



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES DURANTE EL
PERÍODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MILAGROS EVELYN VERASTEGUI PORTALES

ASESOR

DR. HENRY GUIJA GUERRA

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MEDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES DURANTE EL
PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MILAGROS EVELYN VERASTEGUI PORTALES**

**ASESOR
DR. HENRY GUIJA GUERRA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Dra. Maritza Gloria Ubillús Arriola De Pimentel

Miembro: Mg. Víctor Hinostraza Barrionuevo

Miembro: Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres Carmen y Cirilo por ser mi mayor motivación para lograr mis objetivos.

A mis hermanos por ser ejemplos de esfuerzo y perseverancia.

A Michael por ser mi apoyo incondicional y constante durante mi carrera.

A Motta por ser mi mejor compañera en las eternas noches de estudio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios por haberme protegido y guiado en todo momento y permitirme hoy estar con salud al igual que toda mi familia.

A mis padres por haber confiado en mí desde el primer día, por el esfuerzo constante que realizan con el fin de lograr mi sueño, por su apoyo, preocupación y su amor infinito.

A mi hermano por haberme enseñado hacer más fuerte y nunca rendirme.

A Michael por estar presente en todo momento, siempre con su apoyo incondicional y ahora acompañarme en esta etapa de mi vida profesional.

Al hospital nacional Sergio E. Bernales por permitirme ser parte de su familia, de igual manera agradecer a cada uno de los asistentes, residentes, internos, personal de salud y colaboradores por ayudar en mi formación tanto profesional y humanístico.

INDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Indice	v
Resumen	ix
Abstract	x
INTRODUCCION	xi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Casos clinicos de medicina interna	2
1.1.1 Caso clinico 1: Diverticulitis aguda con absceso de pared	2
1.1.2 Caso clinico 2: TBC pulmonar	5
1.2 Casos clinicos de gineco-obstetricia	7
1.2.1 Caso clínico 3: Enfermedad inflamatoria pélvica por ureaplasma urealyticum	7
1.2.2 Caso clinico 4: Hemorragia post parto	9
1.3 Casos clinicos de pediatria	12
1.3.1 Caso clínico 5: Ingesta de cuerpo extraño.	12
1.3.2 Caso clinico 6: Síndrome de aspiración de Líquido amniótico Meconial	14
1.4 Casos clinicos de cirugia	16
1.4.1 Caso clinico 7: Apendicitis aguda necrosada	16
1.4.2 Caso clinico 8: Colecistitis aguda necrosada por vólvulo	19

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	22
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	24
3.1 Medicina interna	24
3.1.1 Caso clínico 1: Diverticulitis aguda complicada	24
3.1.2 Caso clínico 2: TBC pulmonar	26
3.2 Gineco-obstetricia	27
3.2.1 Caso clínico 3: Enfermedad inflamatoria pélvica por ureaplasma urealyticum	27
3.2.2 Caso clínico 4: Hemorragia post parto	29
3.3 Pediatría	30
3.3.1 Caso clínico 5: ingesta de cuerpo extraño	30
3.3.2 Caso clínico 6: Síndrome de aspiración de líquido amniótico Meconial	31
3.4 Cirugía general	32
3.4.1 Caso clínico 7: Apendicitis aguda necrosada	32
3.4.2 Caso clínico 8: Colecistitis aguda necrosada por vólvulo	33
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	35
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40
ANEXOS	46
1. Organigrama estructural del hospital Sergio E. Bernales	47
2. Terapia antimicrobiana para EPI en adultos	48
3. Fisiopatología del síndrome de aspiración de meconio	49

RESUMEN

En el capítulo 1 se da a conocer la importancia del internado y se narran dos casos clínicos por cada servicio por el que se roto, teniendo 8 casos en total. En el capítulo 2 se encuentra la descripción del hospital Sergio E. Bernaldes como ubicación, categoría del establecimiento, población objetivo, tamaño de la institución, etc. También se explica cómo afecto la situación de la pandemia del Covid-19 al internado médico.

En el capítulo 3 se aplica los conocimientos aprendidos para poder resolver y explicar cada caso clínico mencionado en el capítulo 2. Se define la patología, el diagnóstico, tratamiento y se desarrolla una breve discusión.

Por ultimo en el capítulo 4 se expresaron todas las dificultades que había en cada servicio por la pandemia como la deficiente distribución de los EPP, la reducción de las horas académicas, el no poder realizar algunos servicios y como se trató de resolver estos problemas.

Objetivo: describir las experiencias adquiridas en cada rotación antes y durante la pandemia durante el periodo de enero 2020 hasta abril 2021.

Metodología: se presentaron y analizaron casos clínicos en función a la medicina basada en evidencias.

Conclusiones: El internado médico de pregrado es una etapa fundamental para el estudio de los médicos, se la considera como una etapa de integración necesaria para que el alumno incorpore todos sus conocimientos en la práctica clínica. La pandemia del COVID-19 en el Perú, ha conseguido evidenciar deficiencias en el sistema de salud que no habían sido atendidas oportunamente.

Palabras clave: internado médico, cirugía general, medicina interna, Ginecología y obstetricia, pediatría, SARS-CoV-2.

ABSTRACT

In chapter 1 the importance of the internship is revealed and two clinical cases are narrated for each service for which it was broken, with 8 cases in total.

Chapter 2 provides a description of the Sergio E. Bernales hospital such as location, category of the establishment, target population, size of the institution, etc. It also explains how the situation of the Covid-19 pandemic affected the medical internship.

In chapter 3 the knowledge learned is applied to be able to solve and explain each clinical case mentioned in chapter 2. The pathology, diagnosis, treatment is defined and a brief discussion is developed.

Finally, in chapter 4, all the difficulties that existed in each service due to the pandemic were expressed, such as the deficient distribution of PPEs, the reduction in academic hours, not being able to perform some services and how they tried to solve these problems.

Objective: to describe the experiences acquired in each rotation before and during the pandemic during the period from January 2020 to April 2021.

Methodology: clinical cases were presented and analyzed based on evidence-based medicine.

Conclusions: The undergraduate medical internship is a fundamental stage for the study of doctors, it is considered as a necessary integration stage for the student to incorporate all their knowledge in clinical practice. The COVID-19 pandemic in Peru has managed to reveal deficiencies in the health system that had not been addressed in a timely manner.

Keywords: medical internship, general surgery, internal medicine, Obstetrics and gynecology, pediatrics, SARS-CoV-2.

INTRODUCCION

El internado médico en el Perú, es fundamental en la formación del alumno de pregrado, que se traduce en las practicas pre-profesionales que realiza el estudiante de medicina en el último año de carrera. Esto le permite intervenir en la supervisión y el manejo de los pacientes, para adquirir experiencia en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diversos problemas de salud. En este periodo, se refuerza lo aprendido en años anteriores, ya que representa un requisito para obtener el título profesional¹.

La Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM) respeto las indicaciones de la Resolución Viceministerial 081-2020-MINEDU y recomendó el retiro de los internos de medicina de los centros de salud, debido a su condición de estudiantes de último año y que no disponían de equipos de protección personal (EPP) y seguros de vida². El 15 de agosto del 2020, se publicó el Decreto de Urgencia N° 090-2020, en el cual se dispuso la reanudación de actividades del internado, que establece derechos temporales con una remuneración mínima vital de 930 soles, EPP y seguro de salud y vida³.

El presente trabajo contiene la experiencia realizada como interna de medicina del hospital Sergio E. Bernales, en el desarrollo de casos clínicos en las rotaciones por los servicios de Medicina interna, Gineco-obstetricia, Pediatría y Cirugía general. También contiene un contexto de como fue el desarrollo del internado antes y después de la pandemia mundial del Coronavirus (Covid-19).

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico se llevó a cabo en el hospital nacional Sergio E. Bernales (HNSEB) que se encuentra ubicado en el distrito de Comas. Al inicio este se realizó de manera regular durante los meses de enero, febrero y marzo, rotando por el servicio de Gineco-obstetricia en sus diferentes áreas.

Esta rotación tuvo un periodo de aproximadamente 2 meses y medio y se vio interrumpida por la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2, en donde para salvaguardar la salud de los internos fueron retirados de la institución.

Al cabo de 6 meses se aprobó el retorno de los internos al hospital, con las medidas de protección adecuada (mascarillas N95, lentes de protección, mandilones, guantes), distribuidos en 2 grupos los cuales asistirían cada 15 días para evitar aglomeraciones y posibles contagios.

Debido a la pandemia se redujo la capacidad de atención por servicios y se priorizó la atención por emergencia y se instalaron áreas COVID dentro del hospital, donde los internos no tenían acceso, pero de igual manera se estuvo expuesto en todo momento al contagio.

A pesar del corto tiempo que nos designaron por servicio, se logró reconocer diferentes patologías que serían de gran utilidad en nuestra formación como médicos. Esto se logró gracias al apoyo de los residentes y asistentes a cargo.

1.1 CASOS CLINICOS DE MEDICINA INTERNA

1.1.1 CASO CLINICO 1: Diverticulitis aguda con absceso de pared

Anamnesis

Varón de 40 años, obrero, fumador ocasional y sobrepeso. Refiere haber acudido a policlínico por fiebre de una semana de evolución, de hasta 40°C, que disminuye parcialmente con paracetamol, además con escalofríos y malestar general. Al persistir los síntomas, es llevado a emergencia del hospital Sergio E. Bernales por pérdida de conocimiento de segundos de duración, recuperada de forma espontánea, sin movimientos tónico-clónicos ni pérdida de control de esfínteres, con persistencia del cuadro febril. En la anamnesis el paciente niega otros síntomas y la realización de viajes recientes.

Antecedentes

Paciente niega antecedentes familiares o personales. Refiere intervención quirúrgica de fístula anal hace 9 años. Niega alergias medicamentosas.

Examen físico

- T°: 39.6°C; PA: 130/70; FC: 110x'. SatO2: 98%. AREG, AREH, AREN. Adecuada tolerancia al decúbito y eupneico a la conversación.
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2". No cianosis, no palidez.
- Cuello y cabeza: No presentaba nódulos tiroides ni bocio. Orofaringe normal. No lesiones cutáneas.
- Sistema linfático: no se aprecia adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, axilares o inguinales.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Tórax / Pulmón: Disminución de murmullo vesicular en bases, resto conservado.
- Abdomen: globuloso, blando y depresible a la palpación, sin masas ni megalias, leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio y flanco derecho. Blumberg (-) y Murphy (-).

