



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

RECOLECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN HOSPITALES PERUANOS
ESSALUD Y MINSA NIVEL III AÑO 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BRENDA DEL ROSARIO BALTODANO GARCIA

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

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

**RECOLECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN HOSPITALES
PERUANOS ESSALUD Y MINSA NIVEL III AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BRENDA DEL ROSARIO BALTODANO GARCIA

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

AGRADECIMIENTOS

A mi padre, Fidel, por guiarme en mi camino profesional y personal, por su interminable paciencia, su apoyo incondicional. Gracias por tu comprensión, tus enseñanzas de vida, por motivarme a ser mejor cada día y sobre todo por hacer alguien de mí.

A mi abuela materna, Alicia “Motita”, la mujer más fuerte que he conocido, eres el modelo de mujer que anhelo ser. Gracias muñequita linda de cabellos de oro, por recordarme que siempre puedo dar más de mí.

A Dios por el regalo de la vida, las enseñanzas y bendiciones. A ti te pido, ilumines mi camino por el bien de mis futuros pacientes.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación de cirugía	3
1.1.1 Apendicitis aguda	3
1.1.2 Cáncer de vejiga	5
1.2 Rotación de ginecología	6
1.2.1 Enfermedad pélvica inflamatoria	7
1.2.2 Hemorragia de la primera mitad del embarazo: mola hidatiforme	9
1.3 Rotación de medicina interna	11
1.3.1 Crisis asmática bronquial	11
1.3.2 Exposición laboral a VIH	13
1.4 Rotación de pediatría	14
1.4.1 Reanimación cardio pulmonar neonatal	14
1.4.2 Síndrome de aspiración meconial leve	17
CAPÍTULO II CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL	22
3.1. Rotación de cirugía	22
3.1.1 Apendicitis aguda y tumor carcinoide	22
3.1.2 Cáncer de vejiga	23
3.2 Rotación de ginecología	25
3.2.1 Enfermedad pélvica inflamatoria	25
3.2.2 Mola hidatiforme	28
3.3 Rotación de medicina interna	31
3.3.1 Crisis asmática	31
3.3.2 Exposición laboral a VIH	34
3.4 Rotación de pediatría	35
3.4.1 Reanimación cardio pulmonar neonatal	35
3.4.2 Síndrome de aspiración meconial	37

CAPÍTULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
FUENTES DE INFORMACION	48
ANEXOS	56
1 Anexo 1 Apendicitis aguda por tumor carcinoide	57
2 Anexo 2 Neoplasia Maligna de vejiga	58
3 Anexo 3 Mola Hidatiforme	59
4 Anexo 4 Exposición Laboral a VIH	60
5 Anexo 5 Reanimación Neonatal	61
6 Anexo 6 Reanimación Neonatal 2	62
7 Anexo 7 Síndrome de Aspiración de Líquido Meconial	63
8 Anexo 8 Síndrome de Aspiración de Líquido Meconial 2	64
9 Anexo 9 Imagen Propia	65

RESUMEN

El año de internado médico es el año de prácticas preprofesionales cuyo objetivo es, a su término, formar el perfil del futuro graduado, hacerlo capaz de enfrentar los casos clínicos más frecuentes que verá en adelante, ya como médico con responsabilidad legal de cada uno de sus actos.

Del 2020 hasta la actualidad es el tiempo de la “Pandemia del COVID” en Perú y en el mundo, el cual ha dilucidado aun más la incapacidad del sistema de salud del país, y la importancia en el territorio peruano de tener poder político. Esta pandemia fue el motivo del retiro de todo tipo de interno de ciencias de la salud de los hospitales a mediados de marzo del 2020, afectando así el aprendizaje vivencial, mas no el teórico en los autodidactas.

El retorno de los mencionados estudiantes se dio en octubre del 2020, bajo condiciones que aseguren su salud y con ya la futura esperanza de una vacuna próxima. Siendo la distribución de internos preferentemente a centros de salud de primer nivel de atención.

Este trabajo pretende demostrar lo aprendido en cada una de las rotaciones de medicina por una futura egresada, “interna de transición”, de la casa de estudios de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, quien tuvo la oportunidad de rotar en Hospitales Nivel III EsSalud y MINSA.

ABSTRACT

The year of medical internship is the year of pre-professional practices whose objective is, at the end, to form the profile of the future graduate, to make him capable of facing the most frequent clinical cases that he will see in the future, already as a doctor with legal responsibility for each of their actions.

From 2020 to the present is the time of the "COVID Pandemic" in Peru and in the world, which has further elucidated the inability of the country's health system, and the importance in the Peruvian territory of having political power. This pandemic was the reason for the removal of all types of health sciences interns from hospitals in mid-March 2020, thus affecting experiential learning, but not theoretical learning in self-taught.

The return of the aforementioned students took place in October 2020, under conditions that ensure their health and with the future hope of an upcoming vaccine. The distribution of human medicine interns was preferentially to first level health centers.

This paper aims to demonstrate what was learned in each of the four rotations by a future graduate, "intern of transition", from the College of Human Medicine - San Martin de Porres University, who had the opportunity to perform their pre-professional practices in EsSalud and MINSA Level III Hospitals.

INTRODUCCIÓN

El internado médico, es el último año de la carrera de Medicina Humana implementado como tal, en el Perú y otros países de Latinoamérica; cuyo objetivo es que todo estudiante de medicina, al finalizarlo, sea capaz de resolver los principales casos clínicos y emergencias médicas que verá en un futuro ya como médico y con responsabilidad médico legal, sobretodo en el SERUMS, año siguiente en el que el recién graduado con título de médico cirujano hará servicio rural urbano marginal en las zonas más alejadas del País, donde el único médico será él. (1)

Desde fines del año 2019 hasta la actualidad, tanto a nivel mundial como en el Perú, los ciudadanos se encuentran atravesando una época crítica en temas de Salud Pública, “La pandemia del COVID”, la cual ha puesto a prueba todas las dimensiones básicas de desarrollo tanto de la humanidad como del ser humano. (2)(3)

La pandemia del COVID, según la OMS, fue notificada el 31 de diciembre del 2019 en la ciudad de Wuhan, este nuevo virus cuya principal vía de transmisión es la vía respiratoria, la menos controlable, no tardaría en extenderse a cada uno de los continentes. Y llegaría al Perú, Según la PAHO, el 05 de marzo del 2020. (2)(4)

Para el 15 de Marzo, el Presidente de aquel entonces Martin Vizcarra, anuncia el decreto de urgencia que dispone de cuarentena general obligatoria, cuya duración se fue extendiendo de quincena a quincena. Se suspendió toda actividad que genere conglomeración en espacios públicos, lo que incluía todo tipo de práctica pre-profesional médica como lo es el externado e internado medico.

En la misma fecha se fue anunciando por cada casa de estudios que los internos de medicina no volverían a los hospitales. Hospitales MINSA y EsSalud decidieron lo mismo, incluso EsSalud fue más radical ya que no consideró viable el retorno formal de ningún interno hasta la fecha. (5)

Se instauraron políticas estrictas de salud pública que siguen vigentes hasta el día de hoy. El uso obligatorio de careta facial que cubran nariz y boca, el uso de mascarilla facial al ingresar a lugares de aforo reducidos, cerrados y de poca ventilación. Anuncios por todos los medios de comunicación del correcto lavado de manos con duración mínima de 20 segundos y el distanciamiento social de al menos 2 metros.

Los hospitales dejaron de ser un lugar de docencia, la pandemia sobrepaso enormemente la capacidad del gobierno y del estado de salud peruano. A inicios de la pandemia casi todos los departamentos y subsectores de hospitales se vieron en la necesidad obligada de ser un solo sector especializado a la atención de “pacientes COVID”.

Para evitar el contagio es necesario que todo personal de salud que asiste a centros de salud sobretodo aquellos “hospitales COVID” use correctamente el equipo de protección personal (EPP). Actualmente, además de un EPP de calidad, el trabajador de salud debe idealmente vacunarse en su centro laboral. Es más que evidente decir, que los peruanos no pudieron abastecerse correctamente, la escasez del EPP obligó a reutilizarlos. La vacuna adquirida por el Gobierno no sería la mejor del mercado.

Un problema nacional importante a mencionar fue el inicio del programa escalonado de vacunas SINOPHARM, el escándalo político de los “VACUNAGATE”, que en lugar de priorizar a los trabajadores de la salud más

expuestos, fue un tema de contactos y de poder político lo que guió el orden de vacunas, mucho antes de la fecha programada. (6)(7)

La enfermedad ganó la guerra al Perú, llevándose varias vidas de pacientes y de personal de salud. Bastan y sobran razones que dan a entender por qué fue un “mal necesario” suspender toda práctica presencial pre-profesional. Sin embargo, los futuros médicos que atenderían en el SERUMS serían los mismos que fueron retirados y que aun no contaban con la experiencia requerida. Por lo que, el mes de octubre del 2020, se decidió su reincorporación progresiva, preferente a centros de primer nivel de atención, ceñida de normas que serían incumplidas. (8) (9)

¿Qué es lo que causó esta pandemia? Es un virus, que según la clasificación de Baltimore, el SARSCOV2, pertenece al grupo 4 que engloba a los ARN de doble cadena positiva. Es entonces un ARN monocatenario 5' 3', perteneciente a la familia de los coronavirus género beta. (10)

Estructuralmente, posee una envoltura de fosfolípidos, una nucleocápside, y proteínas que le brindan su capacidad de infecciosidad. Una de ellas, es la “Proteína S” o “SPIKE” o “Espícula”, justamente la que le da el aspecto de “corona solar”. (11)

La proteína “S” posee 2 porciones S1 y S2. La porción S1, específicamente en su región RBD o “Dominio de unión al receptor” la cual se expone tras clivaje proteico y se une al receptor ECA2 expresada en la mayoría de células del ser humano. La porción S2 permite la fusión del virus a la membrana celular del huésped. Una vez en el cuerpo humano, genera dos mecanismos, uno protrombótico por lesión endotelial vascular y una tormenta de inflamación imparable. (11)

Este virus hasta el día de hoy, ha sufrido mutaciones, la proteína responsable de estos cambios, es la misma “Proteína S”. Existe un cambio de aminoácidos en la posición 614 donde se intercambia el Acido Aspártico (D614) por la glicina (G614). El virus original que sacudió el continente asiático es la cepa “D614”, en cambio, el que llegó a nuestro continente se trataría de una nueva

cepa la “G614”. Esta cepa sería más infecciosa y con mayor una capacidad de replicación mayor. (12)

Se sabe que todo inicio del huésped natural de este virus, un murciélago, el cuál a través de un huésped intermediario, el Pangolin, animal cuya carne es famosa en la gastronomía asiática, llegó al ser humano. Desde aquí su propagación fue inevitable, usando la vía más difícil de controlar, la respiratoria, a través de gotas y aerosoles. Otro mecanismo identificado, es el indirecto que consiste en la propagación del virus a través de fómites. (13)

Uno de los requisitos para poder ejercer la carrera de Medicina Humana en el Perú es obtener el título de Médico Cirujano. Este proceso no sería obviado este año. Por lo que rigiéndose bajo lo Décima Tercera Disposición Complementaria Transitoria de la Ley 30220, las modalidades de titulación se reducirían a sustentación de tesis o realización de un trabajo de suficiencia profesional. Mas no, el examen de grado (14)

Es por ello que se presenta este trabajo, el cual pretende demostrar las competencias alcanzadas al finalizar el internado médico 2021 por una interna de medicina perteneciente a la FMH USMP, en pleno periodo de pandemia. Quien tuvo la oportunidad de rotar en dos sedes hospitalarias Nivel III, EsSalud y MINSA, cada uno con un contexto socioeconómico diferente, detalles que serán expuestos en los siguientes capítulos.

CAPÍTULO I TRAYECTORIA PROFESIONAL

Todo interno de medicina peruano debe realizar cuatro rotaciones básicas en Cirugía General, Pediatría, GinecoObstetricia y Medicina Interna, cumpliendo horas en sala de hospitalización y en emergencias. Cada rotación duraba 4 meses, siendo calificado al final con exámenes organizados por la universidad. (15)

La FMH USMP presenta su malla curricular año 2020 donde expone el mínimo necesario de casos clínicos (incluye manejo de emergencias más frecuentes) que debe conocer su futuro egresado. Este año fue la excepción, enviando a la mayoría de los internos a centros de atención primaria y complementando con clases virtuales de resolución de casos clínicos típicos.

Fueron pocos los internos que pudieron continuar prácticas en hospitales, uno de ellos fue la autora, la que completó rotaciones en centros hospitalarios de tercer nivel, y asistió a salas de hospitalización y emergencias. Quien no pudiera comparar su aprendizaje con el de otros internos que solo terminaron en centros de primer nivel de atención, sin embargo, considera que es preferible realizar prácticas en hospitales.

A continuación, se hará presentación de dos casos clínicos por rotación. Previamente, se hará un listado de lo aprendido. En la rotación de Cirugía General, en el servicio de emergencia, fue básico aprender a diferenciar una emergencia de otros que no lo eran, valorando además de la escala

Manchester, una buena anamnesis y examen físico. Así como el abordaje de cuadros de apendicitis aguda, colecistitis aguda, cólicos biliares, hernias inguinales, entre otros. En la parte práctica, se desarrolló la habilidad para suturar heridas simples.

