



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE Y CENTRO DE SALUD  
MATERNO INFANTIL SAN FERNANDO**

**PRESENTADO POR  
FIORELLA ROSA TIPISMANA DE LA CRUZ**

**ASESOR  
RICARDO SÁNCHEZ**

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

**LIMA- PERÚ  
2022**



**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**

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE Y CENTRO DE SALUD  
MATERNO INFANTIL SAN FERNANDO**

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

**PRESENTADO POR  
FIORELLA ROSA TIPISMANA DE LA CRUZ**

**ASESOR  
DR. RICARDO SÁNCHEZ**

**LIMA- PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Johandi Delgado Quispe

**Miembro:** Dr. César Aguilera Herrera

**Miembro:** Dr. Fernando Herrera Huaranga

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo a mis queridos padres, Juan Tipismana y Mirtha De la Cruz, por brindarme todo el apoyo incondicional durante mi formación profesional.

Asimismo, a mis queridos hermanos, amados abuelos y amigos; en especial a mi tía María Luisa, por darme aliento y ánimos para no desistir en ningún momento durante estos 7 años de carrera.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme salud y poder cumplir mis metas, igualmente a todos los médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue y del Centro Materno Infantil San Fernando por brindarme sus conocimientos e impulsarme a seguir aprendiendo cada día más.

También un gran agradecimiento a la Universidad de San Martín de Porres por albergarme durante toda mi etapa de formación.

<b>INDICE</b>	
<b>JURADO</b> .....	2
<b>DEDICATORIA</b> .....	3
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	4
<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b> .....	10
1.1 GINECOLOGIA - OBSTETRICIA .....	11
1.2 CIRUGÍA GENERAL.....	14
1.3 PEDIATRIA - NEONATOLOGÍA.....	17
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE E DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b> .....	22
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b> .....	25
3.1 ROTACIÓN GINECOLOGIA - OBSTETRICIA.....	25
3.2 ROTACIÓN CIRUGÍA GENERAL .....	29
3.3 ROTACIÓN PEDIATRÍA - NEONATOLOGÍA .....	32
3.4 ROTACIÓN MEDICINA INTERNA.....	34
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b> .....	36
<b>CONCLUSIONES</b> .....	39
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	40
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	41
<b>ANEXOS</b> .....	48

## RESUMEN

El internado médico es la etapa en el cuál se realizan las prácticas preprofesionales en establecimientos de salud de todo el país. En el contexto de la pandemia por la enfermedad COVID-19 los lineamientos del internado médico se modificaron, sobre todo en la duración de estas y la asignación de campos de formación (50% en establecimientos de salud de primer nivel de atención y el otro 50% en establecimientos de salud de segundo nivel de atención). El objetivo fue describir las ventajas, desventajas y dificultades de realizar el internado durante la pandemia de la COVID 19. Se enfocó sobre todo en las características y diferencias entre ambos niveles de atención, el cual se desarrolló el internado. Se describió la experiencia de un interno de medicina que realizó su internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y el Centro de Salud Materno Infantil San Fernando, se presentó casos clínicos de patologías vistas durante las cuatro rotaciones, en las cuales el interno fue partícipe del seguimiento del paciente de principio a fin, con sus respectivos análisis en función a la Medicina Basada en Evidencia. En conclusión el internado Médico es la etapa más importante en la carrera de Medicina Humana ya que se integran todos los conocimientos de años anteriores y se ponen en práctica. A pesar de que el internado se desarrolló de manera atípica, sobre todo en la asignación de campos de formación, se logró desarrollar competencias prácticas y académicas para ser puestas en la práctica durante la etapa ya como profesional médico cirujano.

**Palabras claves:** Internado médico, COVID19



## ABSTRACT

The medical internship is the stage in which pre-professional practices are carried out in health establishments throughout the country. In the context of the pandemic due to the COVID-19 disease, the medical internship guidelines were modified, especially in the duration of these and the assignment of training camps (50% in primary care health establishments and the other 50 % in health establishments of second level of attention). **Objective:** To describe the advantages, disadvantages and difficulties of carrying out the internship during the COVID 19 pandemic. It focused mainly on the characteristics and differences between both levels of care, which developed the internship. **Methodology:** The experience of a medicine intern who completed his medical internship at the Hipólito Unanue National Hospital and the San Fernando Maternal and Child Health Center was described, clinical cases of pathologies seen during the four rotations were presented, in which the intern was participant in the follow-up of the patient from beginning to end, with their respective analyzes based on Evidence-Based Medicine. **Conclusions:** The Medical internship is the most important stage in the Human Medicine career since all the knowledge of previous years is integrated and put into practice. Despite the fact that the internship was developed in an atypical way, especially in the allocation of training fields, it was possible to develop practical and academic skills to be put into practice during the stage as a professional surgeon.

**Keywords:** Medical internship, COVID19

## INTRODUCCIÓN

Miles de estudiantes realizan sus prácticas preprofesionales en el último año de la carrera en diversos establecimientos de salud a nivel del país; generalmente se efectúan en hospitales de alta complejidad; se denomina internado médico. A nivel nacional se divide en 4 rotaciones importantes a nivel hospitalario: Ginecología–Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría–Neonatología. Dentro de cada rotación, el alumno pone sus conocimientos aprendidos a lo largo de toda la carrera en las diferentes áreas hospitalarias (consultorios externos, tópicos y hospitalizaciones)

En la actualidad, debido a la pandemia por la COVID- 19, los lineamientos del internado medico fueron modificados en varios ámbitos. El 21 de junio del 2021, se aprobó el Documento Técnico: "Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de laEmergencia Sanitaria", el cuál estipula que para poder realizar dichas prácticas preprofesionales se deben cumplir con ciertos requisitos tanto del alumno como del Estado (declaración de voluntad, resultado de tamizaje negativo para COVID- 19 antes de ingresar a los establecimientos de salud einmunizaciones completas, entrega de equipos de protección por parte de losEE. SS., la afiliación al SIS y cobertura de seguro vida).

Además, se determinó que la duración del internado sería tan solo 10 meses(julio 2021- abril 2022) y que la asignación de campos de formación sería 50%de la duración del internado en Hospitales de mayor complejidad y el otro 50%en EESS del primer nivel de atención I-3 y I- 4 de preferencia en zonas cercanas y evitando así grandes desplazamientos.

Este presente trabajo se basó en historias clínicas tanto del Hospital Nacional Hipólito Unanue como del Centro Materno Infantil San Fernando; al ser establecimientos de salud de diferentes categorías, permitió identificar las ventajas, desventajas de hacer un internado médico tanto en un hospital de alta complejidad como en un centro de salud de primer nivel de atención.

## **CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es una etapa fundamental para la formación de un estudiante de medicina y poder alcanzar el objetivo de convertirse en un profesional de la salud.

Durante este periodo el interno de medicina pone en práctica los conocimientos teóricos de ciencias básicas hasta los conocimientos de la parte clínica adquiridos durante los 6 años de carrera mediante seminarios, discusiones de casos clínicos, exposiciones y también de manera autodidacta ahondando en cada tema con revisiones de otras fuentes como Uptodate, normas técnicas, guías internacionales, etc.

Los hospitales y centros de salud son los lugares en el cual el interno podrá tener una relación médico- paciente para realizar la historia clínica y un examen físico detallado, también desarrollará y adquirirá conocimientos prácticos al realizar diferentes procedimientos que son guiados por médicos especialistas o residentes, con el fin de hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado a beneficio del paciente.

Todo interno rota por 4 especialidades (Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Neonatología y Cirugía general), cada servicio aportará al interno nuevos conocimientos y reforzará los conocimientos ya adquiridos, es fundamental rotar por dichas especialidades ya que permitirá al interno estar preparado para ejercer como médico en el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS).

En la actualidad el internado solo tiene una duración de 10 meses y las practicas preprofesionales se realizaron tanto en Hospitales de alta complejidad como en Centros de Salud de primer nivel de atención pertenecientes a las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS).

El autor del presente trabajo realizó el 50% del internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en dónde rotó Cirugía General y Ginecología obstetricia, y el otro 50% en el Centro Materno Infantil San Fernando en dónde rotó Pediatría- Neonatología y Medicina Interna.

