



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO Y
EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE LIMA EN EL
PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
DIOSDADO ELDER FLORES YAURI
ASESOR**

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

**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 MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL 2 DE
MAYO Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE
LIMA EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
DIOSDADO ELDER FLORES YAURI**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Ramón Romel Silva Romero

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo principalmente a mis padres, Mercedes que durante todo el camino recorrido me demostró el amor de madre, mediante su cariño, paciencia, dedicación, los valores inculcados, perseverancia, independencia; y hacia mi padre Faustino que con cual vigor siempre me mantuvo centrado en mis metas y objetivos tanto a mediano como a largo plazo. Ambos me dieron aquellas fuerzas para poder culminar un gran recorrido hecho con esmero y dedicación.

A mi hermana, Natividad, por ser ese gran apoyo emocional que estuvo a mi lado en todo tipo de momento, alegrías y tristezas. Sé que siempre puedo contar con ella para todo tipo de actividad, gracias por el tiempo brindado. Con el mismo cariño me gustaría dedicar el presente trabajo a la familia que me acogió en mis primeros días en lima, la familia Ulloa Tamayo; a mi familia en EE. UU. Bob y Martha que con sus palabras me guiaron para poder llegar hasta donde me encuentro ahora.

Diosdado Elder Flores Yauri

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por permitirme poder llegar a conocer toda la gente que durante el trayecto de la carrera estuvieron conmigo y me apoyaron tanto psicológica como físicamente.

Dentro de todo especial agradecimiento hacia mi familia que en todo momento hicieron lo posible por tratar de ayudarme y darme aquella energía que en algún momento hizo falta a lo largo de este camino que hoy concluye.

A los profesores y doctores que a lo largo de la carrera se encargaron de nuestra formidable preparación y brindarnos aquella práctica clínica que muchas veces me guiaron durante el proceso del internado para destacarme y poder afrontar todo tipo de desafíos.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	21
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	25
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	44
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
FUENTES DE INFORMACIÓN	47
ANEXOS	53
1. Centros de referencia del Centro de Salud Unidad Vecinal N°3	54

RESUMEN

El internado médico es una de las últimas etapas de la carrera de medicina para obtener el título de médico cirujano, dentro del internado nos encontramos frente a frente con los pacientes ya no como paciente-estudiante, sino como médico-paciente. El internado es indispensable para que los alumnos integren y consoliden los conocimientos que adquirieron durante los 6 años previos, rotando en los siguientes servicios: Servicio de enfermedades infecciosas y tropicales, Servicio de cardiología, Servicio de dermatología, Servicio de endocrinología, Servicio de reumatología e inmunología, Servicio de nefrología, Servicio de gastroenterología, Servicio de neurología, Servicio de salud mental, Servicio de medicina física y rehabilitación, Servicio de neumología, Servicio de oncología médica y Servicio de hematología clínica. En cada servicio te encuentras con diferentes pacientes, diferentes signos y síntomas, nuevos retos y nuevas experiencias que debemos afrontar; el internado médico ya de por sí es difícil, pero hacerlo durante una pandemia mundial mucho más. Para los internos del 2020 fue muy difícil continuar con el internado sobretodo con los problemas que han sucedido a nivel mundial por el COVID-19, sin embargo, por los principios y conocimientos adquiridos y por ser las ganas de llegar a ayudar a los pacientes a pesar de los contagios que podríamos tener, hemos enfrentado y nos hemos puesto en primera línea por amor a la medicina.

Objetivo: Demostrar las aptitudes adquiridas en todas las rotaciones realizadas durante el internado médico 2020-2021.

Metodología: Recopilación de casos clínicos basados en la práctica clínica durante el internado.

Conclusiones: Fue uno de los procesos de internado más atípicos vistos hasta la fecha, sin embargo se lograron obtener las principales aptitudes para todo médico durante su formación.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco-obstétrica, Pediatría, Pandemia, COVID 19.

ABSTRACT

The medical internship is one of the last stages of the medical career to obtain the title of surgeon. Within the internship we find ourselves face to face with patients no longer as a patient-student, but as a doctor-patient. The internship is essential for students to integrate and consolidate the knowledge they acquired during the previous 6 years. Bouncing around and learning about all of the following services: Infectious and tropical diseases service, Cardiology Service, Dermatology Service, Endocrinology Service, Rheumatology Service and Immunology, Nephrology Service, Gastroenterology Service, Neurology Service, Mental Health Service, Physical Medicine and Rehabilitation Service, Pneumology Service, Medical Oncology Service, and Clinical Hematology Service. In each service you meet different patients, different signs and symptoms, new challenges and new experiences that we must face. The medical internship is difficult in itself, but doing it during a global pandemic is much more difficult. For the inmates of 2020 it was very difficult to continue with the internship, especially with the problems that have occurred worldwide due to COVID-19. However, due to the principles and knowledge acquired and because of the desire to help patients despite of the contagions that we could contract, we have faced and put ourselves in the front line for the love of medicine.

Objective: To demonstrate the skills acquired in all the rotations carried out during the 2020-2021 medical internship.

Methodology: Compilation of clinical cases based on clinical practice during the internship.

Conclusions: It was one of the most atypical internship processes seen to date, however the main skills for all doctors were achieved during their training.

Key words: Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics, Pandemic, COVID 19.

INTRODUCCIÓN

El internado médico viene a ser el proceso de prácticas preprofesionales que tiene lugar durante el último año de carrera, proceso en el cual los futuros profesionales de la salud logran pulir sus aptitudes para poder en un futuro ser eficiente tanto en lo profesional como en lo humanitario (1,2). El último proceso de internado que se tuvo como protagonistas a los alumnos del séptimo año de medicina del año 2020, fue bastante afectado debido a la pandemia por el COVID-19 que se avecinaba a fines del año 2019 y que lamentablemente afectó en gran medida al pueblo peruano hacia inicios del 2020 (2,3). Debido a la problemática en marzo del 2020, el gobierno junto a la asociación de facultades de medicina, en fin de controlar la propagación de este nuevo virus, toma la medida de suspensión de las actividades asistenciales a nivel hospitalario por parte de los internos de este mismo año, decretado en el decreto de urgencia N° 026-2020 “Decreto de Urgencia que establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del Coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional” (3,4). No fue hasta el 22 de octubre que, en vistas a la extensión de la problemática, se da un decreto para poder reanudar el internado, consignado en el artículo 2 bajo el título “Reanudación de actividades de internos de ciencias de la salud y financiamiento”, medidas con las cuales se propone el retorno de los internos de las ciencias de la salud en áreas de primer nivel y áreas hospitalarias (5).

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A lo largo de la carrera se va inculcando el aspecto clínico-teórico en el estudiante de medicina, para poder complementar la preparación durante el internado, donde se afronta al paciente como médico tratante y se llega a hacer un seguimiento diario de su salud, así como del aprendizaje día a día por parte del interno (2). Durante la rotación del internado realizada por todo el alumnado perteneciente a la carrera de medicina humana que cursa el último año de medicina se logran pulir los últimos conocimientos y aplicar la parte teórica que se logró obtener durante los 6 años previos; personalmente cursos como semiología, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, conjuntamente con las rotaciones practicas realizadas en su momento logran hacer que el aprendizaje sea integro y poder aplicar aquellos conocimientos teóricos (1,2).

