



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL DEL
NIÑO Y HOSPITAL DE HUAYCAN EN EL PERIODO 2020-202**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JORDAN ALVAREZ ORTIZ HERNANDEZ

CAMILA PATRICIA MUÑOZ TINCOPA

ASESORA

DRA. MARITZA GLORIA UBILLUS ARRIOLA DE PIMENTEL

**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

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO DE MEDICINA EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS,
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, INSTITUTO
NACIONAL DEL NIÑO Y HOSPITAL DE HUAYCAN EN EL
PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JORDAN ALVAREZ ORTIZ HERNANDEZ

CAMILA PATRICIA MUÑOZ TINCOPA

ASESOR

DRA. MARITZA GLORIA UBILLUS ARRIOLA DE PIMENTEL

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Maritza Gloria Ubillús Arriola De Pimentel

Miembro: M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

Miembro: Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

DEDICATORIA

Este esfuerzo realizado durante tanto tiempo se lo quiero agradecer a mis padres, Augusto y Jenny que desde pequeño me han enseñado lo que es la perseverancia, la honestidad, el nunca dar marcha atrás y siempre luchar por mis sueños y sobre todo que son el motor que día a día me dan las fuerzas de seguir adelante y ser un gran profesional.

A mi hermano Luiggi, que siempre me guía, me aconseja y me da todo el apoyo para ser un gran profesional como lo está llevando acabo él.

Este trabajo se lo dedico a mis padres con los cuales estoy muy agradecida porque siempre velan por mí y confían en que lograre todo lo que me propongo, a mi hermana que sabe darme los mejores ánimos para seguir adelante y a mis abuelos que desde el cielo me guían para siempre hacer lo correcto y ser una buena persona.

A todos los maestros que tuve por transmitirme sus enseñanzas para poder llegar a ser la profesional que soy el día de hoy.

ÍNDICE

Portada	i
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina interna	2
1.2 Cirugía	6
1.3 Ginecología	10
1.4 Pediatría	15
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	20
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	23
3.1 Medicina interna	23
3.2 Cirugía	29
3.3 Ginecología	36
3.4 Pediatría	43
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	50
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	64
1. Síntomas y signos de anemia	64
2. Tasa ajustada de mortalidad según tipos de cancer, Peru 2016	64
3. Flujograma para manejo de preeclampsia	65
4. Clasificación del grado de deshidratacion	66
5. Plan de tratamiento B de la OMS	66

RESUMEN

En el siguiente trabajo expondremos nuestra experiencia en el internado médico, el cual fue realizado en el Hospital de Huaycán por el primer autor y en diferentes institutos en el caso del segundo autor.

Además se presentarán casos clínicos vistos en las distintas rotaciones y cómo se llegaron a manejar.

Nuestros objetivos son poder relatar las experiencias vividas en ambos casos antes de la pandemia y cuando se retomó el internado en pandemia.

ABSTRACT

In the following work we will present our experience in the medical internship, which was carried out in the Hospital de Huaycán by the first author and in different institutes in the case of the second author.

In addition, clinical cases seen in the different rotations and how they were managed will be presented.

Our objectives are to be able to relate the experiences lived in both cases before the pandemic and when the internship was resumed in a pandemic.

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el Instituto Nacional del Niño y el Instituto Nacional Materno Perinatal están categorizados como III-2 porque son institutos especializados en donde se atienden enfermedades o grupos etarios específicos, se diferencian porque tienen las áreas de docencia e investigación.

El Instituto nacional de Enfermedades Neoplásicas se inaugura el 04 de Diciembre de 1939, que tiene como actividades la orientación a la asistencia social anticancerosa, la prevención, la asistencia especializada en los consultorios externos y de hospitalización, además de ser centro de enseñanza superior universitaria. Tiene como misión: "Proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto". Esta actualmente ubicado en el distrito de Surquillo.

El Instituto Nacional Materno Perinatal fue inaugurada el 10 de Octubre de 1826 con la finalidad de socorrer mujeres pobres en sus partos y formar parteras instruidas. Actualmente tiene como misión dar atención especializada y altamente especializada a las mujeres en edad sexual y reproductiva y al neonato de alto riesgo, desarrollando investigación, tecnología y docencia a nivel nacional.

El Instituto Nacional del Niño fue inaugurado el 1° de noviembre de 1929, como "Hospital Julia Swayne de Leguía". La construcción de la sede de Breña comenzó en 1924 y el 2 de enero de 1930 inició su funcionamiento sólo con

consultorios externos. se le cambio el nombre a Instituto Nacional de Salud del Niño el 24 de mayo de 1983, lo que implicaba una orientación hacia la investigación científica y tecnológica, además de su función asistencial. Su misión es brindar atención altamente especializada en ocho ejes: Cirugía neonatal compleja, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Atención Integral al Paciente Quemado, Trasplante de Médula Ósea, Pediatría y Especialidades Pediátricas, Especialidades Quirúrgicas y Trasplante de Órganos Sólidos. Simultáneamente se realizará investigación y docencia, estableciendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional. Actualmente cuenta con dos establecimientos, uno en el distrito de Breña y el otro en el distrito de San Borja.

En los tres institutos nos dieron una inducción distinta, en el INEN fue en el cual empecé mi internado médico, fui el 31 de diciembre del 2019 para la inducción en la cual nos enseñaron cómo era el hospital, en que áreas íbamos a trabajar y los residentes nos orientaron en el trabajo que haríamos, el instituto cuenta con un sistema virtual el cual nos enseñaron a usar. El día 01 de enero del 2020 fue mi primer día como interna de medicina, al ser todavía practicante los primeros días estaba supervisada en todo momento por un residente que me guiaba a la hora de las entrevistas con los pacientes, a hacer los diagnósticos y dar el tratamiento más adecuado. Rote por los servicios de Emergencia, Gastroenterología, Adolescentes, Nefrología y Neumología el cual fue el último por el cual roté, estaba programado rotar por el servicio de Infectología también pero no se pudo efectivizar debido a que nos tuvimos que retirar por la pandemia.

Regresamos al INEN el 01 de Noviembre del 2020, fue cuando empecé mi segunda rotación en el área de Cirugía, las cosas habían cambiado debido a la pandemia, en este caso el tiempo era menor, ya que, no íbamos todo el mes sino solo 15 días los cuales nos daban la mayor enseñanza posible, dejándonos entrar a sala de operaciones, curando heridas y haciendo distintos procedimientos, en este caso rote por los servicio de Urología, Ortopedia, Mamas y Tejidos Blandos y Abdomen. El INEN nos daba la oportunidad de

aprender con cirugías experimentales, las cuales se realizaban los días sábados y podíamos ir con los residentes asignados.

Mi tercera rotación fue en el INMP en la cual tuvimos una inducción antes de comenzar la rotación el 31 de diciembre del 2020, donde también nos enseñaron las instalaciones, los servicios donde íbamos a rotar y el centro obstétrico donde hacíamos las guardias que solo eran diurnas debido a la pandemia, los pisos en los que podíamos rotar eran limitado porque los habían habilitado para pacientes covid, en el servicio A atendíamos puérperas no patológicas y en el servicio B atendíamos gestantes con distintas patologías y puérperas que habían tenido alguna complicación en el embarazo o parto. El primer día de mi rotación recibimos una charla sobre medidas de bioseguridad, lavado de manos y EPP para covid 19. En las guardias nos dejaban ayudar a atender partos y entrar a cesáreas.

Mi última rotación fue en el INSN, en la cual realice mi rotación de pediatría, el primer día el jefe del servicio A, que fue por el que rote, nos dio una breve inducción a cerca del trabajo que realizaríamos y nos presentó a los residentes que estarían a cargo de nosotros y nos asignó exposiciones de los temas más importantes en pediatría.

Hospital de Huaycán es un hospital catalogado como II-1 que como objetivos se prima en garantizar una atención oportuna y eficiente en los servicios de las áreas de medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología.

El internado inició con una guía introductoria por el director y los diferentes jefes de servicio de las áreas médicas el 29 de diciembre del 2019, en lo cual se nos dio las principales pautas para tener un ambiente laboral adecuado en los diferentes servicios; desde un inicio se nos orientó que al no haber residentes en el hospital, íbamos a trabajar directamente con un médico especialista y se nos explicó los reglamentos que como internos se deberían cumplir (hora de entrada, hora de salida, guardias, modo de trabajo, etc.)

Mi primera rotación lo hice el 31 de diciembre del 2019 en el área de Pediatría dividido la mitad de la rotación en el servicio de neonatología que tenía las áreas de alojamiento conjunto y en centro obstétrico donde se evaluaba al recién nacido y la segunda mitad de la rotación en el servicio de pediatría con las áreas de hospitalización, emergencia y consultorio externo; empecé en el servicio de Neonatología con el objetivo de aprender sobre todo la atención del recién nacido como evaluar la evolución del neonato; y terminé en el área de pediatría con el objetivo de manejar las principales patologías que llegaban al servicio; toda la rotación de pediatría fue antes de la pandemia causada por COVID-19.

En el mes de octubre del año 2020 se reintegró a los internos de medicina, previa días anteriores capacitación del manejo adecuado de los EPP, dado la coyuntura evitar al máximo algún tipo de contagio para nuestro bienestar en la salud; empezando con la rotación de CIRUGÍA con las áreas de emergencia, hospitalización y sala de operaciones, con mucho temor al contagio pero siempre con la motivación de seguir mejorando nuestras capacidades médicas dado que estamos supervisados y apoyados directamente por un médico especialista y siempre apoyando a la población; en la rotación de cirugía se unió cirugía general con el área de traumatología lo cual día a día se atiende pacientes con patologías quirúrgicas como traumatológicas.

Mi tercera rotación fue el área de medicina interna contando con los servicios de emergencia y hospitalización, con un poco de temor, a pesar que se dividió el hospital en un área no covid en el que nos encontrábamos los internos de medicina, en el servicio de emergencia se podían apreciar casos de COVID-19 pero siempre manteniendo una adecuada atención para evitar el contagio.

Mi última rotación lo realicé en el área de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA contando con los servicios de emergencia, alojamiento conjunto, sala de operaciones y centro obstétrico, siempre aprendiendo en los diferentes servicios de la mano con un médico especialista como de una obstetra.

Además de las inducciones de los Hospitales, la universidad nos dio un curso antes de retornar al internado en pandemia, este fue sobre Covid-19, medidas de bioseguridad, lavado de manos y la forma correcta de utilizar el EEP en áreas Covid y no Covid.

El 2020 fue un año complicado para los médicos y todo el personal de salud en general ya que tuvieron que enfrentarse a la pandemia por el Covid-19, la cual generó en los médicos miedo de contagiarse y de llevar el virus a la casa, además de tener que enfrentar una deficiencia del sistema de salud, falta de personal médico, no disponibilidad de camas UCI, estrés por los extensos turnos de trabajo, estrés emocional, entre otros.

Por otro lado los médicos con factores de riesgo tuvieron que ser retirados temporalmente por el riesgo de mortalidad por el virus.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es el último año de la carrera de medicina humana la cual cuenta con 7 años; los 3 primeros años son de ciencias básicas, los 3 siguientes años de ciencias clínicas y el último año es en el cual se realiza el internado médico, donde se pone a prueba todos los conocimientos y habilidades adquiridas en los años previos desde el inicio de la carrera hasta el 6to año, por lo que es un año fundamental y el más importante de nuestra carrera, ya que, hacemos nuestras prácticas pre profesionales, donde ya estamos frente a pacientes y aprendemos a hacer prevención, diagnosticar y dar un tratamiento oportuno y el más adecuado dependiendo de cada patología, haciendo uso de nuestros criterios clínicos adquiridos y siempre con la ayuda y supervisión de un médico especialista. Además aprendemos la relación médico- paciente que es una parte muy importante para poder dar un tratamiento y una atención adecuada.

Esta etapa de nuestra carrera nos enseña a diagnosticar las enfermedades más frecuentes del país, a la importancia de hacer promoción y prevención, a dar tratamiento pensando en el paciente y su patología y nos prepara para la siguiente etapa que es el serums donde nosotros somos los que tenemos que tomar las decisiones solos.

El hospital de Huaycán brinda la facilidad de acceder a la base de datos de los diferentes servicios como a las normas técnicas de las diferentes patologías más frecuentes de la población, semanalmente se brinda la discusión clínica de los casos más importantes que conlleva la participación

de todo el personal médico para poder no solo reforzar los conocimientos y habilidades sino también brindar un adecuado manejo médico al paciente.

En cirugía general y traumatología se realizó suturas, colocación de sondas FOLEY, reducción, colocación de yesos y férulas, curación de heridas y mordeduras, manejo de accidente de tránsito, en SOP se realizó apendicectomías y manejo de fracturas.

En ginecología se realizó tactos vaginales, atención de partos eutócicos, legrados, retiro de puntos PO cesarea, cesáreas, legrados.

En medicina interna se realizó AGAS, colocación de sonda nasogástrica, paracentesis, colocación de vía salinizada

En pediatría y neonatología se realizó atención al recién nacido, controles pre natales, esquema de vacunación, orientación de la adecuada lactancia materna como explicación de los signos de alarma en un recién nacido.