## 1.1 GINECOLOGIA - OBSTETRICIA

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente, mujer de 67 años, presenta un tiempo de enfermedad de 34 años con un curso progresivo e insidioso, refiere que al hacer esfuerzo “pujo” presenta sensación de bulto que sale por la vagina, por lo cual acude al Hospital Arzobispo Loayza en donde le diagnostican prolapso genital, pero debido a gestación no se le podían intervenir quirúrgicamente. Hace 3 años refiere aumento de volumen de dicho bulto que regresiona al estar en reposo, se agrega leve incontinencia urinaria al toser o estornudar. Acude a consultorio externo de ginecología del Hospital Hipólito Unanue, para realizar exámenes prequirúrgicos y ser hospitalizada para intervención quirúrgica

Antecedentes: Paciente con G5 P5005. Partos: vaginal. Fecha de última regla a los 46 años. Inicio de relaciones sexuales: 18 años. Antecedente de uso de anticonceptivos: Dispositivo intrauterino. Niega otros antecedentes patológicos. Niega RAMS

Funciones Vitales: frecuencia cardiaca: 81lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, presión arterial: 116/70 mmHg, temperatura: 37°C, saturación: 98%, FiO2:21%. Peso 67. Talla 1.53

Al examen físico: Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia, no cianosis. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Abdomen

plano, blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), no doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, rebote (-), McBurney (-), Murphy (-). Examen Ginecológico: Especuloscopia: Masa protruyente de aprox 5 cm a maniobra de valsalva, borde del cervix eritematoso, no sangrado vaginal, epitelio vaginal atrófico, PAP metaplasia. Tacto vaginal: útero anteversoflexión de 6x3x3 cm, no doloroso a la movilización de cervix

Paciente cuenta con estudio de Urodinamia: Incontinencia Urinaria tipo III, además cuenta con resultados en rangos normales de los exámenes prequirúrgicos: Grupo y factor (O+), Hemograma, Examen de orina, Perfil de coagulación, Perfil hepático, Urea, Creatinina, EKG, Rx tórax, pruebas serológicas (VIH, VHB, Sífilis), y prueba COVID 19.

Se realiza el sistema POP-Q a la paciente: TLV (8), Aa (+3), Ap (-3), Ba (5), Bp (+2). Las impresiones diagnósticas son Prolapso genital III Ba, Incontinencia urinaria de esfuerzo tipo III.

Se programa a paciente para sala de operaciones, se le realiza Histerectomía vaginal total + Colpoperineoplastia + TVT (Tensión-free vaginal tape). Paciente post operada con funciones vitales estables, afebril, con ligero dolor en genitales, sin otra sintomatología con un Hcto control de 41%, permaneció hospitalizada por dos días y se le da de alta con evolución favorable previo retiro de sonda Foley y tapón vaginal.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente, mujer de 29 años referida de CC.SS Tambo Viejo al servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue el día 07/02/22 por presentar tiempo de enfermedad de hace 4 horas y media aproximadamente, manifestando dolor de cabeza de tipo punzante en región frontal con una intensidad 9/10, presenta “zumbidos” en ambos oídos, refiere que percibe contracciones uterinas cada 8 minutos y movimientos fetales presentes, se revisa hoja de referencia en donde la presión arterial es del 200/100 mmhg.

Antecedentes: Paciente con G1 P0000 Partos: vaginal. Fecha de última regla: hace aprox 8 meses (01/06/22). Fecha probable de parto: (08/03/22). Inicio de relaciones sexuales: 21 años. ACO: niega. Controles prenatales: Dos (13/01/21, 27/01/21) presión arterial en rangos normales en ambas ocasiones,

no proteinuria ni examen de orina patológico. Niega otros antecedentes patológicos, Niega RAMS

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 101 lpm, frecuencia respiratoria: 23 rpm, Presión arterial: 160/100 mmHg a las 17:40 horas, temperatura: 37°C, saturación: 98%, FiO2:21%, peso 78, talla 1.60.

Al examen físico: Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, no ictericia. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Abdomen: Ocupado por utero gravídico, Altura uterina 28 cm, FCF: 146 lpm, Feto: longitudinal cefálica izquierda, Movimientos fetales: presentes. Tacto vaginal: Cerrado y blando, altura de presentación -4, Incorporación 70%. SNC: Lucida y orientada en tiempo, espacio y persona.

Se solicitó exámenes de laboratorio: Hemograma (Leucocitos 13.3000 /mm<sup>3</sup>, Hemoglobina 11.8 gr/dl, Plaquetas 148 000 /mm<sup>3</sup>), Perfil hepático (TGO + 64, TGP 60), Creatinina 1.3, LDH: 264U/L

Paciente con impresión diagnóstica de: Primigesta de 36 ss por ecografía de II trimestre y trastorno Hipertensivo del Embarazo: Preeclampsia con signos de severidad.

En la posta se prescribió antihipertensivo (Nifedipino 10 mg VO, Metildopa 1gr) y sulfato de Magnesio 20% a dosis de ataque 8 gr en 30 min + ClNa0.9% STAT. Se deja sulfato de magnesio a dosis de mantenimiento, se prescribe antibiótico profiláctico (Cefazolina 2gr EV) y pase a sala de operaciones para cesárea de urgencia.

Paciente post operada día 2 de cesárea, solo refirió leve a moderado dolor en hemiabdomen inferior, ninguna otra sintomatología. Al examen físico (PA:138/82 mmhg), Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en hemiabdomen inferior, utero contraído a nivel de cicatriz umbilical, Genitourinario: Loquios serohemáticos de poca cantidad sin mal olor. Se solicitó control de exámenes de laboratorio: Hemograma (Hemoglobina 11.2 gr/dl, Plaquetas 142 000 /mm<sup>3</sup>), Perfil hepático (TGO 29.8 U/L, TGP 19.35 U/L), Creatinina 0.8, LDH: 248U/L. Paciente con evolución favorable es evaluada por las especialidades de oftalmología y cardiología, se

continua con antihipertensivo (Metildopa 1gr via oral cada 12 horas, Nifedipino 10 mg PRM  $\geq$ 160/70), Analgésico y control de presión arterial cada 4 horas. Es dada de alta al tercer día, con indicaciones médicas (acudir a consultorio de cardiología) y se le explican los signos de alarma.

## 1.2 CIRUGÍA GENERAL

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente varón de 33 años, con un tiempo de enfermedad de 6 horas aproximadamente de inicio insidioso y curso progresivo, acude a tópico de cirugía general por presentar pérdida de apetito, dolor abdominal tipo cólico en región de epigastrio que a las siguientes horas se irradia hacia la fosa iliaca derecha con una intensidad 8/10. Además, refiere náuseas y vómitos en 3 oportunidades de contenido alimentario. Niega sensación de alza térmica y niega automedicación.

Antecedentes: TBC hace 5 años con tratamiento completo, niega otros antecedentes.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 63 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, Presión arterial: 120/70 mmHg, temperatura: 37°C, saturación: 98%, FiO<sub>2</sub>:21%, peso 60 kilos, talla 155 cm.

Al examen físico: Piel tibia/elástica/hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no cianosis, no ictericia. Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax sin ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen: a la inspección globuloso, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en FID, punto de Mac Burney positivo, Dunphy positivo.

Ante la sospecha de un Síndrome doloroso abdominal agudo d/c Apendicitis aguda, se solicitó exámenes de laboratorio: Hemograma (Leucocitos 15.000 mm<sup>3</sup>, Hemoglobina 15 gr/dl, Plaquetas 313 000 /mm<sup>3</sup>), perfil de coagulación en rangos normales, perfil hepático en rangos normales, perfil bioquímico (urea, creatinina y glucosa) en rangos normales, reactantes de fase aguda (PCR 2), Grupo sanguíneo O+, prueba covid negativo, Pruebas serológicas



negativo, examen de orina negativo, ecografía abdominal sin alteraciones pero muy doloroso a la compresión con el transductor.

Se confirma diagnóstico de Apendicitis Aguda (según puntuación para apendicitis), por lo cual se programa a paciente a sala de operaciones para procedimiento quirúrgico. Se deja a paciente en NPO con hidratación, ceftriaxona 2gr EV cada 24 h y omeprazol 40 mg EV cada 24 h.

Se realiza Apendicectomía laparoscópica, dentro de los hallazgos operatorios se observó el apéndice cecal de 8x2 cm necrosada en toda su extensión, base apendicular en buen estado y escaso líquido inflamatorio, clasificándolo como una apendicitis complicada.

Al examen físico postoperado se observan heridas operatorias a nivel umbilical, flanco derecho e hipogastrio, con secreción serohématico de poca cantidad, sin signos de flogosis, abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos, leve dolor a la palpación en sitios operatorios. Se indicó antibioticoterapia y analgesia endovenosa, progresión de dieta y deambulación asistida. Paciente con evolución favorable (menos dolor, deposiciones +, diuresis +, tolera via oral), fue dado de alta al tercer día de hospitalización con antibióticos (Ciprofloxacino 500mg via oral cada 12h y Metronidazol 500mg via oral cada 8 horas, ambos por 5 días), analgésicos, indicación de limpieza de heridas y retiro de puntos en 5 días.

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente mujer 50 años con un tiempo de enfermedad de 4 días de curso progresivo, refiere dolor en todo el abdomen por lo cual se automedicó con analgésico, sin embargo, dicho dolor no cedió. Asimismo, refiere que hace 3 días no realiza deposiciones y no elimina flatos, acompañándose con náuseas y vómitos en tres oportunidades de contenido alimentario por dichos motivos acude a tópico de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Antecedentes: Constipación hace 4 años, niega RAMS, procedencia: Huánuco , refiere incluir en su dieta el consumo de tubérculos la mayoría de la semana.