- Genito urinario: PPL (-) y PRU (-).
- Miembros inferiores: No edemas, con pulsos pedios conservados y simétricos.
- SNC: Despierto, colaborador, EG 15/15, pupilas isocóricas, normorreactivas. Movimientos oculares conservados. Pares craneales conservados. No pérdida de fuerza ni sensibilidad. No signos meníngeos. No focalidad neurológica. Marcha estable.

Pruebas complementarias

- Hemograma: Hb: 12.5 gr/dl, leucocitos 23.300 (92% PMN; neutrófilos absolutos: 21.020) y plaquetas 200 000 mcl.
- Bioquímica: urea 34 mg/dl, creatinina 1,6 mg/dl.
- Bilirrubina total de 1.5 mg/dl con elevación moderada de transaminasas (GOT: 75 U/L y GPT: 108 U/L)
- PCR de 214 mg/l. Coagulación normal.
- Prueba covid 19: No reactivo
- Examen de orina: sedimento de orina con 15-30 leucocitos/campo y nitritos (-).
- Rx de tórax: Silueta cardiomedial en el límite superior normal, sin condensaciones neumónicas.
- Ecografía abdominal: no muestra alteraciones de interés. Se solicitaron hemocultivos seriados, urocultivo y se inició antibioterapia con ceftriaxona 2gr EV cada 24h.

Impresión diagnóstica

- D/C SEPSIS
- ITU

Evolución

El paciente es hospitalizado, con un cuadro febril persistente a pesar de antibióticos, de predominio vespertino, de hasta 39.5°C. Se recibe avance de resultado de hemocultivo donde se informaba del crecimiento de un bacilo Gram-negativo pendiente de identificación, y además urocultivo negativo.

Se solicitó TAC abdomen con contraste intravenoso donde se observó una lesión hipodensa, mal delimitada, comprometiendo segmentos hepáticos VI y VII con eje cráneo-caudal de aprox. 8,6 cm. No se evidencia alteraciones en vía biliar.

Se agrega metronidazol 500mg EV cada 8h. A los 5 días se informa de crecimiento en hemocultivos de *Bacteroides fragilis*.

El paciente se mantuvo con febrícula pese a antibioterapia dirigida, se decidió drenaje percutáneo con ayuda de radiología intervencionista para evacuar el absceso hepático. Tras el procedimiento, los indicadores inflamatorios descienden y la fiebre desaparece finalmente. Tras hidratación intensiva, la función renal se normaliza.

A los 10 días se realizó nuevo estudio radiológico, no encontrando complicaciones se procedió a la retirada del drenaje.

El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta con antibioterapia oral: ciprofloxacino 500mg VO cada 24 h x 7 días y metronidazol 500 mg VO cada 8h x 7 días.

Diagnostico al alta

- Sepsis grave abdominal: absceso hepático por *Bacteroides fragilis*.
- Insuficiencia renal resuelta.

A los 15 días el paciente reingresa por el servicio de Urgencias refiriendo dolor abdominal de 3 días de evolución, localizado en hipogastrio, además de fiebre de 38°C. Niega molestias urinarias u otra sintomatología. Al examen físico presentaba dolor a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda sin signos de peritonismo con ruidos hidroaéreos presentes.

Dados los antecedentes del paciente se solicitó de forma urgente TAC abdominal con contraste donde se identificó una Diverticulitis aguda con absceso en pared. El paciente es intervenido de forma urgente, sin complicaciones inmediatas.

Diagnóstico final

- Diverticulitis aguda con absceso de pared.

1.1.2 CASO CLINICO 2: TBC pulmonar

Anamnesis

Mujer de 22 años, comerciante, fumadora desde los 15 años de 10 cigarrillos por día, niega otros hábitos tóxicos, refiere tratamiento habitual con anticonceptivos orales. Llega a emergencia presentado cuadro de dolor abdominal difuso de carácter cólico, fiebre cuantificada de 39° C de 3 días de evolución y un episodio de vómitos de contenido alimentario, también padece odinofagia, niega deposiciones líquidas y síndrome miccional.

Antecedentes

Niega antecedentes epidemiológicos, familiar, trabajo y viajes.

Una semana antes había sido atendida en un policlínico, donde le realizaron los siguientes exámenes:

- Hemograma: Hb: 12.7 gr/dl; Hto 39.2, Htes 4.37, Leucocitos 6.5; N 75.4%; Plaquetas 342 000.
- Bioquímica: Glucosa 84, Urea 51, Creatinina 0.7, Sodio 138, Potasio 4.2, Amilasa 95.
- Sedimento urinario negativo
- Rx abdomen y Tórax normales.
- Ecografía abdominal: normal.
- Prueba rápida Covid 19: No reactivo
- Prueba de embarazo: negativa

Ampliación de anamnesis

Profundizando en la anamnesis, refiere tos de forma matutina y lo relaciona con su hábito de fumar, no ha cambiado la coloración de su expectoración, no presenta anorexia ni pérdida de peso, la falta de apetito lo asocia a su trabajo.

Examen físico:

- T°: 38.2 PA 120/70, sat 98% FC: 85x' FR: 25x'
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2". No cianosis, no palidez.
- Cabeza y cuello: no adenopatías, orofaringe con leve hiperemia, no

presencia de exudados amigdalares.

- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- Aparato Respiratorio: murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho y abolido en base, sin estertores. Amplitud torácica disminuida en hemitórax derecho.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, signo de Murphy (-), Blumberg (-).
- El resto de la exploración fue normal.

Impresión Diagnostica:

- Descartar Neumonía adquirida en la comunidad.
- Descartar TBC pulmonar

Plan

Se solicitó Rx tórax urgente, evidenciándose derrame pleural derecho. Se realizó prueba de tuberculina con resultado a las 72 horas.

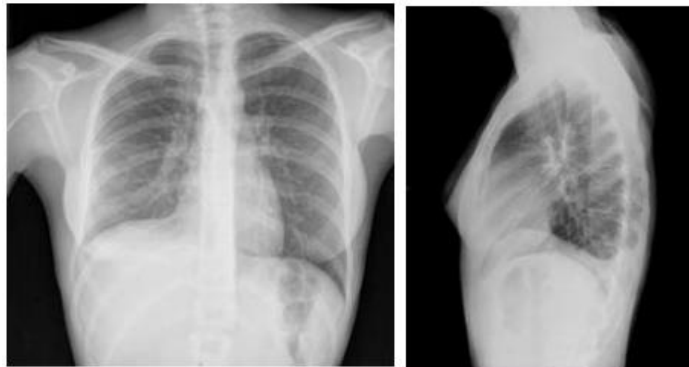


Figura 1: Rx de tórax, evidencia de un derrame pleural derecho

Se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Hemograma: Hb: 12,5 g/L; Hto: 36%; leucocitos: $10.2 \times 10^9/L$; polimorfonucleares: 57%; linfocitos: 42.5%; eosinofilos: 0.5%. La proteína C reactiva (PCR): 20mg/dl.
- Líquido Pleural: aspecto turbio con predominio linfocitario, ADA 79. Examen directo y cultivo negativos para BAAR y otras bacterias.
- Tinción Gram: negativa

- Baciloscopía: negativa.
- Mantoux: 20 mm.

Evolución

Se confirma diagnóstico de TB pulmonar activa. Se inicia tratamiento con 4 drogas: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y Etambutol.

Diagnostico: TBC pulmonar

Tratamiento

- Primera fase: 2 meses (H: isoniacida, R: rifampicina, E: etambutol, Z: pirazinamida) Diario (50 dosis)
- Segunda fase: 4 meses (3H: isoniacida, 3R: rifampicina) tres veces por semana (54 dosis)

1.2 CASOS CLINICOS DE GINECO-OBSTETRICIA

1.2.1 CASO CLÍNICO 3: Enfermedad inflamatoria pélvica por *ureaplasma urealyticum*

Anamnesis

Mujer de 25 años que acude a emergencia por dolor abdominal hipogástrico, punzante, de 4 días de evolución acompañado de 1 a 2 vómitos diarios y sensación de alza térmica no cuantificada, coincidiendo con menstruación, acompañado de aumento de secreción vaginal.

Antecedentes personales

Infecciones del trato urinario de repetición y síndrome depresivo en tratamiento con duloxetina 90 mg cada 24 horas.

Antecedentes ginecológicos: RC: 7/28, G0P0000. Ultimo control de Papanicolaou hace 1 año normal. Dismenorrea frecuente que trata con

AINES. Niega tratamiento con anticonceptivos hormonales. Refiere relaciones sexuales con pareja estable desde hace meses.

Exploración física

- Afebril, buen estado general.
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2". No cianosis, no palidez
- Aparato cardio vascular: ruidos cardiacos rítmicos. No soplos audibles.
- Aparato cardio pulmonar: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Abdomen: Blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo hipogastrio y fosa iliaca derecha con Blumberg (+) y Murphy (-). Peristaltismo conservado.
- Genitourinario: Puño percusión renal bilateral negativa.
- Exploración ginecológica: Genitales externos normales, secreción de aspecto amarillento, dolor a la movilización cervical.
- SNC: despierta LOTEP, EG 15/15, moviliza las 4 extremidades, no signos meníngicos, no signos de focalización.

Pruebas complementarias

- Hemograma: leve leucocitosis con desviación izquierda.
- Prueba de embarazo: negativo.
- Ecografía abdominopélvica: moderada cantidad de líquido libre en espacios perihepático y en pelvis.
- Ecografía endovaginal: Imagen tubárica de 55x90 mm compatible con salpingitis, absceso tubárico y mínima cantidad de líquido libre.
- Días más tarde se obtuvo el resultado del exudado vaginal: se aisló *Ureaplasma Urealyticum*.

