos del límite.
- RX de tórax: se menciona patrón de atrapamiento aéreo donde se visualiza, hiperaireación y cisuritis, aplanamiento de arcos costales. (10)

En cuanto al manejo según el Minsa en el flujograma de atención del recién nacido con dificultad respiratoria >60 inicialmente, se debe administrar O2 húmedo por cánula nasal o mascarilla de 2 a 4litros/minuto lo cuál estuvo correcto.

Además, se empezó cobertura antibiótica para sepsis neonatal con Amikacina y Ampicilina, por probable sepsis por plaquetopenia, y se solicitó toma de hemocultivo, el cuál es el Gold estándar (10).

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se define como los signos y síntomas de una infección aguda del parénquima pulmonar en un individuo que adquirió la infección en la comunidad, a diferencia de la neumonía adquirida en el hospital (nosocomial) (11).

Presentación clínica

La presentación clínica de la neumonía infantil varía según el patógeno responsable, el huésped particular y la gravedad. Los signos y síntomas de presentación son inespecíficos; ningún síntoma o signo es patognomónico de la neumonía en los niños (12).

Los síntomas y signos de neumonía pueden ser sutiles, especialmente en bebés y niños pequeños. La combinación de fiebre y tos sugiere neumonía; otros hallazgos respiratorios (p. ej., taquipnea, aumento del trabajo respiratorio) pueden preceder a la tos. La tos puede no ser una característica inicialmente, ya que los alvéolos tienen pocos receptores para la tos.

La tos comienza cuando los productos de la infección irritan los receptores de la tos en las vías respiratorias. Cuanto más tiempo estén presentes fiebre, tos y datos respiratorios, mayor será la probabilidad de neumonía (13).

Los recién nacidos y los lactantes pequeños pueden presentar dificultad para alimentarse, inquietud o irritabilidad en lugar de tos y / o ruidos respiratorios anormales. Los recién nacidos, lactantes y niños pequeños (es decir, <5 a 10 años de edad) pueden presentar sólo fiebre y leucocitosis (14).

Los niños mayores y los adolescentes pueden quejarse de dolor torácico pleurítico (dolor al respirar), pero este es un hallazgo inconsistente (12).

En la presentación del caso clínico, el paciente preescolar de 6 años presenta un tiempo de enfermedad de 6 días, caracterizado por un cuadro clínico respiratorio cuyos síntomas son rinorrea hialina, tos productiva, SAT, y dificultad para respirar, que según la revisión son síntomas frecuentes de una neumonía adquirida en la comunidad (15).

En cuanto a las indicaciones de la radiografía de tórax la literatura refiere que se debe indicar en niños con evidencia clínica de neumonía incluya: (11)

- Enfermedad severa, (para confirmar el diagnóstico y evaluar las complicaciones).
- Confirmación / exclusión del diagnóstico cuando los hallazgos clínicos no son concluyentes.
- Hospitalización (para documentar la presencia, el tamaño y el carácter de los infiltrados parenquimatosos y evaluar las posibles complicaciones).
- Historia de neumonía recurrente.
- Exclusión de explicaciones alternativas para la dificultad respiratoria (p. Ej., Aspiración de cuerpo extraño, insuficiencia cardíaca), particularmente en pacientes con afecciones cardiopulmonares o médicas subyacentes.

- Evaluación de complicaciones, especialmente en niños cuya neumonía es prolongada y no responde al tratamiento antimicrobiano.
- Exclusión de neumonía en niños pequeños (3 a 36 meses) con fiebre > 39 ° C (102,2 ° F) y leucocitosis (≥ 20.000 glóbulos blancos [WBC] / microL) y niños mayores (<10 años) con fiebre > 38 ° C (100,4 ° F), tos y leucocitosis (≥ 15.000 leucocitos / microL).
- En la presentación de caso clínico, se evidencia que a nivel radiográfico se evidencia un patrón parenquimal, que se ve con más frecuencia en neumonías bacterianas típicas.

En cuando a la evaluación de exámenes de laboratorio (hemograma completo y reactantes de fase aguda) el artículo de referencia, indica que la solicitud dependerá del escenario clínico, que dependerá de la edad del niño, la gravedad de la enfermedad, las complicaciones y si el paciente requiere hospitalización (11).

Ciertos hallazgos de hemograma completo, que se describen a continuación, son más característicos de neumonías bacterianas, bacterianas atípicas o víricas. Sin embargo, los hallazgos se superponen y no pueden diferenciar de manera confiable entre los agentes etiológicos.

- El recuento de leucocitos <15 000 / microL sugiere una etiología no bacteriana, excepto en el paciente gravemente enfermo, que también puede ser neutropénico y tener predominio de células inmaduras.

El recuento de leucocitos > 15.000 / microlitro sugiere una enfermedad bacteriana piógena (16). Sin embargo, los niños con *M. pneumoniae*, influenza o neumonía por adenovirus también pueden tener un recuento de leucocitos > 15 000 / microL [68)

La eosinofilia periférica puede estar presente en lactantes con neumonía infantil afebril, típicamente causada por *C. trachomatis*.

Reactantes de fase aguda: los reactantes de fase aguda, como la velocidad de sedimentación globular, la proteína C reactiva (PCR) y la procalcitonina sérica (PCT), no necesitan medirse de forma rutinaria en niños completamente inmunizados con NAC gestionados de forma ambulatoria

(11). Sin embargo, para aquellos con enfermedades más graves que requieran hospitalización, la medición de los reactantes de fase aguda puede proporcionar información útil para ayudar al manejo clínico.