En la rotación de GinecoObstetricia, fue importante saber los tiempos en los cuales se le podía brindar alta médica a una puérpera, la importancia de revisar la episiotomía, la palpación del fondo uterino, revisar la incisión post cesárea e indicar de forma práctica a las puérperas signos de alarma, la asistencia a los 7 días post cesárea para el retiro de puntos en su centro de salud más cercano.

En el servicio de emergencias, lo vital era diferenciar a qué gestante se le podría dar chance vaginal o cesárea, se practicó pocas veces cómo realizar un tacto vaginal, la evaluación de una gestante en cuanto a medición de altura uterina, el hallar los latidos cardiacos fetales con el doppler. Entre otras cosas, también se inculcó qué medicamentos recetar a una gestante y cuales no por su riesgo teratogénico.

En la rotación de Medicina Interna, rotación en la que se sintió que solo 30 días no fueron suficientes, se aprendió a conocer un poco sobre la presentación de medicamentos, algunas indicaciones básicas de medicamentos como, por ejemplo, no indicar hierro a un paciente que efectivamente presenta anemia, pero está con cuadro de infección. La importancia de usar la escala NIHSS para la evolución diaria de los pacientes con Accidente cerebrovascular, y por supuesto la vigilancia cada 3h de su presión arterial.

En la rotación de Pediatría, específicamente Neonatología, el interno debía conocer previamente al parto los factores de riesgo que podrían llevar al recién nacido a complicaciones, por ejemplo, saber quién sería más probable de requerir RCP neonatal, o de sufrir sepsis neonatal, trastornos metabólicos como hipoglicemia, algún tipo de distrés respiratorio etc.

1.1. Rotación de cirugía

1.1.1 Apendicitis aguda

Presentación del caso:

Paciente adulto sexo masculino de 35 años, que ingresa por el servicio de emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins HNERM durante una guardia nocturna. Niega antecedentes personales, niega antecedentes quirúrgicos y no refiere medicación habitual.

Paciente refiere que hace aproximadamente 15 horas inicio con cuadro de dolor abdominal generalizado., “señalando” zona de epigastrio, dicho dolor migró a fosa iliaca derecha y aumento en intensidad de tal manera que le duele al caminar. Además, refiere no haber aceptado últimos platos de comida, refiere no haberse automedicado a pesar del dolor intenso.

A la interrogación de presentar náuseas y vómitos, anecdóticamente vomitó en la emergencia.

Funciones vitales:

T° 37.7 FC 110 FR 16 PA 100/90 SatO2 98%

Al examen físico, paciente luce en regular estado general, AREN AREH, facies dolorosa, en posición antiálgica.

CV: taquicárdico, ritmos cardiacos de buena intensidad no soplos.

T y P: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no rales

Abdomen globuloso, RHA (+) , a la palpación resistencia muscular marcada en cuadrante inferior derecho en comparación al cuadrante inferior izquierdo. McBurney (+), Rebote localizado en FID (+).

Se le pidió exámenes de rutina en emergencia de laboratorio e imágenes:

LABORATORIO:

IMÁGENES:

-
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo:<ul style="list-style-type: none">o Leucocitos con desviación izquierdao No otras alteraciones- GyF: O+- Reactantes de fase aguda: PCR<ul style="list-style-type: none">o > 20 (elevado)- Bioquímico y electrolitos<ul style="list-style-type: none">o Sin alteraciones | <ul style="list-style-type: none">- Ecografía abdominal: se describe signos ecográficos compatibles con apendicitis aguda.- Diámetro apendicular > 6 mm- Diámetro de pared > 2mm- McBurney ecográfico positivo |
|---|---|
-

Diagnóstico principal: Abdomen agudo quirúrgico por Apendicitis aguda.

Abordaje en EMG HNERM:

Al confirmar la sospecha, se procedió a completar exámenes prequirúrgicos, paciente es programado a sala para realización de apendicectomía laparoscópica de emergencia. En el informe quirúrgico se describe como hallazgo, apéndice cecal inflamado necrosado, no perforado, con incremento de líquido en FID, fondo de saco recto vesical ocupado por liquido libre.

Se envía pieza quirúrgica en frasco con formol a departamento de anatomía patología del hospital. (Ver: Anexo 1)

Una semana después, estando ya el paciente de alta del servicio, con evolución favorable, se recibe el informe anatomopatológico en el cual se describe encontrar nódulo con dimensiones menores a 2cm localizado en tercio distal del apéndice que a la microscopia invadía submucosa pero no capa muscular. Consistiendo en islotes sólidos de células poligonales uniformes. Actividad mitótica (negativa en 10 HPF). Márgenes libres de tumor. IHQ: cromogranina (+) y sinaptofisina (+), Ki67 positivo en <2% de células aisladas.

Diagnóstico final anatomopatológico: Apendicitis aguda por fecalito intraluminal, con hallazgo incidental de tumor neuroendocrino bien diferenciado del apéndice G1

1.1.2 Cáncer de vejiga

Presentación del caso:

Paciente adulto de sexo masculino de 53 años que acude al servicio de Urología del HNSEB, por cuadro de hematuria de 1 semana, no refiere dolor o ardor al miccionar, niega cambios en el flujo urinario. Ingresa con PR antigénica SarsCOV2 no reactiva.

Antecedentes Personales: HTA (-) DM (-) TBC (-) Infección por COVID19 (-) VIH (-) Fumador y bebedor habitual de alcohol en su juventud, fumaba 4 cajetillas diarias, acompañado de “trago fuerte” no refiere cuantos vasos de alcohol tomaba. Refiere abstinencia de ambos vicios desde hace 8 años. Niega haberse automedicado.

Medicación habitual: niega Antecedentes Quirúrgicos: Niega.

Al examen paciente luce AREG AREN AREH. Signos vitales estables. No es portador de sonda Foley. Examen físico no contributorio, solo el examen urológico: se observa sangrado macroscópico con coágulos por uretra peneana al momento de la evaluación no dolorosa. Ano Recto: no fisuras, no hemorroides ni fistulas. TR: permeable, no se palpan masas, pared posterior próstata se palpa de consistencia normal.

Diagnóstico sindrómico: Hematuria macroscópica mono sintomática

Abordaje en el HSEB:

Plan de trabajo

Exámenes de laboratorio hemograma, uroanálisis, ecografía renovesicoprostática.

LABORATORIO	DIAGNOSTICO POR IMAGEN
<p>Hemograma: sin alteraciones</p> <p>Uroanálisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hematuria: 10 GR/campo, % de hematíes dismórficos <20%, % de acantocitos <5% ● Leucocitos 3 por campo ● Cilindros hialinos 	<p>Ecografía renovesicoprostática:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vejiga: ovoide contenido liquido homogéneo, se aprecia imagen nodular de 42 mm de diámetro en su interior. Pared vesical de 5 mm. ● Próstata: sin alteraciones. Diámetros dentro de lo esperado. (Ver Anexo 2)

Diagnóstico presuntivo: Hematuria macroscópica mono sintomática por tumoración vesical de etiología a descartar.

Se indica: Biopsia de la tumoración y citología urinaria mediante cistoscopia

INFORME AP de cistoscopia: Se recibe múltiples fragmentos de tejido pardo de forma irregular consistencia elástica, de volumen total 2 cc correspondientes a vejiga. Diagnostico AP:

- Carcinoma de células transicionales de alto grado G3
- Crecimiento infiltrativo
- Muscular propia comprometida por la neoplasia maligna
- Compromiso tumoral en el 100% de la muestra
- Tromboembolia vascular presente

El diagnóstico definitivo fue el cáncer de vejiga de estirpe urotelial de alto grado de malignidad. Por ende, se decidió derivar al paciente al instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN) para un mejor estudio y manejo.

1.2 Rotación de ginecología

1.2.1 Enfermedad pélvica inflamatoria

Presentación del caso:

FI: 26/11/20

Mujer de 35 años ingresa al servicio de emergencias del servicio de ginecología y obstetricia del HNSEB por presentar desde hace 12 horas dolor pélvico intenso (8/10) predominante en lado derecho. Además, refiere fiebre cuantificada en casa de T 38° (temperatura axilar), sensación nauseosa, vómitos (2 veces) de contenido alimentario, con episodios de diarrea acuosa sin moco sin sangre (4 cámaras al día). Paciente refiere que dicho dolor pélvico inicio hace 1 semana y media, acompañado de diarrea motivo por el cual se automedicó con paracetamol 2 tabletas cada 12 horas, cediendo el dolor, pero no las diarreas. Refiere que anteriormente ha tenido episodios similares de corta duración. Trae prueba rápida para SARSCOV2 no reactiva.

Antecedentes ginecológicos: FUR: 19 /11/20

GP: G1 P1021

- G1: Parto eutócico (2008)
- G2 y G3: abortos espontáneos de la 1 mitad del embarazo (2016 y 2018)

Antecedentes quirúrgicos:
Apendicectomía laparoscópica
Antecedentes personales: HTA (-)
DM(-) TBC(-)
Medicación habitual: niega.

Inicio de relaciones sexuales: 15 años
Poliandria: 4 años

Uso de anticonceptivos: Niega.

Funciones vitales:

T: 38.3° C FC: 110 FR: 16 PA: 100/90 SatO2:96%

Al examen paciente con facies dolorosa, en posición antiálgica.

- Abdomen: panículo adiposo aumentado en grosor, RHA+, blando depresible, doloroso a la palpación superficial en cuadrante inferior derecho y en hipogastrio. Rebote + en CID. No masas palpables

- Ginecológico: Genitales externos: sin particularidades. Al tacto vaginal dolor a la movilización cervical, dolor anexial, dolor a la maniobra de tacto bimanual. Dedo de guante: secreción maloliente semilíquido.

Diagnósticos principales:

- Síndrome doloroso abdominal
- EPI Estadio II según MONIF

Abordaje en el HNSEB:

Exámenes de laboratorio: leucocitosis con desviación izquierda, al examen de orina leucocituria, esterasa leucocitaria positiva. Ecografía ginecológica: se observan signos ecográficos compatibles con salpingitis bilateral, ooforitis y saco de Douglas ocupado por líquido libre.

Plan de trabajo:

- Hospitalización
- Colocación de vía periférica
- NPO
- NaCl 0.9% 1000 cc
- Analgesia
- Antieméticos
- Iniciar antibioticoterapia vía parenteral con
 - o Clindamicina 900 mg c/8h IV
 - o Gentamicina en dosis carga 2 mg/kg y luego 1.5 mg/kg c/8h IV
- S/S Exámenes de laboratorio:
 - o Hemograma
 - o G y F
 - o Bioquímico
 - o Examen de orina
- S/S Ecografía ginecológica y abdominal
- Monitoreo de funciones vitales y signos de alarma
- Reevaluación a las 48h

1.2.2 Hemorragia de la primera mitad del embarazo: mola hidatiforme

Presentación del caso:

Gestante de 9 semanas 5/7 días por fecha de última regla, de 25 años de edad, sin controles prenatales previos, ingresa a emergencias del servicio de ginecología y obstetricia por presentar sangrado uterino desde hace 3 días que ha ido incrementando en cantidad, además refiere dolor pélvico, náuseas, vómitos que han ido incrementando en intensidad. Refiere que ha bajado de peso. No trae prueba rápida para SARSCOV2.

Niega antecedentes personales de importancia ni antecedentes quirúrgicos.

Antecedentes Ginecológicos:

FUR: 15/08/20
CPN: 0

G1P000
G1 actual: 9 semanas 5/7 días por FUR

Funciones vitales:

T: 37°C FC: 120 FR:15 PA: 110/90 SatO2:
98%

Al examen, paciente con signos de deshidratación, regular estado nutricional, aparente regular estado general.

Piel y mucosas: Piel tibias, ligeramente seca, elástica, lengua y boca secas, llenado capilar < 2 segundos, signo del pliegue negativo.

T y P: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no rales.

CV: RCR de BI no soplos.

Examen Obstétrico:

Altura uterina: 20 cm Tacto vaginal: cérvix sin cambios, dedo de guante con sangre.

Dx sospecha:

1. Primigesta de 9 semanas 5/7 por FUR

2. Hemorragia del primer trimestre del embarazo
 - a. DC Enfermedad molar
 - b. DC amenaza de aborto
3. Hiperémesis gravídica
4. ARO por no controles prenatales

Ecografía transvaginal: en el corte sagital se observa útero de dimensiones mayores a la esperada por fecha de última regla. Además, cavidad uterina con signo de tormenta de nieve. Numerosos espacios quísticos anecoicos intrauterinos. No se observa feto. Ovarios: quistes tecaluteínicos bilaterales (Ver Imagen: Anexo 3)

Exámenes de laboratorio

- Prueba rápida para SARS-CoV2 no reactiva
- BHCG cuantitativa: >100 000 mIU/ml
- Hemograma: Anemia leve normocítica normocrómica
- AGA y electrolitos: Alcalosis metabólica descompensada
- Hipocloremia e Hipokalemia leve
- Bioquímico: glucosa 86 Cr: 0.8
- Examen de orina: cuerpos cetónicos

Diagnósticos principales:

- Mola hidatiforme completa
- Hemorragia del primer trimestre del embarazo
- Hiperémesis gravídica
- TAB: Alcalosis metabólica descompensada por cetoacidosis
- THE: Hipokalemia leve
- Quistes tecoluteínicos

Abordaje en el HNSEB:

1. HOSPITALIZAR
2. NPO
3. Colocación de vía periférica
4. Hidratación NaCl 0.9%

5. Corregir trastorno hidroelectrolítico y ácido base
6. Complejo B1 + Vitamina B6 (piridoxina)
7. Antiemético dimenhidrinato
8. Si hiperémesis es refractaria al tratamiento seguir con corticoides + antipsicótico (clorpromazina)
9. Interrumpir gestación por AMEU
10. Inicio de profilaxis con metotrexato 1mg x m² de superficie corporal total + Complejo B9
11. Control a las 48h con BHCG cuantitativa
12. Consejería planificación familiar
13. Colocación de método anticonceptivo de preferencia medroxiprogesterona de depósito
14. Seguimiento por consultorio externo para controles de BHCG

1.3 Rotación de medicina interna

1.3.1 Crisis asmática bronquial

Presentación del caso:

Paciente adulto de sexo femenino de 20 años, que ingresa al servicio de emergencias de medicina interna del HNSEB. Refiere ser asmática diagnosticada hace 7 años, refiere solo usar medicación de rescate. Refiere que hace 1 hora presenta dificultad intensa para respirar, siente que “se ahoga”. No se consultó más datos, ya que le costaba pronunciar frases.