Diagnostico

Enfermedad inflamatoria pélvica por *Ureaplasma Urealyticum*

Tratamiento

- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única.
- Doxiciclina 100 mg cada 12h VO.
- Metronidazol 500 mg cada 12 h VO, durante 14 días.
- Paracetamol 500mg VO cada 8h por 3dias.

Evolución

La paciente se recuperó satisfactoriamente tras el tratamiento con antibioterapia y analgesia.

1.2.2 CASO CLINICO 4: Hemorragia post parto

Anamnesis

Paciente mujer de 36 años con 39 5/7 semanas de gestación por ecografía de 1 trimestre, acude a emergencia refiriendo dolor tipo contracción cada 10 min que han ido aumentando en intensidad, niega perdida de líquido, niega sangrado vaginal, niega, náuseas, vómitos, cefalea. Percibe movimientos fetales.

Otros datos

- Grupo y RH O+
- Peso al inicio del embarazo 80 Kg.
- Peso actual 95 Kg.
- Talla: 1.60
- Niega tabaquismo, alcohol en ocasiones antes del embarazo
- Inmunizaciones: completas

Antecedentes

- M: 12años RC: 30-35/4 RS: 15 años PAP: nunca Controles prenatales 8
- G3 P2002
- G1: PV 2015 (3200GR)
- G2: PV 2018 (3100GR)
- G3: Actual (3800Gr)

Exámenes de laboratorios: Normales.

Hemograma

Hb:12.2g Hto 40 Leuc 7.450 Plaquetas 250.000.

Glucosa: 85 mg

Examen de orina

- Aspecto ligeramente turbio
- leucocitos 0-1 p/ campo
- proteínas, gluc, nitritos, bilirrubina negativo
- Gérmenes escasos

Examen físico: AREG, AREH, AREN

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez, no ictericia, no cianosis.
- Sistema linfático: no adenopatías
- Aparato respiratorio: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: AU:37 cm, SPP: LCI LCF: 145X' DU: 3 c/10 min; mov fetales: ++/+++
- TV: D: 6 cm I: 70% AP: +2
- SNC: despierta, LOPEP, EG 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Diagnostico

- G3 de 39 5/7 semanas por eco de IT
- Fase activa de trabajo de parto
- ARO: edad materna avanzada y obesidad

Plan

- Pase a centro obstétrico
- NPO
- CLNA 9% 1000cc 35 gotas x ‘
- Control obstétrico estricto (dinámica uterina y lcf)
- CFV

Evolución

Se le realiza una nueva valoración a las 3 horas de trabajo de parto encontrando dilatación de 8cm con 90% de borramiento. Después de 2 horas se pasa a sala de expulsivo con dilatación y borramiento completo, teniendo un total de 15 horas de trabajo de parto. No se realiza episiotomía ya que se valora un periné muy flexible, después del segundo pujo se obtiene un producto único vivo, que llora y respira al nacer del sexo femenino con un peso de 3900Kg y talla 52cm. Apgar 8/9, silverman 0.

Se atiende el alumbramiento, a los 5 minutos nace la placenta aparentemente completa. La paciente inicia un sangrado importante, procediendo a realizarle una revisión de cavidad, sin embargo, el útero continuo muy hipotónico. Paciente refiere sentir frio y mareos con pérdida del conocimiento, presentando una PA 70/50, se observa palidez y diaforesis, al realizar la cuantificación de sangrado es de aproximadamente 1000 mililitros.

Diagnostico

Puérpera inmediata con shock hipovolémico secundario a hipotonía uterina.

Plan

- Ergometría 0.2 mg IM STAT.
- Colocar vía endovenosa con CNa 9% 1000 cc con oxitocina (20 UI), a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18.
- Canalizar 2da vía CNa 9% 1000 cc, pasar 500 cc a chorro y luego a 30 gotas por minuto.

Evolución

Paciente responde a tratamiento, pero el útero continuo hipotónico y con un sangrado moderado, se realiza masaje bimanual, logrando que el útero se contraiga bien.

Se toman pruebas cruzadas y hemograma para valorar transfusión sanguínea, paciente evoluciona favorablemente.

Pasa a sala de recuperación para monitorización estricta, donde se le coloca sonda Foley, para control de diuresis. Se deja en NPO para cualquier eventualidad. Resultado de hemograma: Hb 10 gr/dl, sin necesidad de transfusión.

Se deja las siguientes indicaciones:

- Continuar fluidoterapia
- Sulfato ferroso 300 mg cada 12h VO
- Paracetamol 500 mg cada 8h VO
- Masaje uterino estricto
- Control de funciones vitales

1.3 CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA

1.3.1 CASO CLÍNICO 5: Ingesta de cuerpo extraño.

Anamnesis

Paciente varón de 6 años que llega a emergencia por sospecha de ingesta de cuerpo extraño, de hace aproximadamente 20 minutos, sin síntomas de dificultad respiratoria o tos. Antecedentes personales y familiares no relevantes.

Examen físico

Signos vitales: FC: 95x'; FR 18x'; T° 36.5 °C; SatO₂: 98%.

Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2". No cianosis, no palidez.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Aparato pulmonar: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: blando poco depresible, RHA (+), doloroso en epigastrio, signo de bumber (-), signo de Mc Burney (-), signo de Psoas (-), signo de rovsing (-).

Impresión diagnóstica

D/c cuerpo extraño.

Plan

Se solicita Radiografía abdominal y se evidencia presencia de cuerpo extraño alojado en antro gástrico.

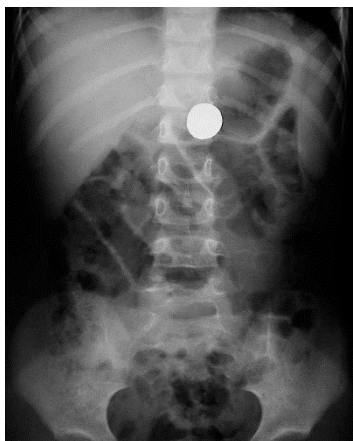


Figura2: Radiografía simple anteroposterior de abdomen obtenida al ingreso, donde se observa una imagen radiopaca alojada en antro gástrico.

Diagnóstico

Ingesta de cuerpo extraño.

Evolución

Tras seguimiento radiográfico se evidenció el tránsito normal del cuerpo extraño hasta su eliminación espontánea de la moneda a las 30 horas. Alta del paciente.

1.3.2 CASO CLINICO 6: Síndrome de aspiración Líquido amniótico Meconial

Anamnesis

Paciente de 39 años de 39 3/7 semanas de gestación que acude al servicio de urgencia por presentar dinámica uterina durante todo el día, pero hace tres horas ha pasado a ser más intensa y dolorosa. Su fórmula obstétrica es G2P0010, con un embarazo de transcurso normal.

Examen físico

Presenta una dilatación de 4 cm., por lo que se procede al ingreso en la unidad de sala de partos para el seguimiento de la dilatación, monitorización y administración de analgesia epidural por deseo de la paciente.

Antecedentes familiares: Padre diabético e HTA. Madre HTA.

Antecedentes personales

- Hipertiroidismo diagnosticado en la gestación.
- No RAMS conocidas.
- Intervenciones quirúrgicas: miomectomía por laparoscopia en 2017.
- Menarquia: 13 años.

FUR: 16/06/2019

FPP: 23/03/2020

FO: G2P0010

Antecedentes obstétricos

Aborto a las 8 semanas.

Medicación actual: ácido fólico y eutirox (levotiroxina) 75 mg.

Analítica del tercer trimestre correcta, serologías negativas.

Exploración y pruebas complementarias

- La exploración física fue la siguiente: Buen estado general, afebril y eupneica.
- Signos vitales: PA: 125/70, FC: 72x', FR: 16x'; T°: 36,5°C.

- Tacto vaginal: cérvix centrado, consistencia blanda, borrado, dilatación 6 cm, cefálica. Membranas íntegras.
- Monitorización: Patrón tranquilizador. Feto reactivo con buena variabilidad. Línea Basal 135 lpm. Ausencia de desaceleraciones.
- Dinámica Uterina regular.

Evolución del parto

La paciente nos expresa un reflejo de pujo con cada contracción, lo que nos hace sospechar de una presentación posterior.

A la media hora se produce la rotura espontánea de membranas con líquido escaso y sanguinolento. En el transcurso de 4 horas la dilatación se completa, la presentación sigue siendo posterior, con asinclitismo. La paciente no puede evitar pujar en algunas contracciones. Tras un expulsivo prolongado nace un varón de 3.750 g. por parto eutócico presentando meconio espeso.

El RN realiza un primer llanto y se coloca con la madre piel con piel, tras su secado y valoración. A los pocos segundos se corta el cordón umbilical al observarse que pierde tono, está cianótico y no llora. Se inician maniobras de reanimación y se avisa al pediatra de guardia quien lo traslada a la UCIN.

Diagnostico

RN con Síndrome de aspiración Líquido amniótico Meconial

Evolución recién nacido

Exploración: Peso 3750g. Longitud 54 cm PC: 37.5 cm.

Constantes: T° 36.5 C° FC: 130 lpm Sat: 93% (con FiO2 50%) FR 80 rpm. pH

Tras nacimiento: 7,25

Inmediatamente se aprecia aleteo nasal, tiraje subcostal y supraesternal y quejido (Silverman 8) por lo que se le administra surfactante intratraqueal a los pocos minutos de vida y se conecta a CPAP 8 con FiO2 100%.

Rx de tórax se aprecia patrón compatible con Síndrome de Aspiración Meconial. A pesar de las medidas persiste la taquipnea de hasta 80 rpm, por lo que se decide intubarlo y se conecta a ventilación mecánica en modalidad PC (control de presión) con presión de distensión continua al final de la espiración (PEEP) 5, Pico de presión inspiratoria (PIP) 22, FiO2 50%. Con

este soporte mantiene buena oxigenación, pero presenta mucha polipnea que provoca atrapamiento aéreo, por lo que se inicia sedoanalgesia con fentanilo y midazolam con mejoría del cuadro clínico. La sedación se retira tras 48 horas de tratamiento, y el paciente se extuba 12 horas después sin incidencias, manteniéndose estable con oxigenoterapia a 2 l. por sonda nasal.