En los exámenes de laboratorio solicitados, en el hemograma se evidencia una leucocitosis, con neutrofilia, con reactante de fase aguda elevado (PCR: 8mg/dl), lo cual nos orienta a un cuadro un cuadro de neumonía probablemente bacteriana.

Teniendo la presentación clínica, más el apoyo de exámenes auxiliares como una radiografía de tórax con impresión de proceso inflamatorio parenquimal, más exámenes de laboratorio alterados (hemograma y PCR), se decide iniciar tratamiento empírico para neumonía bacteriana.

Las guías mencionan que el tratamiento empírico parenteral de primaria línea es Ampicilina o penicilina, o ceftriaxona, en el caso clínico se optó por el ultimo antibiótico a una dosis de 50 mg/kg/ día, teniendo buena respuesta al tratamiento.

BRONQUIOLITIS

La bronquiolitis se define ampliamente como un síndrome clínico de dificultad respiratoria que ocurre en niños <2 años de edad y se caracteriza por síntomas de las vías respiratorias superiores (p. Ej., Rinorrea) seguidos de las vías respiratorias inferiores (p. Ej., Vías respiratorias pequeñas / bronquiolo) infección con inflamación, que resulta en sibilancias o subcrépitos (estertores) (17).

En el caso clínico, se presenta a un lactante menor, cuyo cuadro clínico inicia con síntomas respiratorios de vías superiores, que posteriormente llega a presentar un distrés respiratorio leve, siendo el primer episodio de sibilantes. En cuanto a los criterios de hospitalización, el artículo en mención refiere que está indicado generalmente para lactantes y niños pequeños con las siguientes características (17):

- Apariencia tóxica, mala alimentación, letargo o deshidratación.

- Dificultad respiratoria de moderada a grave, que se manifiesta por uno o más de los siguientes signos: aleteo nasal; retracciones intercostales, subcostales o supraesternales; frecuencia respiratoria > 70 respiraciones por minuto; disnea o cianosis.
- Apnea
- Hipoxemia con o sin hipercapnia (tensión de dióxido de carbono arterial o capilar > 45 mmHg).
- Padres que no pueden cuidarlos en casa

En el caso clínico, el lactante menor, no tenía un cuadro clínico según score de severidad, y no tenía una apariencia tóxica, tenía buena tolerancia oral, por lo que se decide el manejo con nebulizaciones con suero hipertónico, en emergencias y el tratamiento ambulatorio sintomáticos, y la orientación a la madre de los signos de alarma.

3.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

MORDEDURA DE CANINO

La rabia es una enfermedad viral que se adquiere principalmente por la mordedura de un animal rabioso. Actualmente no se conoce ningún tratamiento eficaz; sin embargo, la mayoría de los casos son mortales y con frecuencia se asocian con secuelas neurológicas graves.

La importancia del manejo adecuado y oportuno de las heridas, y la profilaxis posterior a la exposición pueden evitar que se desarrolle la enfermedad existiendo un pronóstico malo en quienes la desarrollan (18).

La profilaxis posterior a la exposición incluye la vacuna antirrábica con o sin inmunoglobulina antirrábica (19).

Para prevenir la infección por rabia, se debe administrar profilaxis posterior a la exposición a todos los pacientes que hayan tenido una exposición conocida o probable a la rabia (18).

Los animales que presenten algún signo de enfermedad deben ser evaluados por un veterinario e informados al departamento de salud local. Si el animal desarrolla signos de rabia, debe ser sacrificado y su cabeza debe ser enviada

a un laboratorio de salud pública certificado para realizar las pruebas correspondientes; sin embargo, si el animal permanece sano durante los 10 días completos, quiere decir que no tenía el virus de la rabia en su saliva en el momento de la exposición (19).

La profilaxis inmediata está indicada si el animal desarrolla signos clínicos de rabia durante el período de observación de 10 días después de las exposiciones.

Si se inició la profilaxis posterior a la exposición y el animal permanece sano durante los 10 días completos o si se le hace una prueba de rabia y se determina que es negativo, se puede suspender la profilaxis.

De acuerdo a la Norma técnica del Minsa la profilaxis post exposición consta de la aplicación de la vacuna antirrábica o la aplicación de la vacuna antirrábica más aplicación de suero antirrábico (Inmunoglobulina). La profilaxis post-exposición está conformada por 3 componentes principales (19):

- a) Tratamiento local oportuno de la herida (lo más pronto posible post exposición)
- b) Aplicación de la vacuna antirrábica.
- c) Si es que está indicado: Administración de suero antirrábico (Inmunoglobulinas)

Existen factores que deben tenerse en cuenta antes de iniciar la profilaxis post-exposición los cuales son:

- a) La probabilidad epidemiológica de que el animal esté infectado.
- b) La gravedad de la exposición.
- c) Las características clínicas del animal.
- d) Disponibilidad de observación y análisis de laboratorio.

Según la NT- MINSA toda exposición que represente un riesgo de rabia requiere profilaxis post-exposición inmediata. El animal implicado debe permanecer en observación clínica hasta el día 10 de haber ocurrido el accidente. Si este muere durante ese periodo de observación de 10 días, se debe tomar una muestra encefálica de este (19).

