



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MEDICO ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

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

PRESENTADA POR
TANIA MILAGROS ARONES SANTAYANA

ASESORA
DR. SALAZAR GRANARA ALBERTO ALCIBIADES

LIMA , PERÚ
2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MEDICO ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID 19**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
TANIA MILAGROS ARONES SANTAYANA**

**ASESORA
DR. SALAZAR GRANARA ALBERTO ALCIBIADES**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Karin Narda, Gálvez Carrillo

Miembro: ME. Rodolfo Antonio, Cruz Pazos

Miembro: Mg. Noymi Edelina, Soto Espinoza

DEDICATORIA:

A mis abuelitos Delia y Efraín, quienes desde el cielo guían mis pasos y fueron siempre mi fuente de inspiración y perseverancia. Gracias por sus enseñanzas, por los mensajes de aliento que siempre me dieron, por haber estado siempre en los momentos más importantes de mi vida.

Tania Milagros Arones Santayana

AGRADECIMIENTO

Ante todo, gracias a Dios por guiar mis pasos día a día; a mis padres por todo su esfuerzo, por ser los principales promotores de mis sueños, por su apoyo durante todos estos años de la carrera, gracias por confiar y creer en mí; a mi hermana y mi sobrino por ser mi soporte y motivarme siempre a seguir adelante. A mis maestros, personas de gran sabiduría gracias por todas las enseñanzas y paciencia. A mis pacientitos por permitirme aprender de ellos día a día.

INDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria:	iii
Agradecimiento	iv
Indice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCION	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina interna	2
1.2 Cirugia general	6
1.3 Gineco – obstetricia	9
1.4 Pediatria:	13
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO	
LA EXPERIENCIA	18
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
3.1 Medicina interna	21
3.2 Cirugia general	23
3.3 Gineco obstetricia	26
3.4 Pediatria	28
CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	34
CONCLUSIONES	38

RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACION	40
ANEXOS	45
1 Listado de abreviaturas	46

RESUMEN

A puertas de terminar el año 2019, surgieron problemas sanitarios en el continente asiático, una nueva variante del coronavirus surgía en el país chino, Wu hang lugar donde se originó esta nueva cepa. En marzo del 2020, el gobierno peruano tomó medidas para controlar la propagación de la SARS-COV2, inicialmente con el uso permanente de mascarillas, después que se reportó el primer caso y al ver que la tasa de infectados aumentaba progresivamente, se tomaron cartas el asunto llegando a suspender todo tipo de actividad incluidas las practicas pre profesionales como la del internado médico en los hospitales. La autora realizo el internado médico en dos sedes hospitalarias, las cuales fueron de gran ayuda para el desenvolvimiento profesional ya que se pudo comparar las diferentes casuísticas de dos realidades: la de lima metropolitana y de la sierra andina ayacuchana, además se describen 02 casos característicos por cada rotación.

ABSTRACT

At the end of 2019, health problems emerged in the Asian continent, a new variant of the coronavirus emerged in the Chinese country, Wu hang, the place where this new strain originated. In March 2020, the Peruvian government took measures to control the spread of SARS-COV2, initially with the permanent use of masks, after the first case was reported and seeing that the rate of infected progressively increased, letters were taken the matter coming to suspend all kinds of activity including pre-professional practices such as medical internship in hospitals. The author carried out the medical internship in two hospitals, which were of great help for professional development since it was possible to compare the different casuistry of two realities: that of metropolitan Lima and the Andean highlands of Ayacucho, in addition, 02 characteristic cases are described for each rotation.

INTRODUCCION

A puertas de terminar el año 2019, surgieron problemas sanitarios en el continente asiático, una nueva variante del coronavirus surgía en el país chino, Wu hang lugar donde se originó esta nueva cepa, empezó a tener una tasa de infectividad alta llegando a tomar medidas de salud pública, sin embargo, no se pudo controlar la cantidad de casos; llegando a globalizarse inicialmente en países europeos como Italia, Francia, Reino Unido y posteriormente llegando a ser una catástrofe mundial (1).

En el Perú, diversos hospitales de todas las regiones empezaron a brindar charlas de esta nueva variante de coronavirus o SARS-COV2, siendo comparado en un inicio con una infección de vías respiratorias altas, posteriormente se llegó a evidenciar que afectaba también a vías respiratorias bajas complicando con un síndrome de distres respiratorio agudo. En marzo del 2020, el gobierno peruano tomó medidas para controlar la propagación de la SARS-COV2, inicialmente con el uso permanente de mascarillas; después que se reportó el primer caso y al ver que la tasa de infectados aumentaba progresivamente, se tomaron cartas el asunto llegando a suspender todo tipo de actividad incluidas las practicas pre profesionales como la del internado médico en los hospitales (2).

Los internos de salud de todas las especialidades fueron los más afectados debido que el año de prácticas fue suspendido sin fecha probable de retorno; hasta seis meses después que salieron los lineamientos para la reincorporación de internos en especial los de medicina humana, llegando a parcializarse cada quincena un grupo de internos por rotación. El inconveniente de las pocas horas de práctica, los pocos pacientes que llegaban a ser atendidos debido al miedo social en comparación a otros años fueron limitantes para la experiencia laboral, sin embargo, fueron subsanadas por días de guardia amortiguando las horas perdidas. El realizar el internado médico en el contexto COVID tuvo como objetivo abarcar habilidades tanto en el ámbito práctico y cognitivo para poder aplicarlo en vida profesional.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Las enseñanzas y habilidades brindadas en las dos sedes hospitalarias fueron de gran ayuda para el desenvolvimiento profesional ya que se pudo comparar las diferentes casuísticas de dos realidades: la de lima metropolitana y de la sierra andina ayacuchana. Se tuvo la oportunidad de comprobar las diferentes incidencias patológicas representativas de cada región como, casos de obstrucción intestinal, EPOC, dengue, en el caso de la sierra; y accidentes de tránsito o intoxicación por drogas ilícitas en lima metropolitana.

Las competencias, conocimientos y aptitudes fueron adquiriéndose de a poco debido que al ser parcializado en quincenas; cada grupo de internos perdía la constancia y rutina laboral, sin embargo, fueron compensándose con revisión de temas, exposición de casos clínicos de manera virtual y mayor procedimientos por lo que la habilidad profesional fue subsanada.

Si bien las brechas diferenciales de cada región son grandes, hay algo en estas que se vuelven uno como institución del MINSA: son las charlas de promoción y prevención de salud, ejemplo claro es en las charlas brindadas sobre prevención contra el COVID, el manejo de un paciente COVID, lavado de manos, colocación adecuada de EPP.

En cada rotación se fue adquiriendo mucha más experiencia, en las siguientes líneas se presentan dos casos por cada rotación:

1.1 MEDICINA INTERNA

1. Caso N° 01: Pielonefritis aguda

Paciente de iniciales RTJA, de sexo femenino de 27 años de edad, acude a emergencia refiriendo tiempo de enfermedad de 5 días que comienza con disuria, poliaquiuria motivo por el cual acude a una botica donde le venden un medicamento cuyo nombre no recuerda, refiere que dolor cedió parcialmente, hasta 3 días antes de su ingreso que cursa con malestar general, dolor lumbar, que no cede a analgésicos y cefalea tipo opresivo por lo que acude a su centro de salud más cercano siendo diagnosticada de infección de tracto urinario por lo que es referida al HSJL en donde a su ingreso se agregan náuseas, vómitos y fiebre cuantificada en 38,5°.

Antecedentes: ITU hace 06 meses. HTA (-), DM2 (-), TBC (-), niega cirugías previas.

Al examen físico: T°: 38,5°C, FC: 92 lpm, FR: 19 rpm, PA: 110/60 mmHg, SatO₂: 96%. Paciente en mal estado general, a la exploración se encuentra febril, con tendencia a la taquicardia, quejumbrosa, abdomen no distendido, blando/depresible con dolor a la palpación profunda de flanco derecho e hipogastrio, PPL D (+), PPL I (-). El plan con la paciente fue solicitar hemograma completo, bioquímicos, examen de orina, urocultivo, ecografía renal. Se reevalúa con resultados, encontrándose: Hb: 12.1 gr/dL, Hto: 37,1%, Plaquetas: 180 000/uL, Leucocitos: 13 000. Bioquímico: G: 102 mg/dL, U: 13 mg/dL, Cr: 0.78 mg/dl. Examen de orina: Cel. epiteliales: 2-3

x campo, Leucocitos > 100 x campo, Nitritos (++) , Estereasa leucocitaria (+), Hematíes: 2-3 x campo. Gérmenes (+).

Pcte fue ingresada con el dx de:

- Pielonefritis aguda no complicada

El manejo con la paciente fue: NPO; Dextrosa5% + NaCl (20%) + KCl (20%) → XV gts x minuto (1 frasco), Ceftriaxona 2gr EV c/24H, Metamizol 1g EV c/8H, CFV + OSA. En su 1er día de hospitalización paciente con PA: 110/60 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 18 rpm, T°:37,2 °C, SatO₂: 96%. Paciente refiere que persiste con dolor lumbar, disuria, nauseas (+), vómitos (-), al examen físico, abdomen blando, depresible, con leve dolor a la palpación profunda de flanco derecho, e hipogastrio, persiste PPL D (+) y PPL I (-). Se le realiza ecografía renal, donde se concluye que riñón derecho presenta leve aumento de volumen en comparación al riñón izquierdo que se encuentra de tamaño normal, no hidronefrosis. La paciente inicia tolerancia oral y si tolera probar con dieta blanda, vía salina, continua con antibióticos y Metamizol condicional a fiebre. A 3er día de hospitalización con PA: 120/70 mmHg, FC: 75 lpm, FR: 21 rpm, T°:36,7 °C, SatO₂: 96%. Paciente refiere mejoría clínica, afebril, disminución de dolor lumbar, disuria (-), nauseas (-), vómitos (-). Al examen físico abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, PPL D (-/+) PPL I (-), llegan resultados de Urocultivo: se aísla E coli sensible a cefalosporinas, motivo por el cual se continua con tratamiento antibiótico. Al 5to día de hospitalización paciente con PA: 100/60 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 19 rpm, T°:37,4 °C, SatO₂: 96%. Paciente refiere sentirse bien, persiste afebril, niega molestias. Al examen físico: abdomen blando, depresible, no dolor a la palpación superficial y profunda, persiste PPL D (-) y PPL I (-). Se solicita examen de orina control, con resultados: Cel. epiteliales: 1-3 x campo; leucocitos 4- 6 x campo, nitritos (-), estereasa (-), germen (+), motivo por el cual se decide cumplir con esquema de tratamiento antibiótico hasta el 7mo día. Paciente en su 7mo día de hospitalización, afebril, hemodinamicamente estable, que cumplió 7 dias con tratamiento antibiótico, en condiciones de alta médica.