Funciones Vitales: frecuencia cardiaca: 89 lpm, frecuencia respiratoria: 19 rpm, Presión arterial: 110/70 mmHg, temperatura: 37.3°C, saturación: 98%, FiO2:21%, peso 65 kilos, talla 1.59 cm.

Al examen físico: Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, no cianosis, no ictericia. Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax sin ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos audibles. Abdomen: distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia y tono, timpanismo a la percusión y doloroso a la palpación superficial y profunda en todos los cuadrantes. Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos. SNC: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Paciente con diagnóstico de Síndrome doloroso abdominal aguda, Obstrucción Intestinal d/c Vólvulo de cólon, se solicitó una radiografía de abdomen en bipedestación en el cual se observó asa intestinal distendida en forma de "grano de café" y exámenes de laboratorio: Hemograma (Leucocitos 14.600 mm<sup>3</sup>, Hemoglobina 12.6 gr/dl, Plaquetas 455 000 /mm<sup>3</sup>), perfil de coagulación en rangos normales, perfil hepático en rangos normales, perfil bioquímico (urea, creatinina y glucosa) en rangos normales, Electrolitos séricos en valores normales, grupo sanguíneo AB+, prueba covid negativo, Pruebas serológicas negativo, examen de orina negativo.

Confirmado el diagnóstico de Obstrucción intestinal por Vólvulo; el plan fue hidratación, colocación de sonda nasogástrica y sonda rectal, programar a sala a operaciones.

Se le realizó una Laparatomía exploratoria: Resección intestinal + anastomosis latero lateral ileon colónico + Dren pen rose. Dentro de los hallazgos operatorios se observó vólvulo de cólon ascendente y transverso de 270° dichas asas dilatadas y edematosas, con tejido fibrótico que compromete cólon y estómago. Descripción del procedimiento: Devolvulación, previa liberación de meso, con posterior resección intestinal desde +/- 5 cm de la válvula ileocecal hasta +/- 5 cm del ángulo esplénico, se realizó anastomosis latero lateral íleo colónico, colocación de DPR(3) Lecho de anastomosis que

sale por la FII, parietocolico derecho y fondo de saco uterino que ambos salen por la FID.

Se deja a paciente en NPO por 4 días post cirugía, se realiza interconsulta a UTENEP el cuál sugirió nutrición enteral, luego al paso de los días se probó tolerancia oral. Al examen físico se observó herida supra infraumbical sin signos de flogosis, drenes con contenido serohemático que fue disminuyendo en volumen por lo cual se retiraron, abdomen con ruidos agregados +, leve dolor a la palpación profunda en zona de herida operatoria. El plan fue antibioticoterapia ( Ciprofloxacino 400 mg cada 12horas EV , Metronidazol 500 mg cada 8 horas EV; ambos por 7 días), analgésicos, procinéticos, deambulacion asistida e inspirómetro incentivo.

Se realizó exámenes de laboratorio de control con resultados en rangos normales, paciente con evolución favorable (afebril, leucocitos en rangos normales, deposiciones +, tolera via oral), por lo cual es dada de alta a los 9 días de post operada con indicaciones médicas (Indicación de retiro de puntos, analgésicos y antibióticos vía oral).

### 1.3 PEDIATRIA - NEONATOLOGÍA

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente de 3 años fue llevada por su madre al Centro Materno infantil San Fernando por la presencia de lesiones vesiculares en todo el cuerpo, además madre refiere que menor de edad presenta intenso prurito sobre todo en las noches. Madre refiere tener las mismas lesiones al igual que su pareja.

Antecedentes: Niega antecedentes patológicos, niega RAMS

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 95 lpm, frecuencia respiratoria: 21 rpm, Presión arterial: 120/70 mmHg, temperatura: 37.3°C, saturación: 99%, FiO2:21%, peso 13.7 kilos, talla 93 cm.

Al examen físico: Piel se observan lesiones papulo eritematosas en todo el cuerpo sobre todo en las palmas y zonas interdigitales de las manos , tórax y región axilar, llenado capilar menos de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax sin ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos audibles. Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos +, blando y depresible sin dolor a la palpación superficial ni profunda. Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo. SNC: Despierta, reactiva a estímulos.

Paciente con diagnóstico de Escabiosis, el tratamiento fue Permetrina al 5% loción (aplicación en todo el cuerpo excepto en ojos, nariz ni boca) repetir en 7 días, clorfenamina jarabe 4 ml cada 12 horas por 3 días, baño diario, limpieza de todo el hogar. Además, se indicó que familiares que viven con la paciente también deben recibir tratamiento para la escabiosis.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente mujer de 11 años, acude acompañado con su madre de familia. Madre refiere que su hija hace aproximadamente 10 días cursa con dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio de tipo cólico de moderada intensidad, que no se irradia hacia otro lado, dicho dolor aumenta posterior a la alimentación. Además, refiere que cursa con diarreas y que en las deposiciones de su menor observó "gotas de aceite en heces". Se agrega pérdida de apetito, niega náuseas o vómitos, niega fiebre y tolera la vía oral

Antecedentes: Ingieren en hogar agua sin hervir. Niega problemas en el parto, niega antecedentes patológicos y familiares, vacunas completas. Niega RAMS

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 85 lpm, frecuencia respiratoria: 28 rpm, temperatura: 36,7°C, saturación: 98%, FiO2:21%, peso 34.0 kilos, talla 1.36 cm.

Al examen físico: Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar -2 segundos, no cianosis. Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax sin ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen: Leve distensión a la inspección, ruidos hidroaéreos +, timpánico a la percusión, blando y depresible con dolor a la palpación profunda en

epigastrio y mesogastrio, no masas, no visceromegalia. SNC: paciente despierto, conectado con el entorno.

Ante la sospecha de Parasitosis intestinal, se solicita hemograma, parasitológico seriado, dichos exámenes son disponibles en el Centro Materno Infantil San Fernando.

Paciente es revaluado con resultado de exámenes : Hb: 12.2, Leucocitos: 8000, Parasitológico:Giardia lamblia Coprofuncional: Reacción Inflamatoria.

Se inicia tratamiento con Metronidazol 500 mg Vo cada 8 horas por 7 días, se indica lavado de manos frecuente.

## MEDICINA INTERNA

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente de 32 años con un tiempo de enfermedad de 3 días aproximadamente con un curso progresivo, refiere fiebre cuantificada de 39° C que no cedió con antipirético, además se agrega tos seca, dolor de garganta, rinorrea y malestar general. Refiere que en su hogar dos personas tienen los mismos síntomas.

Antecedentes: niega antecedentes patológicos, niego RAMS, ocupación: trabajadora en banco de la nación, vacunas contra COVID 19 (3 dosis completas)

Funciones vitales: FC: 95 lpm, FR: 18 rpm, PA: 120/90 mmHg, saturación:98%, FiO2: 21% temperatura: 37.5°. Talla 1.60. Peso 72

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, no cianosis. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados, no tirajes.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos audibles. Abdomen: RHA (+), blando depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda , Murphy (-), McBurney (-), rebote (-), no se palpan masas, no hepatomegalia. Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). SNC:

LOTEP, Glasgow 15/15.

Se sospecha en la enfermedad COVID 19, por lo cual se solicita una prueba antigénica a la brevedad posible en el mismo Centro de Salud Materno Infantil San Fernando, tras unos minutos la prueba confirma el diagnóstico de enfermedad COVID 19. Se le indica a paciente Antipirético (Paracetamol 1g) en caso de fiebre, Ibuprofeno 400 mg VO por 3 días, Antihistamínico (Clorfenamina 4 mg cada 6 horas por 4 días), medición de la saturación cada 6 horas sacando un promedio si es menor a 93% se le indica que acuda al hospital más cercano y aislamiento obligatorio domiciliario.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 57 años con un tiempo de enfermedad de 6 días de inicio insidioso y curso progresivo. Refiere que hace 3 días presenta malestar general, dolor de tipo punzante intermitente en el lado derecho de las costillas con una intensidad 4/10, posterior refiere que dicho dolor se irradia hacia la zona lumbar del mismo lado que aumenta de intensidad a 8/10 y se añade falta de sensibilidad de dicha región. Hace 1 día paciente refiere observar algunas vesículas en la zona de las costillas del lado derecho por lo cuál acude a consulta externa de medicina del Centro Materno Infantil San Fernando.

Antecedentes: Refiere varicela a los 3 años, COVID hace 5 meses, niega otros antecedentes de interés.