Desde su extubación presenta un trabajo respiratorio que va empeorando de forma progresiva hasta tener que colocarle CPAP nasal que mantiene durante 11 días de vida. Desde entonces precisa oxigenoterapia en cánulas binasales hasta los 12 días de vida.

Tratamiento

Se trata con ampicilina 60mg cada 8 horas y gentamicina 15mg cada 24 horas durante 10 días, la primera analítica muestra signos de infección (PCR: 81.7 mg/l). Todos los cultivos resultan negativos.

Alimentación: Al ingreso de deja a dieta absoluta, con sueroterapia y permite inicio de nutrición enteral al tercer día de vida con buena tolerancia, permitiendo aumentar progresivamente los aportes por SNG. Inicia alimentación por tetina a los 12 días de vida. Se intenta que sea leche materna.

El recién nacido tras su alta presenta un desarrollo normal y sin aparentes secuelas.

1.4 CASOS CLINICOS DE CIRUGIA

1.4.1 CASO CLINICO 7: Apendicitis aguda necrosada

Anamnesis

Paciente varón de 18 años ingresa por emergencia el día 10 de abril del 2021, con periodo de enfermedad de 10 horas, presentando dolor abdominal que inicia en epigastrio y migra hasta fosa iliaca derecha, se agregan vómitos de contenido alimenticio en 5 oportunidades, además refiere 2 deposiciones líquidas e hiporexia. Niega fiebre.

Antecedentes

Refiere haber acudido a clínica particular, donde calman dolor con metamizol EV, pero dolor reaparece y decide ingresar por la emergencia en el HSEB.

Funciones vitales

T:37°C, PA: 110/70 mmHg, FC: 85 x', FR: 18x', sat O2: 97%

Examen físico: AREG, AREH, AREN

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez, no ictericia, no cianosis.
- Sistema linfático: no adenopatías
- Aparato respiratorio: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: blando, poco depresible, RHA (+), doloroso en FID, signo de bumberg (+), signo de Mc Burney (+), signo de psoas (+), signo de rousing (+)
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: despierto, activo, colaborador, LOtep, EG 15/15. No signos meníngeos, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica

Sd. doloroso abdominal: descartar Apendicitis aguda

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leu:13.32 Hb: 13.40 Hcto: 40.20 plaq: 224.00 Abast:0 Seg: 9.08.
- Perfil de coagulación: TC:6'00 TS:2'00 TP: 17.5 INR:1.24 TTPA: 31.3
- Bioquímica: Gluc:103, Urea:21, Creat: 0.77
- Grupo y factor: O+
- Examen completo de orina: amarillo transparente, d:1.015 elementos anormales negativo, sedimento: leu: 0-2 xc cél. epiteliales: escasas.

- SARSCOV19 IgM no reactivo IgG no reactivo. HIV negativo.

Plan

- NPO
- Ceftriaxona 2gr EV c/24h
- Omeprazol 40mg EVc/24h
- CFV c/8h + BHE
- Se programa para SOP

Reporte operatorio

Diagnostico post operatorio: Apendicectomía abierta por apendicitis aguda necrosada



Figura 3: Apendicectomía abierta

Hallazgos

- Apéndice cecal de 10 x 1.5 cm necrosada en 1/3 medio, ligadura de base indemne a muñón libre
- Liquido inflamatorio de +/- 300 cc en fondo de saco, interasas y FID

Post operatorio 16 horas

Paciente refiere leve dolor en herida operatoria, niega nauseas vómitos, cefalea, elimina flatos. Al examen físico abdomen blando depresible RHA (+) leve dolor a la palpación profunda a nivel de FID. Paciente con signos vitales estables, afebril al momento de la visita

Plan

- Tolerancia oral, dieta líquida
- Dextrosa 5% 1000cc, EV a 35 gotas; NaCl 20% 1 amp; KCl 20% 1 amp
- Ciprofloxacino 400mg EV cada 12h
- Metronidazol 500 mg EV cada 8h
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8h
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8h
- Ranitidina 50 mg EV cada 8h
- CFV cada 8h

Post operatorio segundo día

Paciente no refiere molestias, niega náuseas, vómitos, cefalea, tolera la vía oral, realiza deposiciones, elimina flatos, afebril. Al examen físico abdomen: blando depresible RHA (+) no doloroso a la palpación profunda a nivel de FID. HO: de bordes bien afrontados, no signos de flogosis. Paciente con signos vitales estables, ventilando espontáneamente sin apoyo de O₂.

Plan

- Alta hospitalaria
- Descanso médico por 7 días
- Control por consultorios externos en 7 días (retiro de puntos)
- Ciprofloxacino 500mg VO cada 12h por 7 días
- Metronidazol 500mg VO cada 8h por 7 días
- Paracetamol 500mg VO cada 8h por 3 días

1.4.2 CASO CLINICO 8: Colecistitis aguda necrosada por vólvulo

Anamnesis

Paciente de 70 años ingresa por emergencia por dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo cólico con 4 días de evolución, que inicia después de la ingesta de alimentos, aumentando progresivamente en intensidad. Posteriormente el dolor migra al mesogastrio y flanco derecho irradiado a región lumbar derecha,

con náuseas, escalofríos, vómitos y cefalea. Refiere trastornos digestivos provocados por dispepsia y trastornos en el hábito evacuatorio.

Antecedentes

Hipertensión arterial, litiasis vesicular de aproximadamente 35 años de evolución, niega alergia a medicamentos.

Examen físico

- Abdomen: globuloso, dolor a la palpación profunda a nivel de mesogastrio e hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos presentes y normales. Se palpa masa tumoral de gran tamaño ubicado en flanco derecho, de consistencia dura, poco movable y dolorosa con discreta defensa muscular involuntaria.
- Cardiovascular: PA 130/80 mmHg con frecuencia cardíaca de 96 latidos/min.
- No presentó alteraciones en los exámenes restantes.

Exámenes complementarios

- Laboratorio: Hb:11.3 Hto: 35.6 leucocitos:16,9 con neutrófilos (90%). Resto de exámenes normales.
- Ecografía abdominal: Vesícula biliar distendida de paredes engrosadas (7mm) con doble contorno, múltiples litiasis en su interior, presencia de líquido perivesicular, de asa fija próxima a la vesícula.
- Prueba covid 19: No reactivo

Diagnostico

- Litiasis vesicular d/c colecistitis aguda
- HTA por HCL

Plan

- NPO
- Ceftriaxona 2gr EV cada 24h
- Omeprazol 40mg EV cada 24h
- Metamizol 1.5 gr EV PRN a dolor

- CFV c/8h + BHE

Evolución

No presento mejoría después de 24 horas, se mantuvo el dolor abdominal y aumento la leucocitosis, por lo que se intervino quirúrgicamente de emergencia.

Reporte operatorio

Laparotomía de urgencia con incisión de Kocher derecha y se evidencio una vesícula biliar muy edematosa, con aumento de volumen, de color violáceo, típicamente necrótica por isquemia, no perforada, volvulada sobre su mesenterio en un ángulo de 360°.

Se realizó colecistectomía sin dificultad y se evidenció abundante cantidad de cálculos en su interior. La paciente evolucionó favorablemente y se le dio el alta médica al tercer día de operada. Posteriormente asistió a 2 consultas en el hospital y se le dio el alta al mes de operada.

Diagnóstico definitivo

Colecistectomía convencional por colecistitis aguda necrosada por vólvulo



Figura 4: laparotomía de urgencia con hallazgo de vesícula biliar muy edematosa, necrótica por isquemia, volvulada sobre su mesenterio 360°.

Figura 5: cálculos vesiculares

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, se encuentra a la altura del kilómetro 14 de la Avenida Túpac Amaru, a explanada de la Huaca de “Los Kollis” perteneciente a la cultura del mismo nombre; en el distrito de Comas, Provincia Lima y Departamento de Lima, a una altitud de 200 msnm⁴.

Ocupa un área de terreno inicial: 606.285,52 m² y área construida: 16.833,33 m². Con un sótano de 189 m², primer piso de 15.201 m², segundo piso de 1.443,33 m², área entre construcciones de 8.358,90 m². Cuenta con 3 vías de accesibilidad como la avenida Túpac Amaru, avenida Universitaria y la carretera a la Provincia de Canta.

El hospital brinda servicio a población directa que vive en los distritos de Carabaylo, Comas e Independencia, con una población total de 1 078 333 habitantes. A su vez atiende a población indirecta de las provincias de Huaral y Canta pertenecientes a la región Lima. También recibe pacientes de la región de San Martín y Huánuco.

El Hospital atiende pacientes de tres microrredes de salud tales como Santa Luzmila, Collique III y Carabaylo. Recibe la referencia de pacientes de 16 centros de salud y 15 puestos de salud.

Este cuenta con categorización nivel III-1 según Resolución Directoral N° 502-DG-DESP-DISA-III-LN-2005, antes de la pandemia contaba con todos los

servicios a disposición de la población como por ejemplo área de hospitalización en Medicina interna, cirugía, Gineco-obstetricia y pediátrica con alrededor de 336 camas, en la unidad de servicios de cuidados críticos con aproximadamente 60 camas en anestesiología y centro quirúrgico con casi 11 camas, además se realizaba atención en consultorios externos en todas las especialidades y por su puesto el área de emergencia atendiendo las 24 h del día (Ver Anexo 1).

En junio del 2020 el hospital Sergio Bernales inauguro un centro de atención y aislamiento para pacientes Covid-19, contando con 48 camas con un sistema de implementación de oxígeno. Además, se cuenta con 30 camas del Área Crítica de Emergencia, teniendo un total 78 camas, sin contar con las que ya tenían al interior del hospital que suman 52 más, haciendo un total de 130 camas⁵.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 MEDICINA INTERNA

3.1.1 CASO CLINICO 1: Diverticulitis aguda complicada

Definición: Los divertículos son herniaciones de porciones de la parte interna (mucosa) de la pared de este órgano, que emergen a través de su capa muscular, formándose como pequeñas dilataciones en la pared del intestino grueso. Hasta el 95% asientan en la sigma⁶. La mayoría de las personas con Diverticulosis no presenta síntomas ni problemas. Pero cuando estos se inflaman genera Diverticulitis que puede involucrar una perforación o una microperforación. La Diverticulitis complicada es producto de una inflamación asociada a un absceso, flemón, fístula, obstrucción, sangrado, o perforación⁷. Los pacientes de 50 años a mas representan el 80% de los casos⁸.