En todos los servicios médicos se realizó diariamente evolución médica de los pacientes hospitalizados hasta su posible alta médica

1.1 Medicina interna

Caso 1°: Pancreatitis aguda

Px mujer de 31 años acude al servicio de emergencia refiriendo que tiene un dolor tipo cólico con un tiempo de enfermedad de 6 horas, refiere que el dolor inicio tras haber almorzado una pachamanca, lo cual al inicio fue un dolor leve que no le dio importancia pero mientras iban pasando las horas el dolor fue aumentando y se le sumaron síntomas como nauseas, vómitos e hiperoxia, fue a la farmacia mas cercana donde le dieron hiosina donde no calmo el dolor y es donde decide acudir al hospital donde después de pasar triaje es derivado al área de emergencia del servicio de medicina interna, donde se empezó a realizar los siguientes estudios para su Dx.

Al examen físico: presenta signos de deshidratación, un dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho a la palpación superficial, RHA (-), signo Mcburney(-), signo de blumberg(-), signo de Murphy (-)

Signos vitales: T: 36.7 PA: 110/70 Fc: 109x1 Fr: 22x1 SatO2:97%

Examen de laboratorio positivos: amilasa y lipasa elevados, triglicéridos elevados

Se decide hospitalizar al paciente en el servicio de hospitalización de medicina interna con los siguientes Dx:

1.- pancreatitis aguda

Se indica hospitalización inmediatamente colocando:

1. Via periférica
2. NPO
3. Analgésico
4. Antibiótico
5. SNY- nutrición enteral

Caso 2°: Celulitis

Px mujer de 45 años acude al servicio de emergencia debido a un dolor intenso con aumento de volumen, enrojecimiento y aumento de temperatura en miembro superior derecho de inicio hace 4 días, refiere que inicio en su trabajo como cobradora de combi donde se golpeó con la puerta de la combi al cerrarla, que de inicio fue solo un leve dolor que no le dio importancia, al llegar a casa solo se puso agua de llanten en la zona afectada, pero no había mejoría y mientras iban pasando los días iba aumentando de volumen, aumentando el dolor y empezó a sentir aumento de temperatura lo cual acude al hospital de emergencia.

Al examen físico:

1. Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar <2ss, no edemas, miembro superior derecho con aumento de volumen, rubor, aumento de temperatura y muy doloroso a la palpación.
2. TyP: tiraje intercostal/subcostal notable, Sibilancias espiratorias, Subcrepitante
3. Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles
4. Abd: RHA(+), B/D, no doloroso a palpación superficial y profunda
5. SNC: activa, despierta, Glasgow 15/15.

Funciones vitales: T: 38.6 PA: 110/80 FC: 89x1 FR: 22x1 SatO2:97%

Exámenes de laboratorio (+): leucocitosis: 22,500

Se decide hospitalizar al paciente en el área de medicina interna con los siguientes Dx:

1.- Celulitis

Para hospitalizar al paciente se realiza lo siguiente:

1. DC + LAV
2. Colocación de vía periférica
3. Antibioticoterapia
4. analgesicos
5. CFV + OSA

Caso 3°: Proctitis actínica

Paciente mujer de 55 años acude a consultorio de gastroenterología porque refiere sangrado en heces hace 10 días . Refiere antecedente de cáncer de vesícula y haber recibido radioterapia.

Al examen físico:

Funciones vitales:

FC: 85 x' FR: 18 x' SatO2: 99% PA: 120/70 mmHg T°: 37°C

- Piel y mucosas hidratadas,
- Aparato cardiovascular: RCR, de buen tono,
- Aparato respiratorio: MV pasa bien AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: B/D, no doloroso, no masas
- Tacto rectal: no masas, guante con marcas de sangre

Se le solicita hemograma y se programa colonoscopia.

Los resultados del hemograma son: Hb: 10 gr/dL Leucocitos: 9 000
Abastados: 0% Plaquetas 170 000

En la colonoscopia: lesiones neovasculares friables y sangrantes.

Se le realiza tratamiento local con Argón plasma.

Caso 4°: Anemia megaloblástica

Paciente varón de 50 años hospitalizado post gastrectomía subtotal. Interconsulta al servicio de hematología por parestesias, palidez, diarreas y palpitaciones.

Al examen físico:

FC: 110 x' FR: 22 x' SatO2: 97% PA: 110/70 T°: 37.6°C

- Piel y mucosas secas, llenado capilar <2", enrojecimiento en la lengua,

leve ictericia.

- Aparato cardio vascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Aparato respiratorio: MV pasa bien AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: B/D, no doloroso a la palpación, con cicatriz operatoria
- SNC: despierto, EG 15/15
- Cuenta con exámenes auxiliares:
- Hemograma: Hb: 9.0 gr/dL, Leucocitos: 5 000, Plaquetas: 120 000
- Lámina periférica: Macroцитos ovalados y neutrófilos polisegmentados
- Bilirrubina total e indirectas: aumentadas

Se le hace el diagnóstico de:

1. Anemia megaloblástica por déficit de B12

Se le indica el siguiente tratamiento:

1. Vitamina B12 por vía parenteral 1 mg/s
2. Ácido fólico por vía oral 1-5 mg/d

1.2 Cirugía

Caso 1°: Apendicitis

Paciente varón de 31 años acude al servicio de emergencia de la área de medicina interna a las 11 pm refiriendo que desde la mañana 8 am presenta un dolor en epigastrio que no le dio importancia pero que en el transcurso del día, el dolor se irradia a la fosa iliaca derecha con mayor intensidad, sumándose las náuseas, vómitos, fiebre e hiperoxia.

Al examen físico: paciente en regular estado general, con intenso dolor 8/10 en fosa iliaca derecha, abdomen levemente distendido, RHA disminuidos, Mc Burney(+)

Funciones vitales: T: 38.1 FC: 100 FR: 24 PA: 110/80 SatO2:97%

Exámenes Auxiliares positivos:

Leucocitos: 19 950

Ecografía: diámetro transversal de 4.8mm

Con los exámenes auxiliares y la historia clínica se le realiza una interconsulta por el área de cirugía para su evaluación, donde los cirujanos mandan la orden de preparar la SOP de emergencia para apendicectomía vía laparoscópica, donde también se le inicia su tratamiento profiláctico con ceftriaxona 2 gr.

Al día siguiente paciente hemodinámicamente estable, afebril, de evolución favorable con tolerancia oral, se decide la alta médica por la tarde, donde se le indica los signos de alarma y se le programa retornar al hospital en 7 días para evaluación de la evolución del paciente y retiro de puntos en 10 días post cirugía.

Caso 2°: Coledocolitiasis

Paciente varón de 23 años, con evidente obesidad, acude a centro de salud refiriendo dolor en hipocondrio derecho de intensidad 7/10, no asociado a náuseas o vómitos. Menciona notar que sus escleras tornan una coloración amarillenta intensa, que nota igualmente en cara y cuello que ha incrementado progresivamente desde hace 3 días aproximadamente. Refiere tiene ecografía de hace 6 meses donde se dio el hallazgo de litiasis vesicular y una de hace 1 día que se realizó de forma particular, donde se reporta un colédoco de 8 mm. Afebril al momento del ingreso:

Vía aérea permeable, sin secreciones. Respira espontáneamente.

Funciones vitales: FC: 100xmin FR: 20xmin Sato2: 97% PA: 100/80

Ex físico: AREG, AREH, AREN

PyF: T/H/E. Llen. Cap menor de 2 seg. Ictericia ++/+++

TyP: Tórax simétrico. MV pasa en ACP. No estertores

CV: RCR de bi. No soplos.

Abd: Blando, poco depresible. RHA (+). Dolor intenso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho.

SN: Despierto. LOTEP. EG: 15/15. Pupilas isocóricas fotorreactivas. No signos de focalización.

Se decide la hospitalización del paciente para ampliar estudios, donde se le realiza una nueva ecografía que muestra colédoco de 9 mm. Igualmente se le solicita un hemograma, transaminasas, Bilirrubinas totales y fraccionadas, fosfatasa alcalina, gammaglutamil transferasa y PCR:

Los resultados arrojan:

- Hemograma: leucocitos: 11000 sin desviación izquierda
- Transaminasas: TGO Y TGP elevadas > 2 veces su basal
- FA Y GGT ↑
- Bilirrubinas totales: 8 gr/dl a predominio de bilirrubina directa (7 gr/dl)

Al momento del recojo de los resultados, el paciente presenta incremento del tinte icterico en el cuerpo asociado a prurito.

Con todos los hallazgos y resultados obtenidos, se concluye la necesidad de someter al paciente a intervencion quirúrgica por colelap, previa CPRE para localizar y erradicar el cálculo en colédoco, por lo cual se refiere al paciente a centro de salud de mayor complejidad

Caso 3°: Cáncer de Próstata

Paciente varón de 77 años acude por consultorio externo por presentar dificultad para miccionar, ha notado que la cantidad de orina se ha reducido hace algunos meses por lo que decide acudir a su posta en donde le indican programar una cita en la institución.

Se le realiza la entrevista y el examen físico al paciente en donde se le encuentra lo siguiente:

Funciones vitales:

FC: 80x' FR: 18x' SatO2%: 98% PA:110/80mmHg T°: 37°C

Al examen físico:

- Piel y mucosas hidratadas
- Aparato cardiovascular: RCR, no presenta soplos
- Aparato respiratorio: MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso
- Al tacto rectal: Masa indurada de 3x3 cm, con bordes irregulares, no móvil
- SNC: Escala de Glasgow 15/15

Por lo que se decide solicitar un hemograma, PSA y una biopsia guiada por ecografía.

El resultado del hemograma es: Hb: 10 gr/dL Leucocitos:11 000
Abastados: 0% Linfocitos: 25% Plaquetas: 160 000

PSA: 20 ng/ml

Biopsia eco transrectal dirigida: Adenocarcinoma

Se decide hospitalizar para una prostatectomía total.

Caso 4°: Cáncer de mama

Paciente mujer de 60 años, acude al instituto referida del Hospital Maria Auxiliadora con una mamografía que muestra nódulo en mama derecha.

Al examen físico:

Funciones Vitales:

FC: 88 x' FR: 20 x' PA: 120/90 mmHg SatO2: 98% T°: 36.5°C

- Piel y mucosa: Turgente, hidratada, elástica, llenado capilar < 2"
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Mamas: Masa irregular, no móvil en mama derecha
- Aparato respiratorio: MV pasa bien AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: B/D, no doloroso a la palpación

Se le realiza biopsia: Carcinoma ductal

Se hospitaliza para mastectomía total.

1.3 Ginecología

Caso 1°: hiperémesis gravídica

Paciente mujer de 38 años primera gestación de 10 ss acude al servicio de emergencia del área de ginecología refiriendo que presenta constantemente náuseas y vómitos >5 con un tiempo de enfermedad de 2 días que no calman con ningún medicamento (se le dio un medicamento en farmacia que no recuerda), lo cual lleva a pérdida de peso, lo cual inmediatamente se decide tomar su prueba COVID-19 previa hospitalización para el adecuado control y tratamiento médico.

Funciones vitales: T:37.3° FC:82 x 1 FR: 22 PA:100/60 SatO2: 98%

Al examen físico:

1. Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar <2ss, no edemas, piel secas, mucosas secas

2. TyP: tiraje intercostal/subcostal notable, Sibilancias espiratorias, Subcrepitante
3. Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles
4. Abd: RHA(+), B/D, no doloroso a palpación superficial y profunda
5. SNC: activa, despierta, Glasgow 15/15.

Antecedente personales: niega la paciente

Antecedente obstétrico: G1 P0000

Ciclo menstrual regular

Hospitalización: se la hospitaliza con NPO + NaCl 9/1000 1 Lt + dextrosa al 5% con hipersodio e hipercloro + metoclopramida + dimenhidrinato + ranitidina + CFV y BHE, donde se evaluó día a día hasta que la paciente tenga su tolerancia oral y pueda realizarse la alta medica.

Caso 2°: Oligoamnios

Primigesta de 21 años acude a consultorio externo del servicio de ginecología para 1er CPN al 3er trimestre de gestación, paciente refiere no recordar fecha de última regla por lo que se plantea la realización de una ecografía. Paciente niega antecedentes patológicos. Antecedentes quirúrgicos: Apendilap (2017).

Al examen físico: AREG, AREN, AREH

PyF: T/H/E. Llen. Cap menor de 2 seg

TyP: MV pasa en ACP. No estertores

CV: RCR de bi. No soplos

Abd: Útero grávido. AU: 32cm SPP: LCD LCF: 140xmin DU (-)

GE: No sangrado vaginal. No pérdida de líquido

TV: OCE cerrado. Escaso flujo blanquecino, no mal olor. Dilatación (-)

SN: Despierta. LOTEPE

Se realiza ecografía, observándose disminución de líquido amniótico (ILA: 5 cm) y por biometría fetal se encuentra una gestación de 34 semanas 2 días. Se le realizan otros exámenes complementarios (Hemograma, examen de orina, glucosa, etc) todos con valores normales.

Se decide hospitalizar a paciente en el servicio de Ginecología con los siguientes diagnósticos:

1. G1 de 35 semanas 2/7
2. Oligohidramnios moderado.

Se indica el siguiente tratamiento: Hidratación endovenosa, maduración pulmonar con dexametasona 6mg c/12h (4 dosis) y control obstétrico. Paciente permanece hospitalizada a espera de realización de cesárea.