Durante la rotación de medicina interna se llega a observar pacientes de todas las especialidades clínicas, tales como (2):

- Servicio de enfermedades infecciosas y tropicales
- Servicio de cardiología
- Servicio de dermatología
- Servicio de endocrinología
- Servicio de reumatología e inmunología
- Servicio de nefrología
- Servicio de gastroenterología
- Servicio de neurología
- Servicio de salud mental
- Servicio de medicina física y rehabilitación

- Servicio de neumología
- Servicio de oncología medica
- Servicio de hematología clínica

Considerada una de las rotaciones pilares a nivel del internado, donde cursos en pregrado como Semiología, Oncología, Medicina Interna, Endocrinología, Infectología, Dermatología, Gastroenterología, nos preparan para abordar a los pacientes de manera integral y eficiente, ahondado con los doctores de las salas hospitalarias que nos siguen guiando en el diagnóstico y tratamiento. Durante el internado, dentro del área de cardiología se logró obtener las aptitudes para poder hacer una correcta reanimación cardiopulmonar en el contexto de una paciente que previamente estuvo con el diagnóstico de enfermedad de Lupus Eritematoso Sistémico y por complicaciones de la misma enfermedad posteriormente fue diagnosticada de Síndrome anti fosfolípido, por lo cual desarrollo un trombo embolismo pulmonar que llevo a requerir maniobras de reanimación cardiopulmonar, logrando salvar su vida y finalizar con su ingreso a unidad de cuidados intensivos; el correcto manejo de la presión arterial en el área de emergencias, en pacientes que acudían con presiones arteriales mayores a 180/120, o en algunos casos que tenían lesión de órgano blanco y su manejo y evaluación inicial; el correcto manejo de las insuficiencias cardiacas descompensadas, para su posterior hospitalización y estabilización, y dependiendo de la etiología determinar un manejo medico en piso de medicina o un manejo invasivo por parte de cirugía cardiorácica.

Dentro del área de Infectología se debe destacar los casos de mordedura de araña por *Loxosceles Laeta*, donde se aprendió a hacer un correcto abordaje inicial y pase a hospitalización para evaluación y administración de suero anti loxosceles en las primeras 24 horas tras la mordedura asociado a dapsona en los casos leves; es importante realizar una correcta evaluación y monitoreo de las complicaciones como coagulopatías que pueden llegar a tener (6). Una patología vista dentro del area de hospitalizacion es el dengue, que dentro de su manejo principal esta la hidratación y los exámenes complementarios para poder ver alguna complicación que vaya a suceder, que suelen ser principalmente entre los días 4 y 5, y que puede desarrollar falla orgánica multisistémica, una vez pasado esto la frecuencia disminuye (7).

Con respecto a la especialidad de Gastroenterología, uno de los casos más prevalentes viene a ser la gastroenteritis aguda, típico paciente que se vio con dolor tipo cólico o pesadez a nivel mesogastrio, asociado a náuseas y vómitos, el diagnóstico se realiza con una correcta evaluación del estado de hidratación, donde al encontrarle con signos de deshidratación se administra solución cloruro de sodio (NaCl) al 0.9% en 20-40 gotas en función al grado de deshidratación y manejo sintomático con una solución intravenosa de dimenhidrinato 50 mg o metoclopramida, posterior a esto realizar hemograma evaluando los neutrófilos y reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva (PCR) que si se encuentra elevada, ayuda al diagnóstico, una vez hecha la diferencia entre patología viral o bacteriana se le dejara como tratamiento ciprofloxacino de 500 mg vía oral 1 vez al día por 5 días (8). Otra patología con relativa frecuencia dentro de la admisión por emergencia y posterior hospitalización viene a ser la pancreatitis aguda, paciente que suele venir con historial de intenso dolor abdominal tipo opresivo a nivel de mesogastrio que se suele irradiar hacia la espalda, con intensidad de dolor 9/10 a más, siendo la etiología litiásica biliar la más frecuente; una vez hecho el diagnóstico se inicia el manejo primero poniendo dentro de las indicaciones ayuno prolongado (NPO), asociado a una correcta hidratación de 100-200 ml de NaCl en la emergencia y abordaje del dolor con aines intramusculares, para posteriormente sacar los SCORE que se tiene para poder saber el riesgo de complicación o falla multiorgánica que tiene el paciente, y ver el nivel de manejo, la mayoría de los casos de etiología biliar necesitaran manejo por colangio pancreatografía retrograda endoscópica por parte de Gastroenterología (9), pero al no haber disponibilidad al 100% dentro del hospital, en algunas ocasiones termina siendo manejo quirúrgico.

Dentro del manejo de Nefrología la patología más frecuente vista durante la emergencia como en hospitalización viene a ser la infección de tracto urinario (ITU), se empieza diferenciando a que altura se encuentra la infección, podemos encontrar ITU alta o ITU baja, en caso de que sea una ITU baja se suele hacer el manejo ambulatorio con antipiréticos orales en caso presente fiebre lo que no es usual ya que la mayoría de las ITU baja que se presentan en el servicio suelen ser afebriles y con signos de irritación vesicouretral, como puede ser polaquiuria, disuria, nicturia y con menor frecuencia hematuria, se

suele confirmar el diagnóstico con un examen de orina en pacientes de bajo riesgo y que sea ITU de primera presentación a diferencia de los pacientes con ITU recurrente que se considera a aquellos pacientes con historia de 3 ITU baja en 1 año o 2 en 6 meses o 1 ITU alta en 1 año que se les suele complementar con un cultivo de orina ya que estos pacientes en la mayoría de casos solían presentar otro tipo de microorganismos diferentes a la E.coli o E. coli BLEE (betalactamasas de espectro extendido), con respecto al manejo se ampliara más adelante.

Con respecto al manejo de patología dermatológica vista durante el proceso del internado médico, se encuentra en primer lugar a la celulitis que su tratamiento suele ser meramente empírico, el paciente es admitido en la unidad de emergencias para poder hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno, en primer lugar se realiza un examen clínico exhaustivo en búsqueda de signos de infección como piel caliente, eritematosa con bordes mal definidos, posible colección purulenta como signos que apoyen al diagnóstico de celulitis. Para hacer un diagnóstico diferencial con la trombosis venosa profunda usamos como gold estándar la ecografía Doppler de miembros inferiores, donde una ecografía Doppler negativa sin signos de insuficiencia venosa suele ser más sugestiva de la presencia de celulitis, una vez hecha el diagnóstico se realiza un hemograma y reactantes de fase aguda, donde una neutrofilia mayor a 11 000 neutrófilos y PCR elevada mayor a 10 mg/L, nos ayuda al diagnóstico de una celulitis de causa bacteriana. Con respecto al tratamiento se suele hacer en hospitalización y antibioticoterapia parenteral, considerando a los patógenos más frecuentes a nivel de piel: staphylococo aureus, staphylococo epidermidis y en menor frecuencia streptococo pyogenes; el manejo se realiza con oxacilina 1 gramo cada 6 horas y clindamicina 600 mg cada 12 horas por 7 días (10).

En los casos de Endocrinología los pacientes que se suele ver más, tanto a nivel de admisión por emergencia como en hospitalización, son los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sus diversas complicaciones macro y microangiopáticas.

Los pacientes con patología y manejo de Neumología son predominantemente por neumonía adquirida en la comunidad, el cual se hace

un manejo ambulatorio en pacientes con CURB-65 de 1 a 2 y manejo hospitalario y/o parenteral en pacientes con CURB-65 de 3 a 4 (11).

Dentro de los casos clínicos más representativos durante de la rotación de Medicina Interna están:

- Paciente mujer de 35 años es admitida en la emergencia con un tiempo de enfermedad de 12 horas. Caracterizada por presentar 12 horas antes del ingreso sensación de alza térmica, disuria y dolor a nivel de la región lumbar derecho de tipo pesadez no cólico, de intensidad 8/10 que no presenta radiación, por lo cual la paciente 6 horas antes del ingreso ante la persistencia del dolor llega a aplicarse medicación para calmar el dolor (diclofenaco intramuscular), el dolor remite transitoriamente pero 2 horas antes del ingreso el dolor vuelve a su intensidad 8/10 por lo cual acude a emergencia del Hospital Nacional 2 de Mayo.