Diagnóstico y tratamiento: La confirmación diagnóstica, que además permite excluir otro tipo de enfermedades, se hace mediante una radiografía con contraste introducido por el ano (enema opaco), o por una endoscopia digestiva baja (colonoscopia)⁶.

La Diverticulitis aguda no complicada puede ser tratado de forma ambulatoria, con antibióticos orales, abarcando a los microorganismos Gram negativos aerobios y anaerobios. Aquellos que sean recurrentes deberán ser intervenidos quirúrgicamente⁹.

En casos complicados con compromiso vital se requerirá una intervención quirúrgica inmediata. El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es la resección del segmento colónico que incluya la perforación y la creación de una colostomía proximal⁹.

Discusión del caso clínico: Encontramos un paciente que cursa con un cuadro febril de dos semanas de evolución de hasta 39°C, de predominio vespertino, taquicardia, y aumento de reactantes de fase aguda, confirmando que este paciente presentaba un cuadro de sepsis grave a descartar origen. El resultado del urocultivo fue negativo por lo que se descartó el foco urinario, además se realizó una ecografía abdominal con resultado normal sin embargo había alta sospecha de que ese fuese el origen, por lo que se optó por solicitar una TAC, en donde se logró visualizar el problema y posteriormente derivarlo a cirugía para su tratamiento.

Según la guía de práctica clínica de Diverticulitis colónica del hospital nacional Cayetano Heredia 2013, la TAC es el examen de elección para el diagnóstico de Diverticulitis aguda y se propuso una clasificación según los hallazgos.

Clasificación tomográfica de Ambrosetti	
Diverticulitis leve	Diverticulitis severa
Engrosamiento localizado de la pared del colon sigmoides (menos a 5 mm) Inflamación de la grasa pericólica.	Abscesos Aire extraluminal Contraste extraluminal

Tabla 1: clasificación tomográfica de Ambrosetti. Fuente: guía práctica clínica de Diverticulitis colónica del hospital nacional Cayetano Heredia 2013.

El paciente presentaba Diverticulitis aguda con absceso de pared por lo que se clasificaría como una Diverticulitis severa. Para esta clasificación el tratamiento a seguir es con radiología intervencionista y/o tratamiento quirúrgico de emergencia. Al paciente se realizó dicho procedimiento¹⁰.

3.1.2 CASO CLINICO 2: TBC pulmonar

Definición: La tuberculosis es una enfermedad pulmonar contagiosa que se transmite a través de aerosoles al hablar, toser, estornudar. No todos los individuos infectados con bacilos de Koch presentan síntomas. El sistema inmunitario puede eliminar o aislar bacilos de la tuberculosis, pudiendo éstos mantenerse en estado latente durante años. Si el sistema inmunitario no logra controlar la infección por los bacilos de Tuberculosis, éstos se multiplican, produciendo la forma activa de la enfermedad¹¹.

Diagnóstico y tratamiento: Todo paciente que presente tos con expectoración persistente por dos semanas o más, fiebre, especialmente si se incrementa en las noches, tos con expulsión de sangre (flema con sangre), pérdida de apetito y baja de peso, sudor durante la noche, dolor de pecho o debilidad y cansancio constante. deberá acercarse al centro de salud para ser evaluados y además realizarse algunos exámenes como: baciloscopía, cultivo de esputo, Rx de tórax, Prueba cutánea de la tuberculina o PPD para la confirmación de la enfermedad¹².

Esquemas de tratamiento antituberculosos:

1. Esquema TBC sensible: 2RHEZ / 4R3H3: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E), es la terapia de primera línea para personas con tuberculosis sin antecedentes de tratamiento antituberculoso previo o, si lo recibieron, éste fue por menos de treinta días consecutivos. Este esquema debe ser administrado 6 meses, dividido en dos etapas: Primera fase de 50 dosis (diario de lunes a sábado con RHEZ) y segunda fase de 54 dosis (intermitente, 2 veces por semana, con RH)¹³.
2. Esquema TBC resistente: primera fase: 6 – 8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario y la segunda fase: 12 – 16 meses (EZLfxEtoCs) diario¹⁴.

Discusión del caso: El primer contacto con el bacilo causa en el organismo la inmunidad celular protectora y la hipersensibilidad celular retardada. Esta

última se manifiesta por la prueba de tuberculina, la cual puede conservarse positiva, incluso durante toda la vida del paciente. En las primeras fases del contacto, sólo un 5% de las personas presentan algún tipo de síntomas que son inespecíficos.

Los síntomas que se presentan tras la primoinfección son principalmente de tipo constitucional y respiratorio. Es frecuente la astenia, la pérdida de peso, la fiebre y la sudoración nocturna. La tos es el síntoma respiratorio más común, acompañado en ocasiones de expectoración hemoptoica¹⁵.

En este caso los síntomas que la paciente presentaba no eran específicos por lo que se realizó una anamnesis exhaustiva buscando otros síntomas, además de una exploración física. Por esta razón se solicitó una nueva Rx de tórax y exámenes de laboratorio. A pesar de que hubo baciloscopía negativa se tuvo alta sospecha de TBC por los resultados que mostró la Rx, el examen de líquido pleural alterado y la sintomatología que refería la paciente. Se le dio tratamiento de acuerdo a la norma técnica de salud para el control de tuberculosis.

3.2 GINECO-OBSTETRICIA

3.2.1 CASO CLINICO 3: Enfermedad inflamatoria pélvica por *ureaplasma urealyticum*

Definición: La enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) es una infección polimicrobiana del tracto genital femenino superior: el cuello uterino, el útero, las trompas uterinas o de Falopio y los ovarios; puede formarse un absceso. La EPI puede transmitirse por vía sexual. Signos y síntomas comunes son el dolor abdominal bajo, la presencia de flujo cervical y el sangrado vaginal irregular¹⁶.

Diagnóstico y tratamiento: La EIP es una entidad compleja y difícil de diagnosticar debido a la falta de especificidad de sus síntomas y signos. se

recomienda iniciar tratamiento antibiótico en aquellas pacientes con dolor abdominal en las que está presente en la exploración al menos uno de los siguientes criterios mínimos: Dolor a la movilización del cuello uterino, dolor a la palpación anexial y dolor / sensibilidad uterina¹⁷.

Se recomienda utilizar antibióticos de amplio espectro que cubran *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* hasta completar 2 semanas de tratamiento. Se asociará cobertura para gérmenes anaerobios en casos especiales como: absceso pélvico, detección de *Trichomonas vaginalis*, vaginosis bacteriana, antecedente de instrumentación ginecológica, cuadro moderado a grave¹⁸ (Ver Anexo 2).

<p>PRIMERA ELECCION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 250 mg IM dosis única + Doxiciclina 100 mg c/12h VO +/- Metronidazol 500mg c/12h VO, durante 14 días. - Cefoxitin 2 g IM + Probenecid 1g VO dosis única + Doxiciclina 100 mg c/12h VO +/- Metronidazol 500 mg c/12h VO, durante 14 días. - Ofloxacino 400 mg c/12h o Levofloxacino 500 mg c/24h VO + Metronidazol 500 mg c/12h VO, durante 14 días. No de elección cuando exista sospecha de gonococo por la elevación del incremento de resistencia a quinolonas.
<p>ALTERNATIVOS (no de primera elección)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 250 mg IM dosis única + Azitromicina 1 g a la semana durante 2 semanas. - Moxifloxacino 400 mg c/24h durante 14 días. No de primera elección por RAM hepático y riesgo cardíaco (QT largo).

Tabla 2: Recomendaciones para el tratamiento oral de la enfermedad inflamatoria pélvica. Fuente: Revista chilena de obstetricia y ginecología, 79(2), 115-120.

Discusión del caso: En esta paciente hemos encontrado una EPI causada por un germen que no es habitual, *Ureaplasma Urealiticum*. Es importante realizar seguimiento a estas pacientes, ya que puede presentar importantes complicaciones como Infertilidad tubárica, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico. En este caso al tratarse de una mujer joven, debemos explicarle que es una enfermedad de transmisión sexual, compartiendo las medidas que debe tomar para evitar nuevos episodios y a su vez advertirle la necesidad de tratar a su pareja.

3.2.2 CASO CLINICO 4: Hemorragia post parto

Definición: Hemorragia postparto precoz: Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea. mientras que la tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo¹⁹.

Etiología:

- **Hemorragia postparto:** Atonía uterina, Retención de restos o alumbramiento incompleto, Lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas), Inversión uterina, Coagulación intravascular diseminada.
- **Hemorragia postparto tardía:** Retención de restos, Sub involución uterina.

Diagnóstico y tratamiento: El diagnóstico suele ser evidentemente clínico: sangrado por vía vaginal de moderada a grave, hipotensión, taquicardia, oliguria, taquipnea, palidez, alteración del estado de conciencia.

Perdida de volumen en % y mi en mujer de 50-70 kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	TA sistólica (mm Hg)	Grado del choque	Requiere transfusión
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	AUSENTE	Usualmente NO
16-25% 1001-1500 ml	Normal o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	LEVE	POSIBLE
26-35% 1501-2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-79	MODERADO	Usualmente REQUIERE
>35% >2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración, más llenado capilar >3 s	>120	<70	GRAVE	Probable transfusión masiva.

Tabla3: Diagnóstico y Clasificación del grado de choque hipovolémico. Fuente: Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación científica CLAP/SMR 1964. OPS, 2012.

Para el tratamiento de HPP se debe identificar signos de alarma, colocar vía endovenosa segura con CNa 9% 1000 cc con oxitocina 20 UI o 2 ampollas de 10 UI, de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso número 18. Si persiste el sangrado, colocar segunda vía solo con CNa 9% 1000 cc, administrar 500 cc a chorro y luego 30 gotas por minuto. Continuar con masaje uterino externo y bimanual, se debe realizar constante monitoreo estricto de funciones vitales y de los signos de alarma. si se encuentra personal profesional capacitado realizar extracción digital de coágulos del útero y si se evidencia desgarro del canal del parto realizar sutura²⁰.