Se programa cesárea de paciente durante la madrugada, no hubo complicación alguna pero definitivamente se evidenció la escasa cantidad de líquido amniótico. El recién nacido presentó un APGAR 9 al minuto y 10 a los 5 minutos, un peso de 2.380 kg y longitud de 48cm.

Caso 3°: Placenta previa

Gestante de 30 años y 33 semanas, acude a emergencia por sangrado vaginal hace 1 hora, niega contracciones uterinas, percibe movimientos fetales.

G3 P1011, sin controles prenatales.

Antecedente de un aborto inducido con legrado uterino y una cesárea por desproporción cefalo pélvica.

Al examen físico:

Funciones vitales:

FC: 85 x' FR: 18 x' PA: 110/80 mmHg SatO2: 99% T°: 36.5°C

- Piel y mucosas hidratadas, llenado capilar < 2"
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Aparato respiratorio: MV pasa bien AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: B/D, no doloroso
- GU: Presencia de sangrado rojo rutilante
- SNC: Despierta, orientada, Escala de Glasgow 15/15

Se le solicita un hemograma y una ecografía transvaginal

Hemograma: Hb: 11 gr/dL Leucocitos: 9 000 Abastionados 0% Plaquetas: 210 000

La ecografía transvaginal: se encuentra que la placenta cubre el orificio cervical externo

Se les diagnostica como:

1. Placenta previa total

Se decide hospitalizar a la paciente con el siguiente tratamiento:

1. Dieta completa + Líquidos a voluntad
2. Reposo
3. Monitoreo materno-fetal
4. Monitoreo del sangrado vaginal

Caso 4°: Preeclampsia

Mujer de 40 años con 32 semanas de gestación, presenta presión de 150/100

en 2 tomas, además paciente refiere cefalea y escotomas hace 2 días y dolor en epigastrio hace 1 día.

Es hospitalizada en el servicio B, donde se le toman exámenes auxiliares.

Al examen físico:

Funciones vitales:

FC: 102 x' FR: 22 x' SatO₂: 97% PA: 140/90 T°: 37.5°C

- Piel y mucosas hidratadas
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Aparato respiratorio: MV pasa bien AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: B/D, no doloroso,
- AU: 32 cm LCI LCF: 150 x'
- Al tacto vaginal: cérvix cerrado, posterior, no sangrado

Hemograma: Hb: 10 gr/dL Leucocitos: 10 000 Abastionados 0% Plaquetas: 96 000

Examen de orina: proteinuria 3+

TGO: 170 UI/L TGP: 195 UI/L Bilirrubina indirecta: 2 mg/dL

Se le realiza el diagnóstico de:

1. Preeclampsia severa
2. Síndrome de HELLP

Se le deja el siguiente tratamiento:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Reposo
3. Sulfato de magnesio 20%
4. Betametasona 12 mg c/ 24h por 48h
5. Nifedipino

6. Perfil biofisico fetal
7. Monitoreo materno-fetal
8. Control de presión arterial cada 4 horas

1.4 Pediatría

Caso 1°: Bronquiolitis

Madre refiere que su hija de 1 año presenta molestias y llanto más frecuente desde hace 3 días, además cursa con roncantes y un cansancio notable al lactar, y empezó con alza térmica lo cual decide traerla de urgencia al servicio de emergencia.

Funciones vitales: T:38.1 FR:47rpm SatO2:88% (aire ambiental)

Al examen físico:

1. Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar <2ss, no edemas
2. TyP: tiraje intercostal/subcostal notable, Sibilancias espiratorias, Subcrepitante
3. Cv: RCR de buena intensidad, no soplos audibles
4. Abd: RHA(+), B/D, no doloroso a palpación superficial y profunda
5. SNC: despierto, irritable.

Rx Torax: Hiperinsuflacion con áreas de atelectasia en ambos campos pulmonares

Se decide hospitalizar al paciente en el servicio de pediatría con los siguientes

Dx:

1. Síndrome febril
2. Bronquiolitis

Se hospitaliza con el manejo inicial :

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Oxígeno
3. Tratamiento terapéutico
4. Cabecera 30 °
5. CFV + OSA
6. BHE

Caso 2°: Dengue

Madre refiere que su hijo presenta molestias, con sensación de alza térmica, desde hace 10 días, además cursa con hiperoxia desde hace 1 semana, Dolor en miembros inferiores desde hace 3 días; estuvo medicado con paracetamol y ceftriaxona, al no ceder los síntomas acude a este hospital por el servicio de emergencia

Funciones vitales : T:38° Fc: 115x1 Fr: 20x1 SatO2:97%

Al examen físico:

1. CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles
2. TyP: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados
3. ABD: B/D leve dolor a la palpación superficial, RHA (+)

Examen de laboratorio:

1. Leucocitos: 15040
2. PCR: +
3. Dengue: IgM (+)

Se decide hospitalizar al paciente en el servicio de pediatría con los siguientes Dx:

1. Síndrome Febril
2. Dengue

Se hospitaliza con el siguiente manejo:

1. DB + LAV
2. Vía salina
3. Metamizol
4. Paracetamol
5. Dimenhidrinato
6. Cabecera a 30°
7. Observación de signos de alarma
8. CFV + OSA

Caso 3°: Perforación esofágica secundaria a cuerpo extraño

Paciente mujer de 01 año acude al hospital con madre, quien refiere irritabilidad, pérdida de apetito, y “respiración más rápida”. Refiere antecedente de haber acudido a otros hospitales en donde le dieron analgésicos pero no ve mejoría en el cuadro clínico.

Al examen físico:

Funciones vitales:

FC:110 x' FR: 30 x' SatO2: 98% T°: 38°C

- Piel y mucosas hidratadas
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Aparato respiratorio: MV pasa bien AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: Blando, depresible, no dolor a la palpación
- SNC: irritabilidad, conserva tono muscular, despierto, orientado

En la emergencia se le indica una endoscopia, Rx de tórax y hemograma

Hemograma: Hb: 13 gr/dL Leucocitos: 12 000 Abastionados: 0% Plaquetas: 200 000

Rx de Tórax: Dentro de los parámetros normales

Endoscopia: Perforación esofágica en 1/3 medio debido a un cuerpo extraño.

Deciden realizar una intervención quirúrgica y se le deja con traqueotomía.

1 día después ingresa al servicio A donde la hospitalizan para hacerle exámenes y evaluar su evolución.

Caso 4°: Deshidratación moderada

Paciente varón de 09 meses acude a emergencia con su madre, la que refiere notar a su hijo irritable, con diarreas sin sangre hace 4 días y hace 2 días con vómitos, pérdida de apetito y disminución en la micción. Antecedente de resfrío hace 1 semana.

Al examen físico:

Funciones Vitales:

FC:100 x' FR: 22 X' SatO2: 98% T°: 37.3°C

- Mucosas secas, ojos hundidos, piel con palidez leve
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos

- Aparato respiratorio: MV pasa bien AHT, no ruidos agregados
- Abdomen: B/D, no doloroso,
- Genitales masculinos,
- SNC: irritable, conserva tono muscular

Se le diagnostica con:

1. Deshidratación moderada
2. Diarrea acuosa

Se deja en observación y tratamiento con Sales de Rehidratación oral (SRO) 50-100cc/kg/4h.

A la reevaluación, paciente luce en mejor estado, ya no luce tan irritable y madre refiere solo 1 deposición líquida, por lo que se decide el alta con tratamiento domiciliario con SRO a voluntad.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas está catalogado como III-2 ya que es un instituto especializado que cuenta con docencia e investigación, se encuentra ubicado en la Avenida Angamos Este 2520 en el distrito de Surquillo.

Su atención es especializada para pacientes con cáncer de todos los grupos etarios y tiene como objetivos proteger, prevenir, promover y garantizar la atención integral de todo paciente oncológico, dando la prioridad a las personas de escasos recursos económicos. El tamaño de la empresa abarca de 1001 a 5000 empleados los cuales trabajan en distintas áreas.

El Instituto Nacional Materno Perinatal está catalogado como III-2 ya que es un instituto especializado que cuenta con docencia e investigación, está ubicado en el Jiron Miro Quesada 941 en el distrito de Cercado de Lima.

La población que atienden aquí es especializada en gestantes, puérperas o mujeres con alguna patología ginecológica, de todos los grupos etarios. Tiene como objetivos la salud de la madre y su bebe con una atención altamente especializada por lo que son un centro de referencia, recibiendo con frecuencias neonatos que no pueden ser tratados en otros hospitales y pacientes obstétricas en estado crítica.

El Instituto Nacional de Salud del Niño es catalogado como III-2 ya que es un instituto especializado que cuenta con docencia e investigación. Se encuentra ubicado en la Avenida Brasil 600, en el distrito de Breña.

Atiende a la población de niños y adolescentes y tiene como objetivos brindar servicios de salud integral, en especial a los segmentos más vulnerables a través de desarrollo de investigación científica e innovación de la metodología.

Los tres por ser institutos especializados son un centro de referencia de los demás hospitales y una vez tratada la patología por la que fueron referidos se debe de dar de alta o hacer una contrarreferencia a su hospital de origen.

El hospital de huaycan es catalogado como un hospital de nivel II-1, se ubica en Av. Jose carlos Mariátegui 15479 en el distrito de Ate Vitarte, tienen el objetivo de brindar una adecuada atención a pacientes de todos los grupos etarios de la localidad de huaycan, ya que cuenta con las áreas de atención de consultas externas, atención de hospitalización, atención de emergencia e intervenciones quirúrgicas.

La atención del hospital de huaycan está centrada en todos los grupos etarios y como principal objetivo tiene la misión de garantizar un manejo oportuno, eficiente y efectivo en los diferentes servicios que brinda el hospital, el hospital brinda con los servicios de unidad de apoyo a la investigación y docencia, unidad de planeamiento estratégico, unidad de epidemiología y salud ambiental, servicio de medicina interna que cuenta con las áreas de medicina general y área de especialidades médicas, servicio de cirugía y anestesiología que cuenta con las áreas de cirugía, anestesiología y áreas quirúrgicas, servicio de pediatría, servicio de gineco obstetricia con las áreas de obstetricas y de gineco-obstetricas, servicio de emergencia, servicio de consulta externa y hospitalización, servicio de enfermería, servicio de odontoestomatología, servicio de apoyo al diagnóstico y servicio de apoyo al tratamiento.

El hospital de huaycan por pertenecer a la DIRIS LIMA-ESTE y ser un establecimiento de salud II-1 su referencia lo realizan al Hospital Nacional

Hipólito Unanue de nivel III-1; en lo que corresponde al área de medicina interna, ginecología y cirugía son referidos los pacientes que requieren una atención más adecuada por áreas específicas, que requieran un área de cuidados intermedios y UCI, como lo tiene el hospital Hipólito, en pediatría y neonatología todos los casos que requieran una uci neonatal y en otros diferentes casos como en áreas quirúrgicas van al instituto nacional salud del niño.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Medicina interna:

Caso 1º: Pancreatitis

La pancreatitis aguda (PA) es considerada como una patología inflamatoria del páncreas, la cual puede desarrollarse como una injuria localizada en el órgano, hasta un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico o la muerte. Es una de las patologías gastrointestinales que más frecuentemente requieren de hospitalización a nivel mundial.

Tiene una incidencia de 13-15 casos/100000 habitantes por año, la cual va en aumento, mientras que su tasa de mortalidad es de aproximadamente 5-10 % en cuadros de pancreatitis grave (definido como: falla orgánica persistente, necrosis pancreática, sepsis).

La Etiología esta representada por la litiasis en casi el 40-70% de los casos, mientras que un 15-30% esta asociada a consumo de alcohol. Finalmente tenemos otras causas como fármacos, alteraciones metabólicas o incluso traumas directos. Debemos recordar que igualmente un 3-5% de los casos se ha visto asociado a CPRE, presentando una severidad de leve a moderada en casi un 90%.

Fisiopatológicamente la pancreatitis es la activación intraacinar de las enzimas pancreáticas proteolíticas que resultaran en la auto digestión del parénquima del órgano, mediado todo ello por la acción de interleuquinas, citoquinas, TNF-alfa, entre otros. El resultado final será el desencadenamiento

de una Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)

Actualmente se reconocen dos tipos de pancreatitis aguda:

- Intersticial: Representa el 8% de los casos. Presenta cambios locales inflamatorios leves que generalmente resuelven en los primeros 7 días
- Necrotizante: Representa el 15% de los casos. Presenta necrosis del tejido parenquimatoso, peri pancreática o ambos. Posee una muy elevada mortalidad

Del mismo modo, se determinó una fase temprana, usualmente en la primera semana de la enfermedad, la cual está marcada por la respuesta sistémica del paciente ante la cascada inflamatoria pancreática, representada por el SIRS. Si persiste esta respuesta, hay alto riesgo de desarrollar falla orgánica en la etapa temprana. En la fase tardía, hay persistencia de signos de inflamación o de las complicaciones locales propias del cuadro, sin embargo, esto no suele ocurrir en pancreatitis leve:

El cuadro clínico de la pancreatitis aguda es:

Síntomas: Dolor que puede ser leve hasta intenso y provocar shock. Se presenta a nivel de la mitad superior del abdomen y periumbilical. Se irradia en banda hacia los flancos, pecho y espalda. Suele ir acompañado de náuseas y vómitos hasta en un 90% de veces.