Funciones vitales: FC: 86 lpm, FR: 17 rpm, PA: 120/80 mmHg, saturación:99%, FiO2: 21% temperatura: 37.3°. Talla 1.69. Peso 73 kg

Al examen físico: Piel y faneras: Se observan múltiples vesículas agrupadas en forma de racimo de uvas con una base eritematosa que siguen un patrón de dermatoma en lado derecho de las costillas que se irradia a la zona dorsal (T75-T7), llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, no cianosis. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos audibles. Abdomen: RHA (+), blando depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda , Murphy (-), McBurney (-),

rebote (-), no se palpan masas, no hepatomegalia. Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). SNC:LOTEP, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica es Herpes Zóster, por lo cuál el plan fue Aciclovir 800 mg 5 veces por día por 7 días vía oral y Antiinflamatorios no esteroideos, se cita en 7 días para ver progreso. Después de 7 días paciente evoluciona de manera favorable, refiere disminución de dolor y las lesiones vesiculares estaban en desapareciendo.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE E DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

Se inició el internado el 1 de Julio del año 2021, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) ubicado exactamente en la Avenida César Vallejo n.º1390, en el distrito de El Agustino, en la ciudad de Lima.

El nosocomio está catalogado como uno de categoría III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de atención), es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud IV Lima Este del Ministerio de Salud.

El HNHU brinda la prestación de servicios enfocados en la salud, ya sea en la prevención, protección, recuperación y rehabilitación de los pacientes procedentes principalmente de los Distritos de El Agustino, Ate - Vitarte, Santa Anita, La Molina, Cercado de Lima, Lurigancho, Cieneguilla, Pachacamac y San Juan de Lurigancho.

Al ser un establecimiento de salud de alta complejidad, recibe en forma permanente pacientes referidos por los hospitales, centros y postas de salud de la jurisdicción de Lima Este.

Es una sede hospitalaria en donde se desarrollan las prácticas clínicas de múltiples estudiantes e internos de medicina de las diferentes universidades del Perú, además de otras carreras de la salud como enfermería, odontología, obstetricia, nutrición, psicología y tecnología médica.



En los últimos años se ha mejorado la atención en Emergencia, se inauguró una moderna Unidad Crítica y una farmacia debidamente abastecida, las que ayudarán a agilizar la atención de los múltiples pacientes. Además, se creó la Unidad Funcional de Telesalud para facilitar las prestaciones de salud a distancia, brindado por médicos, obstetras, enfermeras, psicólogos, entre otros, a través de computadoras, teléfonos, aplicativos y sistemas.

El 6 de marzo de 2020 fue reportado el primer caso confirmado de coronavirus en el Perú. Desde entonces, el hospital es un punto estratégico en el cual se realizan pruebas moleculares o de antígenos para el diagnóstico de la enfermedad

Frente a la pandemia por la COVID-19, a mediados de marzo de 2020 se inauguró el Centro de atención y aislamiento COVID-19 en el hospital Nacional Hipólito Unanue que cuenta con 100 camas hospitalarias y equipamiento médico de primer nivel, además monitores de funciones vitales, pulsioxímetros, entre otros implementos para hacer frente a la enfermedad.

Los pabellones de las especialidades médicas sufrieron una reducción del aforo de pacientes al 50% de su capacidad, además las visitas a los pacientes eran limitadas para prevenir el contagio de la enfermedad.

Durante la pandemia, varias UPSS fueron suspendidas siendo las UPSS de consultorio externos la más afectada en el 2020, limitándose solo a hacer tele consulta por llamada telefónica. Sin embargo, a partir de los meses de enero del 2021, se empezaron a reanudar consultorios externos de algunas especialidades.

Las UPSS de emergencias, de diagnóstico por imagen y de cuidado intensivos tuvieron la mayor demanda, sobre todo en áreas COVID. Actualmente el hospital es un punto de vacunación para toda la población.

Durante la estancia en el Hospital, el interno no tuvo contacto con el centro de atención y aislamiento COVID19, realizó las prácticas en pabellones de hospitalización, tópicos y sala de operaciones en las diferentes rotaciones.

El 01 de diciembre el internado se continuó en el Centro Materno Infantil San Fernando, ubicado exactamente en el Jiron José Santos Chocano cuadra 1 S/N - Urb. Valdiviezo, en el distrito de Ate

El centro de salud está catalogado como categoría I-4 (Nivel I de Complejidad y Nivel 4 de atención), pertenece a la de la Dirección de Salud IV Lima Este del Ministerio de Salud. Atiende las 24 horas los 365 días del año.

El centro cuenta con diferentes unidades prestadoras de servicio (UPSS) como ejemplo consulta externa (de profesionales de salud: Médico, enfermera, obstetra), patología clínica, servicio de ecografía general , farmacia, atención de la gestante en periodo de parto y atención inmediata del recién nacido, además cuenta con internamiento de las púerperas. En enero del 2021 se inauguró el área de monitoreo fetal electrónico que permitirá verificar la vitalidad fetal y ayudar a la toma de decisión respecto al nacimiento del bebé.

Además, cuenta con personal técnico de primeros auxilios y un chofer para llevar al paciente a los hospitales de referencia más cercanos, Hospital Ate Vitarte, el Hospital Hipólito Unanue o el Hospital Dos de Mayo.

Tras la pandemia se ha agregado a la cartera de servicios el consultorio diferenciado de Violencia Intrafamiliar, que brindará soporte emocional a personas maltratadas durante la crisis sanitaria por COVID-19, además es punto de vacunación y de descarte de la enfermedad COVID 19.

El interno dentro del Centro de Salud tuvo la oportunidad de rotar en emergencia, en sala de partos, consultorios externos y por el servicio de ecografía.

### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

En este capítulo se revisará a detalle cada caso clínico expuesto anteriormente, comparando el plan de trabajo y tratamiento de los diferentes niveles de atención con las normas técnicas, guías internaciones y otras bases de datos basados en evidencias médicas.

#### **3.1 ROTACIÓN GINECOLOGIA - OBSTETRICIA**

##### **Caso n.º 1:**

Prolapso genital III Ba, incontinencia urinaria de esfuerzo tipo III

Paciente con cuadro clínico típico de prolapso genital, refiriendo una sensación de cuerpo extraño que protruye por la vagina a maniobras de valsalva e incontinencia urinaria al esfuerzo. Se define dicha patología al descenso parcial o total de uno o varios órganos a través del conducto vaginal que se origina por un fallo en la sujeción y el soporte (1).

Se realiza una buena anamnesis a la paciente identificando varios factores de riesgo para dicha patología, siendo la paridad, edad avanzada y obesidad los factores de riesgo más importantes (3).

Se estima que, en Perú un 33% de las mujeres puede llegar a presentar prolapso genital de órganos pélvicos femeninos, convirtiéndose en una de las principales indicaciones de cirugía ginecología (2)

El diagnóstico es netamente clínico, se debe realizar un examen ginecológico detallado, es necesaria la inspección genital para pesquisar lesiones cutáneas asociadas a la incontinencia de orina, además de descartar fistulas o cicatrices, se recomienda el uso de espéculo para un mejor examen clínico y realizar tacto vaginal para descartar alguna patología en los órganos pélvicos (4). En el servicio de gineco-obstetricia se realizó un buen examen ginecológico a la paciente, evidenciando a la especuloscopia una masa protruyente de aprox 5 cm a maniobra de valsalva, borde del cervix eritematoso, no sangrado vaginal, epitelio vaginal atrófico y PAP metaplasia; al tacto vaginal se palpó el útero en anteversoflexión de 6x3x3 cm, no doloroso a la movilización de cervix.

A lo largo de los años se han descrito diferentes sistemas de clasificación del prolapso, la más reciente, el Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ) system. Esta clasificación tiene en cuenta el órgano prolapsado, así como el grado que puede llegar a alcanzar (5).

Se realiza el sistema POP-Q a la paciente: TLV: 8, Aa: +3, Ap: -3, Ba: 5, Bp: +2; clasificándose como un prolapso genital III Ba.

El estadio III se refiere a que la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por debajo del himen, pero no es mayor que 2 cm menos de la longitud vaginal total. El Ba es el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal anterior y el punto Aa. (5)

Paciente contaba con estudio de urodinamia que fue solicitado en consultorio externo, según la literatura dicho examen se debe solicitar cuando existe sospecha de incontinencia con Estadio II o mayor de prolapso o si presenta alguna disfunción miccional, la conclusión de la urodinamia de la paciente fue Incontinencia de esfuerzo tipo III (6).

El tratamiento más adecuado para cada paciente dependerá de diferentes aspectos como la edad, tipo de prolapso, estadio de este, estilos de vida y cirugías previas. Las técnicas quirúrgicas están indicadas sobre todo en pacientes con prolapso de moderado a severo grado (II o III grado), o cuando hay sintomatología con afectación de la calidad de vida (5).

Se programa a paciente para sala de operaciones, se le realiza Histerectomía vaginal total + Colpoperineoplastia + TVT (Tension-free vaginal tape). En este caso se decide una histerectomía vaginal total, dicho procedimiento se elige en pacientes que no desean embarazos a futuros, pacientes con mayor edad, además disminuye prolapsos recurrentes(7).