Discusión del caso: El manejo activo del alumbramiento, en comparación con el fisiológico, conlleva a un menor índice de hemorragia posparto, menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas.

En este caso el personal de salud identifica los signos y síntomas de alarma, con los cuales se da inicio al masaje uterino y la fluidoterapia precoz incluyendo oxitócicos. Debido a esta oportuna intervención, la paciente responde satisfactoriamente al tratamiento y manteniéndola en observación hasta estabilización de signos vitales.

3.3 PEDIATRIA

3.3.1 CASO CLÍNICO 5: ingesta de cuerpo extraño

Definición: La ingesta de cuerpos extraños es un accidente muy frecuente en niños. Un diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyen la morbilidad y la estancia en un centro de salud.

Un 80% del total de cuerpos extraños ingeridos son eliminadas por las heces.

Existen condiciones anatómicas que facilitan la obstrucción de los cuerpos extraños. Por ejemplo, en el esófago, que es un órgano poco adaptable y con estrecheces fisiológicas, principalmente a nivel de músculo cricofaríngeo, impronta aórtica y unión esofagogástrica. Cuando ya pasaron el esófago, las

posibilidades de retención a nivel del píloro o de la válvula ileocecal disminuyen²¹.

Diagnóstico y tratamiento: Cuando el cuerpo extraño se encuentra a nivel del esófago puede producir dolor retroesternal, disfagia, odinofagia, regurgitación y sialorrea. Si se produce una perforación esofágica, aparecerá dolor, enfisema subcutáneo, fiebre e incluso cuadro séptico. En niños pequeños puede haber estridor y tos. Hay que tener en cuenta que existe riesgo de aspiración, perforación y formación de fístulas. El tratamiento es con endoscopia, permitiendo identificar el objeto, evaluar el estado de la mucosa subyacente y verificar si se ha producido alguna complicación²².

Discusión de casos: Dada la carencia de síntomas lo más correcto fue realizar un control radiográfico a las 6 horas, tiempo en el que el 50% de los cuerpos extraños pasan al estómago. Aunque pueden existir complicaciones si estos son retenidos en el esófago, la remoción inmediata está indicada solo en pacientes sintomáticos con tos, estridor, dificultad respiratoria, sialorrea y disfagia. De modo que una opción a la endoscopia urgente, puede ser un período de conducta expectante con radiografías repetidas.

En este caso a través de las RX control se pudo ver el descenso del cuerpo extraño y su posterior eliminación. Paciente fue dado de alta sin complicaciones.

3.3.2 CASO CLINICO 6: Síndrome de aspiración de líquido amniótico Meconial

Definición: Es un cuadro clínico de dificultad respiratoria en el recién nacido a término y post termino por presencia de líquido amniótico meconial debajo de las cuerdas vocales, debido a la aspiración de líquido amniótico teñido con meconio al momento de la primera respiración o intrauterino. Debido al incremento de la peristalsis intestinal y relajación el esfínter anal puede ser causado por cuadros infecciosos, hipoxia o estimulación vagal producida por esporádicas o repetitivas compresiones del cordón²³ (Ver Anexo 3).

Diagnóstico y tratamiento: Aspiración del meconio procedente del árbol traqueobronquial, radiografía de tórax acorde con SALAM²³.

Discusión del caso: La expulsión de meconio puede deberse a un aumento del peristaltismo por madurez fetal y la relajación del esfínter anal por una compresión del cordón umbilical o por un aumento del tono simpático por hipoxia. El SAM puede presentarse con diversos grados de severidad, desde dificultad respiratoria leve hasta amenazar la vida. Es una emergencia obstétrica que eleva el índice de morbilidad de los recién nacidos.

En este caso no se evidenció el meconio hasta después de la salida de la cabeza fetal, además la monitorización en todo momento fue satisfactoria sin indicar hipoxia o sufrimiento fetal.

La atención del RN nacido fue oportuna iniciando las maniobras de reanimación y su posterior derivación a UCIM y siguiendo las medidas adecuadas según la guía de práctica clínica del diagnóstico y tratamiento de Sd. de aspiración Meconial del instituto nacional materno perinatal año 2018.

3.4 CIRUGIA GENERAL

3.4.1 CASO CLINICO 7: Apendicitis aguda necrosada

Definición: Es un proceso inflamatorio focal agudo del apéndice cecal, cuya causa específica no se puede establecer en gran parte de los casos, siendo principalmente obstructivo²⁴.

Diagnóstico y tratamiento: Habitualmente el dolor se sitúa en epigástrico o periumbilical y luego se traslada a la fosa ilíaca derecha, pudiendo variar según la localización topográfica del apéndice: ilíaca, pelviana, subhepática, retrocecal. La secuencia clínica de dolor en fosa ilíaca derecha, náuseas o vómitos y fiebre es muy característica y se conoce como tríada de Murphy²⁵.

El diagnóstico de apendicitis se da a través de la anamnesis, el examen físico, exámenes de laboratorio y estudios de imágenes. Según estudios el manejo quirúrgico es el tratamiento de elección en este tipo de pacientes²⁶.

Discusión del caso: en el caso presentado le paciente ingresa con signos y síntomas sugestivos de apendicitis, al realizar la exploración física se hallan puntos dolorosos compatibles con la enfermedad y luego de realizado los exámenes auxiliares se confirma el diagnóstico, siendo programado de emergencia para una apendicetomía. El paciente tolera el acto quirúrgico y pasa a recuperación con una evolución favorable por lo que al segundo día es dado de alta

3.4.2 CASO CLÍNICO 8: Colecistitis aguda necrosada por vólvulo

Definición: La colecistitis aguda es una de las complicaciones de la colelitiasis, provocado por la obstrucción persistente del conducto cístico. Es un cuadro clínico con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, con o sin fiebre, náuseas y/o vómitos, que en el examen físico presenta dolor y signo de Murphy positivo²⁷.

Diagnóstico y tratamiento: Sospechar de colecistitis aguda en pacientes que reúnan un criterio A más un criterio B de los criterios de Tokyo Guidelines 2018²⁸.

CITERIOS DE TOKIO 2013
<p>A. Signos locales de inflamación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Signo Murphy 2. Masa, dolor, sensibilidad en cuadrante superior derecho <p>B. Signos sistémicos de inflamación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre 2. PCR elevado 3. Leucocitos elevados <p>C. Hallazgos de imágenes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hallazgos de imágenes característicos de colecistitis aguda
Sospecha diagnóstica: Un ítem A + un ítem B
Diagnóstico definitivo: Un ítem A + un ítem B + C

Tabla 4: Criterios diagnósticos de colecistitis aguda. Fuente: TG18/TG13

El tratamiento actual recomendado es la colecistectomía. Respecto de la temporalidad de esta cirugía, actualmente se recomienda realizar esta cirugía en el mismo episodio de la colecistitis (o hasta los 7 a 10 días) en la mayoría de los pacientes. Esta cirugía se realiza vía laparoscópica y en caso de no estar disponible o no poder realizarse por esta vía se realizará un abordaje mediante laparotomía²⁹.

Discusión del caso: el vólvulo vesicular es una enfermedad que se encuentra habitualmente durante el acto operatorio realizado por otro diagnóstico (colecistitis, apendicitis). Se origina cuando la vesícula biliar rota a lo largo del eje del conducto cístico y el pedículo vascular. Es más frecuente en el 80% de pacientes seniles y predomina en las mujeres. Su presentación es de un cuadro de dolor agudo de abdomen, diagnóstico que requiere de un tratamiento quirúrgico de emergencia. Generalmente, tiene buen pronóstico cuando el diagnóstico se realiza a tiempo³⁰.

En el caso presentado la paciente ingresa con signos y síntomas sugestivos de colecistitis aguda, teniendo como antecedente litiasis vesicular. Al realizar el examen físico llama la atención masa tumoral de gran tamaño en hipocondrio derecho, se solicita estudio ecográfico, confirmando el diagnóstico. Por tal motivo se realiza laparotomía exploratoria de urgencia donde se encontró como hallazgo incidental vesícula volvulada, finalmente realizan colecistectomía sin complicaciones. Paciente evoluciona favorablemente.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico se dio inicio con el servicio de Gineco-obstetricia, con un total de 30 alumnos de la universidad USMP, distribuidos en diferentes servicios como: centro obstétrico, donde se desarrollaron habilidades para el manejo pre y post parto, gracias al apoyo y enseñanza de los doctores; también el área de hospitalización donde se daba monitoreo tanto a la madre como el producto, tratando diferentes patologías que pudieran ocurrir en el transcurso del embarazo, así mismo se brindó atención a la puérpera, ya sea parto vaginal o parto por cesárea, haciendo seguimiento y explicando sobre los cuidados que debía seguir; el área de emergencia, donde se atendía de manera precoz para salvaguardar la vida de la madre y el producto. Algunos casos pasaban al área de observación, evolucionando satisfactoriamente continuando su tratamiento en casa para completar su gestación, mientras que otros requerían cesárea de emergencia para no comprometer la vida del feto. Era frecuente que jóvenes acudían por sangrado vaginal tras la ingesta de pastillas para abortar en donde se debía realizar un legrado.

Fueron 2 meses y medio donde asistíamos diariamente y al cabo de un periodo rotábamos por las diferentes áreas.

A fines de marzo del 2020, inició la pandemia del Covid-19 y por disposición del Estado, retiraron a todos los internos de los centros de salud y a toda población vulnerable. Al cabo de 6 meses permitieron el retorno de los internos a sus centros de salud, era un panorama totalmente distinto al que habíamos dejado hace algunos meses atrás. Teníamos que portar indumentaria especial para atender a los pacientes y a su vez poder protegernos del contagio del virus.

Retomamos el internado medico divididos en 2 grupos con 15 internos respectivamente, con un periodo de 15 días por cada grupo. Esto fue un punto en contra ya que redujo el tiempo de aprendizaje, pero a pesar de esto aprovechamos todo el tiempo posible en integrar conocimientos.