Antecedentes: Asma desde hace 15 años. Última crisis: desconocido

Medicación habitual: Salbutamol

Funciones vitales:

FC : 120 FR 35 SatO₂ 91% T: 36.9°C PA: 100/90

Al examen:

Paciente luce disneica, en posición sentada inclinada hacia adelante. Pronuncia frases con dificultad

Piel y mucosas: Piel THE llenado capilar menor a 2 segundos. Cianosis de mucosas.

Tórax y Pulmones: Se observan signos de distrés respiratorio. Uso de musculatura accesoria, tirajes: subcostal, intercostales, supraesternal y aleteo nasal. A la auscultación sibilancias bilaterales simétricos a predominio medio y basal de ambos hemitórax.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos de buena intensidad. No ingurgitación yugular. No se evaluó si tenia pulso paradójico.

SNC: Lucida LOTEP, pupilas CIRLA.

No se le realizó flujometría.

Diagnóstico de emergencia: Crisis asmática moderada

Abordaje en el HNSEB:

Se le realizó interconsulta al servicio de Neumología de guardia del hospital.

El equipo procedió a indicar lo siguiente:

1. Oxigenoterapia por cánula binasal inmediato
2. Nebulizaciones con SABA + SAMA
 - a. Salbutamol 2,5 mcg c/ 30 min + Ipatropio 0.5 mcg c/30 min en la 1 hora
3. Corticoterapia sistémica endovenosa
 - a. Hidrocortisona 200 mg en la 1 hora
4. Corticoterapia inhalatoria Fluticasona en la 1 hora
5. Tomar AGA
6. Monitoreo de funciones vitales

Posterior al abordaje de emergencia, se le consultó por el tratamiento que usaba normalmente, si tenia controles periódicos o no y si usaba su corticoide

inhalado. A estas preguntas, la paciente negó todas. No indicó con exactitud su última crisis, mas nunca fue intubada, admitida en UCI ni hospitalizada. Como detonante probable se identificó a una infección de vías aéreas superiores.

1.3.2 Exposición laboral a VIH

Presentación del caso:

Paciente adulto de sexo femenino de 25 años, enfermera de profesión, la cual ingresa al servicio de emergencias de medicina interna del HNSEB relatando que hace aproximadamente 2 horas, sufrió accidente laboral al pincharse el dedo índice de la mano izquierda con aguja de venoclisis al colocar vía periférica, refiere que hubo regular sangrado por lo que inmediatamente procedió con el lavado de manos con agua simple. Se presenta al servicio con prueba rápida antigénica SARSCOV2 negativa de fecha reciente.

Antecedentes: Niega. Estado vacunal completo.

Caso fuente: paciente ambulatorio particular de antecedentes desconocidos, se desconoce estado serológico para VIH, HVB. No probabilidades de tomarle prueba serológica.

Al examen clínico, se observa lesión puntiforme en dedo índice de la mano izquierda

Abordaje en el HNSEB:

Se realizó interconsulta virtual al médico especialista en infectología del HNSEB para realizar las órdenes médicas correspondientes.

El cual baso sus indicaciones medicas en la guía del MINSA para la exposición laboral VIH.

- Solicitar pruebas de laboratorio para descarte de enfermedades previas: sífilis, HVB VHC y VIH.

- Solicitar serología VIH a las 6 semanas, 3 meses y a los 6 meses del accidente.
- Iniciar profilaxis para VIH con esquema triple, no demora mayor de 72h con:
 - 1 tableta de TDF/FTC cada 24h + 2 tabletas de LPV/rtv cada 12 horas por un periodo de 4 semanas.

1.4 Rotación de pediatría

1.4.1 Reanimación cardio pulmonar neonatal

Presentación del caso:

RN de sexo femenino pre término (PT) de 30 semanas por Capurro, adecuado para edad gestacional (AEG). Peso 750 gr. Parto vaginal por trabajo de parto prematuro debido a infección urinaria gestacional no tratada

APGAR 2' 4'

Tabla: APGAR al minuto y a los 5 minutos

	Al minuto	A los 5 minutos
Apariencia	Cianosis generalizada	Acrocianosis
Pulso FC	<100 lpm	<100 lpm
Gesticulación	Sin respuesta	Muecas a la colocación del tubo endotraqueal
Tono muscular	flacidez	flacidez
Esfuerzo respiratorio	Llanto quejumbroso	Llanto débil quejumbroso
	2	4

Al examen:

Piel fina y lisa, no lanugo ni vérmix caseoso, cianosis generalizada, pabellón auricular no incurvado en el borde superior, glándula mamaria no palpable, formación del pezón apenas visible sin areola, sin pliegues plantares. Capurro: 5 correspondiente a 30 semanas.

Cabeza: normocéfalo no se visualiza asimetrías, ni se palpa caput ni cefalohematoma.

Tórax: clavículas integras

Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax

CV: ruidos cardiacos de baja intensidad, bradicardia neonatal < 100 lpm.

Abdomen: No globuloso RHA+, blando depresible, continuidad de pared abdominal preservada. Cordón umbilical húmedo 2 arterias 1 vena

Ano: permeable, eliminación de meconio regular cantidad T° anal 37

SNC: No reactivo al estímulo moderado, reactivo con gesticulación moderada a la colocación de tubo endotraqueal. Flacidez de miembros superiores e inferiores. Fontanela anterior normotensa. RM (-) RP (-) RS(-)

Antecedentes maternos:

EG por ecografía de 2 trimestre 25 ss. 2/7	CPN :2 de inicio tardío	Examen de orina compatible con ITU materna
Ponderado fetal: 900 gr		
G4P1111	G1: aborto G2: parto vaginal a 38 ss. 2014	G3: parto vaginal RN de 6 meses, falleció al día siguiente G4: actual

Abordaje en el HNSEB:

Previo al nacimiento del recién nacido, el servicio de neonatología tomo conocimiento del caso de alto riesgo de morbimortalidad neonatal al recibir la interconsulta del servicio de ginecología.

Sin embargo, a pesar de ser respondida la interconsulta y manifestar que se tenía conocimiento del caso, el parto se llevó a cabo sin presencia del

asistente ni residente del servicio, solo se contó con la enfermera especializada en servicios de neonatología y la interna encargada.

Inmediatamente nació, el RN paso a la servocuna. Recibió maniobras iniciales y oxígeno a flujo libre. Posterior a ello, se le ausculto frecuencia cardiaca menor a 100 lpm contados en 6 segundos y multiplicando por 10. Momento en el que el residente fallo 4 intentos de intubación endotraqueal con tubo de 2.5 de diámetro, ya que al auscultarlo durante la ventilación con el ambú, se auscultaba burbujeo y se observaba nítidamente como se elevaba el abdomen mientras se insuflaba el ambú. El asistente realizo el 5 intento logrando adecuada intubación, corroborando que este en vías aéreas y mejoría de la frecuencia cardiaca.

Se indicó pase del RN al servicio de UCI neonatal, para recibir ventilación mecánica y surfactante pulmonar, el más usado en el hospital CUROSURF. EN UCI neonatal se le coloco inmediatamente una vía periférica y monitoreo continuo de funciones vitales con monitor.

Diagnósticos planteados:

1. RN PT sexo femenino de 30 ss. AEG
2. Parto vaginal por trabajo de parto prematuro
3. SDR descartar EMH
4. Depresión severa (2' 4')
5. NPI por CPN insuficientes e ITU materna no tratada
6. Riesgo metabólico por prematuridad: hipoglicemia

Plan previo a término de guardia:

1. Cálculo de EG con escala de Ballard a las 12h
2. Apgar a los 10 minutos y continuar
3. CFV y OSA
4. Radiografía de tórax
5. Hemograma GyF
6. Hemogluco test

1.4.2 Síndrome de aspiración meconial leve

Presentación del caso:

RN de sexo masculino AT de 40 semanas AEG en su 2 día de vida; hospitalizado en el servicio de Neonatología-Intermedios II del HNSEB por Síndrome de distrés respiratorio persistente desde el nacimiento (SA:2)

Antecedentes de importancia:

- Parto por cesárea por expulsivo prolongado (madre primigesta)
- Aspiración de líquido meconial espeso al momento de nacer
- APGAR 6' 8' por lo que se le diagnostico depresión meconial
- Silverman Anderson (SA) al nacer: 2 Tiraje intercostal y retracción subxifoidea
- Controles prenatales insuficientes: 4

A la evolución del segundo día hospitalario:

RN en cuna abierta, ventilando espontáneamente sin apoyo de oxígeno, portador de vía periférica en brazo izquierdo, de dos días de vida que luce buen estado general, bien nutrido e hidratado, el cual muestra mejoría en cuanto al síndrome de distrés respiratorio, no muestra signos sépticos.

Evolución de enfermería: No reporta interurrencias. Refiere que RN tiene buena tolerancia oral a formula maternizada 40 cc c/3h y realiza deposiciones normales en frecuencia y consistencia para su edad.

En cuanto a signos vitales: afebril, taquipneico, saturando adecuadamente a un FiO2 21%

Funciones vitales:

FC 150 FR 76 SatO2 97% T: 36.9°C Peso: 3830

Al examen físico:

Piel y Faneras: T/H/E llenado capilar < 2 segundos, ictericia Kramer II. Bilicare: 13.2 equivalente a 225.72. No tributario de fototerapia según curvas NICE.

Tórax y Pulmones: Signos de distrés respiratorio leve: leve retracción intercostal (SA:1), taquipneico, mv pasa bien en AHT. No ruidos sobreagregados

CV: RCR BI, no soplos ABD: globuloso RHA+ B/D no visceromegalia

SNC Reactivo a estímulos, RM + RP+ RS + fontanela anterior normotensa

Exámenes de laboratorio:

- Prueba rápida para SARS COV2 de la madre negativa
- VDRL – VIH – VHB –
- G y F materno A+ RN O+
- Pendientes resultados de hemograma
- Hemocultivo: Pendiente resultado

Radiografía de Tórax:

- Se observa cuadro compatible con Síndrome de aspiración meconial infiltrados gruesos a predominio de hemicampo derecho (Ver Anexo 7)

A: con los siguientes diagnósticos

1. SDR por SALAM SA:1
2. Ictericia del RN
3. RN afectado por cesárea
4. NPI por CPI
5. Depresión moderada al nacer

Plan: Iniciar antibioticoterapia con Ampicilina y Gentamicina endovenosa posterior a toma de hemocultivo.

CAPÍTULO II CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El internado 2020 en periodo prepandemia se llevó a cabo en el Hospital EsSalud Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM). Hospital nacional y docente referente de Lima y del país. Categorizado como Nivel III-1, contando con una cartera de servicios muy amplia, ofrece 93 especialidades médicas, más de 1600 camas, 115 consultorios externos para una población aproximada de 14.707.000 asegurados. (16) (17)

El HNERM se encuentra ubicado en la Av. Edgardo Rebagliati 490, distrito de Jesús María 15072. Pertenece a la Red Desconcentrada III Rebagliati, por lo que el sistema de referencias y contrareferencias se maneja entre los Hospitales III Suárez Angamos, II Cañete, Uldarico Rocca Fernández, Carlos Alcántara Butterfield, clínica Central de Prevención, Policlínicos Pablo Bermudez Chincha Próceres Juan José Rodríguez Lazo, Santa Cruz, Atención Primaria III San Isidro, Atención primaria III San Juan de Miraflores, III Surquillo, II Lurín, entre otros (18)

El proceso de adjudicación de plazas en las sedes de EsSalud para el internado médico se realiza a través de un examen anual donde se presentan varios aspirantes de las diferentes universidades del Perú nacionales y privadas. El concurso de plazas 2020 se llevó a cabo el 19 de diciembre 2019,

en 3 sedes, Sede Lima, Sede Lambayeque y Sede Arequipa. En sede Lima hubo 897 postulantes, de los cuales hubo 189 seleccionados con nota aprobatoria mínima de 13. Se estipula que fue un examen complicado por lo cual el total de seleccionados fue menor al total de plazas ofertadas. (19)

Las plazas para el Hospital Nacional Rebagliati Martins fue de 42. El proceso de inducción duró 3 días. El primer día se informó de los servicios que abrían sus puertas a los internos de medicina. Solo se nos permitía rotar Medicina Interna, Cirugía General, no otras ramas quirúrgicas, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. Cada rotación duraría 4 meses, con horarios en piso y en emergencias. Por cada servicio aproximadamente rotarían un grupo de 10 internos, escogiéndose las plazas por orden de mérito del examen teórico. (7)

Para el 2 día y 3 día de inducción, se presentaron ponencias sobre la historia del hospital, la capacidad resolutive, la oferta de servicios, así como de la flora bacteriana hospitalaria y su resistencia a antibióticos, este último con el fin de hacer entender al interno su papel en el arrastre de la flora en la ropa hospitalaria, en las historias clínicas, etc. De esta forma hacer conciencia de la importancia de un adecuado lavado de manos cumpliendo los 5 momentos.