En el caso de exposiciones graves producidas por perros sin signos de rabia, los pacientes solo requieren vacunación antirrábica hasta el día 05 de la

mordedura, si termina el periodo de observación clínica del perro y no presenta síntomas durante 10 días, se suspende la profilaxis.

De acuerdo al esquema estándar de vacunación antirrábica de la OMS, se deben administrar 05 dosis en los siguientes días: 0,3,7,14 y 28 por vía IM en la región deltoidea, en casos de niños menores de 2 años esta debe ser aplicada en la cara externa de la región del muslo (19).

En este caso como se trató de una mordedura de perro sin síntomas ni sospecha de rabia, el cual le produjo una lesión superficial en miembro inferior izquierdo (pantorrilla) no se inició profilaxis antirrábica humana, se procedió al tratamiento y control de la herida mediante lavado con abundante agua y jabón, inicio de tratamiento antibiótico ambulatorio con Dicloxacilina 500mg: 1 tableta vía oral cada 6 horas por 05 días, además se le indicó al propietario del canino observarlo durante 10 días en caso este muriera dentro de este periodo se iniciaría profilaxis antirrábica según el esquema de la OMS.

TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO

En el caso clínico el paciente presenta una contusión en región frontal derecha, el paciente presenta un traumatismo craneoencefálico leve.

Según la literatura se define un TEC leve por una puntuación de la Escala de Glasgow de 13 a 15 puntos, medida aproximadamente en 30 minutos después de la lesión. Aunque algunos autores recomiendan clasificar a los pacientes con una puntuación de Escala de Glasgow de 13 como traumatismo craneoencefálico moderado (20).

En cuanto al cuadro clínico el TEC Leve, puede presentarse con cefalea, mareo (vértigo) falta de conciencia del entorno y náuseas y vómitos, lo cual puede ocurrir inmediatamente después del traumatismo craneoencefálico, o evolucionar gradualmente durante varios minutos a horas, en algunos pacientes puede presentarse alteraciones cognitivas y del estado de ánimos, sensibilidad a la luz y al ruido (20).

Se le realizó la evaluación clínica al paciente presentando una Escala de Glasgow de 15/15, sin signo de focalización, por el cuadro clínico no ameritaba un estudio de imagen como una tomografía, si el caso hubiera evolucionado

a un TEC moderado o severo, se hubiera realizado la referencia debido al nivel de atención.

En cuanto al manejo de un TEC leve, se recomienda observación por un periodo de 6 h en el centro de salud y manejo de signos de alarma en casa.

DIVERTICULITIS

Se trata de un caso de una mujer de 55 años la cuál presentaba un dolor abdominal difuso, qué luego se localizó en fosa iliaca izquierda. Se sospechó de una Diverticulitis aguda ya qué la paciente en la anamnesis menciona ingesta alta de carnes rojas y dieta baja en fibra los cuáles eran factores de riesgo para diverticulitis (21).

Se solicita una TAC Abdominal: se aprecia divertículos en colon derecho y sigmoides, y se evidencia inflamación pericólica (22) dando como resultado dentro de la Escala de Hinchey un IA (23) y se decide su manejo hospitalario para cobertura antibiótica de los gérmenes más frecuentes como lo son los Anaerobios y el E. Coli, lo cual es correcto.

Finalmente, según las guías mencionan qué luego de 6 a 8 semanas del episodio agudo se recomienda realizar una endoscopia para descartar cáncer (24).

APENDICITIS AGUDA

La apendicitis es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes, en este caso se trata de un paciente de 35 años sin antecedentes de importancia el cuál acude a emergencia por dolor abdominal en epigastrio el cuál con el transcurso de las horas se localiza en fosa iliaca derecha, esto hace referencia a la llamada Cronología de Murphy (25).

Al momento de evaluarlo uno puede ver la fascie del paciente lo cuál en muchos casos puede orientarnos, en este caso se trataba de un paciente con una fascie dolorosa y se encontraba en posición antálgica por el dolor intenso.

Al examen físico se encuentra en abdomen dolor a la palpación superficial, y a la palpación profunda; Mc Burney (+), Blumberg (+) Rovsing (+) (26).

La impresión diagnóstica es una Apendicitis aguda la cuál es una inflamación del apéndice cecal debido generalmente a una obstrucción de la luz apendicular en adultos por un fecalito y en niños lo más frecuente es por hiperplasia de las amígdalas de Roux (27).

Se decidió solicitar un hemograma completo: donde se visualiza una leucocitosis con desviación izquierda, y se procedió a cuantificar la escala de Alvarado: 10/10 puntos (28).

Es importante mencionar que la apendicitis aguda tiene 4 fases, las cuales son congestiva, supurada, necrosada y perforada, en este caso se trata de un paciente de 07 horas de evolución el cual puede estar aún en la segunda fase supurada, y si no se interviene a tiempo podemos llegar a una necrosada donde se ocasionaría una peritonitis (28).

En este caso el accionar fue correcto ya que se decide su pase a Sala de operaciones y se inicia cobertura antibiótica con Metronidazol y Ceftriaxona (29).