Signos:

- Fiebre, taquicardia e hipotensión
- Sensibilidad y rigidez abdominal, con disminución de los ruidos intestinales
- Signo de Cullen: Hematoma en la región periumbilical. Traduce hemoperitoneo
- Signo de Grey-Turner: Hematoma en los flancos. Traduce hemo retroperitoneo.

- Puede palparse una masa e incluso presentar estertores basales y derrame pleural (principalmente izquierdo)

Los criterios diagnósticos son los presentados a continuación, y requiere de la presencia de 2 de estas 3 condiciones.

- a) Cuadro clínico característico
- b) Resultados de laboratorio compatibles: ↑ de amilasa o lipasa >3 veces el valor normal
- c) Hallazgos característicos en las pruebas con imágenes

El tratamiento de la pancreatitis aguda se basa principalmente en: **Reposición de la volemia**, en la cual buscamos mantener el volumen intravascular en las primeras 48 hrs del ingreso del paciente; **Control del dolor y sedación**, donde se recomienda el uso de petidina 1 a 2 mg/kg IV; **Inhibición de la secreción**, por lo cual se recomienda la supresión de vía oral, descompresión gástrica con sonda nasogástrica y aspiración de ser necesario; **Antibioticoterapia profiláctica** y la **nutrición personalizada** al grado de afectación (en leves nutrición enteral precoz, en graves nutrición enteral por sonda nasogástrica luego de las primeras 48 horas).

Sin embargo, no debemos olvidar las escalas pronósticas de la pancreatitis, en la cual tenemos:

- La escala de Petrov, que nos determina una la pancreatitis LEVE, MODERADA, GRAVE Y CRITICA, en base a la presencia de Falla multiorgánica y Necrosis
- Apache II > 8ptos indica gravedad
- Ranson Glasgow ≥ 3 ptos indica gravedad
- Índice tomográfico de Baltazar

Se pueden presentar complicaciones locales como: Necrosis e infección, Absceso pancreático, Colección necrótica aguda, Pseudoquiste pancreático, etc

Complicaciones sistémicas como: Falla circulatoria, Insuficiencia respiratoria, renal y hepatocelular, Hemorragia gastroduodenal, Trastornos hidroelectrolitos

Caso 2º: Celulitis

Este caso se presentó en el servicio de medicina interna, donde una paciente mujer acude al servicio de medicina interna por presentar una celulitis en el miembro superior derecho.

Según las guías, la celulitis es una enfermedad infecciosa de la piel que afecta el tejido celular subcutáneo, donde los agentes causales más frecuentes son *S. aureus* y *S.pyogenes* y con menor frecuencia encontramos el Hib.

Tiene mayor frecuencia en miembros inferiores (85 %) y también la cara, la afectación es en ambos sexos y tiene por preferencia la edad pediátrica.

Usualmente para que se efectuó la lesión ha tenido que tener un antecedente de lesiones cutáneas, algún trauma que presente excoriaciones, mordeduras ya sea de animal como de una persona, diabetes, úlceras, entre otros.

La celulitis según nos menciona la guía, tiene un inicio de un eritema mal definido, un aumento de volumen, un dolor en la región afectada y calor en el sitio afectado. Cuenta con los bordes laterales no se pueden diferenciar bien ya que el proceso se da en el plano profundo de la piel y afecta sobre todo al tejido celular subcutáneo.

La celulitis tiene grandes complicaciones como artritis séptica, osteomielitis, abscesos, bacteriemia e incluso una fascitis necrotizante

Según la guía de práctica clínica, nos menciona que no hay una prueba GOLD que permita diagnosticar la celulitis, que el diagnóstico es netamente clínico, con el examen físico y antecedentes y datos epidemiológicos. Sin embargo también nos mencionan que se debería realizar un hemograma completo, cultivo, un raspado de piel en la zona afectada en pacientes que se encuentren con alguna enfermedad que agrave el caso.

Según la guía actualizada en marzo de UPTODATE para el manejo adecuado de celulitis debe tratarse con una terapia empírica para la infección por estreptococos beta-hemolíticos y *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina (MSSA), donde se recomienda que para la terapia intravenosa se utiliza cefazolina y para la terapia oral cefalexina; es respaldado por un estudio aleatorio en 496 personas con celulitis no purulenta, se observó tasas de curación clínica similares entre los tratados con cefalexina más placebo (para el tratamiento empírico de estreptococos beta-hemolíticos y MSSA; 69 %) y aquellos tratados con cefalexina más trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX; para el tratamiento empírico de estreptococos beta-hemolíticos y *S. aureus* resistente a la meticilina [MRSA]; 76 por ciento; diferencia del 7,3 por ciento; IC del 95%: -1,0 a 15,5 por ciento; $p = 0,09$) [8]. Si bien estos hallazgos plantean la posibilidad de que la adición de TMP-SMX pueda ser algo superior a la cefalexina sola, los resultados probablemente fueron sesgados por un número relativamente grande de pacientes que no completaron el curso completo de la terapia.

Caso 3°: Proctitis Actínica

Este caso es sobre un paciente de 77 años que es diagnosticado de proctitis actínica post radioterapia.

La proctitis actínica es una de las complicaciones más común de la radioterapia de pelvis y su manifestación más frecuente es la hemorragia.

Por lo que se presenta en pacientes portadores de enfermedades malignas pélvicas.

Se debe a que la mucosa del tracto gastrointestinal es muy radiosensible, por lo que la radioterapia puede provocar la aparición de ulceraciones y hemorragias severas. El daño significativo se manifiesta por síntomas persistentes como son diarrea, tenesmo, sangrado rectal y dolor; otras complicaciones incluyen estenosis y fistulización a órganos vecinos.

Varias modalidades de tratamiento conservador para esta afección se han propuesto y empleado, por ejemplo, la administración tópica de solución de formaldehído, enemas de esteroides, ácidos grasos de cadena corta,

sulfasalazina, 5-aminosalicilatos, pentoxifylina y tocopherol, oxigenación hiperbárica, el uso de antioxidantes como las vitaminas E y C y soluciones intravenosas como el WF10. Los que se han utilizado con resultados variables. La cirugía también se ha empleado y cuenta con una morbimortalidad superior a los métodos conservadores.

En los últimos años se han implementado nuevos métodos de tratamiento como las técnicas de ablación: electrocoagulación bipolar, coagulación con sonda caliente, variantes de láser y argón plasma coagulación (APC).

Caso 4°: Anemia megaloblástica

La anemia es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se reduce y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

La anemia megaloblástica está causada por la deficiencia de vitamina B₁₂, lo que produce una alteración en la producción de eritroblastos, una destrucción precoz en la médula (eritropoyesis inefectiva) y se acorta la vida media del eritrocito.

Los mínimos requerimientos diarios de la vit. B₁₂ son de $\leq 5 \mu\text{g}$ (un promedio de $2,4 \mu\text{g}$). Se absorbe en la porción distal del intestino delgado tras unirse al factor intrínseco (FI) que se produce en las células de la mucosa gástrica.

Por lo que en el caso de nuestro paciente sucede por la gastrectomía previa que tuvo.

La anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas, que corresponde al 24,8% de la población. La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar, y la mínima en los varones. El grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas son las mujeres no embarazadas.

Las personas anémicas suelen ser asintomáticas por lo que, en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas que son la población con alta prevalencia se realizará un despistaje de manera regular.

Las causas más frecuentes son:

- Descenso en la ingesta.
- Alteración de la absorción: déficit de factor intrínseco, déficit de enzimas pancreáticas, alteraciones en intestino delgado.
- Alteraciones en el transporte: déficit funcional o congénito de transcobalamina.
- Aumento de requerimientos: Embarazo, lactancia, hipertiroidismo, leucemias, anemias hemolíticas.

En el anexo 1 se puede ver los distintos signos y síntomas de la anemia.

El tratamiento es con hidroxocobalamina intramuscular 1000 µg/día por una semana, se debe dar tratamiento de por vida en los casos en los cuales no se pueda corregir la causa con una dosis de mantenimiento cada dos o tres meses.

3.2 Cirugía:

Caso 1°: Apendicitis

Este caso se presentó en el servicio de cirugía de emergencia donde un paciente varón de 31 años acude al área de medicina interna presentando los síntomas y signos característicos de una apendicitis aguda.

La apendicitis aguda es un proceso agudo de inflamación del apéndice cecal, donde constituye la urgencia más frecuente a nivel nacional; se presenta en el 60 % de todos los casos de abdomen agudo quirúrgico y se dice que entre un 5 y 15 % es una enfermedad que se padece en algún momento de la vida. La edad más frecuente de incidencia es entre la segunda y tercera década de vida y no hay diferencia entre ambos sexos.

El diagnóstico de apendicitis es netamente clínico donde los síntomas, el más característico es el dolor abdominal, que es de inicio difuso, en epigastrio que a medida que va transcurriendo el tiempo se va irradiando al cuadrante inferior derecho y se le pueden sumar otros síntomas como la hiporexia, las náuseas, los vómitos .

Dentro de los exámenes auxiliares, el que más ayuda a la búsqueda

diagnóstica es el hemograma completo donde una leucocitosis con desviación izquierda.

El examen ecográfico es de ayuda diagnóstica cuando tenemos dudas en el diagnóstico, donde nos predice la inflamación de la pared del apéndice.

Todo paciente diagnosticado de apendicitis debe ser hospitalizado dentro de las 24 primeras horas para su tratamiento quirúrgico y así bajar la morbimortalidad del paciente.

Dentro del manejo pre operatorio:

- NPO
- Hidratación endovenosa: Cloruro de Na 0.9%
- Uso de antibióticos, cubriendo gram (-) y anaerobios, de uso profiláctico 30 minutos antes de entrar a SOP.

Siempre se le pide su examen pre-operatorio:

- Hemograma completo
- Riesgo quirúrgico

Grupo sanguíneo y factor

- EKG
- RADIOGRAFIA DE TORAX.

Dentro del manejo operatorio, se le hace una incisión ROCKEY – DAVIS, con una ligadura simple del meso con una ligadura doble del muñón según técnica del muñón libre con una sutura que sea absorbible, un curetaje de la mucosa del muñón, no se debe drenar ni colocar algún drenaje salvo sea una gangrenosa donde se coloca un dren laminar y por último cerramos la herida operatoria plano por plano.

Luego dentro del manejo post operatorio

- Se debe mantener una hidratación parenteral según evaluación clínica
- NPO por lo menos de 6 a 12 hrs
- Probar tolerancia oral con líquidos claros y que continúe con dieta blanda estricta
- Analgesia horaria endovenosa el primer día y luego continuar con VO.
- DEAMBULAZION PRECOZ. Mínimo a las 24 hrs para evitar el íleo o algunos casos de trombosis en miembros inferiores.

Caso 2°: Coledocolitiasis

La Coledocolitiasis se define como la presencia de cálculos en la vía biliar principal, y responde como la causa mas frecuente de colestasis extrahepática. Son principalmente causados por cálculos mixtos de colesterol, los cuales son mas frecuentes y se forman en la vesícula. En segundo lugar, de frecuencia tenemos a los cálculos marrones, los cuales son llamados primeros, ya que se forman en la misma vía biliar proximal.

La coledocolitiasis representa el 50% de las causas de obstrucción de la vía biliar y de igual manera se determinó que aproximadamente el 15% de pacientes con coledocolitiasis, presentan cálculos en la vía biliar principal por igual.

El diagnóstico se debe dar siguiendo 3 pilares necesarios para poder determinar la enfermedad:

- a) Clínico: Dolor abdominal en cuadrante superior derecho y/o episodio de ictericia, coluria, etc
- b) Laboratorio: Pruebas de función hepática alterada. TGO, TGP, Fosfatasa alcalina y GGTP elevadas. Hiperbilirrubinemia directa
- c) Imágenes:

Ecografía: Prueba inicial. Nos permite ver la dilatación del colédoco (6mm). En caso de observarse el cálculo

ü Colangiografía (ColangioRM, CPRE)

El manejo definitivo es la CPRE + Esfinterotomía, pero para determinar quienes son candidatos, se plantearon diversos escenarios para determinarlo:

En todo paciente con colelitiasis, se le debe determinar la probabilidad de coledocolitiasis basados en predictores clínicos:

Parámetros muy fuertes:

- Ø Cálculo en vía parenteral derecha, observable a la Ecografía
- Ø Clínica de colangitis aguda
- Ø Bilirrubinas totales >4mg/dl

Parámetros fuertes:

- Ø Conducto biliar dilatado >6 mm en ecografía
- Ø Bilirrubinas totales entre 1.5 – 4 mg/dl

Parámetros moderados:

- Ø GGT, FA y otras pruebas de laboratorio
- Ø Edad >55 años
- Ø Pancreatitis de probable etiología colelitiasica

Una vez obtenidos estos parámetros, podremos establecer el grado de probabilidad de que el paciente tenga coledocolitiasis:

BAJA (ningún parámetro presente): En ella se indica colecistectomía. No se realiza ningún tipo de colangiografía

ALTA (Al Menos 1 predictor muy fuerte o 2 predictores fuertes): Se realiza CPRE como método Diagnóstico y Tratamiento de coledocolitiasis. Luego

realizar la colelap

INTERMEDIA (cualquier otra combinación no mencionada): Se realiza colangiorensonancia. Si sale (+), debe hacerse CPRE preoperatoria para corregir la coledocolitiasis. Luego se realiza la colelap. En caso de no poder realizarse la ColangioRM, en la misma operación por colelap realizar colangiografía intraoperatoria, la cual de ser (+) se retira el cálculo.