2. Caso N° 02: Pancreatitis aguda

Paciente de iniciales GZRF de sexo femenino de 33 años de edad quien refiere que 2 días antes de su ingreso presenta dolor abdominal en epigastrio tipo cólico 4/10 que se irradiaba a mesogastrio post comidas copiosas que calmaba a los cambios de posición, cuadro se vuelve más intenso por lo que acude a una farmacia el cual le proporciona analgésicos, calmando el cuadro por momentos, presenta hiporexia y vómitos de aspecto bilioso que se mantenía en el día de aproximadamente 4 veces, 1 día antes de su ingreso dolor abdominal se exagera irradiándose a zona lumbar tipo correa 8/10 Por lo que acude a HSJL por emergencia. Al examen físico se evidencia FC 110 lpm; FR 20 rpm, PA 120/80mmhg SAT 96%, T° de 37.5.

Antecedentes: HTA (-), DM2 (-), ASMA (-), TBC (-), Litiasis vesicular (+)

Al examen físico, paciente en AREG, AREN, AREH, PYM: T/H/E no cianosis, no palidez, no ictericia. ABD: no distendido, RHA ausentes, doloroso a la palpación superficial que se irradia a región dorsal, Murphy (+), no signos peritoneales, no masas palpables. Genito Urinario: PPL (-), PRU (-). SNC, 15/15 LOTEPE, quejumbroso, no signos meníngeos, no focaliza.

En la emergencia se le realiza una ecografía abdominal donde se evidencia una vesícula con paredes gruesas de 5mm, con barro en su interior colédoco de 8 mm. Por lo que se decide hacer una colangiografía, encontrándose como hallazgos un colédoco sin cálculos en su interior. Se le solicita hemograma completo, bioquímicos. Paciente es hospitalizado con los siguientes diagnósticos de:

- Sd doloroso abdominal
- d/c pancreatitis aguda leve

Los resultados de los exámenes de laboratorio: Hb: 12 gr/dL, Hto: 36, 5%, Plaquetas: 250 000/uL, Leucocitos: 12 450, Bastones 2%. Bioquímica: BT: 1.5 mg/dl, BD 1.2 mg/dl, BI: 0.5 mg/dl; FA: 300 mg/dl, GGT 120 mg/dl; amilasa: 450mg/dl. El plan fue: NPO; DX 5% + NaCl 20% (01 amp)+ KCL 20% (02 amp) → I, II, III; omeprazol 40 mg ev c/ 24h, hioscina 20ml c/12horas, tramadol 100mg + diminidrinato50mg +suero fisiológico 100cc cada 8 horas, O2 x CBN si saturación disminuye <90%, CFV +BHE y observación de signos de alarmas.

En su 1er dia de hospitalización, FC: 74 lpm, FR:20 rpm, T°: 36,5°C, SatO₂: 96%, pcte refiere leve dolor en epigastrio y mesogastrio, nauseas (+), no vómitos, no fiebre, no sensación de sed. Al examen físico, abdomen no distendido, blando/depresible, RHA ausentes, dolor a la palpación superficial de epigastrio y mesogastrio, resto del examen físico sin alteraciones. Motivo por el cual se continua con indicaciones. Al día hospitalario 02 FC: 76 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 97%, T°: 36,5°C, pcte en aparente regular estado general, refiere mejoría clínica, disminución del dolor y no sensación de sed, nauseas (-), vómitos (-), SAT (-). Al examen abdomen no distendido, blando/depresible, RHA ausentes, leve dolor a la palpación de epigastrio. Paciente afebril, hemodinamicamente estable, con evolución lenta favorable, continua con indicaciones. Plan: se le pide TEM con protocolo para páncreas (con contaste) el cual se evidencia edema pancreático sin signo de necrosis. Exámenes de laboratorio control: Hb: 11.5 gr/dL, Hto: 35.6%, Plaquetas: 350 000/uL, Leucocitos: 8 070, Bastones 0%. Al 3er dia de hospitalización FC: 74 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 98%, T°: 36,5°C, pcte en aparente regular estado general, refiere mejoría clínica, disminución del dolor y sensación de sed, nauseas (-), vómitos (-), SAT (-). Al examen abdomen no distendido, blando/depresible, RHA disminuidos, no dolor a la palpación de epigastrio; hemodinamicamente estable con evolución lenta favorable, se le empieza tolerancia oral con líquidos; al 4to dia de hospitalización FC: 72 lpm, FR: 17 rpm, SatO₂: 97%, T°: 36,6°C, paciente refiere que tolero líquidos, no reporta interurrencias; se le inicia

dieta blanda hipograsa con buena respuesta, se disminuye el manejo del dolor con el tramadol condicional e hioscina cada 24 horas. Cuadro remite a los 6 días de estancia hospitalaria. Al alta con dx de Pancreatitis aguda resuelta, dentro de las indicaciones médicas al alta fueron paracetamol 500mg condicional al dolor, dieta blanda hipograsa y cita por el consultorio externo de cirugía para posterior manejo por su servicio

1.2 CIRUGIA:

3. Caso N° 03: Apendicitis Aguda

Pcte de iniciales VTA de sexo femenino de 30 años de edad acude emergencia refiriendo tiempo de enfermedad de +/- 10 H, donde cursa con dolor inespecífico en mesogastrio y epigastrio, asociado a hiporexia; refiere que con el paso de las horas el dolor fue migrando a fosa iliaca derecha y se tornó tipo cólico, hace 02 H el dolor incrementó y se asoció a alza térmica no cuantificada y vómitos, motivos por los cuales es traída por familiares.

Antecedentes: HTA (-), DM2 (-), Asma (-), niega cirugías previas.

Al examen físico: T:36,7°C, FC: 64 lpm, FR: 18 rpm, PA: 90/70 mmHg, SatO₂: 97%. Paciente en Regular estado general, a la exploración se encontró un abdomen no distendido, blando/depresible, doloroso a la palpación de FID, Mc Burney (+), Psoas (+), Rovsing (+), Rebote (-), no masas palpables. Se le realizo una ecografía abdominal donde se describen los órganos conservados, no liquido libre abdominal, se evalúa apéndice congestivo además de Mc Burney ecográfico (+), asas intestinales levemente distendidas; Dx: Apendicitis Aguda.

La pcte fue hospitalizada con el dx de:

- Apendicitis aguda

El plan con la paciente fue someterla a una Apendicectomía por lo cual se solicitaron los exámenes pre quirúrgicos (hemograma, serológicos, bioquímico). Dentro del manejo se dejó a la pcte en NPO, NaCl 0,9% → 500 cc a chorro, Ceftriaxona 2gr c/ 24H, Ranitidina 50mg EV STAT, Metroclorpramida 10mg EV STAT.

Los resultados del examen serológico: VIH (-), VHB (-), RPR (-); Hematológico: Hb: 15.1 gr/dL, Hto: 43,6%, Plaquetas: 168 000/uL, Leucocitos: 12 300, Bastones 0%, neutrófilos 85%; GS: "O" positivo. Bioquímico: G: 97 mg/dL, U: 15 mg/dL, Cr: 0.58 mg/DL. Cuenta con riesgo quirúrgico: I/IV.

En el reporte operatorio se describió un apéndice cecal de +/- 10 x 1.5cm, el cual se encontraba supurado en toda su extensión, de posición pélvica, de base indemne y ausencia de líquido inflamatorio. El manejo post operatorio fue con NPO, Dx 5%+ NaCl 20% (02 amp)+ KCl 20% (01 amp) → I – II frascos, Ceftriaxona 2gr c/ 24H, Ranitidina 50mg EV c/8H, Metamizol 2gr EV c/8H, Tramadol de 100mg EV c/8H.

En su día hospitalario 01 con dx de PO1 de Apendicectomía por apendicitis supurada con FC: 70 lpm, FR: 29 rpm, T°: 36,7°C, SatO₂: 97%, pcte refiere leve dolor en zona operatoria, no náuseas, no vómitos, no fiebre, no flatos. Al examen físico, abdomen no distendido, blando/depresible, RHA disminuidos, leve dolor en zona perioperatoria. HO oblicua en fosa iliaca derecha, cubierta con apósitos limpios. Resto del examen físico sin alteraciones. Plan: tolerancia a líquidos, si tolera dieta blanda atraumática + LAV, Ceftriaxona 2g EV c/24H (02do día), Tramadol 50 mg SC c/8H, Metroclorpramida 10mg EV c/8H, CFV + OSA; se solicita control de hemograma. Al día hospitalario 02 con dx PO2 de apendicetomía x apendicitis aguda FC: 72 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 98%, T°: 36,5°C, pcte en aparente regular estado general, refiere mejoría clínica, disminución del dolor y con buena tolerancia oral, náuseas (-), vómitos (-), SAT (-), flatos (+). Al examen abdomen no distendido, blando/depresible, RHA presentes, leve dolor a la palpación de zona perioperatoria, HO oblicua en fosa iliaca

derecha, de bordes afrontados sin signos de flogosis. Paciente afebril, con buena tolerancia oral, hemodinamicamente estable, en condiciones de alta médica Plan: ultima dosis de Ceftriaxona 2g EV (03er día), alta médica con cefalexina 500mg c/8H x 5 días + Ibuprofeno 400 mg c/ 8H x 3 días y control en 07 días por consultorio externo de cirugía en su centro de salud.