3.3 ROTACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA

PREECLAMPSIA

La enfermedad inducida en el embarazo es una de las causas más frecuentes de muerte materna en el Perú, es más frecuente en la región Costa que en la Sierra (30). Y según cifras del Instituto Materno Perinatal es la principal causa de muerte desde el año 2003 (31). Existen muchos factores de riesgo, en este caso la paciente era Nulípara.

La progresión de la enfermedad es variable, en algunos casos puede avanzar más rápidamente de leve a grave, por eso debe evaluarse siempre a la paciente y el diagnóstico se realiza en toda gestante con presión arterial previa normal y que a partir de la semana 20 presente PAS mayor o igual a 140 y PAD mayor o igual a 90, se realizan 2 medidas separadas por un mínimo de

4 horas y máximo de 7 días. También se considera una PAS mayor o igual a 160 y PAD mayor o igual a 110. Desde el 2013 la sociedad de obstetricia propone preeclampsia sin proteinuria, pero debe haber falla de órganos, en este caso la paciente presentaba una presión de 140/90mmhg y tenía cefalea, se necesitaba un manejo de un centro de mayor resolución ya que nos encontrábamos en un I-4 (32).

Por último, hay que agregar que según las guías hay un manejo preventivo, el cual consiste en AAS de 80 a 100mg /24 horas; desde la semana 12 hasta la 34, Y también con calcio 2gr /24 horas desde la semana 13 (33).

AMENAZA DE ABORTO

En el caso mencionado tenemos una adolescente de 18 años, la cual refiere dolor abdominal y sangrado genital, ante este caso en toda mujer en etapa reproductiva que presente amenorrea, debemos sospechar de un embarazo (34). Ante esto se solicitó BHCG la cual está disponible en el centro de salud y el resultado fue positivo, posteriormente se procedió a pedirle una ecografía transvaginal donde se visualiza una gestación de 10 semanas y se confirma la viabilidad fetal, además el OCI estaba cerrado, lo cual nos hace el diagnóstico de una Amenaza de aborto. Y el OCI nos permite diferenciar de un aborto retenido, en el cual el OCI está cerrado, pero encontramos un embrión muerto (35).

El aborto viene a ser una pérdida de un producto menor a 25cm de longitud, menor a 22 semanas o menor a 500 gramos, generalmente los abortos son precoces antes de la semana 12 (36). En este caso cómo el sangrado cedió y los dolores disminuyeron se procedió a darle las indicaciones para el alta: reposo, no tener relaciones sexuales, si en caso existiera mucho dolor se podría tomar un sintomático como Paracetamol. Y sacar su cita por obstetricia para realizar sus controles.

SINDROME DE FLUJO VAGINAL

El síndrome de flujo vaginal es caracterizado por un aumento anormal de la cantidad de flujo con mal olor y cambio de coloración, acompañado en algunas mujeres por prurito, dispareunia, disuria o en algunos casos por dolor en hemiabdomen inferior (37).

El flujo vaginal tiene diferentes etiologías y localizaciones, por ello no es posible diferenciarlos a través del examen físico, ni a través de la clínica del paciente. Sin embargo, dentro de las principales etiologías encontramos que están divididos en dos grupos según localización (37):

a) Infecciones vaginales:

 Infección por *Cándida*.

 Vaginosis bacteriana.

Trichomona vaginalis: “La tricomoniasis es una infección genitourinaria causada por el protozoo *Trichomonas vaginalis*. Es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que afecta con más frecuencia a las mujeres. La tricomoniasis es una de las tres causas infecciosas más comunes que causan molestias a nivel vaginal entre las mujeres en edad fértil, junto con la vaginosis bacteriana y la vulvovaginitis candidiásica y es una causa de uretritis en los hombres en quienes la infección suele ser frecuentemente asintomática”.

b) Infecciones del cérvix:

Chlamydia trachomatis.

Herpes simple.

Neisseria gonorrhoeae.

En consecuencia, toda paciente con flujo vaginal anormal, requiere tratamiento para vaginitis o cervicitis.

En este caso se manejó a la paciente con un diagnóstico de Síndrome de flujo vaginal según la NT MINSA con Metronidazol 2gr vía oral (dosis única) y se le agregó Clotrimazol 500 mg 1 óvulo vía vaginal (dosis única) por referir prurito en genitales externos. Sin embargo; por las características del flujo vaginal a la especuloscopia y visualización del cérvix en fresa, se tiene un alta de sospecha que su etiología sea por *Trichomona Vaginalis* por cual se le indica tratamiento para su contacto con Metronidazol 2gr vía oral (dosis única).

Además de ello se le brindó consejería sobre ETS y VIH y se sugirió el uso de método de barrera (condones).

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

La enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EPI) es una infección polimicrobiana ascendente causada por patógenos de transmisión sexual o patógenos asociados a la vaginosis bacteriana (38).

Para poder considerarse un Síndrome de Dolor Abdominal Bajo que representa la enfermedad pélvica inflamatoria, se deben descartar otras patologías, además se debe asociar a flujo vaginal, fiebre y dolor a la movilización del cérvix mediante el examen bimanual.

El enfoque clínico, incluyendo el examen físico bimanual continúa siendo el más importante según las guías de expertos para el diagnóstico de EPI. En el examen físico, el movimiento cervical agudo, la sensibilidad uterina y de los anexos en el examen pélvico bimanual son las características que definen la EPI sintomática aguda (39).