Se inicio formalmente el inicio del internado medico el 01 de enero del 2020. Previamente debíamos asistir 1 semana antes para conocer el hospital y su mecanismo de trabajo. El hospital estaba culminando el proceso de digitalización, otros hospitales EsSalud ya la habían culminado. El desarrollo de las evoluciones diarias de los pacientes, la elaboración de la receta e indicaciones medicas pasaron al formato virtual, para lo cual se instaló por cada servicio un mínimo de 3 computadoras con 1 impresora. Los exámenes de laboratorio, así como las imágenes se podía acceder desde cualquier computadora del hospital.

El internado postpandemia se llevó a cabo en el Hospital Nacional Sergio E Bernales, hospital MINSA categorizado como Nivel III-1 en el año 2019. Ubicado en la Av. Túpac Amaru 5321, en el distrito de Comas. Pertenece a DIRIS LIMA NORTE (20).

El inicio de las rotaciones se llevó a cabo el 16 de octubre del año 2020, las practicas se llevaron a cabo bajo el decreto de urgencia, es decir, por periodos de 15 días laborales y 15 días de descanso; horario de 7am a 1 pm; solo 2 guardias diurnas al mes y sin guardias nocturnas en ambientes no COVID, con respectivo EPP semanal. (6)

Para el proceso de inducción que duro 2 días, se programaron varias charlas sobre correcto uso del EPP, explicando desde los tipos de EPP a usar, el proceso de colocación y retiro y desecho. También se habló del lavado de manos, de la desinfección con productos como alcohol y amonio cuaternario. (21)(13)

A diferencia de los establecimientos EsSalud, el mecanismo del trabajo no está virtualizado. Las evoluciones diarias de los pacientes son a mano, la elaboración de recetas e indicaciones médicas. Para conocer un resultado se debe ir a recoger a la central de laboratorio, la visualización de imágenes solo se puede acceder desde una computadora ubicada en el área de Emergencias del hospital. (22)(23)

Cuenta con servicio de radiografía, ecografía, sin embargo, el servicio de tomografía es brindado por una empresa externa al hospital a pesar de que el tomógrafo se encuentra dentro del hospital. Dicho servicio a la fecha, por temas internos, no se encuentra funcionando. Cuenta con endoscopia alta pero no endoscopia baja, en tales casos se debe enviar referencias a otros hospitales como el Dos de Mayo o el Hospital Loayza. (22)(23)

El servicio de anatomopatología en periodo de pandemia no estaba disponible en el hospital, por lo cual debían enviar sus muestras a un laboratorio externo. (23)

CAPÍTULO III APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de cirugía

3.1.1 Apendicitis aguda y tumor carcinoide

Se seleccionó este caso, por la importancia del correcto envío y seguimiento de las piezas quirúrgicas al servicio de anatomía patológica. Ya que de haber sido otro el caso, el manejo hubiera sido más agresivo.

La apendicitis aguda es la emergencia y la causa de abdomen agudo quirúrgico más frecuente, suele presentarse en los varones entre los 20 a 30 años. La causa es por obstrucción del lumen del apéndice cecal que suele ser por hiperplasia de las amígdalas de Roux sobre todo en niños, en los adultos la causa más frecuente es la obstrucción por un fecalito. (24)

La clínica suele iniciar con un dolor inespecífico a nivel abdominal acompañado de hiporexia, náuseas y vómitos. Este dolor se localiza a las 6 horas en fosa iliaca derecha, posteriormente se añade la fiebre a las 12 horas. Pudiendo llegar a perforarse dentro de 24 a 72 horas. (24)

Una causa menos frecuente de apendicitis aguda es la obstrucción por tumores como en este caso. Guiando al tratamiento definitivo hacia otros esquemas. El tratamiento gold standard de apendicitis aguda, es la apendicectomía laparoscópica, siempre y cuando el paciente se encuentre estable hemodinámicamente y no presente complicaciones como la perforación de la víscera, casos en los que el abordaje preferible sería por cirugía abierta o convencional, claro está su debido acompañamiento de hidratación, antibioticoterapia endovenosa, analgesia para dolor somático y visceral y protección gástrica. (25)

Los tumores neuroendocrinos bien diferenciados carcinoides son las neoplasias más frecuentes del apéndice. La mayoría de las veces suele ser un hallazgo incidental post-cuadro de una apendicitis aguda. (26)

Suele presentarse entre la cuarta y quinta década de la vida, sobre todo en sexo femenino. La mayoría es submucoso y se localiza en el tercio distal del apéndice no siendo así causa de obstrucción luminal, solo un 10% se localiza en la base y generan oclusión y apendicitis. El cuadro clásico de síndrome carcinoide, se presentan cuando el tumor ya hizo metástasis a distancia, siendo el más frecuente por drenaje hematógeno a hígado. (26)

El esquema de tratamiento sugiere hemicolectomía derecha si existe extensión a ganglios de arterias ileocólicas y cólica derecha, a todos los tumores > 2 cm, de ser entre 1 a 2 cm y presentar invasión de mesoapéndice profundo > 3mm, márgenes positivos o no claros, alto rango proliferativo >/= grado 2, invasión linfovascular, e histología mixta con un adenocarcinoma. (26)

Para los bien diferenciados, como en el caso del paciente, menores de 2 cm, sin invasión a mesoapéndice, con márgenes libres de tumor, no invasión linfovascular, rango proliferativo menor de grado 2, basta con la apendicectomía realizada, no requiere una hemicolectomía derecha posterior. (26)

3.1.2 Cáncer de vejiga

La principal causa de hematuria monosintomática en varones es la neoplasia maligna NM o cáncer urotelial de vejiga. El NM de vejiga se menciona como la causa más común de malignidad en el sistema urinario. Existen varios subtipos histológicos, de los cuales el urotelial (células transicionales) es el más frecuente (90% del total de NM de vejiga). Éste a su vez, se subclasifica en: no invasión a capa muscular (superficial), invasión a capa muscular, enfermedad metastásica. (27)

Sobre la presentación clínica de este cáncer el síntoma más frecuente es la hematuria que suele ser intermitente, macroscópica, indolora, presente en todo el chorro urinario. El dolor asociado a esta neoplasia suele indicar enfermedad localmente avanzada o metástasis a distancia. Generalmente suele corresponder a un mecanismo obstructivo o de avance local del tumor. (27)

Por ejemplo, compresión a nivel de uréter generaría dolor en flanco, avance local de la enfermedad a tejido perivesical, dolor suprapúbico, si por el contrario el avance es hacia fosa obturadora, grasa peri rectal, nervios presacros o hacia el diafragma urogenital el dolor será a nivel d hipogastrio, rectal, y perianal. El dolor en el cuadrante superior derecho a nivel abdominal puede ser señal de metástasis hacia linfonodos o al hígado. (27)

Síntomas de evacuación son los más frecuentes en pacientes con carcinoma in situ vesical puede ser debido a alteración en la capacidad vesical, hiperactividad del detrusor. Síntomas constitucionales como fatiga perdida ponderal anorexia suelen ser signos de enfermedad metastásica o avanzada, lo que denota peor pronóstico. Examen físico completo, tacto rectal en hombre tacto bimanual en mujeres. (27)

La presencia de hematuria que no se encuentre explicación puede representar cáncer urotelial en pacientes mayores de 35 años si es que no hay otra causa que la explique. La mayoría de los sangrados suelen ser de causa benigna, como hiperplasia benigna de próstata, infección urinaria, cistitis, prostatitis, y

litiasis renal en movimiento. Lo normal de eliminación de glóbulos rojos (GR) en el ser humano es 1 GR por campo de alta potencia, que equivale aproximadamente a 30 000 GR por hora. (28)

Se considera hematuria > 3 GR por campo de alta potencia. Se considera hematuria glomerular si hay esquistocitos o hematíes dismórficos . Los GR con forma normal es más probable que sea por causa extrínseca como cálculo tumor obstrucción o infección. Existen pigmentos urinarios que mimetizan la hematuria como la betalaina que se encuentra en la remolacha beeturia, fenazopiridina analgésico urinario, tintes vegetales, uratos, mioglobina o hemoglobina libre, serratia mascescens, fenolftaleína, que solía ser un componente común de muchos laxantes. (27)

La batería de exámenes mínimos indicados son el uroanálisis, hemograma, reactantes de fase aguda y una ecografía renovesicoprostática. Posteriormente el examen que nos dará el diagnóstico definitivo es la toma de biopsia por cistoscopia, en la cual se pueden realizar otras pruebas como citología de la orina y la fluorescencia con protoporfirina fotoactiva como acido 5 aminolevulínico, el cual se acumula en el tejido neoplásico, pero no en el tejido normal. (27)

Una vez establecido diagnóstico anatomopatológico, procede evaluar el avance y el TNM del cáncer, tomografía toracoabdominopélvica, o resonancia magnética, gammagrafía ósea. Podría requerirse una tomografía cerebral para descarte de metástasis a dicha región. (27)

La última actualización del TNM para el cáncer de vejiga de la AJCC UICC es la de la octava edición de las neoplasias uroteliales, este brindará el abordaje subsecuente y el tratamiento por cada estadio. (27)

3.2 Rotación de ginecología

3.2.1 Enfermedad pélvica inflamatoria

El dolor abdominal agudo en emergencia es una caja de pandora, sobretodo si el paciente es de sexo femenino, ya que amplia horizontes hacia causas de probable etiología pertenecientes a tracto gastrointestinal o genitourinario, siendo muchas veces el diagnóstico difícil si no se realiza desde una buena anamnesis y examen físico, hasta valoración por especialistas en ramas de cirugía general y ginecoobstetricia.

En este caso en particular, los antecedentes ginecológicos y quirúrgicos consultados adecuadamente en emergencias, así como el examen físico no solo enfocado a nivel ginecológico si no también abdominal ayudó a guiar el enfoque hacia el diagnóstico final. Otros casos similares vistos en el servicio de emergencia en los que había duda diagnóstica y no antecedente de apendicectomía, recurrieron a realizar interconsulta al cirujano de guardia.

La enfermedad pélvica inflamatoria "EPI", dolor pélvico o síndrome de dolor abdominal bajo, según la "Guía de Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión sexual ITS en EsSalud", es una enfermedad que se origina de la infección del tracto genital bajo y que, en su historia natural por mecanismo clásico, es decir ascendente, avanzará a una cervicitis, endometritis, salpingitis, ooforitis hasta llegar a una pelvipertonitis. (29)

Este síndrome se puede subclasificar según sea agudo (clínica menor a 1 mes), o crónico (más raras) de más de 1 mes. Entre las causas agudas tenemos que un 70% esta comandado por la clamidia, gonococo, teniendo como factor de riesgo más frecuente la actividad sexual y un 30% por anaerobios, cuyo factor de riesgo son los legrados o colocación de DIU en el 1 mes. (30)

Entre las causas de EPI crónica tenemos la tuberculosis, enfermedad bandera del país, y al actinomicosis israelí. El mecanismo de infección para la tuberculosis es el hematógeno, mas no el ascendente. (30)

El diagnóstico "Gold Standard" es la toma de cultivo por vía laparoscópica, pero este examen no es de rutina ya que la EPI al ser una enfermedad frecuente en el país, no es lógico prescindir solo de éste, siendo una

enfermedad florida clínicamente. Por lo que se cuenta con los criterios clínicos de HAGER. (30)

Los criterios clínicos de HAGER para el diagnóstico de EPI, se dividen en criterios 4 mayores y 4 menores, entre los criterios mayores tenemos: el dolor abdominal bajo, el dolor a la movilización cervical el dolor anexial. Así como el antecedente de contacto sexual reciente. Entre los criterios menores tenemos la fiebre, el VSG elevado, leucocitosis, exudado cervical positivo para gonococo. El diagnóstico final se basa en 2 criterios mayores positivos o 1 criterio mayor más dos menores. (30)

Existe una clasificación para la gravedad del EPI según los estadios de MONIF. Estadio I: salpingitis bilateral aguda; estadio II: salpingitis aguda ooforitis más pelviperitonitis; estadio III salpingitis más pelviperitonitis más masa dolorosa anexial y el estadio IV final rotura absceso tubo-ovárico con peritonitis generalizada. (30)

Estos estadios de MONIF guían la conducta terapéutica hacia un tratamiento ambulatorio con antibioticoterapia vía oral, o de lo contrario hospitalización desde una antibioticoterapia endovenosa hasta un abordaje quirúrgico de emergencia. (30)

El tratamiento según norma técnica se enfoca como manejo sindrómico, y basado en estadios de MONIF el estadio I es abordaje ambulatorio con Doxiciclina 100 mg c/12 horas por 14 días vía oral y ciprofloxacino 500 mg, para cubrir clamidia y gonococo respectivamente, además metronidazol es obligatorio ya que se asume que toda EPI es por anaerobios (tricomonas) 500 mg c/12h por 14 días. Se reevalúa a las 72h, según su evolución se decide continúe tratamiento vía oral o en caso de empeoramiento clínico o no mejoría hospitalización. (30)

Los criterios de hospitalización son: no respuesta al tratamiento, ser gestante, puérpera, postparto, presentar además hemorragia uterina anormal, masa palpable, adolescente o rebote positivo. De los cuales la paciente cumplía con el criterio de rebote positivo, por lo cual la decisión clínica de hospitalizarla fue correcta. (31) (32)

La Norma Técnica nos indica esquema de tratamiento antibiótico parenteral en hospitalización es clindamicina 900 mg IV c/ 8h más gentamicina en dosis de carga 2 mg por kilo y luego 1.5 mg por kilo cada 8h. Posterior a ello se evalúa a las 48h, si evoluciona favorablemente pasamos a tratamiento vía oral con clindamicina 450 mg c/ 6h u optar por metronidazol 500 mg c/12h que es el más potente, e iniciar el tratamiento con doxiciclina 100 mg c/ 12h por 14 días.