Antecedentes de importancia: Diabetes mellitus de reciente diagnóstico mal controlada, paciente refiere haber sido operada de una colecistectomía hace 2 años, su tío fue diagnóstico de litiasis renal hace 1 año. Niega antecedente de infección urinaria alta o baja.

Examen físico dirigido: Presión arterial 120/70, frecuencia respiratoria 14 por minuto, frecuencia cardíaca 90 por minuto, temperatura axilar 38.5 grados centígrados, saturación de oxígeno 97% con FiO₂ al 21%. Dentro de la evaluación genitourinaria: puño percusión lumbar derecha positiva, izquierda negativa; puntos renouretrales superior y medio positivo, inferior diferido. Evaluación ginecológica diferida. evaluación abdominal: punto de mc burney y murphy negativos, reacción peritoneal negativa.

Diagnósticos planteados en la emergencia:

1. D/C Pielonefritis aguda vs Litiasis renal

Exámenes complementarios: Hemograma y reactantes de fase aguda, ecografía renal, examen de orina, urocultivo, glucosa, urea y creatinina.

Hemograma: hemoglobina: 13.4%, hematocrito: 44.2%, leucocitos 13000, neutrófilos: 60%, linfocitos 18%, bastonados 5%.

Reactantes de fase aguda: proteína C reactiva: 12 mg/dL

Glucosa: 210 mg/dl, Urea: 27 mg/dl, Creatinina: 0.84 mg/dl.

Examen de orina: densidad 1.016, pH 6, cuerpos cetónica negativos, hemoglobina negativa, nitritos positivos, esterasa leucocitaria positiva.

Sedimento: piuria, células epiteliales escasas, hematíes 0-5 por campo, leucocitos 25 por campo, flora bacteriana abundante.

Ecografía renal: ausencia de lito, disminución de diferenciación entre las zonas cortico-medular.

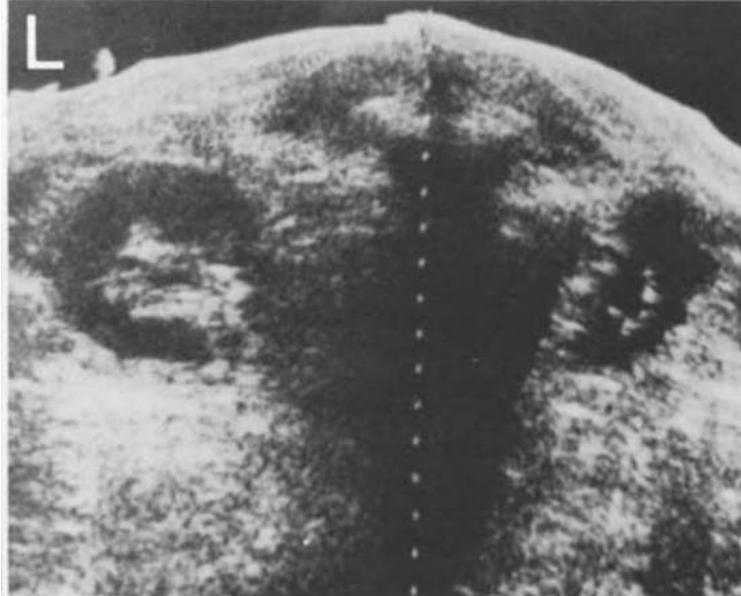


Figura 1. Imagen referencial. ecografía renal que muestra un riñón izquierdo grande con ecos difusos a nivel cortico medular y ecogenicidad distal incrementada (12).

Se le toma hemocultivo en emergencia y se espera su resultado durante la hospitalización.

Diagnostico final: Pielonefritis aguda

Paciente es hospitalizada con tratamiento antibiótico empírico: ceftriaxona 1 gramo vía parenteral a la espera del urocultivo.

Posteriormente es informado el urocultivo donde reportan *Escherichia coli* > 100.000 UFC/ml. Por lo cual se decide continuar con el tratamiento hasta completar los 7 días y posteriormente es dada de alta.

- Paciente mujer de 65 años, con antecedente importante de tuberculosis a la edad de 40 años, tratada satisfactoriamente con un régimen de 6 meses de tratamiento con el núcleo básico, exposición a humo de leña desde la infancia, refiere haber sido tratada de 'neumonía' en 3 ocasiones en su centro de salud antes de la hospitalización actual, caracterizadas por producción de esputo purulento, sensación de alza térmica, incremento

de tos y disnea. Dentro del episodio actual paciente acude con un tiempo de enfermedad de 1 día que se caracteriza por presentar 24 horas antes del ingreso accesos de tos con esputo grisáceo que con el pasar de las horas se va agregando dificultad respiratoria a medianos esfuerzos. 2 horas antes del ingreso la paciente nota presencia de esputo con sangre (hemoptisis), aproximadamente en ½ taza en 3 ocasiones, por lo cual acude a emergencia del Hospital Nacional 2 de Mayo.

Antecedentes de importancia: Tuberculosis pulmonar tratada satisfactoriamente hace 25 años, pan sensible; antecedentes de neumonías a repetición.

Examen físico dirigido: Presión arterial 100/70, frecuencia respiratoria 16 por minuto, frecuencia cardíaca 82 por minuto, temperatura axilar 37 grados centígrados, saturación de oxígeno 85% con FiO₂ al 21%; a la auscultación de tórax se ausculta crépitos a nivel de ambos hemotórax a predominio apical, murmullo vesicular aumentado en lóbulos superiores. No presencia de matidez, no hipersonoridad.

Diagnósticos planteados en la emergencia:

1. Bronquiectasias post tuberculosas
2. Neumonía bacteriana
3. Tuberculosis de nueva aparición

Exámenes complementarios: radiografía de tórax, hemograma, reactantes de fase aguda y 3 baciloscopias de esputo.

Hemograma: Hemoglobina: 15.2%, Hematocrito: 43.5%, Leucocitos 9600, neutrófilos 43%, Linfocitos 23%

Reactantes de fase aguda: proteína C reactiva: 2.01

Radiografía de tórax:



Figura 2. Imagen referencial del caso presentado, donde se aprecia patrón alveolar incipiente bilateral (13).

Diagnostico final: Exacerbación de bronquiectasias bilaterales a predominio apical.

Paciente es tratada con antibióticos de amplio espectro como ceftriaxona 1 gramo vía parenteral, azitromicina 500 mg vía oral y codeína para posteriormente ser hospitalizada. Durante la hospitalización se le indica una tomografía donde se aprecia la siguiente imagen :

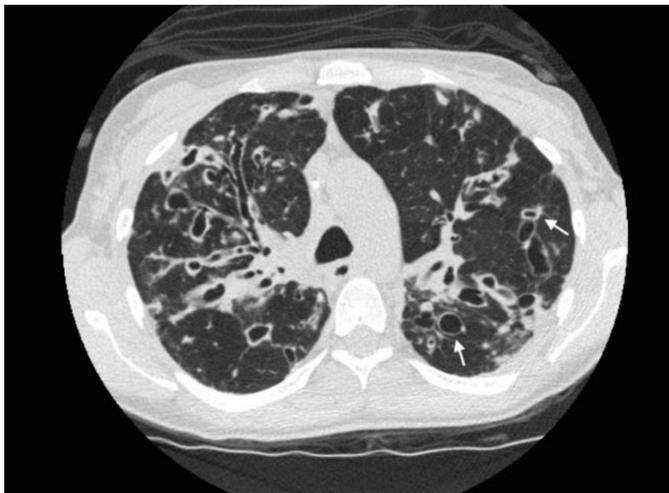


Figura 3. Imagen referencial donde se aprecia dilataciones saculares de bronquios principales proximales y distales compatibles con bronquiectasias (13).