Se sospecha de una mujer con EPI cuando son jóvenes sexualmente activas, quienes tienen un alto riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), cuyo cuadro clínico se presenta con dolor pélvico o dolor en la parte inferior del abdomen, al examen físico dolor a la movilización del cérvix, dolor uterino o anexial mediante el examen bimanual.

Esta enfermedad puede dejar secuelas graves en la etapa reproductiva de la mujer cuando no se da tratamiento oportuno. Es por ello que en este caso se inició tratamiento antibiótico empírico porque tenía una alta sospecha clínica de EPI a través de la anamnesis y el examen físico con: Ciprofloxacino 500mg vía oral (dosis única) + Doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas por 14 días + Metronidazol 500mg vía oral cada 12 horas por 14 días (40).

Sin embargo; es importante el manejo del contacto siendo considerado como tal a todo varón que ha tenido relaciones sexuales con la paciente en los últimos 60 días y en quienes está indicado tratamiento para síndrome de descarga uretral (40).

Las mujeres que hayan recibido tratamiento ambulatorio deben ser reevaluadas dentro de las 72 horas de haber iniciado tratamiento. En caso de no haber mejoría deben ser referidas a un centro hospitalario en este caso Hospital Nacional María Auxiliadora para ser hospitalizadas y recibir terapia endovenosa (40).

3.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

DIABETES MELLITUS TIPO II

En el caso clínico en mención presentamos a un paciente con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con tratamiento irregular con metformina y glibenclamida.

- a) La diabetes mellitus tipo 2 es una condición médica en la que las células del cuerpo no responden bien a la hormona insulina. La insulina es producida por el páncreas para permitir que el azúcar en la sangre acceda a las células del cuerpo y sea convertida en energía. Las personas con diabetes tipo 2 tienen un problema para llevar el azúcar en la sangre hacia las células del cuerpo, lo que produce altos niveles de azúcar en la sangre. Los síntomas de la diabetes tipo 2 incluyen una necesidad frecuente de orinar, producir grandes cantidades de orina, sensación de cansancio, pérdida de peso y sentir sed con mayor frecuencia que lo normal. La diabetes tipo 2 puede controlarse con una buena dieta, actividad física habitual y medicamentos para reducir los niveles de azúcar en la sangre (41).
- b) Dentro del cuadro clínico el paciente presenta, cefalea, adormecimiento, nicturia, que según la literatura son parte del cuadro clínico de la enfermedad.
- c) En cuanto al diagnóstico, se utiliza los criterios de ADA, que se menciona en el cuadro siguiente (42):
- d) En cuanto al tratamiento, según el nivel de establecimiento, se le brinda orientación en la parte de promoción y prevención de la salud, Mantener un peso adecuado, comer una dieta saludable y realizar

actividad física habitual pueden ayudar a prevenir algunos casos de diabetes tipo 2.

- e) En cuanto al tratamiento farmacológico, se aumentó la dosis de metformina, y se le realizó una referencia a un centro especializado que cuente con la especialidad de endocrinología, para un estudio debido ya que presenta niveles de glucosa elevado y una hemoglobina glicosilada alta, para descartar complicaciones secundarias.

El uso de insulina se puede considerar sola o en combinación con agentes orales en casos en los cuales la HbA1c es $\geq 7,5\%$ (≥ 58 mmol / mol); y es importante sobretodo en pacientes con una HbA1c $\geq 10\%$ (≥ 86 mmol / mol), en quienes hayan tenido cambios en el estilo de vida y utilizados agentes anti hiperglucémicos de manera adecuada según su prescripción médica (43).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La HTA se define como una PA sistólica ≥ 140 mmHg o una PA diastólica ≥ 90 mmHg medidas en consulta La HTA es una enfermedad muy frecuente a nivel mundial, con frecuencia la mayoría de estos pacientes son diagnosticados en el primer nivel de atención mediante campañas y charlas de promoción y prevención de enfermedades no transmisibles (44).

El manejo de estos pacientes puede ser tratados en el primer nivel de atención, no obstante, hay circunstancias en las que amerita la evaluación y el tratamiento en el nivel hospitalario, por lo cual se hacen las referencias (45).

Los pacientes con diagnóstico de HTA que deben ser referidos son (44).

- Pacientes con sospecha de HTA secundaria.
- Pacientes jóvenes (< 40 años) con hipertensión de grado ≥ 2 para descartar daño a otros órganos.
- Pacientes con HTA refractaria a tratamiento.

La literatura indica que en el caso de los pacientes con HTA grado 2 o 3, se debe iniciar tratamiento farmacológico y además cambios en el estilo de vida. Sin embargo, para los pacientes con diagnóstico de HTA grado 1 y riesgo alto o daño orgánico, el tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de

vida deben iniciarse simultáneamente. Por otro lado, para los pacientes con riesgo bajo e HTA grado 1, el tratamiento farmacológico debe iniciarse después de 3-6 meses, en el caso de no haber logrado controlar la PA mediante cambios en el estilo de vida (44).

ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO

El reflujo gastroesofágico es una entidad muy frecuente, la cual se debe a la incompetencia del EEI, existen muchos factores de riesgo dentro del caso el paciente presentaba consumo de tabaco y alcohol. El paciente presentaba el cuadro típico que consiste en pirosis con regurgitación. Motivo por el cual se decidió dar un inhibidor de bomba de protones: Omeprazol 20mg por 15 días una tableta 30 minutos antes del desayuno, y también se sugirió bajar de peso, elevar la cabecera, consumir comidas poco copiosas, cenar horas antes de acostarse, evitar tabaco, café, grasas y el consumo de alcohol (46). Ya que nos contamos en un Centro I-4 y no hay posibilidad de hacer una endoscopia.