3.2.2 Mola hidatiforme

Se seleccionó este caso por el diagnóstico en si, lamentablemente no se cuenta con imágenes de la paciente, pero se trató de buscar as más parecidas. Una de las afecciones de las gestantes es la hemorragia de la primera mitad, en la que se identifican como principales causas el aborto, el embarazo ectópico y la mola hidatiforme.

La mola hidatiforme es parte del grupo de enfermedades trofoblásticas de la gestación, estos son debidos a la proliferación anormal del trofoblasto. Se clasifican según su histología en mola hidatiforme cuando presentan vellosidades, y en neoplasia maligna "NM" trofoblástica no molar, el cual no tiene dichas vellosidades, solo células que representan un vestigio del trofoblasto. (33)

La mola hidatiforme, se divide en mola hidatiforme completa benigna, parcial y en mola invasora maligna o corioadenoma destructivo el cual invade miometrio y rara vez hace metástasis. De las 3 formas mencionadas las 2 primeras son de comportamiento benigno, pero igual se les considera condiciones pre malignas para coriocarcinoma. La 3 forma o también llamada mola "destruens" y todas las formas de NM trofoblástica no molar son variedades por tomar en cuenta como malignas.

La mola hidatiforme suele presentarse en edades extremas menores o igual a 15 años y mayores de 35 años, en ambos casos el riesgo relativo (RR) es 2, si es mayor de 40 años el RR aumenta a 10. Otro factor a tener en cuenta

es el antecedente de mola, la historia previa de 1 mola completa presenta RR 1-1.5, mola parcial previa tiene un RR de 2.7 y el riesgo se incrementa mucho más con el antecedente de 2 molas previas RR 11 a 25.

La presentación clínica típica en una gestante de 4 u 8 semanas, que llega a la emergencia por un cuadro de sangrado uterino que suele ser insidioso, se dice que dicho sangrado puede tener un aspecto en “jugo de ciruela”, náuseas y vómitos intensos, dolor o pesadez pélvico. Al examen físico llama la atención el cálculo de la altura uterina mayor a la edad gestacional sobretodo en casos de mola completa, además no se encontrará actividad cardiaca fetal. (34)

A la evaluación ecográfica, podríamos encontrar quistes tecaluteínicos bilaterales como se observó en el caso debido a que la mola como tal es un exceso de trofoblasto, el cual produce normalmente bhCG, por ende, es lógico que al tener mayor tejido se produzca más de esta hormona, la cual tienen en común la fracción alfa con otras hormonas la LH, TSH y FSH.

Esto quiere decir que el cuerpo confunde la fracción alfa de la HCG con la de estas otras hormonas. Así por un “exceso” de LH se producen los quistes tecaluteínicos, los cuales no requieren ser operados ya que una vez extraída la “mola” suelen regresionar en un plazo de 2 a 4 meses, salvo generen un cuadro agudo como lo es la torsión del ovario. (35)

Una característica de esta enfermedad es identificar un cuadro de preeclampsia y eclampsia antes de las 20 semanas, cuando típicamente este diagnóstico se realiza post 20 semanas. Esto no presentó la paciente, pero si presentó el cuadro de hiperémesis gravídica asociado a la excesiva cantidad de bhCG. Lo cual lleva a la paciente a trastornos hidroelectrolíticos y acido base.

El principal método diagnóstico es la ecografía, donde se visualizará en el cuerpo uterino el signo clásico de “tormenta de nieve” signo que consiste en varios espacios quísticos anecoicos dentro de la cavidad uterina. Si solo se observa ello entonces estamos frente a una mola completa, si por otro lado observamos mitad este signo y la otra mitad de la cavidad ocupada por un feto, sería una mola parcial. (36)

Toda esa clínica florida y signos ecográficos guían al diagnóstico de una mola hidatiforme. Con esto lo indicado por las guías y que efectivamente se realizó en el hospital es hospitalizar a la paciente, estabilizar su estado hidroelectrolítico y acido base. En caso de presentar signos de hipertiroidismo es ideal el uso de beta bloqueadores de larga duración como el atenolol. La indicación principal es el término de la gestación que obviamente no es viable. (37)

La interrupción se puede llevar a cabo mediante AMEU o legrado, o una histerectomía supracervical solo considerada en casos de paridad satisfecha en las que se ha corroborado mola completa o si presenta factores de riesgo para coriocarcinoma como los siguientes:

1. Altura uterina mayor a la edad gestacional
2. bhCG > 100 000
3. quistes tecaluteínicos > 6 cm de diámetro
4. Edad mayor a 40 años

Generalmente se realiza AMEU si es menor de 12 semanas y está estable hemodinamicamente o no presenta signos de infección, y se opta por legrado en casos de más de 12 semanas, o menor, pero presenta inestabilidad hemodinámica y/o signos de infección. En este caso, se le realizó AMEU ya que es primigesta tenía menos de 12 semanas cumplía con los requisitos de realización de AMEU. (37)

El manejo no solo debe concluir con la extracción de la mola, es obligatorio mandar la pieza quirúrgica a anatopatología, y seguir con la profilaxis con quimioterapia metrotexate para disminuir el riesgo de cáncer aunque según las últimas recomendaciones de UpToDate se menciona que es un nivel de recomendación débil ya que incrementaría la resistencia farmacológica (si se tratase de un coriocarcinoma como tal) y se asocia a reacciones adversas. (37)

Sin embargo, una de las indicaciones del uso de metrotexate es haber tratado la mola con AMEU. La dosis recomendada es de 1 mg por metro cuadrado de

superficie corporal total (dosis máxima es 50 mg), siempre acompañado de ácido fólico. (37)

Se debe ser estricto con las indicaciones de vigilancia después de la evacuación, los controles se deben hacer con hCG sérica cuantitativa, el primer control será a las 48h del basal donde como un criterio de buen pronóstico esta la disminución mayor al 20%, el 2 control debe ser a la semana y el 3 control a las 2 semanas. Si el valor se mantiene dentro del 10% (hCG en platea) o es mayor al 10% (hCG incrementando) se debe hacer un estadiaje para clasificar en bajo o alto riesgo para cáncer. Y se debe iniciar la quimioterapia. (37)

El esquema peruano para los controles en estos casos puede recordarse como "3x3x3" en la 1 semana 1 o 2 controles de bhCG, luego 1 cada semana por 3 semanas seguidas, luego 1 control cada mes por 3 meses seguidos y 1 cada 3 meses. En total se debe vigilar a la paciente por 1 año tanto con criterios de laboratorio como de imágenes ecografía y radiografía. (37)

Como última indicación, pero no menos importante, debemos cerciorarnos de que la paciente no vuelva a salir gestando por lo menos ese año de estudio, ya que no solo incrementaría el riesgo de otra mola, si no que los valores cuantitativos en los que se basa su evaluación no serían confiables. Entonces, se le administra un método anticonceptivo de preferencia de depósito medroxiprogesterona, no usar DIU hasta que la bhCG sea indetectable ya que existe riesgo de perforación por mola invasora. (37)

3.3 Rotación de medicina interna

3.3.1 Crisis asmática

Se escogió este caso, debido a que la crisis asmática es uno de los cuadros más frecuentes vistos en emergencia, sin embargo, la autora nunca había tenido la oportunidad de ver el abordaje tan de cerca. Los puntos clave que se aprendió a reconocer ante un caso como este fue, realizar un buen examen

físico orientado a identificar la gravedad de este usando los parámetros de las guías internacionales. A continuación, la reflexión crítica del mismo.

El asma es un síndrome heterogéneo, causado por una constante inflamación de las vías respiratorias, esta inflamación es condicionada por factores genéticos y desencadenada por eventos gatillo. A esos eventos agudos del asma, se les conoce como crisis asmática o ataque o asma aguda. (39)

La crisis de asma tiene 4 criterios básicos, que exista cambios en los síntomas (disnea, tos, sibilancias, opresión en el pecho), cambios en la medicación de rescate, cambios en la función pulmonar, e incremento de la dosis del tratamiento habitual de mantenimiento por al menos 3 días. De estos criterios, la paciente evidentemente presentaba los dos primeros, ya que al interrogarle posteriormente comentó que su crisis no calmaba con su SABA de rescate. (39)

En cuanto a su abordaje, según las guías de GINA 2020 y la GEMA 2019, se debe iniciar con un buen y breve examen clínico, enfocado en la patología del paciente. Una vez identificado que estamos frente a un ataque de asma, se debe descartar si se trata de un asma de riesgo vital o si está en inminencia de paro que requiera atención en UCI. (39)

Entre los factores que incrementan el riesgo a la muerte relacionada al asma están las comorbilidades cardiovasculares, el abuso de SABA calificado como el uso de más de 1 tubo de salbutamol por mes, corticoterapia sistémica de uso reciente o el cese abrupto del mismo, el no usar corticoterapia inhalada (CIH), paciente sin controles periódicos, pobre adherencia al plan de acción, episodios previos de ingreso a UCI, una instauración súbita de la crisis, entre otros. (39)

En el caso de la paciente se identificó posteriormente que abusaba del uso del tratamiento de rescate, incluso lo usaba a horario, no usaba el corticoide inhalado, no contaba con controles periódicos y presentó una instauración aguda del cuadro. (39)

Sería ideal el uso de un espirómetro en la emergencia, o que el paciente conocedor de su patología porte uno consigo, en el hospital de prácticas HNSEB no se contaba con dicho instrumento. Ya que el diagnóstico fue básicamente clínico. (39)

Existen 12 criterios para valorar la gravedad de la crisis asmática, que se pueden agrupar en la evaluación de 3 sistemas: respiratorio, neurológico y cardiovascular. Para los criterios neurológico y cardiovascular basta con una evaluación semiológica, no así en el criterio del sistema respiratorio donde además se considera la flujometría y el AGA (no contar con esto no impide la clasificación inicial, incluso en el contexto de pandemia es mejor evitar la espirometría). (39)

Según la guía GINA 2020, la gravedad se divide en: leve, moderada a grave y en parada cardiorrespiratoria. En el caso expuesto, la paciente fue considerada en el curso de un ataque de asma moderada a grave. Según las guías internacionales, el abordaje consta de 4 pilares para esta escala de gravedad. (39)

Los cuatro pilares son: oxigenoterapia si satura menos a 92%, uso combinado de SABA + SAMA, corticoides sistémicos vía oral o por vía endovenosa y el uso de corticoides inhalados, todo esto debe ser instaurado dentro de la primera hora. (39)

Ampliando cada pilar, el oxígeno se usará si satura menos de 92% brindado ya sea por cánula o por mascarilla tipo Venturi, con el objetivo de mantener una saturación mayor a 90%. El uso combinado de SABA y SAMA (salbutamol + bromuro de ipatropio) que se puede administrar en puffs o por nebulización. (39)

En caso se administre por puffs será a razón de 4 puffs cada 10 minutos, si se decide el uso de nebulización será de la siguiente manera: 2.5 mcg cada 30 minutos de salbutamol + bromuro de ipatropio a 0.5mcg cada 30 minutos. En este caso es necesario recalcar que las guías internacionales coinciden que es mejor evitar el uso de nebulizador ya que existe alto riesgo de infección a otros pacientes, así como al personal de salud. (39)

Los corticoides sistémicos a administrar vía oral o endovenoso y el uso de corticoterapia inhalatoria, así como el resto del manejo fue administrado conforme a lo mencionado a las guías. Como comentario, el seguimiento de los pacientes asmáticos es difícil en estos tiempos de pandemia, por lo que es vital el uso del plan de acción escrito (38) (39)

3.3.2 Exposición laboral a VIH

Se seleccionó este caso debido al contexto pandémico y una lección que se repite a todo estudiante de medicina desde que inicia la carrera hasta su subespecialidad, el médico es el eterno estudiante; debemos procurar estar a la vanguardia en cada actualización sobre el manejo de los casos más comunes. Sobre todo siendo esta una situación en la que no son pocos los casos del personal de salud expuesto a VIH.

En este caso en particular, si no hubiera contado con la interconsulta del infectólogo o si el hospital no hubiese contado con dicho especialista, situación común en estos tiempos de pandemia, no se hubiera podido indicar una correcta orden médica, ya que ninguno de los presentes en dicha guardia tenía conocimiento.