Caso 3°: Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es un tumor maligno que empieza a crecer en la glándula prostática y que en sus etapas iniciales no presenta síntomas específicos. Más del 65% de todos los cánceres de próstata se diagnostican en hombres de más de 65 años.

Los factores de riesgo más importantes son: mayor edad, historia familiar y raza afroamericana.

Tiene una incidencia de 12.76 x 100 000 habitantes y una mortalidad de 5.51 x 100 000 habitantes en el Perú.

Cada año, el INEN recibe en promedio unos 800 casos nuevos de esta neoplasia maligna, de los cuales, el 45% se encuentra en etapa avanzada, un 40% en estadios localmente avanzados y solo un 15% en fases iniciales, siendo esta última la que tiene mayor probabilidad de curación.

En el anexo 2 podemos ver que el cáncer de próstata es la primera causa de muerte por cáncer.

Puede afectar:

- Zona periférica (75 – 80%)
- Zona transicional (20 – 25%)
- Zona central (5 - 10%)

La mayoría de pacientes son asintomáticos en las etapas iniciales y en las etapas avanzadas pueden presentar síntomas obstructivos, hematuria, anemia, dolor óseo y edema de miembros inferiores.

El diagnóstico se hace mediante la clínica, el tacto rectal, los marcadores

tumorales, en este caso el PSA, y una biopsia transrectal.

El tratamiento depende de si el cáncer es local o avanzado, en el caso que sea confinado solo a la próstata las opciones de manejo incluyen, prostatectomía radical y radioterapia o braquiterapia. En el caso de que el paciente no desee una intervención quirúrgica se le puede dar tratamiento hormonal y la espera vigilada para el retardo de la progresión sintomática.

En caso de enfermedad localmente avanzada, un ensayo clínico aleatorizado que incluyó 818 pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado que fueron asignados aleatoriamente para recibir

- radioterapia únicamente
- radioterapia más 3 meses de bloqueo andrógeno combinado y neoadyuvante
- o radioterapia más 6 meses de bloqueo andrógeno combinado

Mostró que el tratamiento hormonal durante 6 meses, comparado solamente con radioterapia, disminuyó de forma significativa la mortalidad por cualquier causa.

Por último, cuando la enfermedad es avanzada o hay metástasis, varios meta análisis de ensayos clínicos aleatorizados muestran que utilizando un receptor de andrógenos no esteroideo encontraron una ventaja en la supervivencia

Caso 4º: Cáncer de mama

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres, en países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

El cáncer de mama representa la segunda neoplasia más frecuente en el Perú, afecta a mujeres adultas y es una causa importante de carga de enfermedad.

La incidencia anual estimada de cáncer de mama en el Perú es de 28 casos por 100,000 habitantes, la tasa de mortalidad anual es de 8.5 casos por 100,000 habitantes (IARC, 2015). La tasa de mortalidad anual es de 9.2 casos por

100,000 habitantes (MINSA –CDC, 2014).

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Existen distintos tipos de cáncer de mama que depende de qué células de la mama se vuelven cancerosas.

Los tipos más frecuentes son:

- Carcinoma ductal infiltrante: cuando las células cancerosas se multiplican fuera de los conductos e invaden otras partes del tejido mamario.
- Carcinoma lobulillar infiltrante: es cuando las células cancerosas se diseminan de los lobulillos a los tejidos mamaros cercanos.

El diagnóstico se hace mediante un buen examen físico, una mamografía y una biopsia del tumor.

El tratamiento va a depender del grado de extensión, estos incluyen:

- Mastectomía radical modificada: La más utilizada, donde se extirpa toda la mama.
- Mastectomía radical: en la cual se hace la extirpación de la mama, de los músculos pectorales y de los ganglios axilares.
- Cirugía conservadora: consiste en la extirpación del tumor con un margen de tejido mamario sano, más o menos amplio, manteniendo intacto el resto de la mama. Puede ser una tumorectomía (extirpación del tumor y un margen de tejido sano), o una cuadrantectomía (extirpación de un cuadrante de tejido mamario en el que se incluye el tumor).
- Linfadenectomía: donde se suelen extirpar entre 10 y 40 ganglios linfáticos.
- Ganglio centinela: su objetivo es identificar el ganglio axilar sobre el que, en primer lugar, drena la mama. Si este ganglio está afectado es necesario realizar un estudio del resto de los ganglios de la axila. Si no está afectado no se puede realizar linfadenectomía.

Además, se puede utilizar radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia o terapia biológica.

3.3 Ginecología:

Caso 1º: Oligoamnios

El oligohidramnios se define como el volumen de L.A (líquido amniótico) < 500 ml entre las semanas 32 y 36 de gestación. Epidemiológicamente tiene una incidencia variable entre 0.5 a 5.5% de todos los embarazos, y complica al 12% de las gestaciones mayores de 41 semanas. Se sabe que, en la segunda mitad del embarazo, la presencia de RPM explica el 50% seguido por el RCIU con un 20%.

Fisiológicamente se sabe que, a partir de las 20 semanas de gestación, la principal fuente de producción de Líquido amniótico es la orina fetal, y en segundo lugar el líquido pulmonar. La reabsorción del mismo se dará gracias a la deglución del líquido por parte del feto, y también hay participación de la piel.

En caso este equilibrio de producción/reabsorción se vea alterado puede presentarse las patologías del líquido amniótico, tal como el polihidramnios y el oligohidramnios.

Existen 2 métodos ecográficos semicuantitativos que nos permitirán definir la presencia de oligohidramnios u polihidramnios:

Índice de ILA (Phelan): Es el valor es la suma de las columnas máximas libres de feto y cordón de los cuatro cuadrantes uterinos. Su valor normal es de 5-25 cm. Los resultados se pueden interpretar como:

ü <2 = **Oligohidramnios severo o oligoanhidramnios**

ü < 5 = **Oligohidramnios**

ü 5-8 = Límite inferior de normalidad

ü 8-18 = Normalidad ecográfica del LA

ü 18-25 = Valores límite superior

ü >25 = Polihidramnios

ü >32 = Polihidramnios severo

Índice de Bolsa Mayor (Chamberlain): Se fundamenta en la medida del diámetro transversal o vertical de la mayor laguna amniótica observada. Técnicamente es de fácil aplicación, reproducible clínicamente y muestra gran sensibilidad como signo de alarma ante alteraciones fetales evidentes:

ü <1 = **Oligohidramnios severo o Oligoanhydramnios**

ü 1-2 = **Oligohidramnios moderado**

ü 2-8 = Normalidad ecográfica

ü >8 = Polihidramnios

ü >12 = Polihidramnios grave

La Etiología del oligohidramnios es diversa. A continuación, veremos algunas de las causas más frecuentes de esta patología

- 1) Ruptura prematura de membranas
- 2) Malformaciones genitourinarias en el feto
- 3) RCIU - Óbito fetal
- 4) Gestación prolongada
- 5) Preeclampsia – DPP
- 6) Síndrome de transfusión feto fetal
- 7) Fármacos AINES – IECAS

Los signos y síntomas del oligohidramnios van en estrecha relación con la causa subyacente que provoca el cuadro

El manejo de este evento se basa según el nivel y la capacidad resolutoria del centro de salud en donde se está atendiendo a la paciente. Una vez realizado todos los exámenes necesarios para valorar el estado de la gestante y el feto, debe hacerse el diagnóstico de la enfermedad y tomar todos los hallazgos clínicos y laboratoriales, además de la edad gestacional, para plantear un esquema de seguimiento adecuado para la paciente. Si la causa específica que provocó el oligohidramnios es determinada, el manejo debe hacerse en contra de este.

En el caso de una gestante con oligohidramnios idiopático (que la causa específica no fue determinada) entre los 34 y 37 6/7 días, el manejo será expectante, indicándose un monitoreo semanal con ecografía Doppler obstétrica y perfil biofísico fetal. En caso se presentará una alteración en las pruebas mencionadas, se indica el culmino de la gestación por sospecha de insuficiencia placentaria. La vía de término del embarazo se valora de manera individual.

Caso 2°: Hiperémesis gravídica

Paciente mujer de 38 años primera gestación de 10 ss acude al servicio de emergencia del área de ginecología refiriendo que presenta constantemente náuseas y vómitos >5 con un tiempo de enfermedad de 2 días que no calman con ningún medicamento (se le dio un medicamento en farmacia que no recuerda), lo cual lleva a pérdida de peso, lo cual inmediatamente se decide tomar su prueba COVID-19 previa hospitalización para el adecuado control y tratamiento médico.

La hiperémesis gravídica es un estado de náuseas y vómitos muy frecuentes durante la etapa del embarazo, tiene gran asociación a trastornos ácido-base y electrolitos, deshidratación y una pérdida ponderal del peso de 5%, estos son criterios para que se considere la enfermedad.

Se dice que la prevalencia de la enfermedad oscila entre el 0.3 a 3 % en todos los embarazos.

Lo que nos mencionan las guías para una adecuada hospitalización, el tratamiento de ingreso debería ser el siguiente:

1. Primera línea de ingreso:

- Ayuno: durante 24 – 48 horas y luego reevaluar su evolución.
- Añadir suplementos de vitamina B1, si presenta con vómitos de más de 3 semanas, es recomendado para prevenir una encefalopatía de Wernicke.
- Fluidoterapia: suero glucosado al 10% 500 cc /8 hrs alterno con suero fisiológico 500 cc c/8-12 hr.
- Metoclopramida – antagonista de la dopamina, con una dosis recomendada de 5-10 mg c/8 hr vía ev
- Ranitidina 50 mg c/8-12 hr, si la paciente presenta epigastralgias o síntomas de reflujo gastrointestinal

2. Manejo y controles durante su estadio hospitalario

- **La dieta:** El manejo debe ser conservador y debe adaptarse a la situación en la que se encuentra el paciente y se va integrando después de un periodo de 24 – 48 horas después de un paciente en ayunas que no haya presentado vómitos. Se debe introducir comidas frecuentes pero proporcionadas (>5) De preferencia se suele administrar comidas ricas en proteínas, evitando lo que son las grasas.
- **Medicación vía oral:** metoclopramida 5-10 mg c/8-12 hr VO, idealmente debe ser usado en corto plazo no mayor de 5 días.
- **Reintroducir ácido fólico:** 1 comprimido 1 c/24 horas por lo menos 2 semanas o hasta las 12 semanas.

3. Alta hospitalaria

- Si se consigue un buen control de los síntomas con la medicación oral durante un periodo de 24-48 hr, se considerará el alta adecuada.

Caso 3°: Placenta previa

En el siguiente caso vemos a una gestante de 33 semanas que es diagnosticada de placenta previa.

La placenta previa se refiere a la inserción de la placenta que se extiende hasta el orificio cervical interno, pudiendo dar una oclusión parcial o total.

La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo aumenta si hay antecedente de cesárea previa y es proporcional al número de estas. También aumenta en caso de miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta.

Otros factores de riesgo son: edad materna, tabaquismo, raza afroamericana y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida.

La placenta previa representa un 20% de las hemorragias del tercer trimestre.

Se puede clasificar en:

- Oclusiva: cuando la placenta cubre totalmente el OCI
- No oclusiva:
 1. Placenta Marginal: cuando la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarla.
 2. Placenta de inserción baja: cuando el borde placentario es a < de 2 cm del OCI

La manifestación clínica más frecuente es la metrorragia aislada de color rojo rutilante y de origen materno. El 10% de las pacientes pueden permanecer asintomáticas.

El diagnóstico se realiza mediante una ecografía transvaginal como en el caso de nuestra paciente, esta va a incluir:

- Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral
- Aplicar Doppler color para poder descartar hematoma marginal o vasa previa.
- Localizar la inserción del cordón.
- En el caso de que la vejiga esté parcialmente llena: confirmar el diagnóstico tras la micción.
- Valorar signos de acretismo especialmente en pacientes con placenta previa y antecedente de cesárea previa.

El tratamiento incluye:

- Reposo relativo
- No introducir nada en la vagina, contraindicado el tacto vaginal y las relaciones sexuales
- Hospitalizar en caso tenga factores de riesgos

En casos de sangrado activo de mayor cantidad puede ser necesario:

- Transfusiones sanguíneas
- Monitoreo materno fetal
- Reposos absoluto
- Maduración pulmonar en menos de 34 semanas

Caso 4°: Preeclampsia

El caso trata de una gestante de 40 años que acude al hospital y se le diagnostica como preeclampsia.

En el Perú, los trastornos hipertensivos del embarazo representan la segunda causa de morbi mortalidad materna, después de las hemorragias.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Generalmente se presenta después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo.