VARICELA

Es una enfermedad infecciosa, frecuente muy contagiosa que es producido por el virus de la varicela zóster, caracterizada por un exantema vesiculoso el cual puede transmitirse por contacto directo o vía respiratoria (47). En este caso tenemos un adolescente el cuál acude por fiebre y se observan múltiples lesiones en diferentes estadios, lo que llamaríamos pleomorfismo regional. En este caso solo se brindó sintomáticos como paracetamol (48). Se recomendó evitar el rascado ya que se puede ocasionar una sobreinfección bacteriana, la más frecuente es el impétigo (49).

En este caso adicionalmente al Paracetamol el paciente cumpla con los requisitos para indicar Aciclovir, ya que era adolescente y el riesgo de desarrollar enfermedad moderada a grave existe, la dosis es de 800 mg cada 4 horas por 5 veces al día durante 5 a 7 días (50).

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado culminó el día 15 de abril del 2021, aún en plena crisis de pandemia frente a adversidades, llegamos a adquirir conocimientos básicos respecto a la atención integral de la salud, además de aprender a tener una buena empatía y relación médico paciente, a pesar de no poder tener un contacto directo con el paciente por el riesgo de la situación de pandemia.

Una etapa importante de nuestras vidas y parte de nuestra formación médica ha llegado a su fin. Dentro de todas las experiencias que hemos vivido, realizar un internado en tiempos de pandemia ha sido un reto, el tratar de buscar el diagnóstico elaborando la historia clínica, recolectando datos y examinando minuciosamente al paciente; y por otro lado el tratar de protegerse para no contraer la COVID-19.

Un escenario que sólo se aprende en la práctica, pero que ahora culminado es gratificante, un internado que por primera vez en la historia del Perú ha sido realizado en centros de salud, nos deja aprendizajes nuevos, y una gran enseñanza en la medicina: que no solo se trata de curar y tratar al paciente como lo vimos en nuestras rotaciones hospitalarias Hospital de Ate Vitarte y Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, sino también influye mucho la prevención.

En el centro de salud Materno Infantil Ollantay donde culminamos el internado los últimos meses hemos adquirido los conocimientos básicos en el primer nivel de atención mediante la realización de campañas de vacunación, desparasitación, Papanicolau, charlas promocionales y preventivas de salud, asimismo por ser un centro I-4 hemos realizado atención de Partos Eutócicos en el centro obstétrico del establecimiento de salud antes mencionado.

CONCLUSIONES

1. Este periodo del internado médico, pese a la situación actual de pandemia en la que nos encontramos, nos ha permitido recibir enseñanzas de grandes profesionales que nos han brindado la oportunidad de ampliar y consolidar nuestros conocimientos teóricos con la parte práctica mediante las interacciones médico-paciente en cada consulta externa y en las guardias diurnas programadas. Así mismo nos ha permitido ratificar la importancia que representa la labor del médico en la salud y la población, debemos actuar desde la parte preventiva, y entregarnos para apoyar y salvar vidas de nuestros hermanos, siempre siendo empáticos con nuestros pacientes y aprendiendo a trabajar en equipo con nuestros colegas.
2. Es gratificante el haber conocido en esta hermosa carrera médica compañeros futuros colegas de otras universidades con quienes hemos compartido prácticas y conocimientos con aptitud y actitud. Nos llevamos los mejores conocimientos y experiencias de brillantes médicos, Obstetras, profesionales de salud entre, enfermeros (as), técnicos de enfermería de quienes nos brindaron lo mejor de sí.
3. Finalmente, queremos dar gracias al personal de la Universidad en su integridad, desde la plana mayor, nuestros asesores y a todo el personal en general por todo el apoyo brindado, quienes nos han permitido llegar hasta el final de la carrera, culminar esta maravillosa e importante etapa de consolidación de conocimientos que sin duda aplicaremos en las siguientes etapas de nuestra carrera como médicos.

RECOMENDACIONES

- Durante el periodo del internado en pandemia, hemos podido constatar las necesidades, requerimientos, carencias y falta de implementación que requieren nuestros centros de salud y hospitales como por ejemplo falta de equipos de protección personal, falta de capacitación sobre bioseguridad.
- Todo interno de medicina debería ser inmunizado contra la COVID 19 por lo menos 2 meses antes de iniciar sus actividades ya sea en un Centro de Salud o en un Hospital.
- Es importante resaltar la gran importancia que tiene capacitar a todo el personal de salud y a los pacientes sobre el correcto lavado de manos y el uso correcto de las mascarillas.
- Es indispensable hacer énfasis en la promoción y prevención de enfermedad no transmisibles para así poder detectar a tiempo a pacientes en riesgo y darle tratamiento oportuno.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. El peruano. Decreto de Urgencia N° 090-2020 que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19. Lima, Perú. El Peruano. 2020. [citado en abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
2. Perret Cecilia, Perez Carolina, Poblete Marpia. Manual de Pediatría. Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2018. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/09/Manual-de-Pediatria.pdf>
3. National Institute for Health and Clinical excellence. Urinary tract infection in under 16s: Diagnosis, treatment and management. Reino Unido. NICE. 2007. [citado en abril de 2021]. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG54>.
4. Shaikh Nader. Urinary tract Infection in childrens: Epidemiology and risk factors. USA: UpToDate [actualizado el 28 de marzo de 2019, acceso el abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-children-epidemiology-and-risk-factors?search=urinary%20tract%20infection&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=5