4. Caso N° 04: Fractura de radio

Pcte de iniciales JPC de sexo masculino de 10 años es traído por sus padres a emergencia al servicio de traumatología refiriendo que hace aproximadamente 45 minutos mientras jugaba sufre caída sobre mano izquierda, al momento presenta dolor intenso en muñeca izquierda con limitación funcional, nota leve deformidad y aumento de volumen. Al examen físico: T°: 36.7C, FC: 85 lpm, FR: 29 rpm, SatO₂: 97%, el paciente se encontraba quejumbroso, irritable, se observa deformidad y aumento de volumen evidente en 1/3 distal de antebrazo izquierdo; asociado a intenso dolor a la palpación y movilidad, no solución de continuidad; a la evaluación neurovascular se encuentra sin alteraciones. Se solicita una placa de muñeca izquierda de incidencias Antero Posterior y Lateral.

A la reevaluación con la radiografía, en la proyección lateral se observa desplazamiento dorsal y medial de la epífisis distal del radio, en relación a la metafisis, clasificándose como una fractura tipo Salter II.

Diagnostico planteado:

- Fx del 1/3 distal del radio izquierdo, tipo Salter II.

El plan con el pcte fue realizar una reducción cerrada previa sedación, con anestesia local seguido de la inmovilización del antebrazo en pronación con yeso braquio palmar, luego del procedimiento realizado se solicitó una segunda radiografía de control para asegurar que la reducción del hueso involucrado haya sido efectiva. Finalmente se dio al paciente de alta con

ibuprofeno 400 mg c/8H por 3 días y con el yeso braquiopalmar por aproximadamente 4 semanas, reevaluación por consultorio externo de traumatología en 01 semana.

1.3 GINECO – OBSTETRICIA

5. Caso N° 05: Aborto diferido

Pcte de iniciales GCKS de 24 años de edad, referida del Centro de Salud de Pampacangallo con Dx de Aborto incompleto y embarazo diferido; la paciente refiere que hace maso menos 03 dias cursa con dolor en vientre bajo asociado a sangrado vaginal en escasa cantidad, niega alza térmica, niega otras molestias. Cuenta con Beta-HCG (+).

Filiación: Conviviente, Ama de casa, católica y Secundaria completa; FUM: 16-09-2020; EG: 12 sem; G2P1001, Gestación anterior: 2015 con parto vaginal, CPN (01)

Antecedentes: Niega patologías persistentes, niega cirugías previas.

Al examen físico: T°: 36,2°C, FC: 77 lpm, FR: 22 rpm, PA: 100/60 mmHg, SatO₂: 96%, la paciente se encontraba en aparente regular estado general, genitales externos con evidencia de sangrado escaso, vagina amplia, elástica y profunda, cérvix cerrado, útero ocupado, anexos libres y fondo de saco libre. Se le realizo una ecografía transvaginal donde se describe útero: anteverso, de contornos regulares, estructura homogénea, de longitud de 93 mm, A/P: 64 mm y transversal: 79mm; cavidad uterina ocupada por saco gestacional elongado y deforme; anexos normales y fondo de saco de Douglas sin liquido libre; dx de Gestación no evolutiva.

La paciente fue hospitalizada con el dx de:

- Aborto diferido

El plan con la paciente fue realizar primero maduración cervical. Se solicitó hemograma, bioquímico, pruebas serológicas para. Dentro del manejo se dejó a la paciente en NPO, NaCl 0.9% 1000 cc → xv gts x', Misoprostol 400 400mg TV, CFV +OSA.

Los resultados fueron Serológicos: VIH (-). VHB (-), RPR (-). Hemograma: Hb: 15 gr/dL, Hto: 44.9%, Leucocitos: 9760/uL, Plaquetas: 248 000/UI, GS: O (+). Bioquímico: G: 88mg/dL, U: 12mg/dL, Cr: 0,62 mg/dL, BUN: 5,6 mg/dL.

A las 12 horas de ingreso la pcte cursa con abundante sangrado vaginal con coágulos, al examen se evidencia sangrado de aprox 300 cc, al tacto vaginal cérvix con orificios abiertos y presencia de coágulos, motivo por el cual se solicita riesgo quirurgico para legrado uterino. RQ: II / IV. En el reporte operatorio los hallazgos fueron: Histerometria: +/- 10 cm, se extrajeron regular cantidad de restos endouterinos, aprox 60 cc y sangrado de +/- 40 cc.

En su día hospitalario 01 pcte con PA:90/60 mmHg, FC: 64 lpm, FR: 20 rpm, T° 36,6°C y SatO₂: 97% con dx de PO inmediata de legrado uterino por aborto incompleto, pcte refiere mejoría clínica, no reporta signos de alarma, al examen físico el útero se encuentra contraído, genitales externos con sangrado en escasa cantidad, paciente hemodinamicamente estable, afebril. Se deja a pcte con dieta completa los líquidos a voluntad, vía salina, ciprofloxacino 500 mg c/12H VO, Ergometrina 0.2mg c/8H VO, CFV +OSA. Al segundo día de hospitalización PA: 100/60 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 19 rpm, T° 36,7°C y SatO₂:96% con mismos dx, pcte niega molestias, al examen físico útero contraído, genitales externos sin evidencia de sangrado, pcte hemodinamicamente estable, afebril, en condiciones de alta médica; como indicaciones se le deja Ciprofloxacino 500 mg c/8H x 5 dias; Ergometrina 0.2 mg c/8H VO x 2 dias, control en su centro de salud en 01 semana.

6. Caso N° 06: Amenaza de parto pre termino

Pcte gestante de 30 semanas de iniciales MAN, de 22 años de edad, referida del Centro de Salud de Santa Elena; por presentar contracciones uterinas en regular cantidad, DU: 2 /++/ 15 seg. cefalea (-), escotomas (-), epigastralgia (-), tinitus (-), percibe movimientos fetales, no refiere ginecorragia, no hidrorrea.

Filiación: Conviviente, Ama de casa, católica y técnico completo; FUM: 23-05-2020; EG: 30 2/7 sem; G2P1011, Gestación anterior: 2017 con parto vaginal, CPN (02)

Antecedentes: Niega patologías persistentes, niega cirugías previas.

Al examen físico: T°: 36,3°C, FC: 78 lpm, FR: 20 rpm, PA: 100/60 mmHg, SatO₂: 96%, la paciente se encontraba en aparente regular estado general, genitales externos sin evidencia de sangrado ni perdida de líquido, vagina amplia, elástica y profunda, cérvix central, dilatación 1cm, borramiento < 45% útero grávido, anexos libres y fondo de saco libre. Altura uterina: 29 cm, LCF: 160 lpm, Situación: LCD, Dinámica uterina: 4 / + / 20.

La paciente fue hospitalizada con el dx de:

- Gestante de 30 2/7 semanas
- Amenaza de parto pretermino

El plan con la paciente fue mantenerla en reposo absoluto, solicitar hemograma, bioquímico, ecografía obstétrica, cervicometria, detección de fibronectina y examen de orina. Dentro del manejo se dejó a la paciente en Dieta completa + LAV, NaCl 0.9% x 1000 cc → 500 cc a chorro, luego 50 gts x min, Nifedipino 20mg c/ 20 min x 4 tomas si hay contracciones uterinas, betametasona 12 mg c/ 24H (1ra dosis), sulfato de magnesio 4 gr EV en bolo en 20 min y luego 2-3gr/H infusión (24H), en caso de sobredosis de sulfato de magnesio Gluconato de calcio 10% 20 cc Ev diluido y CFV +OSA.

Los resultados fueron Serológicos: VIH (-). VHB (-), RPR (-). Hemograma: Hb: 13,6 gr/dL, Hto: 41,5 %, Leucocitos: 7 400 /uL, Plaquetas: 239 000/uL,

GS: O (+). Bioquímico: G: 83mg/dL, U: 14mg/dL, Cr: 0,64 mg/dL, BUN: 6,5 mg/dL, BT: 0.46 mg/dL, BI: 0.26 mg/dl, BD: 0.20 mg/dl, TGO: 31 U/L, TGP: 34 U/L, FA; 250 U/L, GGT: 43 U/L. Test de fibronectina: (+). Eco obstétrica: Feto único en LCD, con PF: 2 662 gr, con actividad cardiaca y mov fetales presentes; placenta posterior de grado II. A la cervicometria: 25 mm, Examen de orina: cel. epiteliales: 3-4 x campo, leucocitos: 2-3 x campo, Hematíes NSO, nitritos (-), gérmenes (-).

La paciente fue hospitalizada en Alto riesgo obstétrico, se le mantuvo en reposo absoluto. En su día hospitalario 01 pcte con PA: 120/80 mmHg, FC:70 lpm, FR: 15 rpm, T° 36,2 °C y SatO₂: 97%, pcte refiere contracciones durante la noche que cedieron a hidratación y decúbito lateral, ayer recibió primera dosis de betametasona, no reporta signos de alarma, al examen físico útero grávido, por feto único vivo AU: 29 CM, LCF: 160 LPM, DU: esporádica, GE: no hidrorrea, no ginecorragia, paciente hemodinamicamente estable, afebril; en el plan DC+LAV, Vía salina, Nifedipino 20mg PRN contracciones uterinas c/ 20 min x 4 veces; betametasona 12 mg IM (2da dosis), CFV + OSA. Al segundo día de hospitalización PA: 100/60 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 19 rpm, T° 36,4°C y SatO₂:96% con mismos dx, pcte niega molestias, refiere leve mejoría clínica, al examen físico útero grávido por feto único vivo con AU: 29 CM, LCF: 148 LPM, DU: ausentes, cérvix sin modificaciones, genitales externos sin evidencia de ginecorragia e hidrorrea, se continua con indicaciones y pase a sala B. En su 3er y 4to DDHH, refiere no presento contracciones, percibe movimientos fetales, no cambios cervicales no sangrado, no hidrorrea; hemodinamicamente estable, en condiciones de alta médica; control en 07 dias por consultorio externo, reposo parcial y si presenta sg de alarma acudir por emergencia.

1.4 PEDIATRIA:

7. Caso N° 07: Sepsis temprana

Uno de los casos más resaltantes en el área de Neonatología fue el de un Neonato a término de sexo femenino con edad post natal de 2 días y 20 horas, referido del Hospital de Apoyo de Cangallo, que ingreso por emergencia debido a que se encontraba polipneico, con dificultad respiratoria (07 horas previas al ingreso), e incremento del tinte icterico hasta abdomen (++)/+++), además de residuo gástrico lácteo no cuantificado en abundante cantidad.