Se le hace interconsulta con el área de Neumología para la realización de una broncofibroscopia tipo diagnostica y terapéutica. El informe de la broncofibroscopia reporta la imposibilidad de hacer tratamiento sobre la

bronquiectasia por riesgo de sangrado excesivo en la paciente y recomiendan evaluación cirugía de tórax y cardiovascular para la posibilidad de una lobectomía. Una vez la paciente informada sobre la conclusión de la broncofibroscopia, en apoyo con sus familiares toman la decisión de no realizarse el procedimiento e irse de alta para ser tratada por consultorio externo de Neumología.

Durante la rotación de cirugía general en el centro de salud se logró aprender el manejo inicial de primer nivel atención en las patologías más comunes de la población, como pueden ser heridas punzocortantes, apendicitis aguda, colelitiasis, mordedura de perro, sutura de primera intención, donde se pudo integrar la práctica clínica obtenida anteriormente en las rotaciones hospitalarias como el servicio de emergencia durante los cursos de cirugía general y traumatología, para poder aplicarla a los pacientes que día a día acuden al centro de salud en busca de tratamiento y mejorar sus molestias.

Dentro de las patologías más vistas en el área de tópico del centro de salud se encuentra el absceso perianal, que amerita una debridación y limpieza quirúrgica, añadido un tratamiento antibiótico sinérgico que cubra tanto gram negativos como gram positivos. Otra de las patologías que más suelen llegar a tópico de urgencias son las heridas punzocortantes que en su mayoría involucre regiones faciales o miembros superiores, donde se logró aprender la correcta sutura con diferentes tipos de puntos, tanto continuos como simples y el correcto uso del material de sutura, para bien del paciente y evitar complicaciones estéticas. Y posterior a la cicatrización dependiendo de la zona de la sutura, la correcta antisepsia y retiro de puntos para evitar la formación de cicatriz queloide o hipertrófica.

Conjunto al aprendizaje en el centro de salud, se asocia lo que se vio dentro de la rotación en medicina interna hospitalario, en pacientes con patología litiasica biliar que se presentan durante la emergencia como dolor tipo cólico a nivel de hipocondrio derecho, usualmente los pacientes refieren haber tenido ingesta copiosa de alimentos horas antes de iniciado el cuadro, una vez hecha la admisión del paciente, se realiza un correcto examen físico, teniendo en cuenta la evaluación del punto de Murphy o signo de irritación peritoneal como el signo de Mussi, para poder diferenciar una litiasis biliar de

una probable colecistitis, una vez hecha la sospecha diagnóstica, se suele confirmar con una ecografía abdominal, con prioridad en el cuadrante superior derecho para poder hallar signos de posible inflamación de la vesícula biliar como una colecistitis con una pared mayor a 4 mm o líquido peri vesicular, que amerite pase al servicio de cirugía o la presencia de litos vesiculares con una pared vesicular no inflamada que puede ser manejada como síndrome doloroso abdominal con administración de hioscina intravenosa 20 mg/1ml para su posterior manejo con cirugía por consultorio externo.

Dentro de otras patologías del área de cirugía vistas en emergencia esta la litiasis renal, paciente que se suele presentar con historia de dolor intermitente que va incrementando en el pasar de los días a nivel de hipogastrio o zona lumbar tanto derecha como izquierda se realiza en primer lugar con un correcto examen físico y anamnesis, en algunos casos dentro de los antecedentes se suele encontrar la presencia de hematuria o ITU a repetición, con dolor intermitente tipo cólico en los cuadrantes antes mencionados, una vez hecho la presunción diagnóstica clínica se pasa al diagnóstico por imágenes donde se le realiza una ecografía renal, que será visto a fondo más adelante.

Dentro de los casos más representativos a nivel del primer nivel de atención están:

- Paciente varón de 27 años con un tiempo de enfermedad de 6 horas, refiriendo presentar dolor tipo cólico a nivel de hipogastrio y fosa iliaca derecha de intensidad 8/10 sin posición antiálgica, con radiación hacia región lumbar derecha, asociado a náuseas y vómitos de características biliares, en 2 oportunidades, refiriendo haberse medicado con antiespasmódico, razón por la cual el dolor disminuye de intensidad por un breve momento, posteriormente el dolor se incrementa de intensidad por lo cual acude a emergencia del Hospital Nacional 2 de Mayo.

Ampliación de historia: Refiere haber presentado clínica similar en ocasiones anteriores desde hace 1 mes que duraron menos de 2 horas, niega presentar polaquiuria, nicturia, disuria o hematuria macroscópica.

Antecedentes patológicos: Niega patología previa

Antecedentes familiares: Padre con diabetes mellitus diagnosticado hace 8 años con mal control glucémico y hermano con prueba rápida COVID ig G hace 2 meses.

Examen físico: Peso: 73 kg, talla: 170 cm, presión arterial: 110/70, frecuencia respiratoria 17 por minuto, frecuencia cardíaca 100 por minuto, temperatura axilar 37.0 grados centígrados, saturación de oxígeno 95% con FiO2 al 21%.

Evaluación genitourinaria: puño percusión lumbar derecha positiva, izquierda negativa; puntos renoureterales superior y medio positivo, inferior positivo.

Evaluación abdominal: blando, depresible, globuloso, doloroso a la palpación profundo de hipogastrio, punto de Mc burney y Murphy negativos, signo de blumberg y mussi negativos.

Diagnósticos planteados en la emergencia:

1. Litiasis renal vs apendicitis aguda
2. D/C pielonefritis aguda

Exámenes complementarios: Hemograma y reactantes de fase aguda, ecografía renal, examen de orina, urocultivo, glucosa, urea y creatinina.

Hemograma: hemoglobina: 14.2%, hematocrito: 42.2%, leucocitos 9 000, neutrófilos: 60%, linfocitos 16%, abastionados 0%.

Reactantes de fase aguda: proteína C reactiva: 0.5

Glucosa: 100 mg/dl, Urea: 27 mg/dl, Creatinina: 0.64 mg/dl.

Examen de orina: densidad 1 016, pH 6, cuerpos cetónica negativos, hemoglobina negativa, nitritos negativos, esterasa leucocitaria negativo.

Sedimento: orina aséptica, células epiteliales abundantes, hematíes 0-5 por campo, leucocitos 5-10 por campo, flora bacteriana variada.

Urocultivo negativo

Ecografía renal:



Figura 4. Imagen referencial. Presencia de lito a nivel de pelvis renal de 0.51 cm (14).

Diagnostico final: Nefrolitiasis

Paciente es medicada con tóxico de emergencia con la colocación de una vía parenteral por donde se le administra hioscina 20 mg, dimenhidrinato de 50 mg, y reposo por 4 horas. Durante la estancia del paciente se monitorizo el dolor y la intensidad, que se ve que disminuye al pasar las 4 horas, por lo cual es dado de alta con indicaciones de sacar consulta por consultorio externo.

- Paciente varón de 30 años de nacionalidad venezolana acude a centro de salud unidad vecinal número 3 con un tiempo de enfermedad de 24 horas, refiriendo que 24 horas antes del ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio de intensidad 3/10 al cual no le brinda importancia y continua con sus actividades diarias, posteriormente el cuadro de dolor se exagera localizándose en fosa iliaca derecha de tipo cólico de intensidad 7/10 sin posición antiálgica asociándose a nauseas, vómitos en 2 oportunidades y sensación de alza térmica no cuantificada, por lo que se automedica con antiespasmódicos y el dolor cede momentáneamente, posteriormente el dolor aumenta de intensidad y paciente acude a tóxico de urgencias del centro de salud unidad vecinal número 3.