La NTS N° 097- MINSAl 2018 / DGIESP V.03 Atención del Adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), en el quinto capítulo hace referencia a las personas con exposición ocupacional y no ocupacional al VIH. (40)

Ocurrido el accidente laboral, definido como exposición a sangre u otros fluidos corporales a lesiones percutáneas o piel no íntegra, se debe:

1. Lavado inmediato con agua y jabón dejando fluir la sangre por 2 a 3 minutos, además, lavar membranas mucosas con agua salina, limpia o estéril
2. Descarte de enfermedades preexistentes con pruebas de laboratorio para sífilis VHB VHC y VIH.

3. Identificar al caso fuente y verificar estado serológico para VIH
 - a. Si fuera positivo, indicar profilaxis pos exposición
 - b. No cuenta con serología VIH, no es posible realizarlo, valorar severidad del accidente para indicar profilaxis
 - i. Accidente laboral severo incluye lesión producida por aguja hueca, herida profunda, sangre visible en el dispositivo, aguja usada en arteria o vena del caso fuente, salpicadura de gran volumen de líquidos corporales
4. Iniciar profilaxis para VIH con terapia triple, dentro de las primeras 72 horas del suceso. (Ver: Anexo 4)
 - a. Antirretrovirales para usar: Tenofovir 300 mg Emtricitabina 200 mg + Lopinavir ritonavir 200:50 mg
 - o Esquema: 1 tableta de TDF/FTC cada 24h + 2 tabletas de LPV/rvtv cada 12 horas por un periodo de 4 semanas.
5. Solicitar pruebas serológicas a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses pos exposición

Existe una actualización más reciente sobre el manejo en casos de exposición laboral actualizado por MINSA en diciembre del 2020. Esta es la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” (41).

Solo se mencionará el cambio realizado en cuanto al uso de antiretrovirales, ya que el resto continúa tal cual se ha mencionado. Como primera línea tenemos a Tenofovir 300 mg Lamivudina 300 mg y Dolutegravir 50 mg 1 tableta cada 24h por un periodo de 4 semanas. El esquema anterior del año 2018 queda como segunda línea (41).

3.4 Rotación de pediatría

3.4.1 Reanimación cardio pulmonar neonatal

Se escogió presentar este caso debido a que no se observó la secuencia de la reanimación neonatal (RCP) explicada en las clases teóricas de la FMH USMP misma que figura en las guías de reanimación neonatal. (Ver: Anexo 5) (42).

Según la guía de RCP Neonatal del año 2015 realizada por la AHA y la AAP, el equipo de guardia debe estar preparado para la situación desde antes del nacimiento. Primero identificando factores riesgo (FR) que incrementen probabilidad de RCP neonatal. (Ver: Anexo 6) (42)

Estos FR se dividen en previos al parto y durante el parto, por citar algunos una EG <36 0/7 ss., \geq 41 0/7 ss., preeclampsia eclampsia, sin atención prenatal, parto por cesárea de emergencia, corioamnionitis, distocia de presentación, etc. (Ver: Anexo 6) (42)

Se realizan 4 preguntas previo a todo parto; cuál es la edad gestacional esperada, si el líquido amniótico es o no es claro, cuántos recién nacidos se esperan y algún otro factor de riesgo adicional. De esta forma podemos preparar el personal necesario. (42)

Si es un parto sin factores de riesgo por lo menos debe estar presente 1 individuo capacitado en reanimación neonatal, por el contrario si se espera un parto con factores de riesgo debe haber por lo menos 2 individuos capacitados en RCP neonatal. Posterior a ello corroborar que todos los materiales estén listos y funcionantes. (42)

Pasando a la atención inmediata del RN después del parto, siempre apuntar correctamente la hora del nacimiento, se realiza una evaluación inicial con 3 preguntas: el RN es a término o no, presenta buen tono o no y si respira o llora. (42)

Si todas las preguntas son afirmativas los pasos iniciales pueden realizarse en el pecho de la madre, si alguna es negativa debe pasar a la servocuna. Se es muy específico en la guía que estos pasos deben durar 30 segundos como máximo. Los pasos iniciales son 5: calor, posición de cabeza y cuello,

eliminación de secreción si fuera necesario, secado y estímulo breve táctil. (42)

Siguiendo el flujograma, debemos evaluar la respuesta a los pasos iniciales valorando 2 parámetros el respiratorio (FR) y la frecuencia cardiaca (FC), si el recién nacido llora o respira, o por lo contrario está en apnea o boqueo y si la frecuencia cardiaca (FC) es menor a 100 lpm. (42)

Si estuviera en apnea o boqueo o $FC < 100$ lpm se debe iniciar VPP al minuto de vida. Asimismo, iniciar el control con oximetría de pulso en mano de la muñeca derecha pre ductal. El FiO_2 a brindar depende de la edad gestacional si es ≥ 35 ss. recibirá un FiO_2 al 21%, si es < 35 ss. 21 a 30 % a 10 litros por minuto. (42)

Si no hay mejoría $FC < 100$ lpm se debe realizar los 6 pasos correctivos abreviados como MRSOPA, si aun así no hay mejoría corroborando con la $FC < 60$ lpm debemos intubar al paciente, brindar O_2 al 100%, realizar compresiones torácicas y monitoreo con electrocardiógrafo. Si persiste < 60 lpm se inicia a lo que ya se viene realizando, tratamiento farmacológico con adrenalina endovenosa, intraósea o endotraqueal. (42)

La duración del RCP neonatal según la guía del 2015 es por 10 minutos, sin embargo, existe una actualización por la AHA y la AAP del año 2020 donde se menciona que la duración se ha ampliado a 20 minutos. Se deja la referencia del dato. (43)

3.4.2 Síndrome de aspiración meconial

Síndrome de aspiración meconial ocurre en un 2 a 10% de RN que nacen con líquido amniótico meconial. El factor de riesgo más importante es la edad gestacional pos término ($EG > 41$ ss.). Otros factores identificables son: parto vaginal de nalgas, parto por cesárea, APGAR bajo, necesidad de resucitación neonatal, raza negra y asiática, fiebre materna inflamación intraamniótica e infección. (45)

El síndrome de aspiración meconial resulta de la salida de meconio a líquido amniótico, el cual es aspirado o “tragado” por el feto. Lo que ocasiona que el feto “defeque” intraútero por cualquier noxa estresante, pero no solo este factor es necesario, se debe recordar que el feto debe estar lo suficientemente maduro para poder eliminar meconio, ya que antes de dicho tiempo no sucederá y por lo tanto no habría riesgo de SALAM. (45)

Este meconio al ser aspirado en los pulmones fetales o neonatales provoca daño pulmonar ya que obstruye las vías aéreas genera inflamación e hipoxemia. (45)

Composición del meconio y pasaje: el meconio son las primeras heces del recién nacido, éstas son estériles, color verde oscuro pegajosas, sin olor característico. Es producto de detritos y células descamadas del intestino y la piel, mucina gastrointestinal, lanugo, grasa del vérmix, líquido amniótico y secreciones intestinales, glicoproteínas específicas a grupo sanguíneo, pequeña cantidad de lípidos y proteínas, pigmentos biliares. Se puede encontrar en tracto gastrointestinal desde el primer trimestre de gestación. (45)

La defecación fetal con meconio inicia en el 1 trimestre, se enlentece a las 16 semanas de gestación y se hace infrecuente a las 20 ss. conforme se da el proceso de inervación del esfínter anal. Entre las 20 a 34 semanas el pasaje de meconio persiste infrecuente. (45)

El SALAM origina enfermedad pulmonar por tres mecanismos 1. Obstrucción de vía aérea, 2. Inflamación, 3. Infección. La hipoxemia resulta de la disminución del componente ventilatorio del V/Q, este desbalance ventilatorio con perfusión constante de las unidades alveolares pobremente ventiladas está asociado frecuentemente con la hipertensión pulmonar persistente con un shunt de derecha a izquierda causado de la resistencia vascular pulmonar. (45)

En cuanto a la presentación clínica, se suele evidenciar líquido amniótico meconial “pintando” el cuerpo del recién nacido. Vérmix cordón umbilical y uñas son los lugares típicos donde suele “pintarse”; el tiempo de persistencia

de dicho teñido depende de cuánto tiempo estuvo expuesto el recién nacido intraútero al meconio. Las uñas suelen persistir pintadas más de 6h y el vérmix 12 a 14 horas. En el caso de dicho recién nacido no se pudo valorar, ya que había sido bañado por el personal técnico hospitalario. (44)

Suele causar asfixia perinatal en un 20 a 33% de pacientes, así como depresión neurológica y/o respiratoria al nacer por la hipoxia o shock. Este dato es importante ya que el paciente mencionado curso con depresión al nacer asociado al meconio, así como su distrés respiratorio. (45)

A nivel pulmonar, los síntomas suelen ser inmediatos al nacer. Algunos pacientes son asintomáticos, pero empeoran clínicamente con signos de descompensación pulmonar ya que el meconio se moviliza de las vías aéreas largas hacia las vías inferiores. Importante el recalcar que ante todo distrés respiratorio se debe también valorar aparato cardiovascular. (Ver: Anexo 8) (45)

Con esto se entiende por qué el RN estaba en observación en Intermedios II del HNSEB a pesar de aparentemente no cursar con gran distrés respiratorio. El cual es típicamente valorable con el score de Silverman Anderson. Algunas complicaciones del SALAM valorables en este campo, es la pérdida de aire pulmonar, así como la falla respiratoria aguda (44)

Para el abordaje de cualquier patrón de distrés respiratorio, es básico solicitar una radiografía de tórax, de tal forma que el médico tratante pueda apoyarse en el diagnóstico diferencial de neumotórax, neumonía, hernia diafragmática o una cardiopatía congénita cianótica, para éste podría apoyarse con una ecocardiografía. (44)

El patrón radiográfico del SALAM es evolutivo, al inicio suele ser solo densidades lineales en "rayas" similar a un patrón de TTRN. Conforme progresa los pulmones se hiperinsuflan con aplanamiento de diafragma. Posteriormente, aparecen densidades difusas en parche alternantes con áreas hiperventiladas. Se espera mejora del patrón radiográfico en 7 a 10 días del cuadro, pudiendo persistir varias semanas. (44)

En cuanto al tratamiento del SALAM, se incluyen los antibióticos empíricos y cultivos, la primera razón es que es difícil diferenciarlo de neumonía, la segunda razón es que debido a la neumonitis química que origina el SLAAM pudiera ser más fácil la infección bacteriana. Por ello no sería ilógico solicitarle cultivos sanguíneos, de ser posible de aspirado traqueal. (44)

Para valorar el estado oxigenatorio del RN se puede hacer uso de la pulsoximetría y AGA arterial donde será común encontrar hipoxemia hipercapnia, pero éste no es específico por lo que no se usa para el diagnóstico en sí, solo para valorar o para el seguimiento del sistema respiratorio (44)

El diagnóstico final se basa en un RN con distrés respiratorio que no se puede explicar por otra causa y que además presenta uno de los siguientes, evidencia de líquido meconial fluido “tiñendo” al recién nacido, patrón radiográfico característico, paciente intubado o presencia de meconio en tráquea.(44)

Los pilares del tratamiento son: obtener una saturación de oxígeno objetivo del RN AT pre ductal dentro de un rango aceptable 95% a 98% y la presión parcial de oxígeno dentro del rango aceptable de PpO₂ 55 a 90 mmHg. (44)

En casos leves a moderados como el presentado, el tratamiento con oxigenoterapia se realizará con un FiO₂ no mayor a 0.4 a 0.5 sin VPP, los dispositivos que se suelen usar van desde un casco de oxígeno a una cánula binasal. En casos severos será necesario un FiO₂ > 0.5 para mantener la saturación y la presión parcial de oxígeno dentro del rango. (44)

El uso de surfactante en SALAM no es rutinario, los criterios de su uso son una enfermedad severa que requiera ventilación mecánica e intubación con un FiO₂ alto >0.5 y una presión media de las vías aéreas alta >10 a 12 cmH₂O. El motivo fisiopatológico de su uso radica en que el meconio altera la producción endógena de surfactante. (44)

El uso de óxido nítrico inhalado podría mejora la oxigenación del paciente, esto debido a que su principal función es de vasodilatador de los vasos

pulmonares. Solo administrar luego del primer curso de surfactante cuando no ha mostrado mejoría y en casos de evidencia de hipertensión pulmonar con shunt derecha a izquierda en ecocardiograma o por saturación pos ductal. Otros manejos identificados son el sildenafil, el cual es un inhibidor de la fosfodiesterasa, antibióticos de amplio espectro como ampicilina y gentamicina o amikacina. (44)

Este caso resultó particular debido a como estudiante de medicina suelen presentarnos el caso típico de un distrés respiratorio severo, un recién nacido en mal estado general que requirió resucitación, oxigenoterapia. Prácticamente se espera encontrar al recién nacido en UCI neonatal, mas este paciente cursó con un cuadro leve a moderado. (45)

CAPÍTULO IV REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Definitivamente este periodo 2020-2021 nadie pensó vivir una época de pandemia, para todos ha sido un cambio radical el tener que salir obligatoria y conscientemente usando mascarilla y protector facial. Todos han tenido como mínimo 1 conocido que ha sufrido la enfermedad del COVID, si es que no la ha sufrido en carne propia.