Dentro de los antecedentes perinatales tuvo 09 controles pre natales (adecuado), la madre con antecedente de ITU a repetición y Vaginosis, ultima en el 3er trimestre, no tratada. Dentro de los antecedentes neonatales fue un recién nacido a término por cesárea segmentaria transversa por pre eclampsia, el líquido amniótico fue claro, no hubo ruptura prematura de membranas y su edad gestacional según Capurro fue de 37 semanas, peso 2990gr, talla de 48cm, perímetro cefálico de 34 cm y perímetro torácico de 32cm, APGAR de 8¹-9⁵; no se realizó reanimación neonatal, no hubo complicaciones.

Al examen físico T°: 36,7°C, FC: 121 lpm, FR: 65 rpm, SatO₂: 99% (CBN c/ 1L), peso: 2870 gr. Silverman Anderson: 3-4 ptos. El neonato se encontraba en regular estado general, con distres respiratorio moderado, ictericia intensa hasta abdomen (++)/+++), aleteo nasal leve, con tiraje intercostal (+/+++), retracción xifoidea (+/+++), disociación toraco abdominal (+/+++), el MV pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados; despierto, irritable, con succión pobre.

Fue ingresada y hospitalizada con los diagnósticos de:

- Sepsis neonatal temprana probable x antecedentes maternos

- Ictericia etiología a determinar por clínica
- Recién Nacido a término de 37 sem, femenino con AEG.
- Sd Dificultad Respiratoria moderada secundaria a (1).

Se solicitó hemograma completo, bioquímico, PCR cuantitativo, y hemocultivo. Dentro del manejo se dejó a la pcte en NPO + SOG, Dx 8% + NaCl 20% + KCl 20% a un volumen de 95 cc/kg/d y un VIG: 5,5, se comenzó tratamiento empírico con Amikacina 45mg EV c/ 24H y Ampicilina 150mg EV c/12H, Gluconato de calcio 10% 3ml EV c/8H, fototerapia simple, O₂ por CBN para mantener SatO₂ 90-95%, Balance hídrico estricto, Control de funciones vitales y Observación de signos de alarma.

Los resultados fueron: Hemograma completo: Hb: 15.2 gr/dL, Hto: 46.2%, Plt: 203 000, Leucocitos: 10 390 mm³ (Bastones 0%, neutrófilos 48%, segmentados 48%). Bioquímico: G: 57mg/dL, Ca: 8.9 mg/dL, BT: 11.81 mg/dL, BD: 0.30mg/dL, BI: 11.51 mg/dL, TGO: 67 U/L, TGP: 26 U/L, FA: 198 U/L, GGT: 54U/L.

La paciente fue hospitalizada en el área de UCIN II, en el día hospitalario 01 paciente en incubadora a T° de piel, en fototerapia, portadora de SOG, con oxígeno por cánula binasal a 0.5 L (SatO₂: 96%), se reportó residuo bilioso de 5cc. FC: 131 lpm, FR: 64 rpm. T° 36,6°C, SA: 02 Ptos. Peso: 2850 gr (ΔPP en: -20 gr), al examen físico disminución de ictérica en piel, limitada a abdomen, paciente persiste polipneica, aleteo nasal (+/+++), , disociación toraco abdominal (-), tirajes subcostal y xifoideo (-), activo-reactivo a estímulos externos, succión (+), resto del examen conservado, en el plan la paciente continuo en NPO mas SOG y agregados a 95 cc/k/d; primer día con antibióticos, persiste con gluconato de calcio, se reevaluaron los resultados de bilirrubinas utilizándose el normograma horario de bilirrubinas, en donde los valores se encontraban en zona de bajo riesgo, motivo por el cual se suspendió la fototerapia. Al segundo día de hospitalización neonato en incubadora encendida a T° piel, portador de Sonda orogastrica, con oxígeno a flujo libre 0.25L (FiO₂: 24%), se reportó

residuo gástrico de 3 cc de aspecto claro. SatO₂:95%, FC: 128 lpm, FR:52 rpm, SA: 0, Peso: 2860 gr (Δ PP: +10gr), al examen físico aleteo nasal (-), leve ictericia hasta abdomen (+/+++), tórax simétrico, tirajes y retracción xifoidea (-), disociación toraco abdominal (-), MV para bien en AHT, no ruidos agregados; SNC: dormido, reactivo a estímulos externos, fontanelas normo tensas, succión (+), pcte comenzó con tolerancia oral a 2 cc c/3H + Dx 8% + NaCl 20% + KCl 20% a un volumen de 90 cc/k/d, antibióticos y gluconato de calcio. Al 3er día de hospitalización neonato en incubadora encendida a T° piel, portador de Sonda orogastrica, sin requerimiento de O₂, se reportó RG: 3cc de aspecto lácteo y claro. SatO₂:95%, FC: 130 lpm, FR:50 rpm, SA: 0, peso: 2880 gr (Δ PP en: +20 gr), al examen físico ictericia en piel (++) que llegaba a rodillas; tórax simétrico, tirajes y retracción xifoidea (-), no disociación toraco abdominal (-), MV para bien en AHT, no ruidos agregados; SNC: dormido, reactivo a estímulos externos, fontanelas normo tensas, succión (+) se plantea aumento de volumen leche materna 5cc c/3H + Dx 8% + NaCl 20% + KCl 20% a un volumen 100 cc/k/d, continua con antibióticos y se inició fototerapia por clínica y escala de Kramer; se solicitó bilirrubinas de control. Los resultados fueron BT: 15.31 mg/dL, BD: 0.53 mg/dL, BI: 14.78 mg/dL. Al 4to día de hospitalización neonato en incubadora encendida a T° piel, en fototerapia, portador de sonda orogastrica, ventila espontáneamente sin requerimiento de oxigeno con SatO₂: 96%, FR:51 rpm, SA: 0, Peso: 2870 gr (Δ PP en: -10gr), afebril, con buena tolerancia gástrica, no se reportó RG. al examen físico disminución marcada de ictericia, limitada hasta tórax, tórax simétrico, tirajes y retracción xifoidea (-), disociación toraco abdominal (-), MV para bien en AHT, no ruidos agregados; SNC: dormido, reactivo a estímulos externos, fontanelas normo tensas, succión (+) se incrementó volumen de leche materna a 8 cc + Dx 8% + NaCl 20% + KCl 20% a un volumen de 110 cc/k/d, antibióticos en su 4to día, se solicitó control de bilirrubinas para posibilidad de suspensión de fototerapia. A la reevaluación con control de BT: 10.39 mg/dL, BD: 0.39 mg/dL, BI: 10 mg/DI, motivo por el cual se suspende

fototerapia y se pasa a neonato a cuna con abrigo y se retira sonda orogastrica. Al 5to día de hospitalización neonato en cuna con abrigo, FC: 134 lpm, FR: 50 rpm, SatO₂: 97%, SA: 0, peso: 2850 gr (Δ PP en: -20gr), con buena tolerancia gástrica, no se reportaron RG, al examen físico sin alteraciones, se incrementó volumen de leche materna a 15cc c/3H + Dx 10% + NaCl 20% + KCl 20% a un volumen de 120 cc/k/d, se pasa a neonato al área de Intermedios para culminar con tratamiento antibiótico donde permaneció 02 días y posteriormente es dado de alta médica.

8. Caso N°08: Deshidratación leve - moderada

Paciente lactante menor de iniciales ASCA de sexo masculino, de 06 meses de edad, ingresa por emergencia acompañado de su madre quien refiere que hace +/- 12 horas su menor hijo cursa con fiebre 38,6°C, deposiciones con disminución de la consistencia en abundante cantidad (aprox 06), sin moco, sin sangre, además de vómitos en 1 oportunidad.

Antecedentes: niega hospitalizaciones previas, niega alergias.

T°: 37,2°C, FC: 150 lpm, FR: 60 rpm, SatO₂: 97%, peso: 6570 gr. Al examen físico se encuentra poco irritable, son sensación de sed, reactivo a estímulos externos, con piel tibia, semisecas, elástica, llenado capilar < 2 seg, mucosas orales semisecas, no cianosis, llanto con evidencia de lágrimas y ojos ligeramente hundidos, sg del pliegue (+/+++); pulmones sin alteraciones, cardiovascular con RCR de buena intensidad, no soplos; a nivel gastrointestinal el abdomen se encuentra globuloso, ligeramente distendido, aparenta dolor a la palpación superficial y profunda, visceromegalia (-), masas palpables (-), Sg de rebote (-), con RHA aumentados. A nivel neurológico, ligeramente irritado, reactivo a estímulos externos y fontanela normo tensa, no hundida.

Se le solicita hemograma completo, bioquímica, PCR y radiografía de abdomen. El plan con el pcte es: Iniciar tolerancia oral con sales de

rehidratación oral, simeticona 13 gotas VO PRN distención abdominal, paracetamol 100 mg VO PRN $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$, BioGaia c/24H, CFV + OSA.

Se hospitaliza con el dx de:

- Deshidratación leve
- Gastroenteritis aguda

Paciente es ingresado al área de observación en emergencia, donde es reevaluado con resultados de hemograma: Hb: 12,2 g/dl, Hto: 37.1 %, Plaquetas: 261 000/mmcc, Leucocitos: 12 100, PCR no hay reactivo. Bioquímica: G:65 mg/dl, U: 52 mg/dl, creatinina: 0,60 mg/dl, a la evolución madre del menor no refiere interurrencias, pcte tolera bien vía oral, afebril, persiste con deposiciones líquidas sin moco, sin sangre, hemodinamicamente estable, en condiciones de alta médica; se da de alta al pcte con SRO + simeticona condicional a distención abdominal, paracetamol condicional a $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ o dolor, BioGaia c/24H x 3 días, acudir a control por consultorio externo en 03 días.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO

LA EXPERIENCIA

El hospital inicial del internado medico 2020 fue el Hospital de San Juan de Lurigancho ubicado al noreste de la Provincia de Lima, distrito de San Juan de Lurigancho; categorizado como hospital de mediana complejidad II-2, y siendo el único hospital que abarca una población que sobrepasa el millón de habitantes (1' 142, 319). Asimismo, brinda atención integral de salud en áreas como emergencia, consultorio externo, UCI y hospitalización en diferentes especialidades, contando con 167 camas (3).