Antecedentes patológicos personales: Niega patología previa

Antecedentes patológicos familiares: Niega presencia de patología dentro de su familia

Examen físico: Peso: 63 kg, talla: 163 cm, presión arterial: 130/70, frecuencia respiratoria 19 por minuto, frecuencia cardíaca 96 por minuto, temperatura axilar 37.8 grados centígrados, saturación de oxígeno 98% con FiO2 al 21%.

Paciente despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, en aparente regular estado general con fascie dolorosa.

Piel y TCSC: Tensa, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edema de manos, no ictericia, no lesiones.

Sistema linfático: Ausencia de adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

TyP: Amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, vibraciones vocales conservadas, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos aumentados en frecuencia, de buena intensidad, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, depresible, globuloso, timpánico, color de la piel concuerda con el resto del cuerpo, signo de mc burney positivo, signo de murphy negativo, signo de blumberg y mussi negativos, signo de rovsing negativo, signo del obturador positivo, signo del psoas positivo.

SNC: Despierto, activo, orientado en tiempo espacio y persona, no signos de focalización, tono muscular adecuado, no signos meníngeos

Diagnósticos planteados en la emergencia:

1. Síndrome doloroso abdominal:

D/C apendicitis complicada

Ante patología de “abdomen agudo quirúrgico” el paciente es referido de emergencia hacia el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante la referencia paciente presenta distensión abdominal y signo de Blumberg positivo. Posteriormente se nos informa que paciente fue operado por apendicitis perforada.

Con respecto a la rotación en pediatría fue a nivel del centro de salud, principalmente primer nivel de atención, que nos enseña a abarcar como base

primordial la promoción y prevención; dentro de un contexto de pandemia; se llega a ver las principales patologías. Dentro de los principales programas que cuenta el centro de salud se encuentra la prevención y tratamiento de anemia, vacunación, CRED (que actualmente no se viene realizando por el contexto de la pandemia actual), acoplado a esto se puede llegar a ver pacientes dentro del sistema de vacunación referidos de otros centros de salud.

De los casos más representativos en el área de pediatría en el centro de salud unidad vecinal numero 3 están:

- Paciente varón de 1 año que acude por control de crecimiento y desarrollo, además de sus inmunizaciones correspondientes a la edad, sin aparente clínica llamativa para la madre pasa a ser evaluado rutinariamente.

Antecedentes perinatales:

- Parto eutócico e institucional con APGAR: 7-9
- Niega infecciones durante el periodo de embarazo
- Niega diabetes gestacional
- Niega hipertensión arterial
- Niega antecedente de anemia durante el embarazo
- Controles prenatales 6
- Numero de gestación: 3
- Corte tardío de cordón umbilical
- Lactancia precoz
- 39 semanas de edad gestacional al nacer determinada por Capurro
- 3 500 gramos de peso al momento del nacimiento
- 50 cm de talla al momento del nacimiento
- Ausencia de sufrimiento fetal agudo

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Inmunizaciones: Conforme a la edad, recibió inmunización de los 12 meses.

Examen físico: Peso: 10.3 kg, talla:74 cm, paciente despierto, reactivo frente a estímulos, conectado con su entorno, ventilando espontáneamente sin distrés respiratorio.

Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, no palidez, llenado capilar menor a 2 segundos, ausencia de eritema, no edemas.

TyP: Amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Globuloso, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no aparenta visceromegalia.

SNC: Despierto, activo, conectado con su entorno, no signos de focalización, tono muscular adecuado.

Resultado de hemoglobina: 10.5

Diagnostico final: Anemia leve

Durante el plan se le inicia tratamiento con suplementos de hierro diario durante 6 meses a dosis de 3 mg/kg con gotas de sulfato ferroso, que por su peso le correspondían 20 gotas al día. Y es referida a casa para posteriores controles donde a los 6 meses de tratamiento se le toma hemoglobina control y se le encuentra en 12 de hemoglobina.

- Paciente varón de 4 años con un tiempo de enfermedad de 2 días acude al centro de salud refiriendo que 2 días antes del ingreso paciente presenta fiebre cuantificada en 39°C por lo cual le administra UN antipirético y la fiebre cede espontáneamente, posteriormente 1 día antes del acudir a consulta nota aparición de lesiones eritematosas a nivel de tórax, no pruriginosas ni dolorosas y 3 horas antes de acudir a consulta nota aparición de ganglios a nivel auricular anterior por lo cual a acude a consulta del centro de salud Unidad vecinal número 3.

Antecedentes perinatales:

- Segunda gestación
- Nacido de parto eutócico e institucional
- Controles prenatales completos (8)
- Niega antecedes de infección durante la gestación
- Peso al nacer 3300 gramos, y talla de 54 cm

Antecedentes patológicos y epidemiológicos: Contacto con padre COVID positivo en prueba rápida hace 6 meses, niega contacto TBC, niega hospitalizaciones previas, niega contacto con animales.

Antecedente familiar: Padre con tuberculosis hace 20 años, pan sensible, tratado satisfactoriamente con terapia de 6 meses; padre diagnosticado de COVID por prueba rápida IgG hace 6 meses, madre con prueba negativa.

Inmunizaciones: Pendientes refuerzos de APO y DPT.

Examen físico: Peso 19 kg, talla 107 cm, temperatura axilar 37.5°C. Paciente despierto, irritable, en aparente regular estado general con apariencia de lesiones exantemáticas en tórax, miembros superiores y miembros inferiores.

Piel y TCSC: tensa, hidratada, elástica, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos, exantema maculo papular polimorfo generalizado a predominio de tórax y MMSS, palidez a la digito presión, edema de manos y pies (+/+++) que no deja fóvea, no inyección conjuntival, mucosa oral sin alteraciones.

Sistema linfático: Adenopatías auriculares anteriores, 1 a lado lateral derecho de 0.5x0.5 cm y otra a lado lateral izquierdo de 0.2x0.5cm, no dolorosas a la palpación.

TyP: Amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, vibraciones vocales conservadas, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Globuloso, blando y depresible, no doloroso a la palpación, se palpa hidalgo a 1cm por debajo de reborde costal, no visceromegalia.

SNC: Despierto, activo, conectado con su entorno, no signos de focalización, tono muscular adecuado.

Diagnostico final: 1. D/C enfermedad de Kawasaki
2. D/C MISC-C

Una vez hecho el diagnostico diferencial se refiere el paciente al Hospital Nacional Arzobispo Loayza para su manejo a nivel hospitalario.

Con respecto a la rotación en el área de gineco-obstetricia, se ve la realidad frente a la atención de un centro de salud del nivel I-3 en comparación a un hospital de II-2 para arriba, Donde un centro de salud se vio bastante

golpeado por la pandemia, con personal insuficiente y ahondado solo en el área de planificación familiar y Salud reproductiva y no se pudo realizar el área de prevención ginecológica por tener ausencia de áreas adecuadamente ventiladas y con la respectiva privacidad para con los pacientes. Dentro de las patologías primarias que se suelen ver a este nivel esta: salud sexual y reproductiva, controles prenatales, control del embarazo normal. Al no haber personal especialista en gineco-obstetricia, la parte ginecológica se viene resolviendo en el área de medicina, y se suele ver las patologías como enfermedades de transmisión sexual.

Dentro de los casos más representativos en el área de ginecología están:

- Acude a consulta mujer de 27 años con un tiempo de enfermedad de 3 días, que refiere iniciar con aumento de secreción vaginal con diferencia a la habitual, secreción blanco-amarillenta, densa, que se acompaña de intenso prurito a nivel perineal. Niega fiebre, niega dolor, niega otras molestias.