Es caracterizado por hipertensión arterial asociada a proteinuria y en su ausencia puede ser diagnosticada cuando se asocian:

- trombocitopenia (plaquetas < 100 000/ μ L)
- disfunción hepática (niveles elevados dos veces la concentración normal de las transaminasas hepáticas en sangre)
- aparición de insuficiencia renal (creatinina elevada en sangre mayor de 1,1 mg/dL o el doble de creatinina sanguínea en ausencia de otra enfermedad renal)
- edema pulmonar o trastornos cerebrales o visuales de novo como cefalea, dolor epigástrico o escotomas

El síndrome HELLP, es una variante de severidad de la preeclampsia que se caracteriza por tener hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, y plaquetopenia, ocurre en ~20% de las mujeres con preeclampsia severa y nos indica una falla o compromiso hepático y del sistema de coagulación.

La fisiopatología hoy en día se dice que es multifactorial, donde factores vasoactivos celulares y séricos desempeñan un papel muy importante. En la preeclampsia que se da por factores genéticos y/o inmunológicos, existe una falla de la invasión trofoblástica en las paredes de arterias espirales durante la placentación.

Se modifica la musculatura arterial a material fibrinoide, la luz arterial disminuye, hay aterosclerosis aguda, con agregación de fibrina, plaquetas y macrófagos cargados de lípidos, trombosis e infartos, lo cual puede bloquear las arterias. Por lo tanto, la perfusión placentaria disminuye hasta en un 50% y en consecuencia hay un menor flujo fetal, desnutrición crónica y RCIU.

El tratamiento de la preeclampsia grave considera:

- Hospitalización
- Reposo absoluto, de preferencia en decúbito lateral izquierdo
- Régimen normosódico
- Control de signos vitales cada 4 hs, el peso materno una vez al día, y la medición de la diuresis
- Sedación con diazepam (dosis de ataque: 10 mgrs diluido en 10cc de dextrosa 5% EV lento)
- Sulfato de magnesio: la dosis de ataque es 4 a 5 grs. en 500 cc de Dx

al 5% a goteo libre. La dosis de mantenimiento es 5 grs. en 500 cc de Dx al 5% a 35 gotas por minuto (equivale a razón de 1gr por hora).

- Durante el uso del sulfato de magnesio es necesario mantener: reflejos presentes, diuresis > a 25 ml/hora y ausencia de depresión respiratoria.
- Hipotensores por vía parenteral frente a la falta de respuesta a los antihipertensivos orales
- Y se deberá tener siempre presente la posibilidad de interrupción del embarazo, siendo los criterios para la interrupción:
 1. Preeclampsia moderada con feto maduro (EG > 37ss)
 2. Preeclampsia severa con edad gestacional mayor de 34 semanas
 3. Preeclampsia severa con feto inmaduro, en que fracasa el tratamiento médico o se presenta el deterioro progresivo del estado materno (HTA severa, crisis hipertensiva)
 4. Evidencia de deterioro de la unidad feto placentaria, independientemente de la edad gestacional
 5. Presencia de eclampsia.

En el anexo 3 se puede ver el manejo de Preeclampsia en el Instituto Materno Perinatal

Se recomienda el uso de ácido acetil salicílico, suplementos de calcio (1 gr/día) en gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia.

No usar esteroides en gestantes con síndrome de HELLP

3.4 Pediatría:

Caso 1°: Bronquiolitis

Este caso se presentó en el servicio de pediatría en el área de emergencia, donde madre acude con su hija de 1 año por presentar dificultad para respirar, con lactancia entre cortada y sensación de alza térmica lo cual se trata de una paciente con el diagnóstico de bronquiolitis.

La bronquiolitis se considera como el primer episodio de tos con la presencia de sibilancias y estertores procedida de una rinitis aguda en niños menores de 5 años.

En la bronquiolitis esta relacionado con infecciones virales respiratorias, en un 70% de los casos esta relacionado con el virus sincicial respiratorio, luego por el rinovirus, parainfluenza, virus influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus humanos.

Las infecciones respiratorias son un problema de salud dentro de nuestra población, ya que más de 2.3 millones de casos fueron diagnosticados en el 2017.

Se considera que los casos de bronquiolitis menos del 10% deberían ser hospitalizados y un 20 % de estos pacientes hospitalizados pueden requerir un ingreso a unidad de terapia intensiva pediátrica.

Los casos de bronquiolitis se presentan con mayor frecuencia en temporadas de baja temperatura como en los meses entre abril y septiembre.

La bronquiolitis tiene un cuadro inicial de 3 a 5 días con inicio de síntomas de las vías respiratorias altas como la rinorrea que puede asociarse la tos y puede tener fiebre y en el transcurso de los días el cuadro se va agravando.

En el examen físico se espera encontrar taquipnea, retracciones subcostales, intercostales, supraclaviculares, sibilancias y/o estertores. Se menciona dentro de la guía que la apnea puede ser un signo cardinal para el dx.

El diagnóstico de bronquiolitis es netamente clínico caracterizado por presentar una tos persistente, con sibilancias y estertores en niños menores de 2 años precedido de síntomas respiratorios altos de 3 a 5 días de duración; en ciertos casos se puede presentarse síntomas de dificultad respiratoria como taquipnea, aleteo nasal, retracciones torácicas.

Los síntomas se exacerban en un rango de 3 a 5 días de iniciado el cuadro clínico y en un 90% de los casos la tos resuelve en 3 semanas.

Cuando se trata de un niño con diagnóstico de bronquiolitis se debe hospitalizar si presenta los siguientes criterios:

- Edad menor de 3 meses
- Apnea
- Saturación baja

- Inadecuada alimentación
- Dificultad respiratoria
- Mal estado general
- Comorbilidades
- La madre o cuidador es incapaz de entregar un cuidado u observación estricta
- Dificil acceso al establecimiento
- El cuadro no mejora con tratamiento en 48 hrs

Dentro del manejo médico, luego de efectuar una adecuada evaluación integral al paciente, se hospitaliza entregando los manejos siguientes

- Oxigenoterapia: se tiene que aportar un oxígeno tibio, húmedo y mezclado
- Solución salina: en niños menores de 2 años deben ser nebulizados con solución salina al 0.9% o un instilador nasal con el objetivo de mantener las vías aéreas permeables
- No es recomendable el uso de CORTICOIDES SISTEMICOS.

Dentro de la guía nos menciona por último los criterios de alta

- Px clínicamente estable: que mantenga un adecuado funciones vitales y sobre todo sin dificultad respiratoria.
- Una adecuada tolerancia por vía oral.
- Presentar una saturación > 92 % cuando esta de 0 a 2500 msnm o >85% en mas de 2500 msnm.

Caso 2°: Dengue

madre acude al servicio de pediatría debido a que su hijo de 1 año presenta molestias, con sensación de alza termica de varios días que no ceden con nada lo cual se le administro anteriormente paracetamol y un antibiótico y no presento mejorías el paciente y ahí es el momento donde decide llevar de urgencia al hospital para un manejo más adecuado.

El dengue es una enfermedad viral aguda transmitida por el mosquito Aedes Aegypti, que proviene de la familia de los arbovirus.

El dengue presenta 4 serotipos lo cual lo cual no genera una inmunidad cruzada, eso quiere decir que una persona puede reinfectarse hasta 4 veces.

Tiene un periodo de incubación de 7 días.

Para que ocurra la infección tiene que estar presente:

- El vector
- El virus
- Huésped susceptible

El dengue presenta 3 etapas clínicas:

1. Etapa febril: es muy variable su duración y depende de la viremia se acompaña de otros síntomas como dolor abdominal que es intenso y continuo, vómitos persistentes, acumulación de líquidos, sangrado de mucosas, alteración del estado de conciencia, aumento de tamaño del hígado.
2. Etapa crítica: coincide con la extravasación de plasma y su manifestación más grave es el choque, que se evidencia con frialdad de la piel, pulso filiforme, taquicardia e hipotensión. A veces, con grandes hemorragias digestivas asociadas, así como alteraciones hepáticas y quizás de otros órganos. El hematocrito se eleva en esta etapa y las plaquetas que ya venían descendiendo alcanzan sus valores más bajos. En la etapa de recuperación generalmente se hace evidente la mejoría del paciente, pero en ocasiones existe un estado de sobrecarga líquida, así como alguna infección bacteriana.
3. Etapa de recuperación: en esta etapa se empieza a eliminar el exceso de líquido, que se ha extravasado, hasta que se pueda normalizar sus funciones vitales.

TRATAMIENTO DEL DENGUE

Como en el presente caso se presentó un dengue sin signos de alarma se realiza el siguiente tratamiento

1. Estimulación de ingerir la mayor cantidad de líquidos posible por vía

oral, mantener reposo en cama y se tiene que vigilar la evolución clínica de la enfermedad que padezca; si no puede ingerir líquidos por vía oral se debe iniciar tratamiento con reposición de líquidos por vía I.V utilizando solución salina al 0.9% o lactato de ringer sin o con dextrosa a una dosis de mantenimiento.

2. Siempre debe monitorizarse su balance hidroelectrolítico, su temperatura, pérdida de líquidos, diuresis y la aparición de cualquier signo de alarma.

El seguimiento del dengue debe ser estricto hasta que pase la fase crítica. Se debe monitorizar c/4 hrs lo que son sus signos vitales (Temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca)

Caso 3°: Perforación esofágica secundaria a cuerpo extraño

Este caso se trata de una paciente de sexo femenino con el diagnóstico de perforación esofágica por cuerpo extraño.

Esta patología requiere una gran acuciosidad diagnóstica, basada en una alta sospecha clínica, ya que es poco frecuente y tiene gran variedad de presentaciones.

Para decidir cuál es el tratamiento óptimo, se evalúan los siguientes parámetros: el estado general del paciente, el tiempo de evolución, la localización de la perforación y la presencia de patologías esofágicas previas, entre otras.

Los cuerpos extraños más frecuentes en niños son: espina de pescado, pedazos de globos, pedazos de plástico, comida y semillas.

En el caso de la paciente fue por un pedazo de juguete roto.

La ingestión de cuerpos extraños y la impactación de bolos de comida ocurren frecuentemente, pero la mayoría se resuelve en forma espontánea, inclusive los elementos cortantes y aproximadamente sólo 10-20% requieren intervención.

El sitio de perforación ocurre con mayor frecuencia en las zonas de estrechez

fisiológica.

El tratamiento es controversial, pero el objetivo es prevenir y detener la filtración, si presenta infección eliminarla y controlarla, mantener el estado nutricional del paciente estable y restaurar la integridad y continuidad del tracto digestivo.

En el caso de nuestra paciente acudió a otras instituciones previamente donde no hicieron el diagnóstico de perforación esofágica y el tratamiento tardío como en nuestra paciente, aumenta la magnitud de la contaminación e inflamación, reduciendo así la posibilidad de un cierre efectivo de la perforación.

En el caso de los niños el tratamiento es distinto se prefiere hacer un tratamiento conservador a diferencia de en los adultos. En casos el tratamiento tenga que ser quirúrgico se trata de cerrar de primera intención con una sutura directa reforzada cuando sea posible. En nuestro caso la demora en el diagnóstico hizo que no se pueda hacer un tratamiento conservador.

Caso 4°: Deshidratación moderada

El siguiente caso es de un paciente varón de 01 año que acude a la emergencia con signos de deshidratación.

Según la OMS la deshidratación es un estado que resulta por una pérdida excesiva de agua del organismo.

Su etiología más frecuente es la gastroenteritis aguda que es una infección del tracto gastrointestinal y su manifestación clínica principal es diarrea, pero también puede incluir vómitos, fiebre, dolor abdominal.

Las causas más comunes de deshidratación son: Rotavirus, E. coli enterotoxigénica y durante epidemias el vibrio cholerae.

Los signos y síntomas de la deshidratación varían dependiendo el grado de déficit, en el caso de nuestro paciente es moderada que se caracteriza por sed, irritabilidad o inquietud, los ojos ligeramente hundidos o normales.

En el anexo 4 se puede ver cómo clasifica la OMS la deshidratación por grados, grave, moderado y sin deshidratación.

Se debe realizar la valoración inicial mediante el triángulo de evaluación pediátrica que se compone por la apariencia, el trabajo respiratorio y la circulación cutánea, además de una adecuada anamnesis y exploración general para el diagnóstico oportuno.

El tratamiento se maneja dependiendo de la clínica y el grado de deshidratación, si es leve o moderado se prefiere la vía oral y si es severo preferimos la vía endovenosa.

La mejor manera de administrar el déficit, salvo contraindicación, es la vía digestiva, preferentemente la vía oral (RHO).

El déficit y las pérdidas mantenidas se administrarán en forma de solución de rehidratación oral (SRO). El tratamiento incluye dos fases: rehidratación y mantenimiento.

La fase de rehidratación, se administra en aproximadamente 2-4 horas, se reemplaza el déficit administrando SRO: 30-50 ml/kg en deshidrataciones leves y 50-100 ml/kg de peso corporal en las moderadas.

Si las pérdidas durante la RHO son importantes se complementa con 5-10 ml/kg de SRO por cada deposición. En caso haya vómitos, se debe ofrecer inicialmente 5 ml cada 2-5 minutos, y se aumenta según tolerancia.

Valorar la administración de ondansetrón 0,15 mg/kg (máximo 8 mg) en caso de vómitos y posterior prueba de tolerancia a los 20 minutos.