Iniciaron el internado medico un total de 32 internos, los cuales en los días previos recibieron charlas de parte del área de capacitación acerca del adecuado manejo en cada servicio, además de charlas acerca de lavado de manos, patologías frecuentes y bioseguridad. Se dividieron en 4 grupos de 8 personas, llegando a tener un promedio de 8 guardias al mes.

Se logró una rotación regular de aproximadamente 75 días en el área de Medicina Interna, rotando por áreas como hospitalización, emergencia y observación; abarcándose diversas patologías comunes como pancreatitis aguda, tuberculosis pulmonar, intoxicación por drogas, diabetes mellitus mal controladas, entre otras.

Esta rotación se realizó hasta el 15 de marzo del 2020, fecha en la que se declaró emergencia nacional a causa del COVID 19, donde se suspendieron todas las actividades por un aproximado de 6 meses.

En el mes de octubre del 2020, se retomaron las actividades correspondientes al internado médico, reubicándose a los internos en diferentes centros de salud nivel I-3, en este caso se consiguió una plaza en el Hospital Regional de Ayacucho (HRA), Miguel Ángel Mariscal Llerena, ubicado en el distrito de Ayacucho, Huamanga, Ayacucho de categoría III-1. Dicho nosocomio tiene la capacidad para cubrir las demandas poblacionales de la región de Ayacucho, además de aceptar referencias de las regiones de Huancavelica, Cuzco y Apurímac. Cuenta con cinco grandes rubros; atención en estrategias de salud pública, consultorios externos, emergencias, servicios centrales y de soporte, y hospitalización; donde cuentan con un total de 270 camas (4).

En el HRA se organizaron un total de 36 internos, los cuales se dividieron en 4 grupos de 9 internos por rotación; lamentablemente debido a la emergencia sanitaria y a los nuevos lineamientos establecidos por el MINSA (5), las rotaciones fueron reducidas a 70 días por especialidad, asistiendo 15 días y descansando 15 días; además las guardias se redujeron a 2 por quincena, siendo estas solo guardias diurnas

Previo a nuestro retorno se brindaron capacitaciones con respecto al COVID-19, uso adecuado del equipo de protección, correcto lavado de manos, entre otras charlas a cargo de Área de Epidemiología y Capacitación. En este hospital se llevaron a cabo las rotaciones de: Cirugía, donde se tuvo la oportunidad de rotar en áreas como cirugía general, traumatología, neurocirugía, cirugía pediátrica, oftalmología y urología, teniendo la oportunidad de ingresar a sala de operaciones. La tercera rotación fue Gineco-Obstetricia, donde se roto por áreas como puerperio inmediato, mediato, post cesareadas, UCEO, ginecología, y ecografía. La ultima rotación fue Pediatría donde se roto por el área de UCI neonatal, intermedios, UCI pediátrica y pediatría general. Finalmente, las

actividades se concluyen el 30 de abril del 2021, dándose, así como finalizado el internado médico.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 MEDICINA

1. Pielonefritis aguda no complicada

Para llegar a este diagnóstico se usó la guía del MINSA y UpToDate, donde se menciona que se debe de considerar la posibilidad de pielonefritis si la pcte presenta fiebre ($T^{\circ} > 38,5^{\circ}$); asociado a dolor lumbar, náuseas, vómitos, puño percusión renal positiva, síntomas urinarios bajos como la disuria o poliaquiuria podían estar presentes como no; en este caso la paciente contaba con la mayoría de estos síntomas. Dentro de los exámenes, estos fueron adecuados, sobretodo el urocultivo que está indicado en pacientes con alta sospecha de pielonefritis, ya que este nos confirmara la presencia de bacteriuria, el germen aislado y sobretodo los medicamentos a los cuales es susceptible (6,7).

Se hospitalizo a la paciente ya que cumplía con 2 criterios para sepsis urinaria (por $T^{\circ} > 38,5$; FC >90 lpm; FR >20 rpm; leucocitos $>12\ 000\ \text{mm}^3$), además no toleraba la vía oral y necesitaría tratamiento endovenoso. La vía más común de infección es la ascendente, y el microorganismo responsable

del 75 – 80% de casos en ambos sexos es la Escherichia coli, motivo por el cual se decidió comenzar con tratamiento empírico con Ceftriaxona 2gr c/24H, por un mínimo de 3 días y pudiendo extenderse hasta 7 días dependiendo de la respuesta del paciente, en este caso se cumplió con los 7 días de tratamiento, y se dio de alta a la paciente (6,7).

2. Pancreatitis Aguda

La pancreatitis aguda es un proceso de inflamación del páncreas, su grado de mortalidad se encuentra asociado a la severidad; la presencia de lodo biliar representa el 20-40% de pacientes sin otra causa aparente (8). Nos enfocamos en los síntomas que presento el paciente en este caso como el dolor en epigastrio que irradia en cinturón, náuseas, vómitos, asociado al antecedente de cálculos en vesícula y lobo biliar en la ecografía. Además, es importante saber los niveles de amilasa, lipasa; en este caso se solicitó amilasa la cual tiene una alta sensibilidad y especificidad, se suele elevar en las primeras 6 a 12 H (9), en este caso triplicaba su valor normal, el caso se clasifico como una pancreatitis leve ya que no había evidencia de daño orgánico, ni complicaciones locales.

La conducta inicial es el reemplazo de líquidos, con solución salina de 5 – 10 ml/kg/H en casos leves; seguido de manejo del dolor con analgésicos, y monitorear al paciente (control de sg vitales, diuresis), la nutrición a base de hidratación EV es solo en pancreatitis leve ya que la recuperación es rápida, lo que permite que el pcte inicie la con su dieta blanda una vez que tenga mayor tolerancia al dolor, ausencia de náuseas, vómitos, ausencia de íleo, presencia de ruidos hidroaereos y cuando los marcadores inflamatorios estén en disminución(8).

A las 72 horas el pcte debe de someterse a TC c/ contraste, para descartar la presencia de necrosis pancreática, extra pancreática (8); lo cual se realizó en la pcte

3.2 CIRUGIA GENERAL

3. Apendicitis aguda:

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, suele ser más común entre la segunda y tercera década de vida, se presenta en el 7-8% de la población. Suele ser secundaria a la obstrucción del lumen apendicular a causa de un fecalito (adultos) o hiperplasia linfoidea (en niños), otras causas menos frecuentes son parásitos, neoplasias, etc (10,11).

Las manifestaciones clínicas se caracterizan por seguir la secuencia de Murphy, la cual comienza con hiporexia, dolor inespecífico, náuseas, vómitos, dolor que migra hasta localizarse en fosa iliaca derecha y fiebre. Al examen físico el signo más frecuentemente encontrado es el dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha (Sg de Mc Burney); también está el signo de psoas, el Signo de Rovsing y obturador (10); manifestaciones clínicas que también encontramos en el caso mencionado.

La escala diagnóstica utilizada fue la puntuación de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis (Imagen 1), la cual evalúa 7 características muy frecuentes en el cuadro clínico de apendicitis (11). En este caso la paciente contaba con 07 puntos lo cual sugiere una probable apendicitis y se programa la cirugía.

Puntuación de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis

Característica	Punto
Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho	1
Fiebre > 37,5 ° C (> 99,5 ° F)	1
Leucocitosis del recuento de glóbulos blancos > 10 x 10 ⁹ / litro	2
Total	9

Imagen 1: Escala de puntuación de Alvarado modificada, para diagnóstico de apendicitis. Ann Emerg Med 1986 (12).

Con respecto al tratamiento este fue enfocado en una apendicitis supurativa, la paciente recibió Ceftriaxona 2 gr c/24 H, al no ser complicado recibió 3 dosis; según la guía revisada lo ideal es cubrir microorganismos aerobios y anaerobios, motivo por el cual se propuso el uso de una cefalosporina de tercera y un imidazol, por un periodo no mayor a 3 días (10,11); en relación al caso se recomendaría agregar un antibiótico como como el Metronidazol.

4. Fractura de radio:

Las fracturas a nivel del antebrazo, suelen ser las más frecuentes en niños, siendo más frecuente en mayores de 10 años, a su vez estas representan entre el 40 a 50% de todas las fracturas en los infantes y la ubicación más común suele ser a nivel del radio y/o cubito. El mecanismo de la fractura suele verse asociado a la caída sobre la mano en dorsiflexión (13).

Según UpToDate en las características clínicas asociadas, tenemos un paciente con el antecedente de haberse caído sobre la mano en extensión, aumento de volumen, deformidad de la región distal y limitación funcional. La prueba diagnóstica es la radiografía simple, en los pacientes que se

sospeche de fracturas en el antebrazo, se deben de tomar incidencias anteroposterior y lateral, que incluya el humero región distal y la muñeca.

Para definir el tipo de fractura, se utilizó la clasificación de Salter Harris (imagen 2), clasificándose al paciente como un Salter II.

Clasificación de Salter-Harris de fracturas fisarias

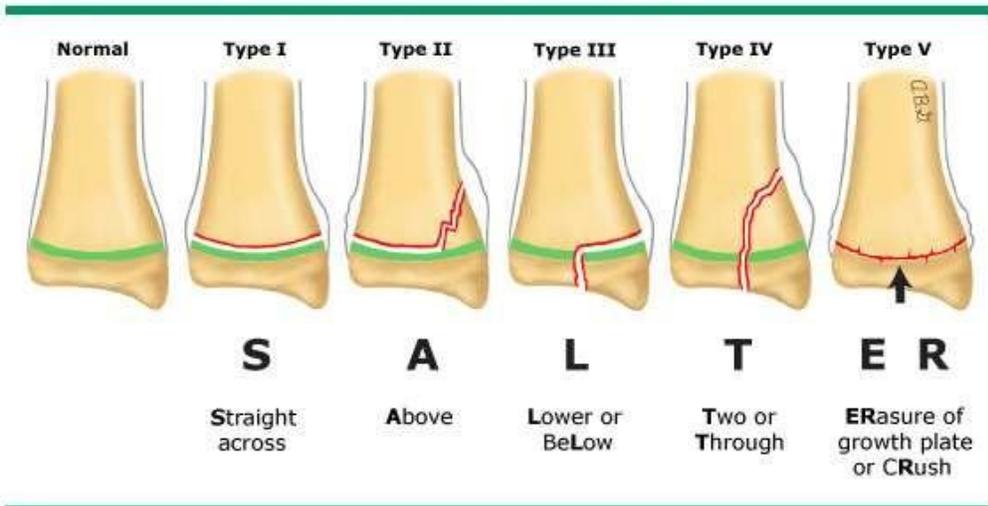


Imagen 2: Clasificación de Salter Harris- fracturas fisiarias (14).