El servicio de Medicina interna fue una de las rotaciones que tuvo cierta complejidad, ya que los pacientes que se atendían tenían múltiples enfermedades, que debían ser tratadas en conjunto. Además, se tuvo la oportunidad de rotar por algunas especialidades como: neumología y gastroenterología.

En el servicio de emergencia se realizaron guardias, donde la mayoría de pacientes ingresaba con enfermedades crónicas descompensadas, que no habían sido tratadas adecuadamente y de manera regular, ya que por la pandemia los consultorios externos no se encontraban habilitados.

Se implementó un protocolo para todo paciente que se hospitalizaba, donde se les realizaba una prueba de descarte para Covid-19. Si esta resultaba positiva lo derivaban a un área aislada para evitar el contagio y además tener todos los cuidados ante posibles complicaciones, y si el resultado era negativo era derivado al área No Covid.

El área de Pediatría, fue una rotación en la que se debía tener mucha creatividad para examinar al paciente. La mayoría se mostraba temeroso ante la presencia del personal médico, haciendo difícil su abordaje. En el área de hospitalización era frecuente encontrar patologías respiratorias como el asma y problemas gastrointestinales.

El servicio de neonatología fue una de las rotaciones más interesante que tuvo el internado médico, aquí se debía recolectar información y antecedentes pre natales que nos orientaban ante algún signo de alarma que pudiera presentar el producto al nacimiento. Por protocolo minutos previos antes del parto se debía preparar todo el equipo de reanimación para que estuviese listo ante

alguna emergencia. En esta rotación los doctores organizaron exposiciones abarcando patologías frecuentes, con el objetivo de consolidar conocimiento y poder compartirlo con nuestros compañeros. Esto fue beneficioso para nuestra formación como médicos.

La última rotación fue en el servicio de cirugía general, donde los casos más frecuentes eran apéndice aguda y colelitiasis vesicular, que eran operados por emergencia. En el servicio de emergencia la mayoría de pacientes ingresaba con heridas cortantes, caídas, accidentes de tránsito, lesiones por arma de fuego o arma blanca, etc.

Se realizó la rotación por algunas especialidades como traumatología en donde se puso en práctica el reconocimiento de fracturas, decidiendo el mejor tratamiento para el paciente. También se realizaron procedimientos como colocación de férulas, yeso, cabestrillos, etc. Urología fue el servicio en donde el interno de medicina se encargaba de la cateterización vesical. El último servicio por el cual rotamos fue el área de Cirugía pediátrica, donde los pacientes ingresaban por cuadro de apendicitis aguda, caídas, ingesta de cuerpos extraños y heridas cortantes.

A pesar del corto tiempo que se rotó por cada servicio, se logró poner en práctica nuestros conocimientos y así poder identificar diversas patologías, que nos serían de utilidad en nuestro desempeño profesional a futuro.

CONCLUSIONES

- El internado médico de pregrado es una etapa fundamental para el estudio de los médicos, considerando que los estudiantes han rotado por los diferentes servicios que lo conforman durante la carrera. Sin embargo, se la considera como una etapa de integración necesaria para que el alumno incorpore todos sus conocimientos en la práctica clínica.
- La pandemia del COVID-19 en el Perú, ha conseguido evidenciar deficiencias en el sistema de salud que no habían sido atendidas oportunamente. Ello se ha visto reflejado en la inadecuada implementación sanitaria para combatir emergencias de esta magnitud.
- A pesar de la situación actual de pandemia, se buscó la manera de poder afianzar los conocimientos, y en conjunto con los residentes y asistentes se implementaron reuniones virtuales para el desarrollo de casos clínicos expuestos por cada interno.
- La rotación realizada en medicina interna fue la más pesada que tuvo el internado, porque me tocó en pandemia y era muy difícil abordar al paciente siguiendo los protocolos, porque en la mayoría de casos no los respetaban y se tenía que abordar múltiples enfermedades en conjunto.

RECOMENDACIONES

- Aprovechar al máximo el internado médico ya que es la oportunidad para que el estudiante consolide y lleve a la práctica los conocimientos adquiridos durante la formación médica.
- Es importante que haya comunicación constante y trabajo en equipo para brindar una mejor atención al paciente.
- Ante la situación actual en la que vivimos por la pandemia del covid-19, debemos de respetar los protocolos de seguridad y usar correctamente los equipos de protección.
- Considero que es esencial promulgar una ley o reglamento de prácticas pre-profesionales de ciencias de la salud que otorgue adecuadamente los derechos y obligaciones de los internos de Medicina. La larga suspensión de las actividades se debe a las deficiencias de los sectores educación y salud, pero sobre todo a la falta de normativas alrededor del internado que garanticen que sea digno, de calidad y que proporcione las herramientas adecuadas para la formación médica dentro del marco de la seguridad y salud de los internos y sus familias.
- Se recomienda exigir pruebas de descartes para covid-19 durante su periodo del internado médico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nieto-Gutierrez Wendy, Taype-Rondan Alvaro, Bastidas Fanny, Casiano-Celestino Roxana, Inga-Berrosipi Fiorella. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta médica peruana [Internet]. 2016 Abr [citado 19 de abril 2021]; 33 (2): 105-110. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003&lng=es.
2. Cárdenas A. “No seamos cómplices del abuso”, internos de Medicina rechazan decreto que los coloca de vuelta en los hospitales. La Republica [Internet]. 2020 [citado 19 de abril de 2021]; Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2020/08/04/coronavirus-en-peru-internos-de-medicina-rechazan-decreto-que-establece-su-retorno-a-los-hospitales-ministerio-de-salud-atmp/>
3. Decreto de urgencia N°090-2020 de 3 de agosto de 2020 del presidente de la república, por la que se publica la reanudación de actividades de internos de ciencia de la salud y financiamiento. El peruano, 3 de agosto de 2020. 3-4. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1184155/DU090_2020.pdf (ultimo acceso 19 abril 2021)
4. Resolución directoral N° 074-2018-DG-SA-HSEB, de 13 de marzo de 2018 del hospital Sergio E. Bernales que aprueba el documento “análisis situacional de salud – ASIS 2017 – del hospital Sergio E. Bernales. Ministerio de salud

del Perú, 2017. 23-24. <https://hnseb.gob.pe/repositorio-portal-transparencia/planeamiento-y-organizacion/IAPLAN06.pdf> (ultimo acceso 19 de abril 2021).

5. Oficina de comunicaciones. Portal del hospital Nacional Sergio E. Bernales. 24 de junio de 2020. <https://portal.hnseb.gob.pe/hospital-sergio-e-bernales-inauguro-centro-de-atencion-y-aislamiento-para-pacientes-covid-19-con-48-camas/> (ultimo acceso 19 abril 2021).

6. Aller de la Fuente R. Enfermedad diverticular del colon. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2005 Jun [citado 2021 abril 20]; 97(6): 458-458. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000600009&lng=es.

7. Wilkins T, Embry K, George R. Diagnosis and Management of Acute Diverticulitis. American Family Physician. 2013; 87 (9): 612-620. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2013/0501/p612.pdf>

8. Jacobs D. Diverticulitis. New England Journal of Medicine. 2007; 357 (20): 2057–2066.

9. Pereira C Nicolás, Vega S Javier, Readí V Alejandro, Abedrapo M Mario, Galleguillos G Alfonso. Diverticulitis aguda complicada: tendencias en el tratamiento actual. Rev Chil Cir [Internet]. 2012 Dic [citado 2021 Abr 19]; 64 (6): 581-585. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000600015>.

10. Hospital nacional Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica de Diverticulitis colonica. Ministerio de salud, dirección de salud V – lima ciudad. 24 de setiembre de 2013. http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_723_2013.pdf (ultimo acceso 17 abril 2021).

11. Ministerio de salud [internet]. Perú: Secretaría de Gobierno Digital; 2021. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/579-la-tuberculosis-se-puede-curar>
12. Ministerio de Salud del Perú - DPCTB: Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis [Internet]. Gob.pe. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/Contenido.aspx?op=1>
13. Resolución Ministerial N° 752-2018-MINSA, de 17 de agosto de 2018 que aprueba la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Ministerio de salud del Perú, 2018. 5-12. <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf> (ultimo acceso 18 de abril 2021).
14. Alarcón Valentina, Alarcón Edith, Figueroa Cecilia, Mendoza-Ticona Alberto. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev. Perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 abril 20]; 34 (2): 299-310. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200021&lng=es.
15. Benedito Pérez de Inestrosa T, Fernández Martín E, Fernández Tardáguila E. Un caso de tuberculosis en una chica joven. FML. 2016; 20(2):3-4.
16. Enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) [Internet]. Msdmanuals.com. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/vaginitis-cervicitis-y-enfermedad-pelviana-inflamatoria/enfermedad-pelviana-inflamatoria-epi#:~:text=La%20enfermedad%20pelviana%20inflamatoria%20\(EPI,ovarios%3B%20puede%20formarse%20un%20absceso](https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/vaginitis-cervicitis-y-enfermedad-pelviana-inflamatoria/enfermedad-pelviana-inflamatoria-epi#:~:text=La%20enfermedad%20pelviana%20inflamatoria%20(EPI,ovarios%3B%20puede%20formarse%20un%20absceso)

17. Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) [Internet]. MayoClinic.org. [citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pelvic-inflammatory-disease/diagnosis-treatment/drc-20352600>
18. Baquedano Mainar Laura, Lamarca Ballesteros Marta, Puig Ferrer Fernando, Ruiz Conde Miguel Angel. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 [citado 19 abril 2021]; 79 (2): 115-120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200009>.
19. Karlsson H., Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2021 Abr 19]; 32(Suppl 1): 159-167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es.
20. Guía de práctica Clínica de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional materno perinatal. 2018. Pag. 67-74.
21. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest Endosc 2002; 55: 802-6.
22. Connors GP. Management of asymptomatic coin ingestion. Pediatrics. 2005; 116:752-3.
23. Resolución Directoral N° 106-2011-HMA-DG, de 19 de abril de 2011 que aprueba la actualización de prácticas clínicas y procedimientos del servicio de neonatología. Ministerio de salud, hospital María Auxiliadora, 2011. 13-20. <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-SERV-NEO-14.pdf> (ultimo acceso 18 de abril 2021).
24. Fallas J. Apendicitis Aguda. Med Legal de Costa Rica. 2012; 29(1): 83-90.