5. Hevia JP, et al. Recomendaciones sobre diagnóstico, manejo y estudio de la infección del tracto urinario en pediatría. Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev Chil Pediatr. 2020;91(2):281-8.
6. Roberts KB, Akintemi OB. The epidemiology and clinical presentation of urinary tract infections in children younger than 2 years of age. USA. MTA-Pediatría. 2000; 21: 9-18.
7. Sola Augusta, et al. Suspected Neonatal Sepsis: Tenth Clinical Consensus of the Ibero-American Society of Neonatology (SIBEN). USA. Neo Reviews. Agosto 2020; 21(8): e505-e534. Disponible en: <https://neoreviews.aappublications.org/content/21/8/e505>
8. Lubchenco Lula, et al. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. USA. Pediatrics. Noviembre 1963; 32(5): 793-800. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/32/5/793>
9. Montini Giovanni, Hewitt Ian. Urinary tract infections: to prophylaxis or not to prophylaxis. USA. Pediatric Nephrology. 2009; 24(9): 1605-1609. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19444477/>
10. Montini Giovanni. Prophylaxis after first febrile urinary tract infection in children: A multicenter, randomized, controlled non inferiority trial. USA. Pediatrics. 2008; 122(5): 1064-1071. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/122/5/1064#:~:text=Antibiotic%20prophylaxis%2C%20commonly%20used%20to,presence%20of%20primary%20nonsevere%20reflux.>
11. Bradley JS et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines. USA. Clinical Infectious Disease. 2011;53(7): e25. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/53/7/e25/424286>
12. Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. ¿ Does This Child Have Pneumonia?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. USA. JAMA. Agosto 2017; 318(5):462-471. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28763554/>

13. Murphy CG, Van de Pol AC, Harper MB, Bachur RG. Clinical predictors of occult pneumonia in the febrile child. *Academic Emergency Medicine*. 2007;14(3):243-249. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17242382/>
14. Margolis P, Gadomski A. The rational clinical examination. ¿Does this infant have pneumonia?. USA. *JAMA*. Enero 1998; 279(4):308-313. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9450716/>
15. Murphy CG, Van de Pol AC, Harper MB, Bachur RG. Clinical predictors of occult pneumonia in the febrile child. *Academic Emergency Medicine*. 2007;14(3):243-249. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17242382/>
16. Shuttleworth DB, Charney E. Leukocyte count in childhood pneumonia. USA. *The American Journal of Diseases of Children*. Noviembre 1971; 122(5):393-396. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4399688/>
17. Todd A Florin, Amy C Plint, Joseph J Zorc. Viral bronchiolitis. USA. *Lancet*. Enero 2017; 389 (10065): 211–224. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27549684/>
18. Moran GJ, et al. Appropriateness of rabies postexposure prophylaxis treatment for animal exposures. USA. *JAMA*. Agosto 2000; 284(8):1001-1007. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10944646/>
19. MINSA. NTS N° 131: Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. Lima, Perú. MINSA. Abril 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
20. Kay T, et al. Definition of mild traumatic brain injury. USA. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 1993; 8:86. Disponible en: https://www.acrm.org/wp-content/uploads/pdf/TBIDef_English_10-10.pdf
21. Rezapour M, Ali S, Stollman N. Diverticular disease: an update on pathogenesis and management. USA. *Gut and Liver*. Marzo 2018;

- 12(2):125–132. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28494576/>
22. Migaly J, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the use of bowel preparation in elective colon and rectal surgery. USA. *Diseases of Colon & Rectum*. Enero 2019; 62(1):3–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531263/>
23. Emile SH, Elfeki H, Sakr A, Shalaby M. Management of acute uncomplicated diverticulitis without antibiotics: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of predictors of treatment failure. USA. *Techniques in Coloproctology*. Julio 2018; 22(7):499–509. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29980885/#:~:text=Conclusions%3A%20Treatment%20of%20AUD%20without,compared%20to%20non%2Dantibiotic%20treatment.>
24. Lee JM, et al. Hartmann's procedure vs primary anastomosis with diverting loop ileostomy for acute diverticulitis: nationwide analysis of 2,729 emergency surgery patients. USA. *Journal of the American College of Surgeons*. Julio 2019; 229(1):48–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30902639/>
25. Bhangu A, et al. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. USA. *Lancet*. Septiembre 2015; 386(10000):1278–1287. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26460662/>
26. Di Saverio S, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. Israel. *World Journal of Emergency Surgery*. Abril 2020; 15:27. Disponible en: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00306-3>
27. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. USA. *Annals of Emergency Medicine*. Mayo 1986; 15(5):557–564. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3963537/>
28. Deiters A, Drozd A, Parikh P, Markert R, Joon K. Use of the Alvarado score in elderly patients with complicated and uncomplicated appendicitis.