En relación a su manejo, el tratamiento aplicado fue el adecuado ya que en este tipo de fractura desplazada (Salter II) el manejo se centra en la reducción de la fractura e inmovilización con yeso por un aproximado de 4 a 6 semanas; después del procedimiento está indicado una segunda radiografía para asegurarse de la correcta alineación e inmovilización de la fractura (13,14), con relación al caso presentado anteriormente, se cumplió con todo el procedimiento.

3.3 GINECO OBSTETRICIA

5. Aborto diferido:

Según la guía del Hospital Cayetano Heredia la clínica se encuentra caracterizada por un escaso sangrado vaginal, acompañado de dolor pélvico y OCI –OCE cerrados. En el laboratorio entremos la prueba B-HCG positiva. Y en la ecografía nos confirmara la presencia de un feto sin actividad cardiaca (15). En caso de gestaciones entre las 13 y 20 semanas como es el caso de la pcte, se debe de hospitalizar y administrar 200-400 ug de Misoprostol por vía vaginal; y en caso haya una expulsión incompleta se debe de manejar como aborto incompleto, lo cual coincide con el caso (15,16).

El legrado uterino está indicado en pacientes que cumplan con criterios como: edad gestacional > 12 sem (este era el caso de la pcte), signos de infección, anemia descompensada, y aborto inducido (15).

Dentro de los criterios al alta en pacientes post legrado uterino son: pacte asintomática, con ausencia de dolor pélvico, sangrado escaso, 24H sin fiebre y estas hemodinamicamente estable (15); criterios con los que se cumplió en este caso.

6. Amenaza de parto pre termino:

Suele presentarse en el 5 a 10% de embarazos, y es la causa principal de mortalidad en el recién nacido (75-80%); la causa más frecuente suele ser espontanea o sin causa aparente en el 50%, otras causas menos frecuentes son la ruptura prematura de membranas y la infección urinaria (17). Según la guía del MINSA es considerado como la presencia de contracciones (1 c/ 10min con duración de 30 seg) que se da a partir de la semana 22 hasta la 36 6/7; a su vez puede estar acompañado de: modificaciones del cuello uterino, dilatación < 2 cm y borramiento menor al 50%. El cuadro clínico se

va a caracterizar por dolor en vientre bajo, flujo sanguinolento por vagina, presencia de contracciones uterinas y modificaciones en el cuello uterino (18).

Uno de los exámenes que ayudara al diagnóstico es la cervicometria, donde una medida > 30 mm tiene un alto valor predictivo negativo para parto pre termino; mientras que una medida < 15 mm nos indicaría la alta probabilidad de parto en los próximos días; en nuestro caso la cervicometria era de 25 mm, por ende nos da duda diagnostica y se solicita el examen de fibronectina fetal, la cual es producida por el corion fetal y tiene relación con la adherencia de la placenta y Mb de la decidua, la separación de estas ocasiona el aumento de esta glucoproteína; por ende un valor positivo nos confirma el dx de amenaza de parto pre termino (19,20).

Diversas infecciones pueden ser las desencadenantes del parto pretermino, debido al aumento de prostaglandinas, dentro de las más comunes se encuentra la infección de tracto urinario, motivo por el cual se solicitó el examen orina, el cual en este caso fue negativo.

La guía del MINSA, recomienda en estos casos el reposo absoluto, acompañado de hidratación vía endovenosa, monitoreo materno fetal, un tocolítico (Nifedipino 10-20mg VO c/ 20m min hasta en 03 oportunidades seguida de 10mg c/ 4H durante el primer día y 10 mg c/8H x 6 días), inductores de la maduración pulmonar con corticoides (betametasona de elección a 12mg c/24H en 02 dosis), Neuroprotector si es < 32 semanas (sulfato de magnesio al 20% - 05 amp en 50 cc de NaCl 0,9%) (14); en este caso la paciente recibió el tocolítico solo en emergencia, ya que posteriormente las contracciones esporádicas cedieron a la hidratación; la paciente de igual manera recibió los corticoides para la maduración pulmonar, neuroproteccion para el RN.

Además, corregir el factor etiológico, por eso se comienzan antibióticos cuando hay presencia de fiebre intraparto, RPM > 12 H, o bacteriuria positiva (17,21). Si la paciente no presenta contracciones, ni cambios

cervicales por 24-48 H puede ser dada de alta, con controles ambulatorios hasta cumplir la semana 37 de gestación (18).

3.4 PEDIATRIA

7. Sepsis temprana

Según las guías del MINSA, en el Perú, el 8,7% de las muertes en neonatos son causadas por sepsis, a su vez la sepsis temprana se define por el inicio del cuadro clínico dentro de las primeras 72 H de vida, el neonato puede infectarse por diferentes vías, siendo la más frecuente la vía hematológica; otras son la ascendente por contaminación de líquido amniótico, ingestión de secreciones vaginales (22), en este caso un punto muy importante es el antecedente materno de ITU a repetición y Vaginosis de la madre, el cual no fue tratado, además de que el recién nacido al llegar al nosocomio se encontraba dentro de las 72 horas de vida, lo cual nos ayuda a confirmar que se trata de una sepsis temprana.

Como se menciona en el caso clínico respectivo, el paciente llegó con problemas respiratorios, motivo por el cual se usó la escala de Silverman y Anderson (Imagen 3), donde el paciente obtuvo un puntaje de 3 a 4 puntos, clasificándose como un SA moderado.

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

Imagen 3: Escala de Silverman y Anderson; Sánchez Pina Inés (23)

En la sepsis temprana los microorganismos más frecuentes son la *Escherichia coli*; *Estreptococo del Grupo B*, *Listeria monocytogenes*, entre otras. Dentro de los factores de riesgo encontramos la ITU en el 3er trimestre, el cual fue un antecedente en caso presentado; otros factores de riesgo son el RPM prolongado > 18H, Fiebre intraparto > 38°C, etc. Dentro de los signos y síntomas encontramos alteraciones en la frecuencia cardíaca, letargia, pobre succión, necesidad de apoyo con O₂, dificultad respiratoria, mala tolerancia oral, etc (22,24).

Para el diagnóstico, el UpToDate sugiere solicitar un hemograma completo y un hemocultivo (24). El diagnóstico en el caso presentado se basó más en la clínica del paciente, catalogándose como una sospecha de sepsis. Según UpToDate y la guía del Minsa posterior a la toma de muestras se debe de dar inicio rápido con cobertura antibiótica, en este caso los

antibióticos de elección serían Ampicilina 50mg/kg/dosis cada 12 H + Gentamicina 4mg/kg/dosis cada 24 H por un aproximado de 7 a 10 días (23,24); con respecto al tratamiento, este fue el adecuado debido a la sospecha diagnóstica

Adicionalmente al principal diagnóstico planteado, el paciente presentó ictericia marcada hasta abdomen; motivo por el cual en la emergencia se usó la Tabla de zonas de Kramer (Imagen 4) que indicaría una bilirrubina entre 6 a 11,5 mg/Dl, perteneciente a la Zona 3 (25), por lo que se le inició fototerapia de manera empírica hasta obtener los resultados, donde no ameritaba fototerapia motivo por el cual se suspendió.

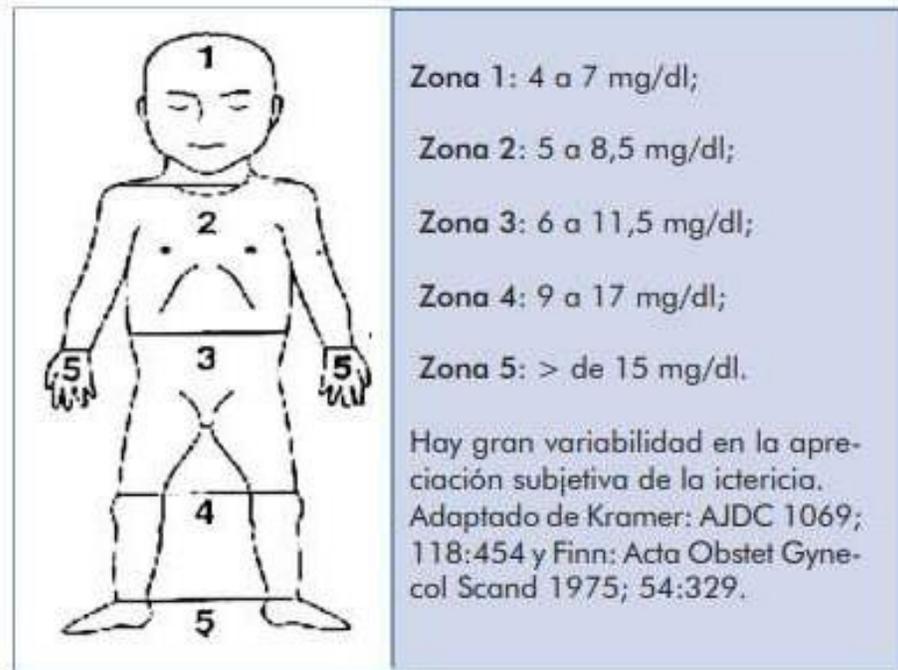
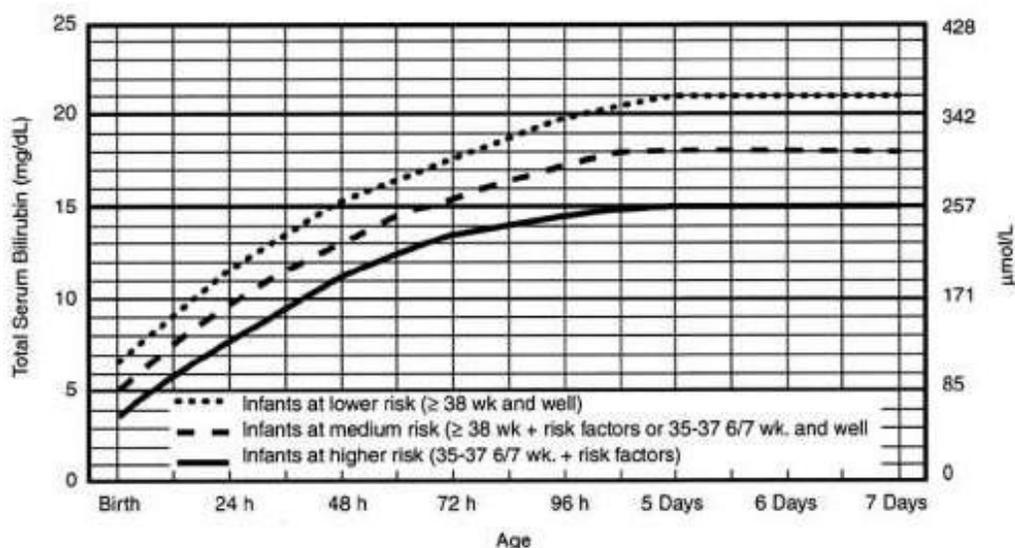


Figura 04: Zonas de Kramer. Guía de práctica clínica para la atención del recién nacido (25).