Si hay algo bueno que rescatar de esta pandemia es la fuerte evidencia que hizo de la debilidad del sistema de salud peruano, dentro de ello, lo poco que se piensa en los derechos del interno de medicina. No era desconocido el hecho de que antes de este periodo muchos hospitales no les ofrecían desayuno almuerzo ni cena usando la poco profesional (por no usar otras palabras) frase “El interno no come no duerme”.

Otro punto positivo fue que antes de pandemia solo algunos recibían un pago por cumplir sus labores (las cuales no tenían horario fijo, el interno estaba a disposición plena del residente de primer año), gracias a la pandemia, se instauró un pago equitativo para todo interno que haya decidido continuar sus labores el 2020. Lamentablemente, en un inicio los aun estudiantes tuvieron que lucharla para que MINSA cumpla sus promesas (promesas que no fueron “al aire”, fueron escritas en un documento legal).

La autora, como ya se ha mencionado antes, empezó su internado en una sede reconocida de EsSalud, al comienzo le costó adaptarse puesto que no esperaba encontrarse con una jerarquía poco empática entre profesionales de la salud, la falta de docencia de algunos médicos asistentes, e incluso la ausencia de meritocracia demostrada en que para obtener más oportunidades no importaba el conocimiento o desempeño como interno, sino se valoraba a quien era más carismático y aceptaba situaciones que ponían a prueba su integridad como persona. La autora suponía que siendo para muchos considerado el mejor Hospital del Perú, el estudiante iba a aprender más, sin embargo, se prefería utilizar al interno como meros tramitadores aún en horas destinadas a la docencia.

Por otro lado, en la mayoría de los hospitales EsSalud existen pocos internos para la cantidad de pacientes que se manejaban, esto no fue diferente en el HNERM; además, en muchas de las guardias de emergencia se dejaba solo al interno sin la supervisión si quiera del médico residente.

Cuando la autora del informe regresó al internado médico se encontró con otra realidad: para empezar el HNSEB pertenece al MINSA; luego, el contexto pandémico redujo el tiempo del internado; a diferencia del HNERM, la cantidad de internos por rotación era mayor lo cual, sumado con la disminución de pacientes con patologías no covid, permitió un internado más llevadero a costa de ver menos patologías.

Es importante mencionar que durante la rotación de medicina hubo ocasiones en las cuales pacientes con covid-19 se encontraban en las salas de rotación asignadas a los internos, y se esperaba que estos los atendieran, la autora debe declarar que no aceptó esta injusticia, sin embargo, muchos otros internos si accedieron e incluso hubo un caso donde uno de éstos se infectó y contagió a sus familiares.

En la rotación de cirugía general del HNERM, se usaron sobretodo las habilidades prácticas aprendiendo a suturar heridas superficiales, a cuidar la simetría y correcta curación de las heridas. Lo básico que todo interno debía

saber era diferenciar situaciones de verdadera emergencia de las que no, así como saber cuándo el paciente era tributario de cirugía inmediata.

Es sobretodo esta rotación quirúrgica la que se vio mas afectada por la pandemia puesto que solo las cirugías de verdadera emergencia entrarían a sala de operaciones, el resto no. Lo cual ha perjudicado a pacientes oncológicos.

En la rotación de ginecoobstetricia del HNSEB, la cual se desarrollò en tiempos de pandemia, lo que se aprendió fue a diferenciar que gestantes ameritaban realmente parto por cesárea y quienes podrían desarrollar parto por via vaginal. En estos tiempos, la parte obstétrica no se vio afectada, siendo diferente con la parte ginecológica, ya que solo se veían los casos que ingresaban por emergencias como una hemorragia uterina anormal.

Fue en esta rotación, donde hubo más enseñanza teórica, ya que se programaron por semana charlas expuestas por los internos y evaluados por el residente de tercer año.

En la rotación de medicina interna, debido a la pandemia la cantidad de pacientes hospitalizados se redujo enormemente, la autora siente que esta rotación debió ser llevada en tiempos de pre pandemia. Treinta días no fueron suficientes, además toda actividad académica fue suspendida.

En la rotación de pediatría, se aprendió la atención inmediata de todo recién nacido, la evaluación del neonato y a identificar los signos de alarma. Vital aquí mencionar las palabras de un docente de Neonatología “El abordaje del recién nacido se basa en la correcta identificación de factores de riesgo”. En pediatría como tal, fue otra de las rotaciones donde el número de pacientes a evaluar en piso se redujo. Donde estaba el jugo eran las guardias ya que se aprendía a valorar a los pacientes según prioridades de atención.

CONCLUSIONES

Existe el mito entre los estudiantes de medicina que en EsSalud “se mete más mano” que en MINSA. Sin embargo, en la rotación de cirugía de EsSalud - HNERM generalmente el que recibía las emergencias y evaluaba al paciente desde un inicio era el interno de medicina, estando muchas veces el equipo de guardia en sala de operaciones o en tiempo de descanso. Como anécdota, la autora, sin haber rotado Anestesiología, tuvo la oportunidad de poner a prueba su habilidad para intubar. (Ver Anexo: 9)

En cuanto a docencia en hospitales, hubo más horas lectivas virtuales y mayor preocupación por prácticas manuales, en el hospital HNSEB que, en el HNERM, incluso suelen valorar lo aprendido durante la rotación con exámenes de fin de curso.

En el HNERM periodos de prepandemia, a pesar de haber discusiones de casos clínicos un día a la semana por parte de los residentes y asistentes, no solían verificar aprendizaje del interno. Existía, además, un proyecto llamado “La Escuelita” en el servicio de cirugía, donde los ponentes eran los residentes y de expectadores solo algunos de los internos de cirugía general. Ya que la autora ingresó sin tener mucha práctica en procedimientos básicos, las que explicaban de buena o mala manera eran las enfermeras del servicio.

Hubo diferencias en cuanto a abordaje de pacientes en emergencia. En el HNERM era requisito pre SOP la toma de exámenes por imágenes, mínimo

una ecografía. En cambio, en el HNSEB se podía prescindir de este, valiéndose en líneas generales de un buen examen clínico. A veces al haber demasiada tecnología y tener apoyo de imágenes a la mano, se exagera su uso llevando al retraso de la atención del paciente.

Como dato importante, incluso en periodos de prepandemia, en el HNERM las cirugías no complicadas, donde ingresaba el asistente y el residente de tercer año, solían ser que el asistente empezaba y terminaba la cirugía. En cambio, en el HNSEB en periodos de pandemia, al residente de tercer año le permiten realizar las cirugías bajo supervisión de un asistente, y es el interno de medicina el que debe instrumentar la cirugía.

RECOMENDACIONES

La autora considera este acápite del trabajo como uno de los más importantes. Ya que como futuras recomendaciones tanto para ella como para futuros médicos e internos está el hecho de que depende de cada uno como aproveche su último año de carrera, el internado médico y hacer de este un año provechoso y no solo un escalón más a culminar.

La experiencia pre profesional depende del alumno. No se debe esperar aprender toda la medicina en el último año, el internado. En éste se debe reforzar lo aprendido.

Recordar que la carrera de medicina humana es para el autodidacta, no se recomienda esperar que los asistentes o residentes sean los que expliquen o enseñen los temas, es mejor conocer el caso y estudiarlo por cuenta propia. En cuanto a procedimientos leerlos antes de realizarlos, ver material multimedia, realizarlos sin temor, pero con precaución y siempre respeto al paciente.

Como reflexión final, es mejor aceptar no saber del tema que quedarse con la duda. El pensamiento de un estudiante de medicina suele ser orientado al miedo de hacer evidente que no se conoce del tema o del paciente, pero si se vive de ese miedo ¿Cuándo aprenderemos?

FUENTES DE INFORMACION

1. Mayta-Tristán P, Poterico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2014;31(4):781–7.
2. Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Martínez Miguélez M. Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral. Polis Santiago. 2009;8(23):119–38.
4. Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>
5. GESTIÓN N. Coronavirus en Perú: Gobierno anuncia cuarentena obligatoria por 15 días por coronavirus | PERU [Internet]. Gestión. NOTICIAS GESTIÓN; 2020 [citado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/politica/coronavirus-en-peru-gobierno-anuncia-cuarentena-obligatorio-por-15-dias-por-coronavirus-noticia/>
6. “Vacunagate” en Perú: decenas de poderosos se inocularon con

artimañas y en secreto [Internet]. France 24. 2021 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.france24.com/es/am%C3%A9rica-latina/20210216-peru-vacunagate-escandalo-vacunas-covid19-vizcarra>

7. Claves para entender el escándalo de la vacunación secreta de políticos y funcionarios en Perú. BBC News Mundo [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56114937>

8. USMP. Comunicado USMP 12 Marzo 2020 Suspensión total de actividades lectivas.

9. Resolución Viceministerial N81-2020-MINEDU.

10. Greene SE, Reid A. The Baltimore classification scheme groups [Internet]. American Society for Microbiology; 2013 [citado el 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559437/figure/F3/>

11. Yao H, Song Y, Chen Y, Wu N, Xu J, Sun C, et al. Molecular Architecture of the SARS-CoV-2 Virus. Cell. octubre de 2020;183(3):730-738.e13.

12. Zhang L, Jackson CB, Mou H, Ojha A, Peng H, Quinlan BD, et al. SARS-CoV-2 spike-protein D614G mutation increases virion spike density and infectivity. Nat Commun. el 26 de noviembre de 2020;11(1):6013.

13. COVID-19: Clinical features - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid-19&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

14. Rodriguez. Respuesta Oficial de SUNEDU a la FMH USMP 2021. 2021.

15. Informa G. El internado en ciencias de la salud como modalidad formativa laboral y el Decreto de Urgencia No. 090-2020 [Internet]. Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THĒMIS. 2020 [citado el 28 de

abril de 2021]. Disponible en: <https://www.enfoquederecho.com/2020/09/14/el-internado-en-ciencias-de-la-salud-como-modalidad-formativa-laboral-y-el-decreto-de-urgencia-no-090-2020/>

16. Hospital Edgardo Rebagliati Martins. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2021 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital_Edgardo_Rebagliati_Martins&oldid=132128219

17. Directorio Institucional del Hospital Edgardo Rebagliati Martins | Información Hospital Rebagliati, cursos, congresos en medicina y Salud [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://cuerpomedicorebagliati.org/portal/?q=node/248>

18. ESSALUD DIRECTORIO_Redес_Lima.pdf | Hospital | Ciencias de la Salud [Internet]. Scribd. [citado el 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/389039799/ESSALUD-DIRECTORIO-Redes-Lima-pdf>

19. programa-de-internado-medico | EsSalud [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/programa-de-internado-medico/>

20. Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Portal [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/>

21. COVID-19: Outpatient evaluation and management of acute illness in adults - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults?search=covid-19&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

22. COVID-19: Vaccines to prevent SARS-CoV-2 infection - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-vaccines-to-prevent-sars-cov-2->

infection?search=covid-

19&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=5

23. COVID-19: Diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-diagnosis?search=covid-](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-diagnosis?search=covid-19&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=6)

19&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=6

24. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado el 28 de abril de 2021]. Disponible en:

[https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5346248)

[manifestations-and-differential-](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5346248)

[diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5346248](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5346248)

25. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado el 28 de abril de 2021]. Disponible en:

[https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

[adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

26. Well-differentiated neuroendocrine tumors of the appendix - UpToDate [Internet]. [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en:

[https://www.uptodate.com/contents/well-differentiated-neuroendocrine-](https://www.uptodate.com/contents/well-differentiated-neuroendocrine-tumors-of-the-appendix?sectionName=TERMINOLOGY%20AND%20CLASSIFICATION&search=tumor%20carcinoide%20apendicular&topicRef=2613&anchor=H2&source=see_link#H5)

[tumors-of-the-](https://www.uptodate.com/contents/well-differentiated-neuroendocrine-tumors-of-the-appendix?sectionName=TERMINOLOGY%20AND%20CLASSIFICATION&search=tumor%20carcinoide%20apendicular&topicRef=2613&anchor=H2&source=see_link#H5)

[appendix?sectionName=TERMINOLOGY%20AND%20CLASSIFICATION&](https://www.uptodate.com/contents/well-differentiated-neuroendocrine-tumors-of-the-appendix?sectionName=TERMINOLOGY%20AND%20CLASSIFICATION&search=tumor%20carcinoide%20apendicular&topicRef=2613&anchor=H2&source=see_link#H5)

[search=tumor%20carcinoide%20apendicular&topicRef=2613&anchor=H2&so](https://www.uptodate.com/contents/well-differentiated-neuroendocrine-tumors-of-the-appendix?sectionName=TERMINOLOGY%20AND%20CLASSIFICATION&search=tumor%20carcinoide%20apendicular&topicRef=2613&anchor=H2&source=see_link#H5)

[urce=see_link#H5](https://www.uptodate.com/contents/well-differentiated-neuroendocrine-tumors-of-the-appendix?sectionName=TERMINOLOGY%20AND%20CLASSIFICATION&search=tumor%20carcinoide%20apendicular&topicRef=2613&anchor=H2&source=see_link#H5)

27. Clinical presentation, diagnosis, and staging of bladder cancer - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en:

[https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-bladder-cancer?search=cancer%20de%20vejiga&source=search_result&selectedTitle)

[staging-of-bladder-](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-bladder-cancer?search=cancer%20de%20vejiga&source=search_result&selectedTitle)