Se realiza colpoperineoplastia para disminución del hiato genital y reforzamiento del cuerpo y membrana perineal para evitar las recidivas; en los casos que sea necesario realizar corrección de la incontinencia de orina, se procede a realizar en el mismo acto operatorio, en este caso se decide por la técnica quirúrgica de TVT (8).

Dentro de las complicaciones del procedimiento quirúrgico se describen: Sangrado vaginal, dolor, pélvico, distensión abdominal, oliguria o anuria, hematuria (6). Se retira tapón vaginal y sonda Foley, evoluciona favorable en las 48 horas posteriores por lo cuál es dada de alta con indicaciones médicas.

### **Caso clínico n.º 2:**

Primigesta de 36 ss por ecografía de II trimestre y trastorno Hipertensivo del Embarazo: Preeclampsia con signos de severidad.

Se define preeclampsia a la aparición reciente de hipertensión y proteinuria o la aparición reciente de hipertensión y disfunción significativa de órganos diana con o sin proteinuria (9). Hipertensión hace referencia a una presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg en al menos 2 ocasiones con al menos 4 horas de diferencia después de 20 semanas de gestación en una paciente previamente normotensa (10).

En una paciente con preeclampsia, se diagnóstica preeclampsia con criterios de severidad cuando existe la presencia de uno o más de los siguientes: presión arterial sistólica  $\geq 160$  mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 110$  mmHg en 2 ocasiones con al menos 4 horas de diferencia, alteración cerebral o visual de nueva aparición (fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmo retiniano, dolor de cabeza severo), anomalía hepática (deterioro de la función hepática no explicado por otro diagnóstico y caracterizado por una

concentración sérica de transaminasas > 2 veces el límite superior del rango normal o dolor severo persistente en el cuadrante superior derecho o epigástrico), trombocitopenia (<100.000 plaquetas/microL), anomalía renal (creatinina sérica >1,1 mg/dl o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar (11) (ANEXO1)

En el caso expuesto, la paciente con 36 semanas de gestación presenta presión arterial de 200/100 mmHg en el Centro de Salud Tambo Viejo, pasadas 5 horas aproximadamente se toma la presión arterial (160/100 mmHg en el Hospital Hipólito Unánue .Paciente con cuadro clínico de falla de órganos y con criterio de severidad ( presión arterial  $\geq 160$  mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 110$  mmHg en 2 ocasiones, cefalea de gran intensidad acompañado de tinitus en ambos oídos), es diagnosticada con preeclampsia severa.

Se solicitó exámenes de laboratorio, con un único resultado anormal (Creatinina 1.3 mg/dL), dicho valor también es un criterio de severidad, por lo cuál se refuerza el diagnóstico ya mencionado.

En la literatura se describen 5 factores de riesgo mayores para preeclampsia (embarazo previo con preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo I o tipo II, enfermedad autoinmune tal como LES o SAF),sin embargo, existen otros factores de riesgo menores (nuliparidad, edades extremas, obesidad, afroamericanas, etc)(12). Se identifica la Nuliparidad y obesidad como los únicos factores de riesgo en la paciente.

El tratamiento antihipertensivo debe iniciarse de forma prioritaria para la hipertensión severa de inicio agudo (presión arterial sistólica de 160 mm Hg o más o presión arterial diastólica de 110 mm Hg o más, o ambas), además la literatura disponible sugiere que los agentes antihipertensivos deben administrarse dentro de 30 a 60 minutos. (13).

Además, se recomienda la administración de sulfato de magnesio para la prevención de las convulsiones en mujeres con preeclampsia con características graves, la dosis de carga es de 4 a 6 g de una solución al 10

% por vía intravenosa durante 15 a 20 minutos seguida de 1 a 2 g/hora como infusión continua y mantener la infusión por 24 horas después del parto (14).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) sugiere el parto de todas las pacientes con preeclampsia con características graves que hayan alcanzado  $\geq 34$  semanas de gestación, la sugiere vía de parto abdominal en preeclampsia severa, en no labor de parto, con daño de órgano blanco o hipertensión refractaria al tratamiento; en dicho caso clínico se optó por cesárea ya que no había buen control de presiones arteriales y por la presencia de falla de órgano (creatinina en valores elevados)(15).

Paciente con evolución favorable es evaluada por las especialidades de oftalmología y cardiología, se continuó con antihipertensivos (Metildopa 1gr vía oral cada 12 horas, Nifedipino 10 mg PRM  $\geq 160/70$ ), analgésicos y control de presión arterial cada 4 horas. Es dada de alta al tercer día, con indicaciones médicas (acudir a consultorio de cardiología) y se le explican los signos de alarma.

### **3.2 ROTACIÓN CIRUGÍA GENERAL**

**Caso clínico n.º 1:** Síndrome Doloroso abdominal agudo -Apendicitis aguda complicada.

El dolor abdominal agudo representa del 7 al 10% de todos los accesos a los servicios de urgencias. Se define apendicitis a la inflamación del apéndice vermiforme, siendo la primera causa de dolor abdominal agudo no traumático con necesidad quirúrgica en los servicios de emergencia del mundo (16).

El diagnóstico es un gran desafío, ya que muchas veces es difícil, porque existen muchas condiciones que pueden tener síntomas y signos parecidos a la apendicitis, como problemas inflamatorios genitourinarios o ginecológicos. Para el diagnóstico final es importante una buena historia clínica, la exploración física y estudios de laboratorio (17). El papel de las imágenes de diagnóstico, como la ecografía (US), la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética nuclear (RMN), es una gran controversia (17).

Se sospecha en apendicitis aguda en dicho caso clínico por la historia clínica y examen físico clásico de inicio agudo y curso progresivo (inicio de hiporexia, náuseas y vómitos, dolor en epigastrio que se irradia al flanco derecho, punto doloroso de Mac Burney positivo, Dunphy positivo) (18).

Se crearon diversas escalas de puntuación que sirven para incrementar la exactitud diagnóstica y tomar una actitud frente a esta patología. Generalmente son fáciles de reproducir, no invasivos y baratos; ya que dan una valoración numérica a los síntomas/signos y a las pruebas de laboratorio (Anexo2). La Escala Alvarado es la escala más difundida, más conocida y la que hasta hace algunos años tenía el mejor rendimiento en estudios de validación, sin embargo, no es capaz de diferenciar la apendicitis aguda complicada de la no complicada (19).

En el caso clínico el paciente tiene una puntuación de 7 puntos (dolor migratorio, anorexia, náusea/vómitos, dolor en fosa iliaca, leucocitos > 10 000 cel/mm<sup>3</sup>), por lo cual es candidato para cirugía ya que tiene una alta probabilidad de cursar con apendicitis aguda.

El tratamiento estándar actual para la apendicitis es la apendicectomía, que se puede realizar abierta o por vía laparoscópica. Se sugiere el uso de antibiótico profiláctico en dosis única (cefotaxima 2gr EV o cefotetan 2gr EV, o la combinación de cefazolina 2 g más metronidazol 500 mg IV) para prevenir infección de la herida operatoria y abscesos intraabdominales después de la apendicetomía (20).

Al paciente se le realiza apendicectomía laparoscópica, siendo el tratamiento quirúrgico más eficaz, ya que se asocia con una menor incidencia de infección de la herida y morbilidad posterior a la intervención, estancia hospitalaria más corta y mejores puntajes de calidad de vida en comparación con la apendicectomía abierta (21).

Dentro de los hallazgos operatorios se observó el apéndice cecal de 8x2 cm necrosada en toda su extensión, base apendicular en buen estado y escaso líquido inflamatorio, clasificándolo como una apendicitis complicada.



Los pacientes pueden ser dados de alta una vez que toleren la dieta, se recomienda de tres a cinco días de antibióticos intravenosos para la apendicitis complicada después de la apendicectomía. En pacientes que no tiene factores de riesgo de resistencia a los antibióticos o fracaso de tratamiento por lo general se indica tratamiento combinado (cefazolina, cefuroxima, ceftriaxona, cefotaxima, ciprofloxacina o levofloxacina, cada uno en combinación con metronidazol) (22).

### **Caso clínico n.º 2:**

Obstrucción intestinal por Vólvulo de cólon ascendente y transverso.

El síndrome de Obstrucción intestinal presenta una clínica con la tríada típica de dolor abdominal, distensión y constipación, seguido de náuseas y vómitos; suele haber timpanismo a la percusión y ausencia de peristaltismo a la auscultación (23). En los países andinos, tales como Perú y Bolivia, aproximadamente un 50% de todas las causas de obstrucción intestinal se debe al vólvulo de sigmoides (24).

En el caso clínico se evidencian factores de riesgo que predisponen al vólvulo de cólon, como por ejemplo el estreñimiento crónico, dieta rica en residuos y antecedente de vivir en zonas de gran altura sobre el nivel del mar (25).