Días posteriores el neonato volvió a presentar ictericia marcada que llegaba a rodillas (++/+++), se solicitó control de bilirrubinas encontrando la BT: 15.31 mg/dl, BI: 14.78 mg/dl y BD: 0,53 mg/dl; en este caso se utilizó la

Tabla de indicaciones de fototerapia (Grafica N°01), donde multiplicamos el valor de Bilirrubina total por la constante 17.1; el resultado fue de 261.8, encontrándose en un rango en el que amerita fototerapia; adicionalmente según el MINSA se debe de controlar bien el nivel de hidratación (25). Finalmente, luego del tratamiento con fototerapia la ictericia cedió, además el paciente cumplió con el tratamiento antibiótico, los controles de bilirrubinas se encontraban en concentraciones por debajo del nivel solicitado según las gráficas.

GRAFICA N° 01: Indicaciones de fototerapia en el RN > 35 sem. Guía práctica clínica para la atención del recién nacido (25).



8. Deshidratación leve – moderada

Las enfermedades diarreicas son una de las principales causas de morbi – mortalidad en niños menores a 1 año, ya que favorecen a la deshidratación. En el caso, el tipo de diarrea fue acuosa, esta suele ser la más frecuente y se caracteriza porque no tiene restos de sangre, y estuvo asociada a

hiporexia, fiebre y vómitos; en niños < 1 año la causa más frecuente es viral, aquí tenemos al rotavirus (26).

Un buen examen físico nos ayudara en el diagnóstico, se evalúan de 6 signos (Figura N° 05) que nos ayudan a ver el grado de deshidratación y tratamiento adecuado.

TRATAMIENTO	PLAN A	PLAN B	PLAN C
1.EVALÚE: ESTADO DE CONCIENCIA	Bien alerta	Intranquilo Irritable	*Comatoso Hipotónico*
OJOS	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
LÁGRIMAS	Presentes	Escasas o ausentes	Ausentes
BOCA Y LENGUA	Húmedas	Secas	Muy secas
SED	Bebe normal	Sediento, bebe rápido y ávidamente	*Bebe mal o no es capaz de beber*
2.EXPLORE: SIGNO DEL PLIEGUE (&)	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	*Desaparece muy lentamente *(>2 segundos)
3.DECIDA:	NO TIENE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN	SI PRESENTA DOS O MÁS SIGNOS: TIENE DESHIDRATACIÓN	SI PRESENTA DOS O MÁS SIGNOS INCLUYENDO POR LO MENOS UN *SIGNO* TIENE DESHIDRATACIÓN CON SHOCK
4.TRATE	USE PLAN A	USE PLAN B Pese al niño	USE PLAN C Pese al niño

* La presencia de estos signos indica shock hipovolémico.
(&) El signo del pliegue debe ser cuidadosamente evaluado en niños desnutridos severos, obesos, edematosos porque puede dar datos falsos.⁽¹⁾

Figura 05: Evaluación del estado de hidratación del niño con diarrea. Procedimientos y protocolo de atención en enfermedades del aparato digestivo (26).

El caso se clasifico como diarrea aguda, de tipo acuosa con deshidratación leve – moderada para lo cual se decidió el inicio de tratamiento con el esquema B que comprende Terapia de Rehidratación Oral. El principal objetivo de este plan es reponer las pérdidas que llevaron a la deshidratación y se debe realizar en el área de observación. El manejo

consiste en dar SRO a libre demanda; si llegara a presentar vómitos se suspende la SRO por 10 min y se reinicia; se debe de tener en evaluación constante al paciente y ya una vez recuperado pasamos al Plan A. A la reevaluación, pcte con mejoría clínica, se encuentra en condiciones de alta y se dan indicaciones para casa como ingesta de líquidos como sopas, caldos, panetela, bajos en azúcar; estar al tanto de signos de alarma (26).

CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El año 2020 comenzó como un internado médico de manera regular, todos los alumnos en ciencias de la salud comenzaron a adaptarse a una nueva rutina de trabajo, sobre todo los internos de medicina que tenían un horario de 10 horas mínimas al día, con guardias nocturnas cada 4 días. En este primer periodo fueron 32 internos pertenecientes a diferentes universidades, los cuales se dividieron en 4 grupos de 8 personas cada uno.

En el caso de los internos pertenecientes al área de medicina interna, los 8 se subdividieron en grupos de a 2 y se repartieron en las diferentes áreas como emergencia, observación y hospitalización, donde se roto aproximadamente 20 días en cada servicio. La hora de ingreso era a partir de las 7 am, sin embargo, esta variaba ya que se debía de tener todo listo en el piso para las 8 am; las guardias nocturnas fueron de a 2 personas, cada 4 días, llegando a 36 horas seguidas de trabajo en el hospital, no existía el descanso pre guardia, pero si la salida post guardia siendo está a partir de las 2pm. Si bien el horario de salida normal era a las 5 pm, muchas veces no se cumplía ya que la hora de salida se veía asociada al termino de pendientes en el piso.

Los internos tenían a su cargo un promedio de 8 pacientes, y eran un pilar importante en la mejoría de los estos ya que debían de conocer todo acerca de ellos, en este ámbito el interno va adquiriendo poco a poco va fijando conceptos y aprendiendo acerca del manejo adecuado de cada patología. En el área de emergencia se encontraban casos como diabetes mellitus no controladas, cetoacidosis diabética, hipertensión arterial mal controlada, TBC pleural, cirróticos descompensados, hemoptisis, lumbalgias, cálculos renales, intoxicación por medicamentos, etc. En el área de observación se encontraban pacientes cuyo cuadro era crítico y necesitaban estar en constante reevaluación, con patologías como hemorragias digestivas altas, pancreatitis aguda, fracturas de base de cráneo, crisis asmáticas, entre otras; por otro lado en el área de hospitalización habían casos de pielonefritis aguda, pie diabético, intoxicación por metanol, neumonía adquirida en la comunidad, etc; y por último el área de aislados donde se encontraban los pacientes con tuberculosis tanto sensibles como resistentes, pacientes con VIH asociado a histoplasmosis. En algunas ocasiones los internos tenían la oportunidad de ingresar al área de Trauma Shock y brindarle las maniobras del RCP a algunos casos que llegaban por emergencia; además se tuvo la oportunidad de realizar procedimientos como toracocentesis, paracentesis abdominal, y procedimientos menores como la colocación de vías periféricas, sondas vesicales y retiro de CVC.

Todo lo aprendido era complementado con exposiciones 3 veces a la semana a cargo de los internos y residentes, donde se exponían casos clínicos, revisión de temas de acuerdo a las patologías más frecuentemente vistas.

Debido a la pandemia a causa del COVID 19, se suspendieron todas las actividades en el área de la salud, retomándose 6 meses después en el mes de octubre del 2020. La autora del presente informe retorno a una sede hospitalaria diferente a la de origen, siendo esta el Hospital regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena"; ubicado en el departamento de Ayacucho, de categoría III-1. En esta sede hospitalaria se reincorporaron 36 internos de medicina los cuales fueron divididos en 4 grupos de 9 personas, a su vez cada uno de estos

grupos se dividió en 2, donde los primeros 4 asistían la primera quincena y los restantes en la segunda quincena; además se estableció que horario de salida era a la 1pm y que solo se debían de hacer 2 guardias por quincena. La sede hospitalaria se encargó de asegurar el EPP, el cual consistía de mandilones, lentes de protección, mascarillas simples y mascarillas N95; siendo estos entregados en cada quincena. Además, se encontraba terminante prohibido el ingreso de los internos a áreas COVID 19.

La rotación con la que se inicio fue Cirugía general, aquí se roto por áreas como traumatología, cirugía general, emergencia y especialidades. En traumatología estaba el área de hospitalización donde se encontraban los pacientes post operados y programados para osteosíntesis, colocación de placas; dentro de las fracturas más frecuentes fueron las de fémur, tibia asociada a peroné, clavícula y radio cubital desplazadas. Por otro lado, en el área de tópicos de traumatología se realizaron procedimientos como reducción interna, colocación de yesos, férulas. El área de cirugía general se subdividió en hospitalización donde se encontraban pacientes en su mayoría post operados, traumas cerrados, neumotórax, hemotorax, plastrones apendiculares; aquí los internos se encargaban de la limpieza diaria de las heridas operatorias y cambios de tubo de drenaje; mientras que en el tópico de cirugía general se formaba más el ojo clínico ya que un buen examen físico ayudaba mucho en el diagnóstico y a definir por ejemplo si se estaba frente a un abdomen agudo quirúrgico, a un traumatismo abdominal cerrado que se estaba descompensando, hemotorax, neumotórax, apendicitis que se iban complicando a peritonitis, además se realizaban suturas, entre otros. En el área de especialidades se tuvo la oportunidad de rotar en el área de oncología donde se veían fibroadenomas de mama, cáncer de ovario y cáncer de mama; cirugía pediátrica donde se veían pacientes con quemaduras de diferentes grados, malformaciones anorrectales, apendicitis pediátricas, accidentes de tránsito; en urología patologías como hiperplasia prostática, colocación de sonda vesical; neurocirugía donde habían casos de TEC, traumatismos vertebro medulares, accidentes de tránsito; en las diferentes áreas de cirugía se tuvo la oportunidad de ingresar a SOP para asistir a los doctores.