Antecedentes patológicos personales: niega patología previa, niega alergias

Antecedentes patológicos familiares: niega presencia de patología dentro de la familia

Antecedente gineco-obstétrico:

- G0 P0000
- FUR: 26 de diciembre
- Menarquia a los 13 años
- Ciclos menstruales: irregular
- Duración de ciclo: 5-7 días
- Cantidad: escasa cantidad
- Color: rojo oscuro
- Vida sexual activa: si, con esposo
- Parejas sexuales: 2 hasta la actualidad
- Sin uso de anticonceptivos
- Inicio de relaciones sexuales a los 15 años

Examen físico: Peso: 65 kg, talla: 151 cm, presión arterial: 100/70, , frecuencia respiratoria 15 por minuto, frecuencia cardiaca 76 por minuto, temperatura axilar 37.0°C, saturación de oxígeno 97% con FiO2 al 21%.

Paciente despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, en aparente regular estado general.

Piel y TCSC: tensa, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edema de manos, no ictericia, no lesiones.

Sistema linfático: ausencia de adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

TyP: Amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, vibraciones vocales conservadas, no ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos aumentados en frecuencia, de buena intensidad, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: globuloso, blando y depresible, timpánico, no doloroso a la palpación, no aparenta visceromegalia, no masas, útero no palpable.

Ginecológico: al tacto vaginal no aparenta dolor a la movilización del cérvix uterino; a la especuloscopia se observa secreción blanquecina densa pegada a las paredes de difícil extracción, de aspecto grumoso no maloliente, con cérvix sin lesiones.

SNC: Despierto, activo, orientado en tiempo espacio y persona, no signos de focalización, tono muscular adecuado, no signos meníngeos.

Diagnostico planteados en la consulta:

1. Síndrome de flujo vaginal:

D/C Vulvovaginitis candidiasica

Una vez realizado el diagnostico se brinda tratamiento sintromico hacia vulvovaginitis candidiasica Metronidazol 2 gramos (4 pastillas de 500 mg) y fluconazol de 500 mg en forma de ovulo intravaginal.

- Gestante de 42 años, con edad gestacional de 22 semanas con 3 días acude a consultorio de obstetricia del centro de salud unidad vecinal numero 3 a su control prenatal.

Niega presentar nauseas, vómitos, sangrado o algún signo de alarma.

Antecedentes patológicos personales: niega patología previa, niega alergias

Antecedentes patológicos familiares: niega presencia de patología dentro de la familia

Antecedente gineco-obstétrico:

- G2 P1001: 2da gestación actual, primera gestación el 2015, que desarrollo preeclampsia se le realizo cesárea a la semana 37.
- Grupo y factor de la madre: O+
- FUR: no recuerda
- Menarquia a los 14 años
- Ciclos menstruales: irregular
- Duración de ciclo: 3-5 días
- Cantidad: escasa cantidad
- Color: rojo oscuro
- Vida sexual activa: si, con esposo
- Parejas sexuales: 1 hasta el momento (el esposo)
- No refiere uso de anticonceptivos previos
- ecografía del primer trimestre realizada el 21 de febrero del 2021 con el diagnostico de “gestación única activa de 15 semanas por biometría fetal”

Examen físico dirigido: Peso: 65 kg, talla: 151 cm, presión arterial: 100/70,

Piel y TCSC: Tensa, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edema de manos, no ictericia, no lesiones.

Abdomen: Útero grávido, altura uterina de 21 cm, Longitudinal cefálico izquierdo, 145 latidos cardiacos fetales.

Ginecológico: No se le realiza especuloscopia al momento de la evaluación.

Exámenes de control prenatal: Hemograma, examen de orina, grupo y factor, glucosa, VIH, RPR, hepatitis B, ácido sulfosalicilico al 3% en orina.

- Hemograma: hemoglobina: 12.5, hematocrito: 38%, leucocitos: 7100, abastionados: 0%.
- Glucosa: 78
- Grupo y factor: A+
- RPR: negativo
- VIH: negativo
- Hepatitis B negativo

- Examen de orina: células epiteliales en regular cantidad, leucocitos 3-5 por campo, hematíes 0-2 por campo, gérmenes negativos, cristales no encontrados, filamentos mucoides negativo
- Ácido sulfosalicilico al 3% en orina: positivo +/+++

Al ser evaluada se le encuentra con ácido sulfosalicilico al 3% en orina positivo (+/+++), por lo cual es referida al Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé donde continuara con sus controles prenatales.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El estudio se realizará en el Hospital Nacional Dos De Mayo, ubicado en el Parque Historia de la Medicina Peruana S/N Alt. Cdra. 13 Av. Grau - Cercado de Lima - Lima, Perú, limita por el Este con el distrito de El Agustino y por el Sur Este con el distrito de La Victoria, está construido en un área de 5.5 hectáreas, 55,000 m², cuya infraestructura más antigua se construyó entre los años 1868 a 1875. Cuenta con un patio central o rotonda, con 60 columnas de cedro de Nicaragua considerado Patrimonio Monumental. Alrededor del patio central están la mayoría de las salas de hospitalización de los Servicios de Medicina Interna (15).

En el transcurso de los años, ha sufrido remodelaciones y adiciones en su infraestructura, en los años 70 se derribó parte de la estructura original contiguo a la Av. Grau y se construyeron tres bloques de edificios de cuatro pisos, dotados de ascensores donde se encuentran ubicados los servicios de Radiología, Neonatología, el centro Obstétrico, servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia, Centro Endoscópico y parte del departamento de Cirugía Cardiovascular. Además, se construyó el primer piso del Servicio de Emergencia, el cual se remodeló en el año 1996 (15).

El Hospital Nacional Dos De Mayo está categorizado como un hospital de nivel III-1. Es un hospital de referencia a nivel nacional y brinda atención en todas las especialidades médicas y quirúrgicas (15).

El Departamento de Especialidades Médicas cuenta con 76 camas distribuidas en tres salas de Hospitalización, entre ellas, el Servicio de hospitalización de especialidades médicas, Servicio de enfermedades

infecciosas y Servicio de Neumología. Este de Departamento cuenta con 21 consultorios físicos y 41 consultorios funcionales (16,17).

El servicio de medicina interna del hospital 2 de mayo viene siendo uno de los pioneros tanto en investigación como tratamiento, puntos que se ven reflejados en los resultados y flujo de pacientes.

Dentro de las áreas con las cuales cuenta el servicio de medicina interna se encuentran 5 salas destinadas a la atención de pacientes pertenecientes a todas las especialidades que engloba la medicina interna y el área de emergencias, la cual cuenta con 2 tópicos para la atención, diferenciándose entre si, según el triaje de emergencia que se realiza en el menor tiempo posible (16).

En el área de emergencia está el tópico A donde se suele ver patologías como: Enfermedad por reflujo gastroesofágico, infecciones de piel que no lleguen al grado de celulitis, gastroenteritis aguda, infección urinaria del tracto bajo en pacientes de bajo riesgo, exacerbaciones de asma, patología prostática, síndrome doloroso abdominal, litiasis renales, litiasis vesicular, estreñimiento crónico. Y tópico B donde se ven patologías que probablemente en el proceso de la enfermedad vayan a necesitar tratamiento parenteral o tengan criterios de hospitalización y manejo por diferentes especialidades como pueden ser: Pancreatitis aguda, infección de tracto urinario (ITU) alta, cirrosis descompensada, alteraciones de los perfiles de coagulación, complicaciones microvasculares de la diabetes mellitus como pie diabético, celulitis, fiebre de origen desconocido (FOD) para estudio, neumonía con criterios de hospitalización, enfermedad renal tanto aguda como crónica, mordedura de araña, vasculitis de pequeños vasos, insuficiencia cardiaca, patologías valvulares cardiacas, entre otros (16).