Los exámenes de ayuda diagnostican incluyen las radiografías simples de abdomen, tomografías o resonancias magnéticas. La tomografía abdominal multicorte es el método radiológico más preciso para el diagnóstico del vólvulo de ciego con una sensibilidad de 100% y una especificidad de 90%, sin embargo, lo primero que se solicita es la radiografía abdominal simple en bipedestación, en donde se puede observar un colon dilatado y la presencia de niveles hidroaéreos en el intestino (26). En la radiografía de la paciente se llega a observar la distensión de las asas intestinales gruesas (Ver anexo 3)

Se pide exámenes de laboratorio evidenciándose una leucocitosis que podría ser aún signo indirecto de isquemia o perforación. Ya con diagnóstico se hidrata al paciente, además se coloca de sonda nasogástrica, sonda rectal

con la posibilidad de realizar una descompresión colónica y se programa a paciente para sala de operaciones.

Se realiza una Laparotomía exploratoria, en donde se observa un vólvulo de colon ascendente y transversal de 270°, dichas asas dilatadas y edematosas, con tejido fibrótico que compromete colon y estómago. Se procede a realizar resección intestinal desde +/- 5 cm del vólvulo íleo cecal hasta +/- 5 cm del ángulo esplénico + anastomosis latero lateral ileon colónico + Dren pen rose.

El vólvulo del colon transversal y ascendente son de presentación infrecuente, se recomienda una hemicolectomía extensa derecha dada la alta tasa de recurrencia (27). En pacientes hemodinámicamente estables, una anastomosis ileocolica primaria completa la operación (28).

### **3.3 ROTACIÓN PEDIATRÍA - NEONATOLOGÍA**

#### **Caso clínico n.º 1: Escabiosis Clásica**

De acuerdo con la historia clínica paciente pediátrica presenta lesiones vesiculares en todo el cuerpo sobretodo en las palmas, zonas interdigitales de las manos, tórax y región axilar, que son pruriginosas a predominio nocturno, además madre refiere que tanto ella como su pareja tienen misma sintomatología.

Se plantea una Escabiosis, es una dermatosis parasitaria altamente contagiosa que es causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, la paciente presenta la típica manifestación clínica que está caracterizada por lesiones dérmicas, bastante prurito o picazón y el antecedente de que otro miembro la familia tiene la misma erupción (29).

El tratamiento de la escabiosis es para el paciente afectado, las personas que conviven en el mismo hogar y para sus contactos íntimos, a pesar de estar asintomáticos, ya que uno de los objetivos más importantes del tratamiento es erradicar a los ácaros del individuo infestado y prevenir la propagación a otras personas (30).

La primera línea del tratamiento es la permetrina en crema al 5%, se debe aplicar en todo el cuerpo evitando la boca y ojos, se realiza una segunda aplicación después de uno o dos semanas para eliminar los ácaros, sin embargo, la eficacia relativa de una o dos aplicaciones de permetrina no está clara (31).

La ivermectina oral es una alternativa antiparasitaria, sin embargo, no se recomienda en niños con un peso menor de 15 kg (32).

Otro objetivo del tratamiento es aliviar del prurito asociado, se sugiere antihistamínicos sedantes sobre todo por las noches. Además, se debe educar a familiares para el reconocimiento de complicaciones como infecciones bacterianas sobreagregadas (33).

Por último, es obligatorio indicar la limpieza del hogar, lavado con agua caliente y secado a altas temperaturas de las prendas que estuvieron en contacto con la piel de los pacientes, con el objetivo de minimizar el riesgo de transmisión o reinfestación (34).

### **Caso clínico n.º 2: Giardiasis Intestinal**

Paciente pediátrico con cuadro de diarrea, dolor abdominal y algún factor de riesgo, siempre es necesario descartar algún cuadro de parasitosis intestinal, ya que el principal grupo de riesgo para esta enfermedad (35).

Existen diferentes herramientas para el diagnóstico, la prueba de ELISA para coproantígenos tiene una alta sensibilidad y mayor rendimiento en estudios epidemiológicos y en el diagnóstico especializado, sin embargo, el menor costo y la capacidad de detectar varios parásitos ofrecen una ventaja al examen microscópico directo de heces en la práctica diaria (36). El resultado del coproparasitológico en el caso clínico fue Giardia Lambia.

Es importante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta infección intestinal, ya que se ha demostrado la asociación negativa con el desarrollo cognoscitivo y retardo en el crecimiento en los niños (37).

Autores sugieren tinidazol una dosis única y muy bien tolerado a comparación de los otros fármacos, pero si no se dispone el metronidazol también es

efectivo 15 mg/kg por vía oral divididos 3 veces al día durante 5 a 7 días (máximo 250 mg por dosis) (38).

La transmisión de este parásito generalmente es por tres vías (transmisión a través del agua, a través de los alimentos o fecal-oral), por lo que se debe indicar mejorar las conductas higiénicas como lavado de manos para prevenir la transmisión de giardiasis de persona a persona, además hacer hincapié en el lavado de los alimentos y evitar consumir agua de origen desconocido (39).

### **3.4 ROTACIÓN MEDICINA INTERNA**

#### **Caso clínico n.º 1: Caso leve de COVID 19.**

Paciente presenta un cuadro clínico manifestado por fiebre cuantificada de 39° C, tos seca, dolor de garganta, rinorrea y malestar general. En la actualidad todo paciente que presente estos síntomas se debe descartar la enfermedad por el COVID 19. Se solicita la prueba antigénica en el Centro Materno Infantil San Fernando, resultando positivo al poco tiempo.

La clasificación clínica de COVID-19 en la paciente fue de caso leve, ya que no presentaba dificultad respiratoria, disnea ni alteración en el examen físico.

Se identificó una nueva variante del virus SARS-CoV2, siendo esta mucho más contagiosa, pero menos mortal que las otras variantes de la enfermedad. La mayoría de los casos reportados fueron entre un rango de edad de 20-29 años, los síntomas generalmente se presentan de forma más leve (dolor de garganta, rinorrea, tos, síntomas generales) (40).

La vacunación sigue siendo fundamental para reducir la frecuencia de los cuadros graves de la enfermedad y las defunciones. Quienes están al día con las vacunas contra el COVID-19 y se infectan por COVID-19 tienen menos probabilidades de enfermarse gravemente que aquellos que no están vacunados y se infectan por COVID-19 (41).

En casos leves el manejo es ambulatorio, de ser necesario se considera brindar manejo sintomático en dosis terapéuticas mínimas y por periodos cortos, está contraindicado el uso de antibioticoterapia, corticoides, ivermectina, hidroxiclороquina, etc. (Ver anexo 4 ).Se debe informar a

pacientes los signos de alarma para que acudan a un establecimiento de salud lo antes posible ( Saturación de oxígeno SatO<sub>2</sub> ≤ 93%, dificultad respiratoria o disnea) (42).

### **Caso clínico n.º 2: Herpes Zoster**

Paciente con dolor de tipo punzante intermitente en el lado derecho de las costillas con moderada intensidad que aumenta progresivamente, que se añade falta de sensibilidad de dicha región y la presencia de lesiones vesiculares en un dermatoma. La impresión diagnóstica es Herpes Zoster.

Dicha patología es el resultado de la reactivación de la infección por el virus varicela-zoster (VVZ) latente en los ganglios sensoriales después de la exposición temprana, generalmente en la niñez (43).

La reactivación está influenciada por el estado inmunitario del huésped, siendo la edad mayor a los 50 años, el factor de riesgo más importante para el desarrollo del herpes zoster (44).

El dolor neuropático precede a la manifestación dermatológica que se caracteriza por erupciones de vesículas agrupadas que siguen un trayecto de un dermatoma o en varios dermatomas contiguos (45)

Según autores el empleo de fármacos antivirales dentro de las primeras 72h del inicio del cuadro disminuye el dolor la duración, la severidad del cuadro y acelera la curación. Los antivirales preferidos para el tratamiento de la infección aguda por herpes zoster son análogos de nucleósidos como el aciclovir, valaciclovir y famciclovir. El aciclovir es el antirretroviral que está más al alcance de la población, se recomienda 800 mg cinco veces al día durante siete días. Para los pacientes con dolor leve, como es el caso del paciente, los antiinflamatorios no esteroideos y el paracetamol pueden ser agentes útiles para aliviar el dolor (46).

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Se inició el internado médico el 01 de Julio del año 2021 en el Hospital Nacional Hipólito Unánue (Nivel de atención III) en el servicio de Cirugía general y Gineco obstetricia, dichas rotaciones no fueron elegidas por los estudiantes de salud, sino por la universidad. El interno de medicina realizaba diferentes funciones, tanto en pabellón de hospitalización, tópico de emergencia y en sala de operaciones.

Dentro de las competencias que realizaba el interno de medicina era elaborar las historias clínicas de aproximadamente cuatro a cinco pacientes que estaban a su cargo, haciendo una buena anamnesis y examen físico con las debidas medidas de protección. Igualmente, realizaba las evoluciones de cada paciente antes de la visita médica para que el médico asistente evalúe el progreso de estos, asimismo, las curaciones de las heridas postoperatorias y algunos procedimientos estaban a cargo de los estudiantes siempre con la vigilancia de algún médico residente de cada especialidad.