Además, se realizó revisión de temas y presentación de casos clínicos a cargo de los internos

La siguiente rotación fue en el área de Gineco – Obstetricia, aquí se roto por áreas como Sala A donde se encontraban pacientes post cesareadas debido a patologías como pre eclampsia severa, distocias de presentación, fetos macrosomicos, antecedentes de cesáreas anteriores, atonías uterinas, gestación gemelar, entre otras; en el área de ginecología se encontraba pacientes con abortos retenidos, miomas submucosos, molas, abortos incompletos; aquí el interno pudo realizar procedimientos como legrado uterino, AMEU, maduración de cuello cervical. Otra de las áreas era puerperio y alojamiento conjunto, donde se tenían pacientes puérperas mediatas e inmediatas, amenazas de aborto, entre otras; en general el interno debía de evaluar siempre el estado del útero, si se encontraba contraído, la cantidad del sangrado y sus características; además del estado de las mamas. En el área de UCEO estaban pacientes más críticas que necesitaban estar en constante monitoreo, se tuvo patologías como amenazas de parto pretermino, placenta previa, HIE – pre eclampsia, eclampsia; además se tuvo la oportunidad de atender partos con apoyo y supervisión de los asistentes y residentes. En el área de emergencia se aprendió a realizar ecografías, al examen físico se practicaron las maniobras en las gestantes, la escala de bishop, etc.

La ultima rotación fue Pediatría, donde se roto por UCIN I – II, aquí se encontraban neonatos con dx de Mb hialina, SALAM, postoperados de ano imperforado, sepsis, pctes en ventilación mecánica, se aprendió el cálculo de volumen según peso, requerimiento de dextrosa, VIG, las fórmulas para nutrición parenteral (aminoácidos, lípidos), delta de peso, cálculo de flujo urinario; pediatría donde se encontraban casos de LLA, diarreas leves - moderadas, síndrome nefrótico, adenitis, etc. Además 2 veces a la semana se realizaba la revisión de casos clínicos a cargo de los internos y guiados por los médicos docentes.

En todo el internado medico se adquirieron diversos conocimientos que serán de gran ayuda en el SERUM que desarrollara más adelante.

CONCLUSIONES

- El internado es una etapa muy importante en el desarrollo de un médico, ya que es donde se va adquirir la mayor parte de conocimientos a nivel práctico, complementando todo lo aprendido en los años anteriores, basándose en una educación integral.
- Mediante las rotaciones durante el internado se lograron reforzar los conocimientos adquiridos en los anteriores años, mediante la revisión de temas, presentación de casos, exposiciones de diversas patologías; además de que pudimos realizar diversos procedimientos invasivos y no invasivos.
- Mediante la experiencia del internado logramos aprender acerca de la importancia en la relación y trato del médico hacia el paciente, permitiéndonos atender a la persona de una manera más integral y no solo enfocada a su enfermedad.
- Debido a la pandemia por COVID 19, se debe adaptar el internado de forma que se salvaguarde la salud de los futuros médicos.

RECOMENDACIONES

- Que las casas de estudios en conjunto con el ministerio de salud aseguren el equipo de protección, vacunación, seguro de salud y vida a todos los internos; debido a que frente a esta pandemia se encuentran igual de expuestos que todos los trabajadores de la salud.
- La universidad debe de asegurarse de que se estén cumpliendo los lineamientos frente a la reincorporación de los internos de medicina, verificando que se cumplan solo con las 2 guardias estipuladas por quincena.
- La casa de estudios debe de cerciorarse de que todos los internos conozcan y manejen los protocolos de bioseguridad antes y durante el internado médico.

FUENTES DE INFORMACION

1. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Who.int. 2021 [cited 14 April 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. Coronavirus: esta es la cronología del covid 19 en el Perú y el mundo [Internet]. [cited 14 April 2021]. Available from: <https://rpp.pe/vital/salud/coronavirus-esta-es-la-cronologia-del-covid-19-en-el-peru-y-el-mundo-noticia-1256724>
3. Silva Martel P.; et al. Análisis de situación de salud hospitalaria 2019. Hospital San Juan de Lurigancho. 2019, 3(1): 1-169. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/BE/2019/A SIS%202019.pdf>
4. Resoluciones Directorales [Internet]. Hrayacucho.gob.pe. 2021 [cited 2 May 2021]. Available from: <https://hrayacucho.gob.pe/index.php/resoluciones-directorales>
5. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normaslegales/1097726-622-2020-minsa>

6. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en el Hospital Santa Rosa. Departamento de medicina, servicio de especialidades médicas. 2020. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>
7. Hooton Thomas M, MD, Gupta Kalpana. Infección aguda complicada del tracto urinario, incluida la pielonefritis en adultos. UpToDate. Marzo 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefritis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~95&usage_type=default&display_rank=1#H91340417
8. Swaroop Vege S. Manejo de la pancreatitis aguda. UpToDate [Internet]. 2021 [cited 15 April 2021] ;(1). Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H20
9. Swaroop Vege S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. UpToDate [Internet]. 2021 [cited 16 April 2021];(1). Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H24
10. Guías Clínicas de Cirugía General. Guías Clínicas de Cirugía General [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021] ;(1):55-63. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_cirugia_general.pdf
11. Souza-Gallardo LM, et al; Apendicitis Aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017 Jan-Feb;55(1):76-81.
12. F Martin, R. Apendicitis aguda en adultos: evaluación diagnóstica. UpToDate [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];2(1). Available from: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=alvarado%20modified%20rankin%20scale&source=sea>

rch_result&selectedTitle=1~29&usage_type=default&display_rank=1#H1942721664

13. Paula S. Fracturas distales del antebrazo en niños: diagnóstico y evaluación. UpToDate [Internet]. 2021 [cited 19 April 2021];(1). Available from: http://uptodate.com/contents/distal-forearm-fractures-in-children-diagnosis-and-assessment?search=fractura%20de%20antebrazo%20pediátrico&source=search_result&selectedTitle=4~116&usage_type=default&display_rank=4#H2133687
14. Schweich P. Reducción cerrada y yeso de fracturas distales de antebrazo en niños. UpToDate [Internet]. 2021 [cited 19 April 2021];(1). Available from: https://www.uptodate.com/contents/closed-reduction-and-casting-of-distal-forearm-fractures-in-children?search=fractura%20de%20antebrazo%20pedi%C3%A1trico&source=search_result&selectedTitle=5~116&usage_type=default&display_rank=5#H2137527
15. Astudillo Gonzales J. Guia practica clinica de aborto terapeutico. Departamento de gineco obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];(1):1-27. Available from: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_742_2013.pdf
16. Gerencia Regional de Salud. Protocolo para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo. Gobierno regional de Arequipa [Internet]. Diciembre 2017 [citado 18 Abril 2021];(1):1-20. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2228.pdf>
17. Guia tecnica para la atencion, diagnostico y tratamiento de 10 condiciones obstetricas. Ministerio de salud [Internet]. 2021 [cited 19 April 2021];(1):45-50. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1889.pdf>
18. Amenaza de parto pretermino. Guia de practica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];(1):236-243. Available from:

<https://www.dropbox.com/s/xe1b0z451bu7b0f/AMENAZA%20DE%20PARTO%20PRETERMINO.pdf?dl=0>

19. Huertas Tacchino Erasmo. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Jul [citado 2021 Abr 19] ; 64(3): 399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>.
20. Ochoa A., Pérez Dettoma J.. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2021 Abr 20] ; 32(Supl 1): 105-119. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es.
21. Laterra C. Guía de práctica clínica: AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO 2011. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [Internet]. 2021 [cited 19 April 2021];(1):25-40. Available from: <https://www.sarda.org.ar/images/2012/25-40%20Guia%20Amenaza%20parto.pdf>
22. Guia practica clinica para la prevencion, diagnostico y tratamiento de la sepsis neonatal. Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2021 [cited 17 April 2021];(1):16-21. Available from: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cnsp/unagesp/publicaciones/gpc/GPS%20SEPSIS%20NEONATAL%20version%20extensa%20enero%202020.pdf>
23. Sanchez Pina Ines. Test de Silverman Anderson. Octubre 2013. [Internet]. Disponible en: <https://enfermerapediatrica.com/test-de-silverman/>
24. S-Edwards M. Características clínicas, evaluación y diagnóstico de sepsis en recién nacidos a término y prematuros tardíos. UpToDate [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];(1). Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm->

infants?search=sepsis%20neonatal%20temprana&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

25. Ministerio de Salud. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO. Lima; 2007 p. 1-160. Disponible: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
26. MINSA. Procedimientos y protocolos de atención en enfermedades del aparato digestivo. MINSA [Internet]. 2021 [cited 14 April 2021];(1):327-340. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-5.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1

Listado de abreviaturas:

MINSA: Ministerio de Salud
HSJL: Hospital San Juan de Lurigancho
HRA: Hospital Regional de Ayacucho
COVID – 19: Enfermedad por coronavirus de 2019
EPP: Equipo de protección personal
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ITU: Infección de tracto urinario
HTA: Hipertensión Arterial
DM2: Diabetes mellitus tipo 2
TBC: Tuberculosis
Lpm: latidos por minuto
Rpm: respiraciones por minuto
PPL: Puño percusión lumbar
NPO: Nada por boca
RHA: Ruidos hidroaereos
PO: Post operatorio
SAT: Sensación de alza térmica
FUM: Fecha de ultima menstruación
EG: Edad gestacional
CPN: Controles pre natales
DU: Dinámica uterina
AU: Altura uterina
LCF: Latidos cardiacos fetales
CFV: Control de funciones vitales
OSA: Observación de signos de alarma
CBN: Cánula binasal
AEG: Adecuado para edad gestacional