Dentro del servicio de Gineco-Obstetricia se busca brindar una atención integral a todos los pacientes del territorio nacional para tratar de proteger y promover la salud reproductiva de la mujer en todas sus diferentes etapas de su vida, así como, hacer la prevención, detección precozmente y atender todo tipo de patología del aparato reproductivo femenino. Como a su vez hacer el diagnóstico y la atención del embarazo, parto y puerperio normal haciendo énfasis en los embarazos de alto riesgo obstétrico (18).

El servicio de pediatría del HNMD es el área encargada de brindar atención integral a pacientes de la edad pediátrica, tanto en el contexto bio-psico-social, familiar como también comunitario, tratando de proteger, recuperar y rehabilitar su salud. El cual se estructura en dos servicios asistenciales, de los cuales cada uno de ellos constan de objetivos funcionales específicos orientados al logro de los objetivos asistenciales (19).

Con respecto al centro de salud en el que se realizó el proceso de internado se encuentra la unidad Vecinal N°03 fue creada en el año 1948, durante el Gobierno del General Manuel A. Los primeros residentes llegaron a partir del año 1949 y al aumentar el número de habitantes en la Unidad Vecinal N°03, se habilita el local construido por la corporación nacional de viviendas, local que es cedido por el Ministerio de Salud para la atención de Salud. Siendo presidente del Perú el General Manuel A Odría, se inauguró el 30 de mayo de 1950 la “Unidad Sanitaria”, en aquel entonces el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social fue el coronel Dr. Alberto López Flores y el Director General de Salud Pública el Dr. Aníbal Álvarez López. Durante los primeros años el centro de salud funciona como Asistencia Pública bajo la administración de la Asistencia Pública de la Av. Grau, la atención a la población realizada durante las 24 horas del día, en tres turnos de trabajo, a cargo del equipo de profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería), los que contaban con una unidad de ambulancia (20).

En la actualidad el centro de salud Unidad Vecinal N°3 se encarga de brindar atención a 21 058 habitantes, para lo cual cuenta con un local construido de material noble (dividido en dos grandes ambientes) de un piso cada uno, posee también áreas verdes. Dicho local está cercado a través de un enrejado de fierro. Posee los servicios básicos, como: agua, luz, desagüe y vías de comunicación móvil (20).

El centro de salud Unidad Vecinal N°3 categorizado como I-3 cuenta con los ambientes: Tópico de urgencias, 2 consultorios de medicina general, 1 consultorio de obstetricia, 1 consultorio de pediatría, 1 consultorio de odontología, 1 consultorio de psicología, 1 consultorio de nutrición, 1 consultorio de enfermería, 1 consultorio de servicio social, 1 consultorio de atención para el programa PCT, 1 ambiente de saneamiento ambiental, 1 área para laboratorio clínico, 1 área para farmacia, 1 oficina de almacén, 1 servicio

de rayos x (actualmente inoperativo), 1 oficina de jefatura, 1 oficina de estadística, 1 ambiente para la correcta administración de las historias clínicas, 1 oficina el SIS, 1 ambiente para tesorería y finalmente 1 area ambientada para la atención de pacientes COVID a raíz de la pandemia que viene sucediendo a nivel mundial. Y dentro de las posibilidades de referencia que se tiene se encuentran diversos hospitales cercanos a la zona (20) (Ver Anexo 1).

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Dentro de las patologías más importantes vistas tanto en primer nivel de atención como a nivel hospitalario, en muchas ocasiones dista mucho de las recomendaciones a nivel de guías internacionales; diferencias que se pueden asociar a dificultad de la aplicación de las guías en nuestro medio, ausencia de ciertos medicamentos que son considerados de primera línea y lamentablemente no lo tenemos en el Perú.

La infección urinaria (ITU) suele ser más frecuente en pacientes femeninas, usualmente por la colonización del introito vaginal o meato uretral por uro patógenos que se encuentran en el canal anal, que posteriormente ascenderán por la uretra hasta llegar finalmente a los riñones, en casos menos frecuentes se dará la colonización renal por una bacteriemia (21,22). Para el manejo y pronóstico uno de los puntos importantes a realizar al inicio de la patología es la diferencia entre infección urinaria simple no complicada o infección urinaria complicada (21,22).

ITU no complicada	ITU complicada
<ul style="list-style-type: none">• Paciente con anatomía genitourinaria normal• Infección aguda confinada a la vejiga en una paciente femenina no gestante• Ausencia de signos o síntomas que sean sugestivos de infección de tracto superior (fiebre, dolor a	<ul style="list-style-type: none">• Cualquier signo o síntoma de infección genitourinaria tanto alta como baja en paciente varón, gestante, anciano o que tenga inmunodeficiencia• Signos y síntomas de patología genitourinaria alta como: fiebre $>37,5^{\circ} \text{C}$, escalofríos, dolor a nivel de

<p>nivel de flancos, dolor a nivel del ángulo costovertebral, dolor perineal o pélvico en los hombres)</p>	<p>flancos, dolor en el ángulo costovertebral, dolor perineal o pélvico en caso de paciente masculino</p> <ul style="list-style-type: none"> • ITU recurrente: paciente
--	--

Tabla 1. Clasificación de infección urinaria en complicada y no complicada (21,22)

La diferencia radica en la eficacia de los agentes antimicrobianos porque ciertos agentes utilizados para la cistitis simple o no complicada no deben usarse para la ITU complicada porque no llegan a concentraciones óptimas a nivel de tejido, en este caso el riñón, que puede ser importante para la curación. Asociado a esto, el riesgo que tiene el paciente de tener microorganismos resistentes a los fármacos es una consideración en la selección de antibióticos que involucra tanto a la ITU complicada como no complicada (22).

Dentro de los microorganismos más frecuentes asociados y para los cuales van dirigidos los antibióticos en orden de frecuencia están: La escherichia coli, causa más frecuente de infecciones urinarias agudas complicadas, otros uro patógenos incluyen las enterobacterias como Klebsiella spp, Proteus spp, Pseudomonas (asociado a instrumentación vesicouretral), enterococo y estafilococo en muy raros casos (22). La presentación clínica usual es:

- Cistitis: Disuria, frecuencia y urgencia urinarias, dolor suprapúbico y hematuria (22).
- Pielonefritis: Dolor en el flanco y / o sensibilidad en el ángulo costovertebral en el contexto de piuria y bacteriuria, se suele presentar asociado a náuseas, vómitos, fiebre y síntomas característicos de la cistitis, pero su ausencia no quita el diagnóstico (22).

Para el diagnóstico basta la clínica característica y los exámenes complementarios que vienen a ser:

- Examen de orina: Se considera a un paciente verdaderamente infectado cuando encontramos leucocitos > 10 / microL o 10,000 / mL. Dada la asociación muy alta entre infección y piuria, la ausencia de piuria en la evaluación microscópica puede sugerir colonización en lugar de infección cuando hay bacteriuria, asociado a la presencia de

cilindros leucocitarios nos indica la presencia de inflamación a nivel renal (23).

- Urocultivo (con antibiograma), donde la presencia de bacteriuria ≥ 10 0000 unidades formadoras de colonias / ml de un uro patógeno en presencia o ausencia de piuria, en una muestra del chorro medio de micción de la primera orina de la mañana (23).