25. Quevedo Guanche Lázaro. Apendicitis aguda: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev cubana Cir [Internet]. 2007 Jun [citado 2021 Abr 20]; 46 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000200011&lng=es.

26. Podda M, Cillara N, Di Saverio S, Lai A, Feroci F, Luridiana G, et al. Antibiotics-first strategy for uncomplicated acute appendicitis in adults is associated with increased rates of peritonitis at surgery. A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials comparing appendectomy and nonoperative management with antibiotics. Surgeon. 2017; 15: 303-314.

27. López S Javier, Iribarren B Osvaldo, Hermosilla V Ramón, Fuentes M Tatiana, Astudillo M Evelyn, López I Nicolás et al. Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda: ¿Influye el tiempo de evolución? Rev Chil Cir [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Abr 19]; 69 (2): 129-134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.002>.

28. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2017.

29. Bocanegra Del Castillo Ronald Rafael, Córdova Cuadros María Eliana. Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 - 2011. Rev. gastroenterológica. Perú [Internet]. 2013 Abr [citado 2021 Abr 19]; 33 (2): 113-120. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000200003&lng=es.

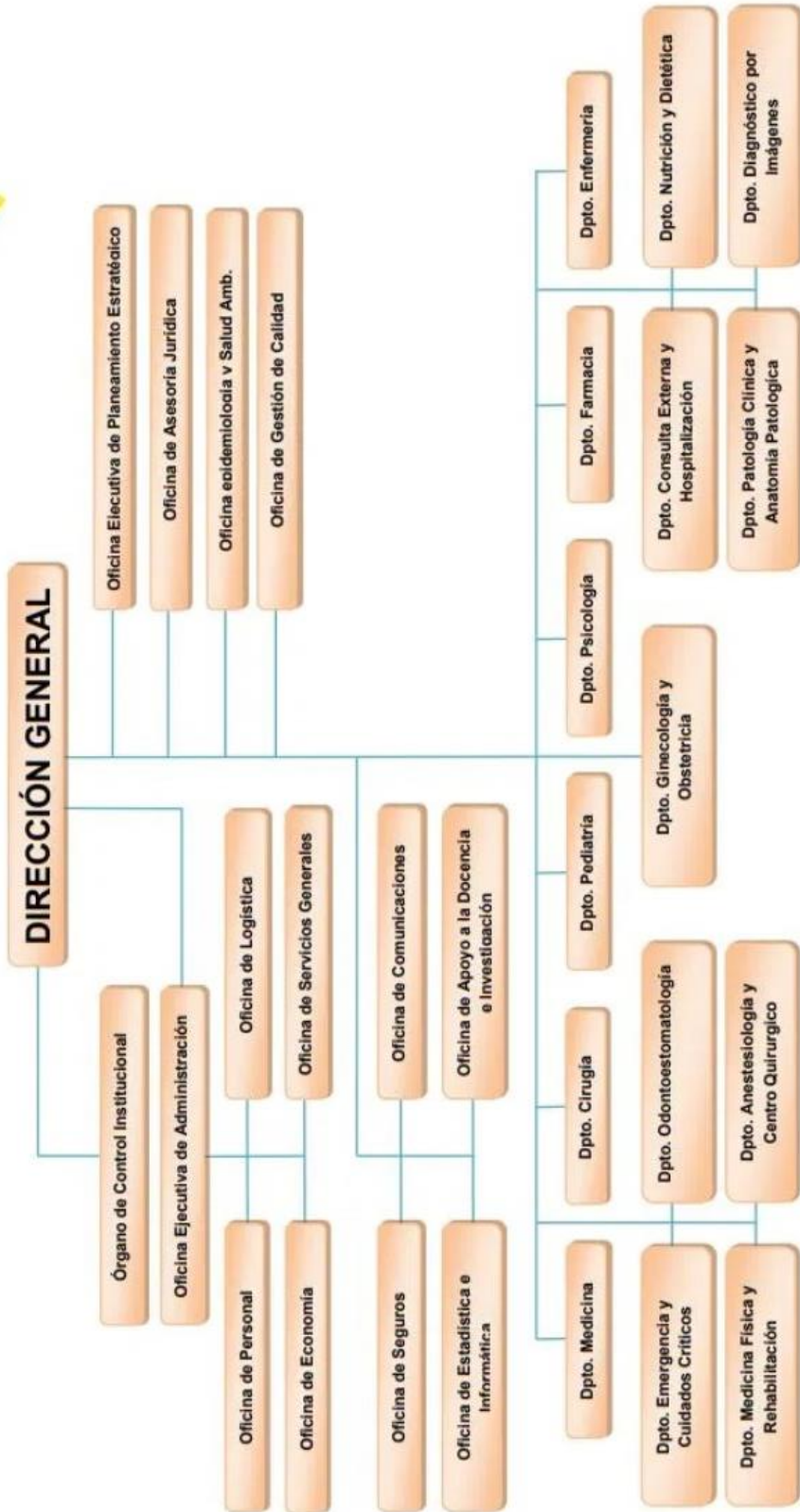
30. Lantigua Godoy A, Alonso Domínguez N, Alfonso Moya O. Vólvulo de vesícula biliar. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 19 de abril de 2021]; 43(4): 550-554.

ANEXOS

ANEXO N°1



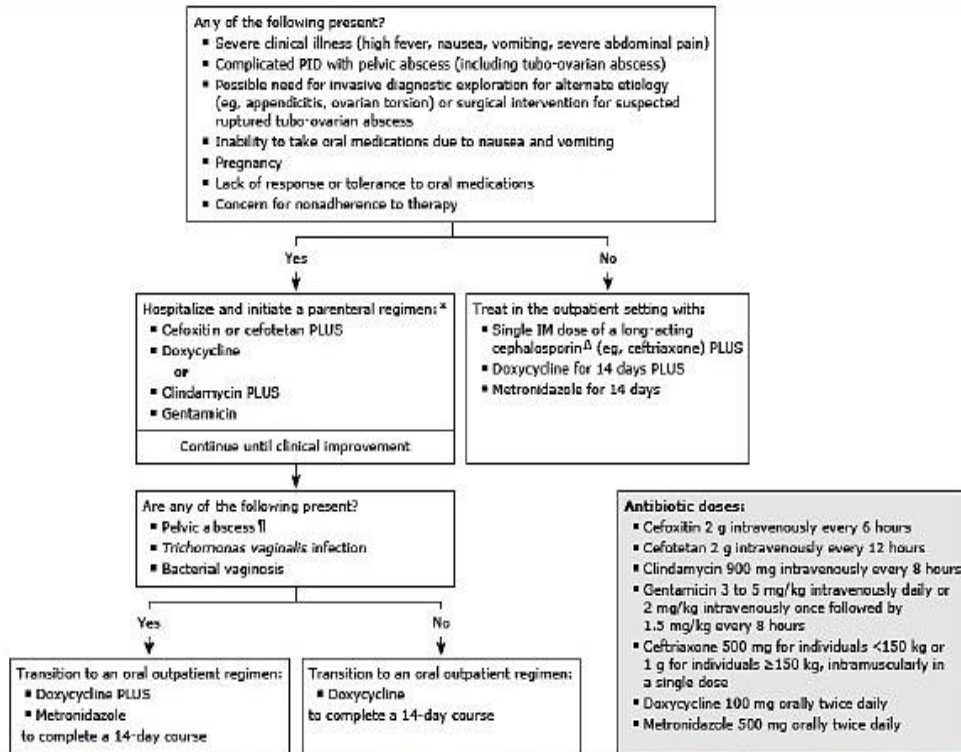
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



ANEXO N°2

GRAPHICS

Antimicrobial therapy for pelvic inflammatory disease in adults and adolescents



This algorithm represents our approach to antimicrobial selection for patients with PID. Treatment should be tailored to the individual. Refer to other UpToDate content on PID therapy for doses and details on alternative regimens.

PID: pelvic inflammatory disease; IM: intramuscular.

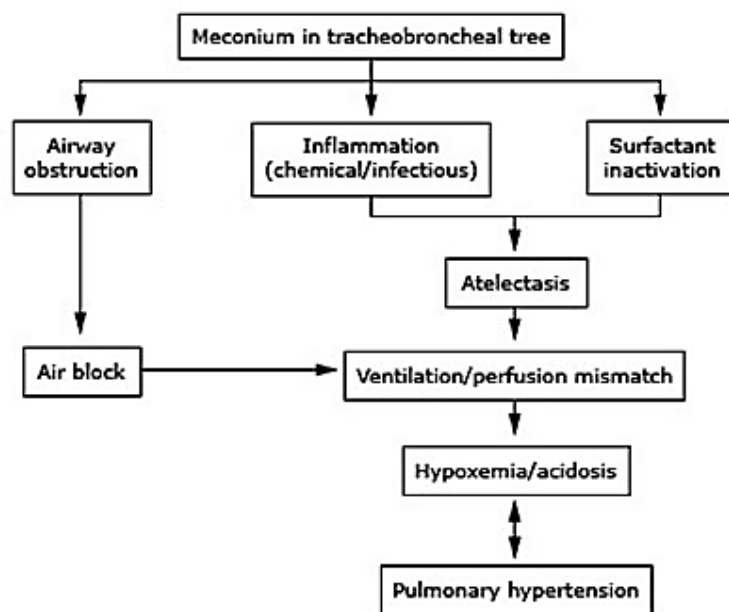
^{*} These two regimens are both recommended by the Centers for Disease Control and Prevention in the United States. We generally prefer cefoxitin or cefotetan plus doxycycline for its overall safety and tolerability.

[†] Refer to other UpToDate content for details on additional management considerations, including other potential antibiotic regimens, for women with a tubo-ovarian abscess.

^Δ We prefer ceftriaxone because it has the best and most established activity against *Neisseria gonorrhoeae*. Other appropriate cephalosporins include cefoxitin (with probenecid), cefotaxime, and ceftizoxime.

ANEXO N°3

Fisiopatología del síndrome de aspiración de meconio



Cortesía de Joseph A. García-Prats, MD.

Gráfico 56521 Versión 7.0