Tambien se realizaban diferentes trámites administrativos cuando se necesitaba de apoyo diagnóstico, sobre todo cuando se indicaba resonancia magnética, ya que el hospital no cuenta con resonador. Además, cada interno era encargado de cumplir con todo el plan de trabajo; solicitar exámenes de laboratorio, coordinar exámenes de imágenes o procedimientos; que se discutía en cada visita médica.

Durante este periodo se adquirieron diversas competencias, las visitas médicas fueron fundamentales para discutir los casos clínicos, conocer el manejo de cada paciente y saber que exámenes auxiliares solicitar si fuera el caso. En sala de operaciones el interno muchas veces cumplía el rol de instrumentista, teniendo la oportunidad de ver los procedimientos quirúrgicos de muy cerca y en muchas ocasiones participar en estas, con las instrucciones de los asistentes.

Asimismo, al rotar por los tópicos se adquirió un razonamiento más rápido para actuar frente a las diferentes emergencias, además permitió al estudiante practicar diferentes procedimientos que serán útiles en el SERUMS.

También existieron dificultades, como la estancia en el hospital por largas horas, ya que muchas veces se realizaban guardias nocturnas, en las cuales había gran demanda de trabajo, y posterior a ello se continuaban las horas de trabajo en los pabellones de hospitalización.

Todas estas dificultades fueron superadas al pasar de los meses y se aprovechó al máximo las enseñanzas de cada médico especialista y de los médicos residentes que estaban a cargo de los internos.

Este periodo de internado médico también es fundamental, porque ayuda a la formación humanística del futuro médico y establecer una relación cordial médico -paciente, que es lo más fundamental. También fue muy provechoso para aprender a trabajar en equipo, ya muchas veces en tópicos al haber alta demanda de pacientes era importante el compañerismo con los cointernos para una atención mucho más rápida.

El 01 de diciembre del 2021 el autor de este trabajo tuvo que ir al Centro Materno Infantil para continuar el internado médico, las rotaciones faltantes tales como Pediatría y Medicina, se realizaron en dicho centro de salud.

Dentro del centro de salud se pudo rotar por diferentes servicios, a pesar de no rotar gineco-obstetricia se pudo atender varios partos, siempre con permiso y la coordinación con las obstetras, asimismo, el servicio de ecografía estuvo abierto para los estudiantes con el fin de aprender a manejar lo básico y que en un futuro sea provechoso para una ayuda diagnóstica.

También se rotó por el servicio de emergencias, haciendo procedimientos no complejos como suturas, curaciones de heridas, etc. Las patologías que no se podía atender en el centro de salud, eran referidas a los hospitales más cercanos (Hospital de Ate u el Hospital Hipólito Unánue). Dentro del staff de médicos, se encontraba la presencia de la pediatra, la especialista brindo todos sus conocimientos a los internos desde cómo realizar la anamnesis, el examen físico y el tratamiento en las diferentes patologías.

Existieron ventajas en realizar el internado en centros de salud de atención primaria, ya que permitió conocer y aprender a llenar correctamente los diferentes formatos (FUA, Referencias, HIS) del MINSA, permitió ganar experiencia y sobre todo capacidad de decisión y criterio al manejar las patologías más frecuentes, que será de mucha utilidad para el momento que se realice el SERUMS

En la tercera ola del covid 19, la mayoría del personal se contagió, incluyendo la mayoría de los internos, a pesar de tener todos los cuidados pertinentes. El centro de salud puso en practica el flujograma de atención para pacientes con sospecha de COVID 19 y así evitar más contagios.

Para complementar el aprendizaje, el médico encargado de todas las actividades dentro del centro de salud programó diversas exposiciones sobre diferentes patologías que eran presentados por los internos y complementados por los diferentes médicos y especialistas como el ginecólogo y la pediatra.



## **CONCLUSIONES**

El Internado Médico es la etapa más importante de toda la carrera de medicina humana, ya que se integrarán todos los conocimientos adquiridos para aplicarlos en la parte netamente práctica durante las cuatro principales rotaciones en los establecimientos de salud.

Debido a la coyuntura por la pandemia COVID 19, el internado médico sufrió grandes cambios, la duración de las prácticas preprofesionales se redujeron a 10 meses y se realizaron tanto en Hospitales como en Centro de Salud de primer nivel de atención

El realizar el internado médico en ambos niveles de atención de salud, permitió tener una visión más amplia de la medicina, es decir, darle mucho más importancia a la promoción de salud y prevención de las enfermedades que se debería hacer en los centros de salud de primer nivel, para así evitar las complicaciones de éstas y no saturar a los hospitales.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda a los futuros internos de medicina ir días antes al hospital para conocer dónde queda cada servicio, saber cómo es el flujograma de atención de los pacientes, sobre todo en la coyuntura de la pandemia, así como conocer los diferentes documentos que serán llenados.

Se debe aprovechar los conocimientos de los médicos especialistas, de los médicos residentes que siempre están dispuestos a apoyar y enseñar la parte teórica como la práctica, además de las licenciadas de enfermería que tienen experiencia en los hospitales.

En cuanto al primer nivel, las recomendaciones son las expuestas anteriormente, además se sugiere aprender el correcto llenado de los formatos del MINSA, indagar los medicamentos que el seguro integral de salud proporciona para ver que manejo se le dejará al paciente.

Cuidar siempre la salud de cada uno, con el uso correcto de los equipos de protección personal que son brindados en cada establecimiento de salud y contar con las inmunizaciones completas para evitar más contagios.

Se recomienda al estado peruano, sobre todo al Ministerio de Salud, apoyar más a los establecimientos de salud de primer nivel ya que actualmente se cuenta con pocos profesionales de salud, limitaciones en los reactivos para pruebas de laboratorio básicos, etc. La mejora de dichos centros servirá para no congestionar a los diferentes hospitales de alta complejidad.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. ACOG Practice Bulletin Committee. ACOG Practice Bulletin No176: Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol* 2017.
2. Claudia F. Valencia-Chión, Jhony A. De la Cruz-Vargas, Lucy E. Correa-López , Pedro M. Arango-Ochante. Vista de Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de Enero - Diciembre 2018. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2022] ; 9(1):11-6. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/184/182>
3. Prolapso de órganos pélvicos en mujeres: epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y manejo - UpToDate [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management?search=prolapso%20genital&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management?search=prolapso%20genital&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
4. David Cohen S. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 1 de marzo de 2013 [citado 15 de febrero de 2022];24(2):202-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>

5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. Prog Obstet Ginecol 2020;63(1):54-59. DOI: 10.20960/j.pog.00262
6. Ministerio de Salud Hospital Cayetano Heredia. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento de distopia genital. 2019; pag 11. Disponible en: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD\\_430-2019-HCH-DG.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_430-2019-HCH-DG.pdf)
7. Pelvic organ prolapse in women: Choosing a primary surgical procedure - UpToDate [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-choosing-a-primary-surgical-procedure?search=prolapso%20genital&topicRef=8072&source=see\\_link#H679419](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-choosing-a-primary-surgical-procedure?search=prolapso%20genital&topicRef=8072&source=see_link#H679419)
8. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. REV CHIL OBSTET GINECOL [Internet]. 2018. [citado 15 de febrero de 2022];83(3): 219 – 227. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-choosing-a-primary-surgical-procedure?search=prolapso%20genital&topicRef=8072&source=see\\_link#H679419](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-choosing-a-primary-surgical-procedure?search=prolapso%20genital&topicRef=8072&source=see_link#H679419)
9. ACOG Practice Bulletin Committee .Gestational Hypertension and Preeclampsia. (2020). Obstetrics & Gynecology, 135(6), e237–e260.
10. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
11. Pacheco-Romero J. Introduction to the Preeclampsia Symposium. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(2):199-206
12. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para el manejo de la preeclampsia y eclampsia.[Internet]. 2017 [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>

13. ACOG Practice Bulletin de Mayo de 2020 - Fecolsog [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://fecolsog.org/uncategorized/acog-practice-bulletin-de-mayo-de-2020/>
14. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. octubre de 2014 [citado 16 de febrero de 2022];60(4):385-94. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2304-51322014000400015&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322014000400015&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
15. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica en Ginecología y Obstetricia. Trastornos hipertensivos del embarazo: Preeclampsia.[Internet]. 2014 [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd\\_538\\_2013.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_538_2013.pdf)
16. Hernández Cortez, J., & Leon Rendon, J. L. (2019). Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Revista Cirujano General de México, 41(1), 33-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>
17. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World Journal of Emergency Surgery [Internet]. 15 de abril de 2020 [citado 17 de febrero de 2022];15(1):27. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>
18. Apendicitis aguda en adultos: Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial - UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=de](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=de)
19. Meléndez Flores JE, Cosio Dueñas H, Sarmiento Herrera WS. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. enero de 2019 [citado 17 de febrero