- USA. The American Journal of Surgery. Abril 2019; 85(4):397–402.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31043201/>
29. Andersson RE. The Role of Antibiotic Therapy in the Management of Acute Appendicitis. USA. Current infectious Disease Report. Febrero 2013;15(1):10–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23188622/>
30. American College of Obstetricians and Gynecologist. Hipertension in Pregnancy: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. USA. Obstetrics & Gynecology. Noviembre 2013; 122(5): 1122-1131. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24150027/>
31. Dirección General de Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Perú. MINSA. 2018.
32. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima, Perú. Instituto Nacional Materno Perinatal. Diciembre 2018; 69-83.
33. World Health Organization. WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. USA. WHO. 2011: 1-38. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/
34. Hassan R, et al. “Association between first -trimestervaginal bleeding and miscarriage”. USA. Obstetrics & Gynecolgy. Octubre 2009; 114(4):860-867. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19888046/#:~:text=Conclusion%3A%20Heavy%20bleeding%20in%20the,lasting%20only%201%2D2%20days.>
35. Palomino Saraí. Embarazo de edad avanzada relacionado a complicaciones Materno-Perinatales en gestantes que se atendieron en el hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano enero - abril 2015. Perú. Universidad Nacional de Huánuco. 2016. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/167;jsessionid=63D79A90FFC3F137ABDFDE5D93BA002A>

36. Lopez Viridiana, Vega Ana. Amenaza de aborto. España. Hospital Beneficencia Española de Puebla. 2016. Disponible en: https://www.beneficenciaespanola.com.mx/wp-content/uploads/2016/07/Articulo_amenaza_de_aborto_pdf.pdf
37. MINSA. Guía Nacional de Manejo de Casos de Enfermedades de transmisión sexual. Lima, Perú. MINSA. 2000.
38. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. The New England Journal of Medicine. Mayo 2015; 372(21):2039-2048. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1411426>
39. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. USA. MMWR Recomm Rep. Junio 2015; 64(RR-03):1-137. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/>
40. MINSA. Guía Nacional de Manejo de Casos de Enfermedades de transmisión sexual. Perú. MINSA. 2000.
41. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la Diabetes Mellitus. España. Revista Española de Cardiología. Mayo 2002; 55(5): 528-538. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-diagnostico-clasificacion-patogenia-diabetes-mellitus-articulo-13031154>
42. Silver B, Ramaiya K, Andrew SB, Fredrick O, Bajaj S, Kalra S, et al. EADSG Guidelines: Insulin Therapy in Diabetes. USA. Diabetes Therapy. Abril 2018; 9(2):449-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29508275/#:~:text=The%20preferred%20method%20of%20insulin,with%20other%20oral%20antidiabetic%20drugs%20>
43. Davies MJ, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). USA. Diabetes Care. Diciembre 2018; 41(12):2669-2701. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291106/>
44. Casey DE, et al. AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With High Blood Pressure. USA. Circulation: Cardiovascular

Quality and Outcomes. Noviembre 2019;12(11): e000057. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714813/>

45. Comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. España. Revista Española de Cardiología. Febrero 2019; 72(2): 104-108. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-comentarios-guia-esc-esh-2018-sobre-articulo-S0300893218306766>
46. OMS. Tabaquismo. USA. Organización Mundial de la Salud. [citado 18 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>.
47. Tomás, Z. Guía de Práctica Clínica de Varicela en Niños. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú. 2018. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/guia-de-practica-clinica-de-varicela-en-ninos/>
48. Pérez Alma, García María. Impétigo ampolloso. Mexico. Acta Pediátrica de Mexico. 2017. 28(5). Disponible en: <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1475>
49. Palacios, A. Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de la varicela. Lima, Perú. Hospital Cayetano Heredia. 2018.
50. Cabanillas, J. Complicaciones respiratorias y neurológicas de varicela en el Instituto de Salud del Niño, 1994-1998. Lima, Perú. *Pediátrica*. 2002; 4(2): 15-21. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v04_n2/complicaciones.htm#:~:text=Las%20complicaciones%20neurol%C3%B3gicas%20reportadas%20son,mielitis%20transversa%20y%20Guillain%20Barre.

ANEXOS

ANEXO N°1

- RAM: Reacción adversa a medicamentos.
- FR: Frecuencia respiratoria.
- FC: Frecuencia cardiaca.
- RCR: Ruidos cardiacos rítmicos.
- PA: Presión arterial.
- RHA: Ruidos hidroaéreos.
- Hb: Hemoglobina.
- Hb A1c: Hemoglobina glicosilada.
- HTA: Hipertensión arterial.
- PAS: Presión arterial sistólica.
- ETS: Enfermedad de transmisión sexual.
- ITU: Infección del tracto urinario.
- PPL: Puño percusión lumbar.
- PRU: Punto renoureteral.
- ERGE: Enfermedad de reflujo gastro-esofágico.
- LOTEPE: Orientado en tiempo-espacio-lugar y persona.
- OCI: Orificio cervical interno.
- AAS: Ácido acetil salicílico.
- BHE: Balance hídrico estricto.
- OSA: Observación de signos de alarma.
- CFV: Control de funciones vitales.
- Hto: Hematocrito.
- PCR: Proteína C reactiva.
- TAC: Tomografía axial computarizada.
- TEC: Traumatismo encéfalo craneano.
- CPN: Controles pre natales.
- FUR: Fecha de última regla.