[cancer?search=cancer%20de%20vejiga&source=search_result&selectedTitle](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-bladder-cancer?search=cancer%20de%20vejiga&source=search_result&selectedTitle)

e=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H15

28. Etiology and evaluation of hematuria in adults - UpToDate [Internet]. [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-hematuria-in-adults?search=hematuria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

29. EsSalud. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de salud N08 GCPS ESSALUD 2010.

30. Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

31. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

32. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

33. Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-epidemiology-clinical-features-and->

diagnosis?search=mola%20hidatidiforme&source=search_result&selectedTitle=2~48&usage_type=default&display_rank=2

34. Hydatidiform mole: Treatment and follow-up - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-treatment-and-follow-up?search=mola%20hidatidiforme&source=search_result&selectedTitle=1~48&usage_type=default&display_rank=1

35. Gestational trophoblastic disease: Pathology - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gestational-trophoblastic-disease-pathology?search=mola%20hidatidiforme&source=search_result&selectedTitle=3~48&usage_type=default&display_rank=3

36. Gestational trophoblastic neoplasia: Epidemiology, clinical features, diagnosis, staging, and risk stratification - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gestational-trophoblastic-neoplasia-epidemiology-clinical-features-diagnosis-staging-and-risk-stratification?search=mola%20hidatidiforme&source=search_result&selectedTitle=4~48&usage_type=default&display_rank=4

37. 16525842. Guías clínicas y de procedimientos en ginecología imp vigentes 2010 [Internet]. Issuu. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://issuu.com/unidaddesegurosinmp/docs/guias_cl_nicas_y_de_procedimientos

38. GEMA 4.4 - Guía española para el manejo del asma [Internet]. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/316-gema-4-4-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma>

39. GINA. The Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. Global Initiative for Asthma - GINA. [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://ginasthma.org/reports/>

40. MINSA. Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279707-norma-tecnica-de-salud-de-atencion-integral-del-adulto-con-infeccion-por-el-virus-de-inmunodeficiencia-humana-vih>
41. MINSA. Resolución Ministerial No 1024-2020 MINSA Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
42. Weiner GM, Zaichkin J, Kattwinkel J, American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Reanimación Neonatal [Internet]. 7 ed. 2016 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://ebooks.aappublications.org/content/nrp-neonatal-resuscitation-textbook-spanish-7th-ed>
43. Neonatal resuscitation in the delivery room - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/neonatal-resuscitation-in-the-delivery-room?search=reanimacion%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~58&usage_type=default&display_rank=1
44. Meconium aspiration syndrome: Prevention and management - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/meconium-aspiration-syndrome-prevention-and-management?search=sindrome%20de%20aspiracion%20meconial&topicRef=4971&source=see_link#H8
45. Uptodate. Meconium aspiration syndrome: Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/meconium-aspiration-syndrome-pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=sindrome%20de%20aspiracion%20meconial&source=search_result&selectedTitle=1~45&usage_type=default&display_rank=1#H13

46. Spotlightmed. Pin en Medicine Escala de Silverman Anderson [Internet]. Pinterest. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.pinterest.com/pin/506092076876449009/>

ANEXOS

Anexo 1 Apendicitis aguda por tumor carcinoide

Muestra de pieza quirúrgica Apendicitis aguda



Imagen 1. Pieza quirúrgica de apendicitis aguda presentado en el caso clínico de la rotación de cirugía. Cabeza de flecha señala punta apendicular, flecha señala base apendicular

Anexo 2 Neoplasia Maligna de vejiga

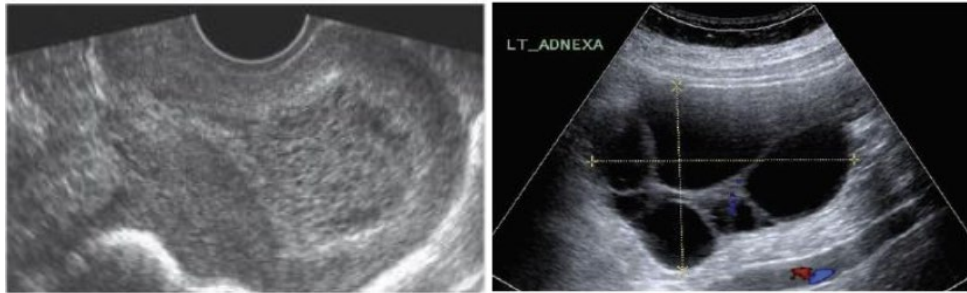
Ecografía RVP



Imagen 2. Ecografía RVP corte sagital de vejiga. Ovoide de contenido homogéneo, se aprecia imagen nodular de 42 mm de diámetro en su interior. Pared vesical de 5 milímetros.

Anexo 3 Mola Hidatiforme

Mola Hidatiforme



En la primera imagen de la izquierda se visualiza la cavidad endouterina ocupada por un signo característico "el panal de abejas" de la mola hidatiforme. A la derecha se visualiza un quiste tecaluteínico.

(33) 1. Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-epidemiology-clinical-features-anddiagnosis?search=mola%20hidatidiforme&source=search_result&selectedTitle=2~48&usage_type=default&display_rank=2

Anexo 1 Exposición Laboral a VIH

Profilaxis post- exposición para la exposición ocupacional al VIH

TABLA 6: Profilaxis post-exposición en la exposición ocupacional al VIH

Esquema de profilaxis post exposición	Dosificación
Caso Fuente: VIH positivo o Serología Desconocida*	
Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg. (FTC) + Lopinavir/ritonavir 200/50 mg. (LPV/rtv)	1 tableta de TDF/FTC (DFC) cada 24 horas + 2 tabletas de LPV/rtv (DFC) cada 12 horas por un periodo de 4 semanas.
Tenofovir 300 mg (TDF) + Lamivudina 150 mg. (3TC) + Lopinavir/Ritonavir 200/50mg.(LPV/rtv)	1 tableta de TDF + 2 tabletas de 3TC cada 24 horas + 2 tabletas de LPV/rtv cada 12 horas por un periodo de 4 semanas.
Caso Fuente: VIH negativo	
No indicar profilaxis post-exposición	

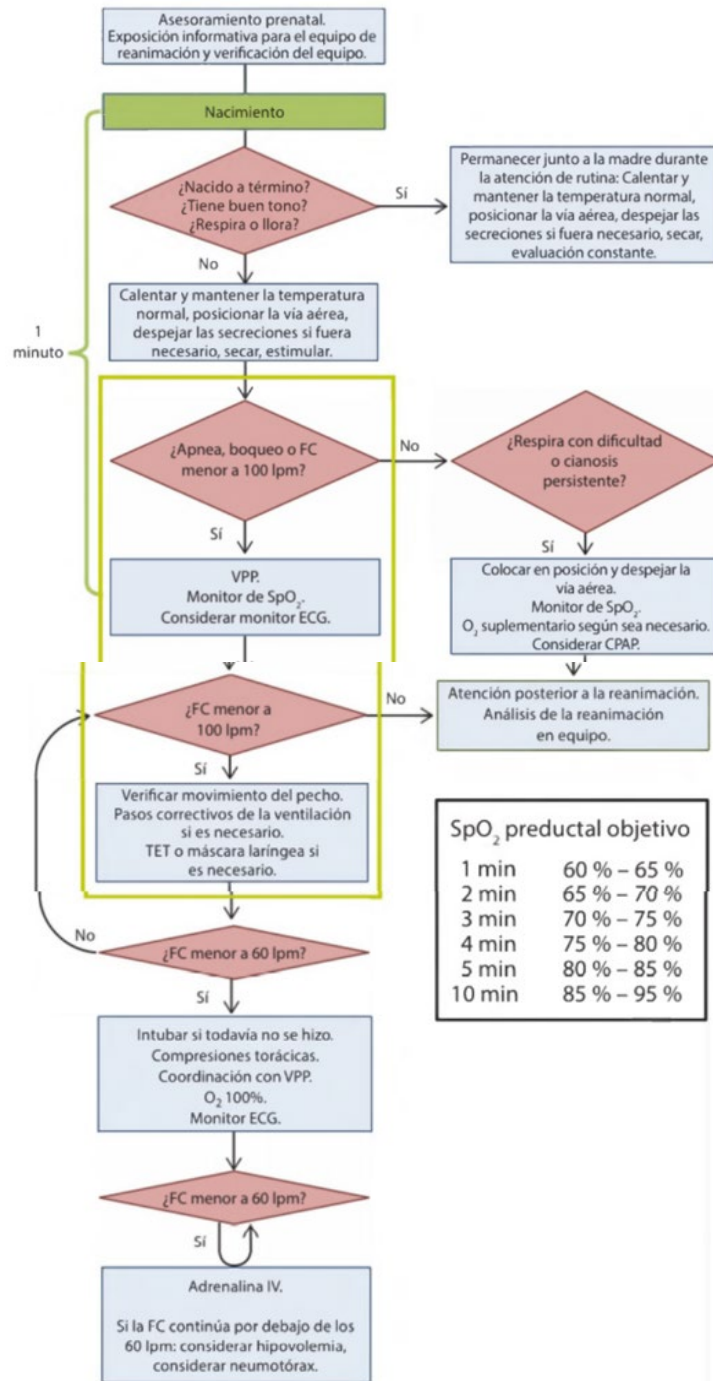
*Indicar profilaxis solo si:

- El accidente ocupacional es severo.
- El caso fuente tiene factores de riesgo para VIH.
- El accidente ocupacional ocurrió en un servicio donde se atienden pacientes con infección por VIH.

(40) MINSA. Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279707-norma-tecnica-de-salud-de-atencion-integral-del-adulto-con-infeccion-por-el-virus-de-inmunodeficiencia-humana-vih>

Anexo 5 Reanimación Neonatal

FLUJOGRAMA de Reanimación Neonatal



(42) 1. Weiner GM, Zaichkin J, Kattwinkel J, American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Reanimación Neonatal [Internet]. 7 ed. 2016 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://ebooks.aappublications.org/content/nrp-neonatal-resuscitation-textbook-spanish-7th-ed>

Anexo 6 Reanimación Neonatal 2

Factores de riesgo perinatal que aumentan la probabilidad de reanimación neonatal

Tabla 2-1. Factores de riesgo perinatal que aumentan la probabilidad de reanimación neonatal

Factores de riesgo previos al parto	
Edad de gestación menor a las 36 0/7 semanas	Oligohidramnios
Edad de gestación mayor o igual a 41 0/7 semanas	Hidropesía fetal
Preeclampsia o eclampsia	Macrosomía fetal
Hipertensión materna	Restricción del crecimiento intrauterino
Embarazo múltiple	Malformación o anomalías fetales significativas
Anemia fetal	Sin atención prenatal
Polihidramnios	
Factores de riesgo durante el parto	
Parto por cesárea de emergencia	Hemorragia durante el parto
Parto asistido con fórceps o ventosas	Corioamnionitis
Presentación de nalgas u otra presentación anormal	Administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas previas al parto
Patrón de frecuencia cardíaca fetal categoría II o III*	Distocia de hombros
Anestesia general en la madre	Líquido amniótico teñido con meconio
Terapia materna con magnesio	Cordón umbilical prolapsado
Desprendimiento de placenta	

(42) 1. Weiner GM, Zaichkin J, Kattwinkel J, American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Reanimación Neonatal [Internet]. 7 ed. 2016 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://ebooks.aappublications.org/content/nrp-neonatal-resuscitation-textbook-spanish-7th-ed>

Anexo 7 Síndrome de Aspiración de Líquido Meconial

Síndrome de Aspiración Meconial



Placa radiográfica de tórax en un neonato. Flecha negra infiltrados gruesos a predominio de hemicampo derecho. Signo radiológico compatible con SALAM.

Anexo 8 Síndrome de Aspiración de Líquido Meconial 2

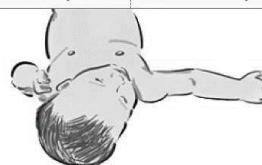
Escala de Silverman Anderson

Escala Silverman-Anderson

Valoración dificultad respiratoria RN



Signos	Puntos		
	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil/abdomen en movimiento	Disociación toraco-abdominal
Tiraje intercostal	No	Leve/apenas visible	Intenso/visible
Retracción xifoidea	No	Leve/apenas visible	Intensa/visible
Aleteo nasal	No	Leve/apenas visible	Intenso/visible
Quejido respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio
0	Sin dificultad respiratoria		
1-3	Dificultad leve		
4-6	Dificultad moderada		
7-10	Dificultad severa		



RN: recién nacido

Lo que presentamos es únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

SPOTLIGHTMed

Escala de Silverman Anderson, usada en Neonatología para valorar el distrés respiratorio de los recién nacidos. Son 5 criterios cada uno puntuado en 0 1 y 2. Interpretación: 0 Sin distrés, 1-3 dificultad leve, 4-6 dificultad moderada, 7 a 10 dificultad severa.

(46) Fuente: Spotlightmed. Pin en Medicine Escala de Silverman Anderson [Internet]. Pinterest. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.pinterest.com/pin/506092076876449009/>

Anexo 9 Imagen Propia

Imagen propia



Fotografía donde se observa a la autora practicando habilidades de intubación endotraqueal en tiempos de pre-pandemia, procedimiento hasta el momento prohibido para los internos de medicina por la pandemia. Rotación de Cirugía General en el HNERM. Lima, Perú 2020.