- de 2022];19(1):13-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-558X2019000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2019000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Manejo de la apendicitis aguda en adultos - UpToDate [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2975625776](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2975625776)
21. Jaschinski T, Mosch C, Eikermann M, et al. Apendicectomía laparoscópica versus abierta en pacientes con sospecha de apendicitis: una revisión sistemática de metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *BMC Gastroenterol.* 2015;15:48.
22. Rodríguez Fernández Z, Rodríguez Fernández Z. Tratamiento de la apendicitis aguda. *Revista Cubana de Cirugía [Internet].* marzo de 2019 [citado 17 de febrero de 2022];58(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
23. Rodríguez-Hermosa JI, Martín A, Farrés R, Pont J, Codina-Cazador A, Ruiz B, et al. Obstrucción intestinal por vólvulo de ciego. *Cirugía Española [Internet].* diciembre de 2005 [citado 17 de febrero de 2022];78(6):385-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X0570960X>
24. González Cornejo A, Bruno V. Vólvulo De Sigmoides: Experiencia en el Hospital Regional Rafael Hernández. David, Chiriquí. Enero 2013-Diciembre 2018. *Rev méd cient.*2021; Volumen 33.2: página 13-19. DOI: 10.37416/rmc.v33i2.594
25. Revoredo-Rego F, LunaCydejko J, Reaño-Paredes G, KometterBarrios F, López-Zenteno Y, Wong-Chu C. Vólvulo de ciego. *An Fac med.* 2021;82(3):225-8. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v82i3.17604>
26. Alejandra B-C. Vólvulo de sigmoides. *Revista Médica Panacea [Internet].* 2018 [citado 18 de febrero de 2022];7(3). Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/25>

27. Bueno DFS, Sánchez RAR, Montoya A, Mejía AC, Calderón DCH. Vólvulo del colon transverso espontáneo: reporte de dos casos. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet]. 30 de marzo de 2016 [citado 18 de febrero de 2022];31(1):56-60. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/74>
28. Cecal volvulus - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/cecal-volvulus?search=volvulo%20transveros&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H4284361604](https://www.uptodate.com/contents/cecal-volvulus?search=volvulo%20transveros&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4284361604)
29. Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, et al. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. Br J Dermatol [Internet]. noviembre de 2020 [citado 18 de febrero de 2022];183(5):808-20. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjd.18943>
30. Sarna, pediculosis y otras ectoparasitosis [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-06/sarna-pediculosis-y-otras-ectoparasitosis/>
31. Currie BJ, McCarthy JS. Permethrin and Ivermectin for Scabies. New England Journal of Medicine [Internet]. 25 de febrero de 2010 [citado 18 de febrero de 2022];362(8):717-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMct0910329>
32. Scabies: Management - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=escabiosis&source=search\\_result&selectedTitle=2~100&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H2304417248](https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=escabiosis&source=search_result&selectedTitle=2~100&usage_type=default&display_rank=2#H2304417248)
33. Rodríguez-Zúñiga MJM, Torres-Panduro N. Escabiosis en Lima y Callao, 2016. Acta Médica Peruana [Internet]. octubre de 2017 [citado 18 de febrero de 2022];34(4):335-6. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1728-59172017000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172017000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
34. Thean LJ, Engerman D, Kaldor J, Steer AC. Scabies. New Opportunities for Management and Population Control. Pediatr Infect Dis J. 2019 February;38(2):211-213

35. Saura-Carretero Z, Villanueva-Alarcón M, Pérez-Olaso O, Aleixandre-Górriz I, Real-Fernández A, Sánchez-Thevenet P, et al. Giardiosis en población pediátrica de la provincia de Castellón: clínica e impacto. *Anales de Pediatría* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 18 de febrero de 2022];94(5):278-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320302472>
36. Heber Silva-Díaz , Jessica Monteza-Salazar , Anthony Rentería-Valle. ELISA Y EXAMEN MICROSCÓPICO DIRECTO EN LA DETECCIÓN DE GIARDIA EN MUESTRAS FECALES DE NIÑOS EN CHONGOYAPE, CHICLAYO, PERÚ. *REV EXP MED* 2015; 1(1).
37. Puebla LEJ, Fernández FÁN, Müller N, Silva IM, Nodarse JF, Fernández YA, et al. Giardiosis en edad pediátrica: aspectos epidemiológicos y relación de hallazgos moleculares con características clínicas de la infección. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* [Internet]. 2019 [citado 18 de febrero de 2022];9(3):723-723. Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/723>
38. Giardiasis: Treatment and prevention - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/giardiasis-treatment-and-prevention?search=giardiasis%20&topicRef=5723&source=related\\_link#H2910417079](https://www.uptodate.com/contents/giardiasis-treatment-and-prevention?search=giardiasis%20&topicRef=5723&source=related_link#H2910417079)
39. Giardiasis: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/giardiasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=giardiasis%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~107&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/giardiasis-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=giardiasis%20&source=search_result&selectedTitle=1~107&usage_type=default&display_rank=1)
40. Coronavirus: qué es la variante ómicron [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/17276-coronavirus-que-es-la-variante-omicron>
41. OMS - Situación actual relativa a la variante ómicron - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 18 de febrero



- de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-12-2021-oms-situacion-actual-relativa-variante-omicron>
42. INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE COVID-19. Versión 2, Julio 2021 ]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/GPC\\_COVID19\\_V2\\_Julio2021.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/GPC_COVID19_V2_Julio2021.pdf)
43. Chacón González C, Rivera Fumero S, González Chavarría A. Actualización del herpes zóster. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 18 de febrero de 2022];5(9):e566. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/566>
44. Vázquez M, Cravioto P, Galván F, Guarneros D, Pastor VH. Varicela y herpes zóster: Retos para la salud pública. Salud Publica Mex. 2017;59(6):650–6.
45. BajwaZH, OrtegaE. Postherpetic neuralgia [consultado 18 Febr 2022]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/postherpetic-neuralgia?source=searchresult&search=2015+Postherpetic+neuralgia&selectedTitle=1%7E150>
46. Treatment of herpes zoster in the immunocompetent host- UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-herpes-zoster-in-the-immunocompetent-host?search=Herpes%20zoster&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H344959](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-herpes-zoster-in-the-immunocompetent-host?search=Herpes%20zoster&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H344959)

## ANEXOS

### Anexo 1

<b>In a patient with preeclampsia, the presence of one or more of the following indicates a diagnosis of "preeclampsia with severe features"</b>
<b>Severe blood pressure elevation:</b>
Systolic blood pressure $\geq 160$ mmHg or diastolic blood pressure $\geq 110$ mmHg on 2 occasions at least 4 hours apart while the patient is on bedrest; however, antihypertensive therapy generally should be initiated upon confirmation of severe hypertension, in which case criteria for severe blood pressure elevation can be satisfied without waiting until 4 hours have elapsed.
<b>Symptoms of central nervous system dysfunction:</b>
New-onset cerebral or visual disturbance, such as: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Photopsia, scotomata, cortical blindness, retinal vasospasm</li><li>▪ Severe headache (ie, incapacitating, "the worst headache I've ever had") or headache that persists and progresses despite analgesic therapy and not accounted for by alternative diagnoses</li></ul>
<b>Hepatic abnormality:</b>
Impaired liver function not accounted for by another diagnosis and characterized by serum transaminase concentration $>2$ times the upper limit of the normal range or severe persistent right upper quadrant or epigastric pain unresponsive to medication and not accounted for by an alternative diagnosis
<b>Thrombocytopenia:</b>
$<100,000$ platelets/microL
<b>Renal abnormality:</b>
Renal insufficiency (serum creatinine $>1.1$ mg/dL [97.2 micromol/L] or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease)
<b>Pulmonary edema</b>

## Anexo 2

**Tabla 1. Escala de Alvarado**

Escala de Alvarado	Puntos
Síntomas	
Dolor migratorio	1
Anorexia/cetonuria	1
Náuseas/vómito	1
Signos	
Dolor en fosa iliaca derecha	2
Rebote	1
Temperatura > 37.3°C	1
Laboratorio	
Leucocitosis > 10,000 cel/mm <sup>3</sup>	2
Neutrofilia > 75%	1

Riesgo bajo: 0-4 puntos. Existe una muy baja probabilidad de apendicitis, ya que muy raros casos se han presentado con menos de 4 puntos.

Riesgo intermedio: 5-6 puntos. El paciente cursa con una probable apendicitis y se requerirán valoraciones seriadas, tanto clínicas como de laboratorio, así como algunos estudios por imágenes (ultrasonografía, tomografía computarizada).

Riesgo alto: 7 puntos o más. El paciente requiere cirugía, ya que se considera que cursa con apendicitis aguda.

## Anexo 3



## Anexo 4