El tratamiento para la deshidratación lo podemos ver en el anexo 5.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado comenzó el 01 de enero del 2020, en mi caso, comencé en el INEN con la rotación de medicina en la cual iba de Lunes a Sábado u Domingo dependiendo de la especialidad en la que rotaras, atendíamos en consultorios, hospitalización e interconsultas junto con los residentes rotantes de otros hospitales y médicos del staff. Nos programaron rotar en por 6 servicios y cada rotación duraría 15 días.

El primer servicio fue Emergencia en el cual atendía nuevos ingresos y pacientes hospitalizados, podía realizar distintos procedimientos como tomar AGAs, cambiar sondas, poner sondas naso gástricas, entre otros. No realizaba guardias nocturnas pero los turnos eran de 6am a 9pm o a veces más tarde dependiendo de los pendientes del día.

Al rotar en Gastroenterología podía ver las endoscopias y colonoscopia, en consultorios externos atendíamos al paciente, lo examinamos y le dabamos un diagnóstico y tratamiento.

El servicio de adolescentes es un piso de hospitalización, aquí curaba heridas, retiraba catéteres y nos enseñaron a solucionar los inconvenientes que pudieran ocurrir.

En nefrología atendíamos consultorios externos e interconsultas por diferentes pisos del hospital, en esta rotación además teníamos exposiciones semanales los residentes e internos, por lo cual, nos reuníamos en un aula para poder llevar a cabo la exposición.

Mi última rotación fue por el servicio de neumología aquí me enseñaron la entrevista enfocada en la parte respiratoria, a reconocer patologías en radiografías de tórax y tomografías, podíamos observar como se hacía la espirometría, entrar a broncoscopias y entrevistar a pacientes hospitalizados, en Marzo fueron mis últimos días en el hospital antes de que aparecieran casos de Covid-19 en el Perú, por lo que decidieron retirar a todos los internos de sus sedes, no pude culminar mi rotación de medicina ya que me faltó rotar por el servicio de infectología.

Pasaron 7 meses en los que no pudimos retornar a ninguna sede y finalmente en Noviembre nos dejaron retornar, en muchos casos las sedes hospitalarias no aceptaron de regreso internos o redujeron el número de vacantes por lo que muchos tuvieron que retomar el internado en Centros de Salud. Había miedo en todos los internos por retornar y poder contagiarse o contagiar a algún familiar ya que la situación del País estaba crítica. La universidad nos dio un curso acerca del lavado de manos, como colocarnos y retirarnos el EPP en áreas covid y no covid y de bioseguridad antes de retomar el internado.

El INEN nos dejó retornar para continuar el internado médico, en mi caso con la rotación de cirugía. Todo era distinto, ya que, habían tenido que adaptarse para poder tratar a pacientes con Covid-19, el primer día nos explicaron en qué áreas trabajaríamos debido a esto, en medicina solo se podía rotar por pisos de hospitalización y ya no por distintas especialidades y en el caso de cirugía, se había reducido los servicios por los que podríamos rotar a 4. Nos proporcionaron el EPP necesario para poder trabajar en la institución.

Empecé por el servicio de urología, como aún no habían ingresado los residentes de primer año me dejaban asistir en las cirugías, curar heridas en los pacientes hospitalizados y suturar supervisada por un residente de segundo año, en las visitas preguntaban acerca de las patologías de los pacientes. El número de pacientes era menor al que había antes de la pandemia y además no nos dejaban atender en consultorios por el riesgo de contagiarnos, por lo que teníamos menos oportunidades para aprender.

En el servicio de ortopedia logramos hablar con el doctor que estaba a cargo de nosotros para poder entrar a consultorio externo, entonces en esta rotación

no solo entrábamos a sala de operaciones y curábamos a pacientes hospitalizados sino que también podíamos atender en consultorios con el médico staff a cargo.

En el servicio de mamas y tejidos blandos asignaron a dos internos, la mayor parte del tiempo estábamos en el piso de hospitalización, ya habían ingresado los residentes de primer año por lo que entrar a sala de operaciones era más complicado por la capacidad de gente que podía estar en las salas de operaciones debido al Covid-19. En esta rotación también tuvimos la oportunidad de entrar a cirugía menor donde se realizaban procedimientos.

Por el último servicio por el que roté fue en abdomen, tuve la oportunidad de entrar a sala de operaciones muy pocas veces y solo a observar por la cantidad de residentes que tenía este servicio y el aforo reducido por lo que nos hacían rotar en cirugías para que todos pudieran aprender.

La principal dificultad en la rotación de cirugía en general fue el aforo reducido en la sala de operaciones y la cantidad de residentes que tenían los distintos servicios y que el tiempo era muy reducido por lo que no se podía aprender mucho.

En el INMP donde realice la rotación de gineco-obstetricia sólo estaban habilitados tres servicios por los que podíamos rotar, ya que solo se nos permitía estar en áreas no Covid. Realizábamos guardias solo diurnas en centro obstétrico donde nos dejaban atender partos, pero un obstáculo eran las obstetrices que a veces no dejaban que participaras, además el aforo reducido de los cuartos de parto. En el servicio E veíamos puérperas no patológicas y en el servicio A y B gestantes y puérperas con distintas patologías. Debido al Covid-19 los consultorios externos no estaban habilitados por lo que en la parte de ginecología no se pudo ver, ni aprender mucho.

Por último, en el INSN solo pude rotar por el servicio A en el cual veíamos pacientes agudos y crónicos, realizábamos las guardias en el área de emergencia supervisados por residentes. El inconveniente fue que el tiempo de rotación era muy corto por lo que no podíamos aprender como nos hubiera gustado.

En general las rotaciones al regresar al internado en plena pandemia fueron distintas debido al tiempo reducido que teníamos y menor oportunidad para aprender en la práctica clínica y, por otro lado, el temor de poder contagiarse o contagiar a algún familiar. Estas dificultades se resolvieron haciendo un rol en donde podíamos aprovechar al máximo el tiempo en el hospital y entregando a todos los interno EPP para estar protegidos y no rotando en áreas Covid.

El internado lo inicié el 31 de enero en la rotación de neonatología hasta la primera mitad de febrero, en el hospital de Huaycán, en el cual teníamos un horario estricto, que acudimos todos los días de 7am a 2 pm, en las áreas de hospitalización, vacunación y CRED; se hacían guardias de diurnas como nocturnas 4 veces por mes, en el área de centro obstétrico donde se realizaba principalmente la atención al recién nacido; luego de la segunda mitad de febrero se intercambié al servicio de Pediatría, lo cual culmina la última semana de marzo, con la misma dinámica que se ejerció en neonatología pero las guardias se realizaban en el área de emergencia pediátrica, pero no se pudo culminar debido a la pandemia generada el 15 de marzo del año 2020, lo cual se nos envió un comunicado en que no íbamos a retornar a los hospitales debido al covid-19 hasta nuevo aviso.

En el mes de agosto se nos informó que íbamos a retornar al hospital en el mes de octubre, lo cual se empezaron a generar en el mes de septiembre, reuniones por vía virtual donde se nos empezó a asesorar como iba a ser el retorno al hospital, tomando todas nuestras medidas de prevención, estrategias, como actuar frente a este nuevo reto impuesto por el COVID-19, había mucho temor, algunos internos se retiraron con el pensamiento que en el año 2021 todo regresaría a la normalidad.

En el mes de septiembre que fue el retorno al internado, retorne al área de cirugía general, ya no rotábamos 3 meses como antes de la pandemia sino solo 2 meses y solo eran 15 días por mes, ya no se realizaban guardias de noche solo guardias diurnas, donde se nos explicó las áreas en las que íbamos a rotar, a pesar que retornamos a una área no covid, fue un poco chocante empezar el trabajo ya que llevábamos los epps que eran incómodos todo el día y sobre todo el temor a contagiarse por el

virus; pero poco a poco nos fuimos acostumbrando; Era notorio que el servicio de cirugía no era el mismo, ya que el movimiento había disminuido y para poder ingresar a sala de operaciones, el interno de medicina solo podía ingresar cuando el paciente salía negativo a su prueba covid. Por lo tanto, el movimiento no era el mismo como se mencionaba antes de la pandemia, pero igual se aprovechó todos los casos posibles.

Cirugía cuenta con los servicios de cirugía general, traumatología y urología, lo cual el área de emergencia se atendía en 1 días diferentes casos de las diferentes ramas mencionadas, recibíamos pacientes para un cambio de sonda, curaciones, suturas, poli traumatizados, y lo interesante de mi grupo de rotación era que por motivos de la pandemia no podíamos entrar a un aula a discutir los casos clínicos semanales pero como por día éramos 3 internos se llegó a un consenso de presentar los casos atendidos en el día al final del turno, para poder compartir experiencias, enseñanzas y de esa manera seguir fortaleciendo nuestros conocimientos, y el mejor recuerdo que me llevo es en el área de traumatología donde entre a sala de operaciones para una fractura de tibia, donde el doctor me guio en todo momento en la reducción y colocación de placas y tornillos.

En el mes de diciembre y enero rote por el servicio de medicina interna donde empezamos a realizar guardias nocturnas, 1 semanal. A diferencia de tiempos antes de covid, era que toda patología respiratoria era atendida en área covid, lo cual no se pudo aprovechar mucho acerca del sistema respiratorio más que patologías crónicas de pacientes hospitalizados, solo se rotaba por las áreas de emergencia y hospitalización, dado que consultorio externo todavía no estaba habilitado.

En el mes de febrero empecé mi última rotación de GINECOLOGÍA/OBSTETRICIA, donde se nos dividió en los servicios de centro obstétrico, puerperio, patología, emergencia, ecografía y consultorio externo, las guardias eran 4 de las cuales 2 eran nocturnas, y las guardias solo se realizaban en las áreas de centro obstétrico y emergencia; al interno que le tocaba guardia en centro obstétrico, podía

atender partos como entrar a las cesáreas, en los cuales las cesáreas eran más abundantes que los partos debido a que la mayoría de partos ya llegaban en fase expulsivo, y toda paciente tenía que pasar por triaje y evolución en área covid lo cual eran atendidas en el mismo área covid de gineco-obstetricia.

El último mes se llevó a cabo una reunión con el jefe de servicio donde propuso que los internos hagan guardias de 24 horas, ya que estábamos a puertas de ser médicos, y quería que enfrentemos dicha situación, lo cual estuvimos de acuerdo y se llevó a cabo las guardias de 24 horas en las áreas de centro obstétrico y emergencia

CONCLUSIONES

- El internado médico es la mejor opción para obtener una formación médica integral, ya que es la etapa donde más interactuamos con los pacientes, no solo nos ayuda a fortalecer nuestros conocimientos, si no también tener una mejor relación profesional no solo con el paciente, sino también con los médicos especialistas que estuvieron en todo momento cuidando y enseñándonos los manejos hospitalarios para poder aprovechar al máximo la etapa del internado.
- El internado es la etapa más importante de la carrera dado que pones en práctica todo lo aprendido en los 6 años entre ciencias básicas como ciencias clínicas.
- Este año dado la pandemia generada por el COVID-19 ha sido una gran complicación para aprender los diferentes diagnósticos, dado que ciertas áreas hospitalarias han estado cerradas tanto para la seguridad nuestra como de los pacientes; de tal forma se ha podido sacar al máximo provecho el tiempo en los hospitales.

RECOMENDACIONES

En el caso de los nuevos internos que empiezan sus prácticas preprofesionales se les recomienda llevar cursos de bioseguridad proporcionados por la universidad para que estén preparados en época de pandemia en la cual deberán realizar su internado médico.

Por otro lado, una buena organización para que logren obtener el mayor beneficio en el aprendizaje debido a la reducción de tiempo en actividades dentro de los hospitales por la pandemia.

Logrando mejorar la organización y el conocimiento antes de ingresar al internado y a los distintos servicios por los que van a rotar podrán cumplir con sus funciones como interno de manera óptima y tener una adaptación favorable considerando la situación de pandemia en la que les tocará realizar el internado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conicyt.cl. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v133n10/art14.pdf>
2. Org.co. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.acorl.org.co/resources/imagenes/visitante/medico/apoyo-al-ejercicio-profesional/guias-acorl/Cuerpos%20extra%C3%B1os.pdf>
3. Bacterial cutaneous infections. INFECCIONES CUTÁNEAS BACTERIANAS [Internet]. Edu.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v16_n1/pdf/a02.pdf
4. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
5. Rafael AG, Eduardo GGJ. Perforaciones esofágicas en niños [Internet]. Com.mx. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=40516>
6. de Soria COL. Deshidratación aguda [Internet]. Aeped.es. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf
7. Seup.org. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://seup.org/pdf_public/gt/manual_deshidratacion.pdf
8. Deshidratación - Clinical guidelines [Internet]. Msf.org. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/CG/latest/deshidratacion-62194211.html>
9. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>
10. Pacheco-Romero J. Introducción al Simposio sobre [Internet]. Org.pe.

- [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n2/a07v63n2.pdf#:~:text=Preeclampsia%20is%20currently%20defined%20by%20The%20American%20College,can%20be%20superimposed%20on%20another%20hypertensive%20disorder%283%29>.
11. Org.mx. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Preeclampsia.pdf>
 12. Voto LS, Vampa GE, Voto GN. Capítulo 97 PREECLAMPSIA. ECLAMPSIA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO [Internet]. Org.ar. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.097.pdf>
 13. Dozdor DLA, Brés DSA. PREECLAMPSIA ECLAMPSIA [Internet]. Edu.ar. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista165/5_165.pdf
 14. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management>
 15. Hina. 2018 Guideline on management of Placenta Praevia by RCOG [Internet]. Medicaldialogues.in. 2018 [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://speciality.medicaldialogues.in/2018-guideline-on-management-of-placenta-praevia-by-rcog?infinite-scroll=1>
 16. Medicinafetalbarcelona.org. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%C3%ADas.%20hemorragia%20ter%20t.pdf>
 17. Sld.cu. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n1/rhcm20108.pdf>
 18. Placer C, Lizarazu A, Borda N, Elósegui JL, Enriquez Navascués JM. Proctitis actínica, hemorrágica crónica y refractaria. Experiencia con formaldehído al 4%. *Cir Esp.* 2013;91(2):111–4
 19. Martínez López R, Díaz-Canel Fernández O, Ruiz Torres J, Anido Escobar V, García-Menocal Hernández JL, Olazábal E, et al. TRATAMIENTO DE LA PROCTITIS ACTINICA CON ARGON PLASMA: PRIMERA EXPERIENCIA EN CUBA. *Rev habanera cienc*

- médicas. 2008;7(1):0–0.
20. Medigraphic.com. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc112e.pdf>
 21. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
 22. RM N° 250-2017 MINSA [Internet]. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://anemia.ins.gob.pe/rm-ndeg-250-2017-minsa>
 23. OMS | Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. 2013 [cited 2021 Apr 18]; Available from: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/
 24. Behrens P MI, Díaz T V, Vásquez C V, Donoso S A. Demencia por déficit de vitamina B12: Caso clínico. Rev Med Chil. 2003;131(8):909–14.
 25. Gob.mx. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/140GER.pdf>
 26. el Cáncer AEC. Cáncer de Próstata Una Guía práctica [Internet]. Aecc.es. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/guiaprostata.pdf>
 27. de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica IIS el CAPO. GUÍA DE CÁNCER DE PRÓSTATA [Internet]. Cancer.net. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/vignette/Cancer.Net_Guide_to_Prostate_Cancer_PDF_ESP.pdf
 28. INEN: ¿El cáncer de próstata se puede prevenir? [Internet]. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.gob.pe/de/institucion/inen/noticias/324552-inen-el-cancer-de-prostata-se-puede-prevenir>
 29. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis/asis_2020.pdf
 30. Tratamientos del cáncer de mama [Internet]. Aecc.es. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos->

cancer/cancer-mama/tratamiento

31. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4234.pdf>
32. OMS | Cáncer de mama: prevención y control. 2014 [cited 2021 Apr 18]; Available from: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
33. (Almadi M, Barkun J. Management of suspected stones in the common bile duct. CMAJ 2012. DOI: 10.1503)
34. (Williams E, Green J. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut 2008; 57; 1004-1021)
35. (Castellon C, Fernandez M. Coledocolitiasis: Indicaciones de colangopancreatografía retrógrada endoscópica y colangiografía magnética. Cir Esp 2002; 71(6): 314-8)
36. (Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda [Internet]. Actagastro.org. 2019 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <http://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>)
37. (1)Boadas J, Balsells J, Busquets J, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pancrees. Gastroenterol Hepatol. 2015; 38(2): 82-96
- 38.2) Lankisch P, Apte M, Banks P, Acute Pancreatitis. Lancet 2015; 386(9988): 85-96.)
39. (Laínez AG, García WU, Rubio LL. Acute pancreatitis: Current evidence. Arch med [Internet]. Available from: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.pdf>)
40. (Pérez F, Arauz Valdes E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión . Rev Med Cient [Internet]. 4 de octubre de 2020 [citado 19 de abril de 2021];33(1):67-88. Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570>)
41. (Jose Luis Pinto Valdivia, Jorge Luis Espinoza Rios. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en pacientes adultos. Hospital Cayetano Heredia, Departamento de

Medicina. 2017)

42. (Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(7):e537:
43. (Bannerman C, Chauhan S. Oligohydramnios at 34 0/7 – 36 6/7 weeks: Observe or deliver. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205, 3: 163-4)
44. (Melamed N, Pardo J, Milstein R, Chen R, Hod M, Yogev Y. Perinatal outcome in pregnancies complicated by isolated oligohydramnios diagnoses before 37 of gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:241. e1-6)
45. (Moore TR, Cayle JE. The amniotic fluid index in normal human pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 162: 1158-1173)
46. (Peipert JF, Donnerfeld AE. Oligohydramnios: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46(6): 325-39)
47. (Servei de medicina Fetal – ICGON – Hospital Clinic de Barcelona. Guías clínicas medicina fetal y perinatal. Guía clínica: Oligohidramnios en gestación única. 2007)
48. Gob.pe. [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>
49. Gob.pe. [cited 2021 Apr 19]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2366.pdf>
50. Paho.org. [cited 2021 Apr 19]. Available from: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1214-guia-para-la-atencion-clinica-integral-del-paciente-con-dengue&Itemid=688
51. Haro Karina de, Toledo Karen, Fonseca Yolanda, Arenas Diego, Arenas Humberto, Leonher Karla. Hiperemesis gravídica: manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revisión de literatura. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2015 Feb [citado 2021 Abr 19]; 31(2): 988-991. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000200060&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8143>.

52. Medicinafetalbarcelona.org. [cited 2021 Apr 19]. Available from:
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf>

ANEXOS

Anexo

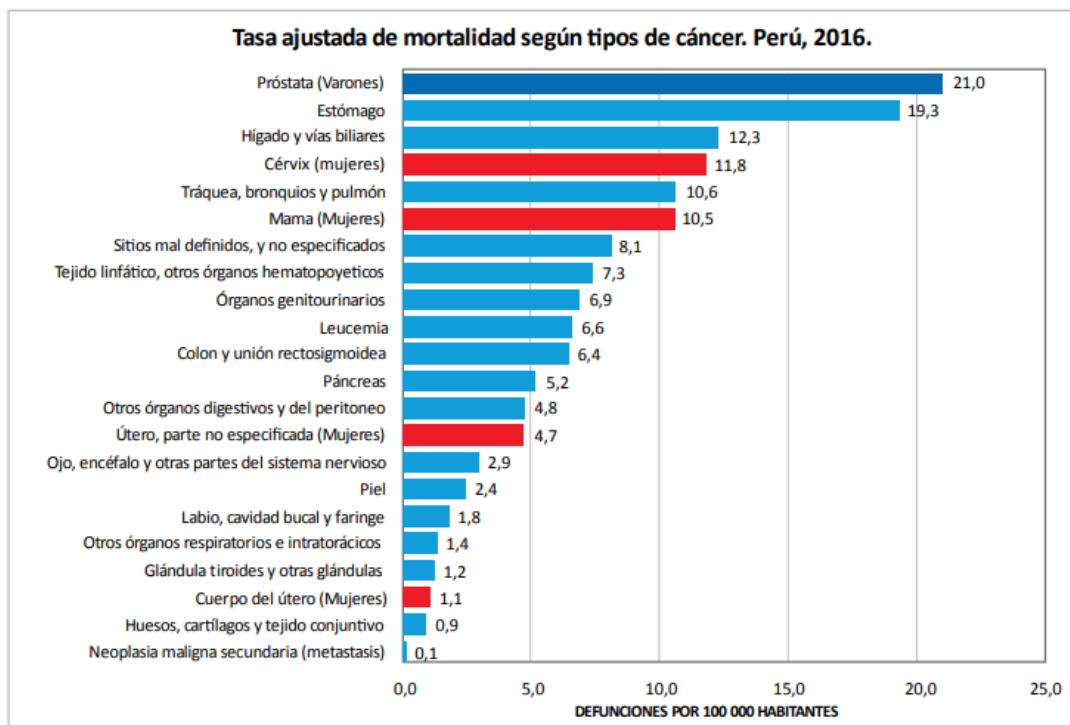
1:

Tabla N° 2
Síntomas y signos de anemia

ÓRGANOS O SISTEMA AFECTADO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y fanereas	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
Síntomas cardiopulmonares	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL).
Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
Alteraciones inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida (2016), adaptado de las referencias bibliográficas ^(18,19).

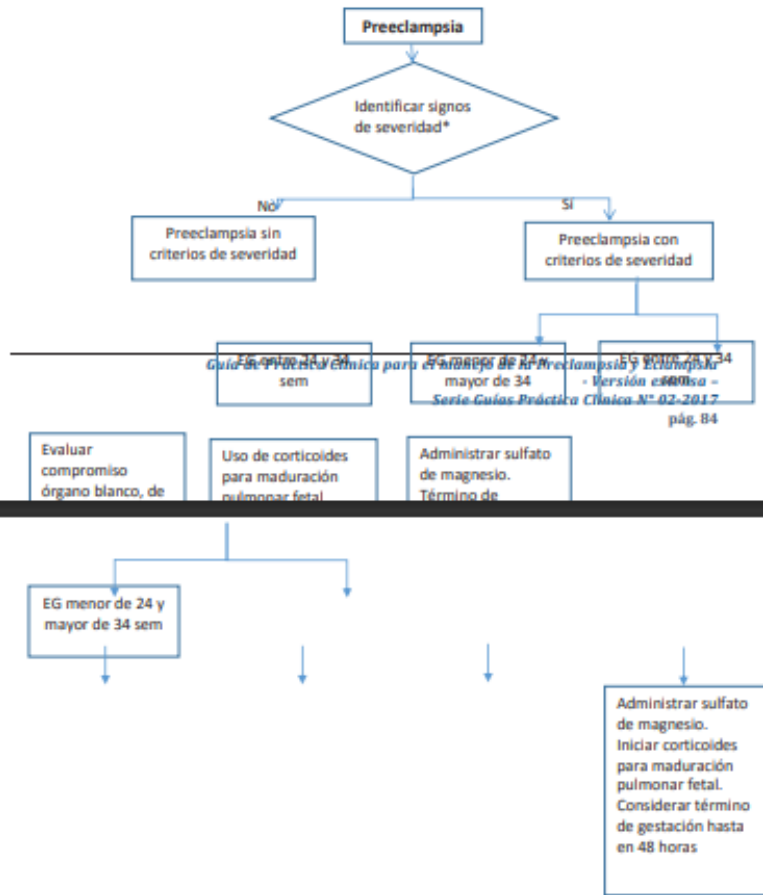
Anexo 2:



Fuente: Registro de Hechos vitales: Defunciones 2016. OGTI-MINSA. Cálculo con corrección de subregistro y expansión de base de datos realizado por el CDC-MINSA.

Anexo 3:

ANEXO 2: Flujograma para el manejo de Preeclampsia



* Signos de severidad:
 PA sistólica \geq 160 mm Hg o presión diastólica \geq 110 mm Hg, medidas en dos oportunidades con al menos 4 horas de diferencia.
 Trombocitopenia $<$ 100,000/mm³
 Compromiso de la función hepática: elevación transaminasas, o dolor en cuadrante superior derecho o epigastria
 Creatinina $>$ 1.1
 Trastornos cerebrales o visuales
 Edema pulmonar o cianosis

Anexo 4:

Clasificación del grado de deshidratación (según la OMS)^{1,2}

	Deshidratación grave Al menos 2 de los signos siguientes:	Deshidratación moderada Al menos 2 de los signos siguientes:	No hay deshidratación Ningún signo de deshidratación grave o moderada
Consciencia	Letárgico o inconsciente	Inquieto o irritable	Normal
Pulso radial	Débil o ausente	Palpable	Fácilmente palpable
Ojos^(a)	Hundidos	Hundidos	Normales
Pliegue cutáneo^(b)	Desaparece muy lentamente (≥ 2 segundos)	Desaparece lentamente (< 2 segundos)	Desaparece rápidamente (< 1 segundo)
Sed	Bebe poco o es incapaz de beber	Sediento, bebe con avidez	No sediento, bebe normalmente

(a) Algunos niños tienen naturalmente los ojos hundidos. Preguntar a la madre si los ojos del niño están como siempre o si están más hundidos de lo habitual.

(b) Pliegue cutáneo: el examen consiste en pellizcar la piel del abdomen entre los dedos pulgar e índice, sin retorcer la piel. En personas mayores este signo no es fiable debido a la pérdida natural de elasticidad en la piel por la edad.

Anexo 5:

Plan de tratamiento B de la OMS^{1,4}

Edad	< 4 meses	4 a 11 meses	12 a 23 meses	2 a 4 años	5 a 14 años	≥ 15 años
Peso	< 5 kg	5 a 7,9 kg	8 a 10,9 kg	11 a 15,9 kg	16 a 29,9 kg	≥ 30 kg
Cantidad de SRO en 4 horas	200 a 400 ml	400 a 600 ml	600 a 800 ml	800 a 1200 ml	1200 a 2200 ml	2200 a 4000 ml

– Fomentar el consumo de líquidos adicionales según la edad, en particular la leche materna en niños pequeños. Administrar SRO adicionales tras cada deposición líquida (ver más abajo).

– Vigilar estrechamente las pérdidas. Evaluar el estado del paciente y el grado de deshidratación a intervalos regulares para asegurar un tratamiento adecuado.