Como caso especial tenemos a los pacientes que rutinariamente se realizan los exámenes de orina, y se les encuentra con bacteriuria ≥ 10 0000 unidades formadoras de colonias / ml en ausencia de cualquier síntoma que pueda atribuirse a una ITU, a esto se le denomina bacteriuria asintomática que no amerita tratamiento a menos que sea una mujer gestante o pacientes que se vayan a someter a cirugías urológicas (23).

El estudio con imágenes como puede ser la ecografía renal o la tomografía computarizada de abdomen y pelvis no son necesarias para el diagnóstico en la mayoría de los pacientes con ITU. Las imágenes generalmente se reservan para aquellos que están gravemente enfermos (signos de shock), tienen síntomas clínicos persistentes a pesar de 48 a 72 horas de tratamiento antimicrobiano apropiado o tienen sospecha de obstrucción del tracto urinario (22). La tomografía es de elección, en casos que no se pueda aplicar contraste por alguna afección subyacente se suele usar la ecografía o la resonancia magnética (22).

Dentro del tratamiento a realizar en una ITU complicada como la pielonefritis suele ser hospitalario con un enfoque empírico en un inicio hasta la obtención de resultados (22). La terapia más recomendada en pacientes con ITU complicada sin signos de obstrucción es la ceftriaxona 1 gramo IV una vez al día o piperacilina-tazobactam 3.375 g IV cada seis horas (preferir esta última opción si existe sospecha de infección por enterococo o estafilococo) (22). Si estamos frente a un microorganismo gramnegativo con antecedentes o sospecha de ser multidrogo resistencia o al momento de recibir el antibiograma nos confirman que este E. Coli BLEE, para estos pacientes se prefiere el tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam 3,375 mg IV cada seis horas o un carbapenem antipseudomónico como imipenem 500 mg IV cada seis horas, meropenem 1 g IV cada ocho horas o doripenem 500 mg IV cada ocho horas (22). Como se pudo ver en el caso presentado, el paciente

tuvo clínica característica de ITU complicada alta compatible con pielonefritis, pero se tuvo la sospecha de una obstrucción urinaria por un lito por el intenso dolor, por lo cual se le hizo una ecografía. Dentro del tratamiento del caso clínico presentado, era una paciente sin antecedente de uso de antibióticos o factores de riesgo para tener microorganismos multidrogo resistentes, por lo cual se le inicio con la primera línea que viene a ser ceftriaxona, conforme a la recomendación de las guías de práctica clínica, dentro de la evaluación posterior, el urocultivo nos confirmó una E. Coli pan sensible por lo que continuo con el tratamiento y se logró su mejoría.

Con respecto al manejo y diagnóstico de las bronquiectasias pulmonares, patología pulmonar caracterizada por la dilatación irreversible del árbol bronquial que suele ser una patología adquirida o congénita; que dentro de la epidemiología en Estados Unidos llega a tener 350 000 y 500 000 adultos afectados con esta patología y se vio que la prevalencia de bronquiectasias aumenta con la edad con una diferencia de 8 a 10 veces en la prevalencia después de los 60 años y llegan a ser más frecuentes en el sexo femenino. Dentro de las etiologías más frecuentes que pueden llevar al desarrollo de bronquiectasias tenemos a los de causa adquirida como aspiración de cuerpo extraño, adenoma de las vías aéreas, tuberculosis, histoplasmosis, EPOC, aspergilosis broncopulmonar o los de causa congénita que vienen a ser la broncomalacia, quiste bronquial, aneurisma de la arteria pulmonar, fibrosis quística, etc.

Con respecto al desarrollo de bronquiectasias por tuberculosis, en un estudio del 2018 reportaron que aproximadamente la mitad de los pacientes que hicieron tuberculosis desarrollan alguna complicación a largo plazo, siendo de estas la más frecuente las bronquiectasias (26).

Al momento de evaluar pacientes con bronquiectasias en la emergencia lo primero que se analiza es la clínica, la clínica más frecuente dentro de los síntomas es tos, producción diaria y recurrente de esputo, disnea, rinosinusitis y hemoptisis con menos frecuencia; y dentro de los signos encontramos crepitantes y sibilancias, solo en casos seleccionados se llega a ver acropaquías digitales (24). Una vez hecha la sospecha por la clínica, continua el estudio de todas las causas potencialmente tratables y los patógenos microbiológicos (24). El primer estudio posterior a la sospecha viene a ser las

imágenes para la confirmación, la más recomendada viene a ser la tomografía computarizada multicorte, pero ante la ausencia de esta nos podemos ayudar con una radiografía de tórax, suele ser anormal en la mayoría de los pacientes con bronquiectasia (24). Los hallazgos radiográficos sospechosos, pero no concluyentes vienen a ser la atelectasia lineal, vías respiratorias dilatadas y engrosadas (24). Pero como se mencionó la tomografía suele confirmar el diagnóstico, donde unos hallazgos de:

- Relación broncoarterial > 1 a $1,5$ (luz de la vía aérea interna / arteria pulmonar adyacente) (24)
- Falta de estrechamiento de los bronquios (aparición de vía de tranvía) (24)
- Visibilidad de las vías respiratorias dentro de 1 cm de una superficie pleural costal o tocando la pleura mediastínica (24)

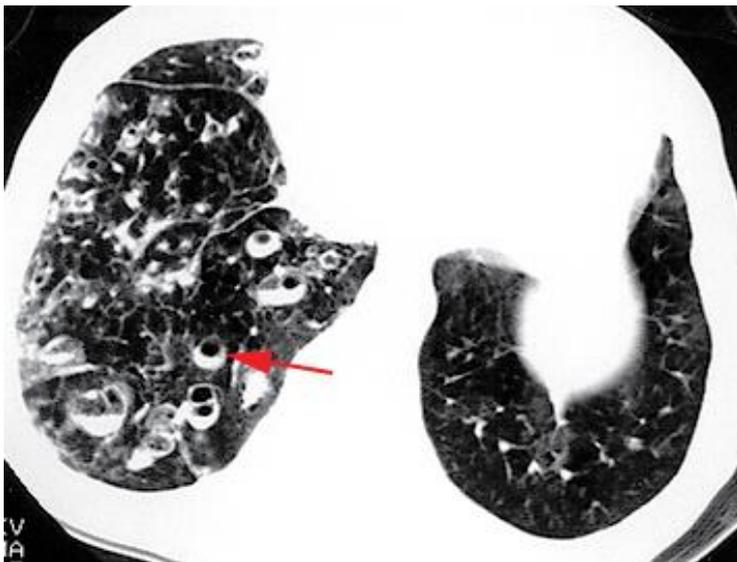


Figura 5. La tomografía computarizada de alta resolución muestra numerosas sombras anulares que representan vías respiratorias dilatadas en el pulmón derecho, muchas de las cuales están parcialmente llenas de secreciones (flecha) (24).

Las bronquiectasias se suelen manifestar como exacerbaciones deterioro de tres o más de los siguientes síntomas: tos, aumento de volumen y / o consistencia del esputo, purulencia del esputo, falta de aire y / o intolerancia al ejercicio, fatiga y / o malestar, hemoptisis, y estos síntomas tienen que durar al menos 48 horas, acompañado de un cambio en el tratamiento de la

bronquiectasia y la exclusión de otras causas potenciales de deterioro clínico (25). Se presume que las infecciones virales respiratorias desencadenan aproximadamente el 40% de las exacerbaciones de las bronquiectasias (25). Para su resolución la terapia con antibióticos es la piedra angular del tratamiento de las exacerbaciones de las bronquiectasias para reducir la carga bacteriana, que a su vez reduce los mediadores inflamatorios sistémicos y de las vías respiratorias (25). El tipo de antibiótico a elegir dependerá de las sensibilidades y cultivos de esputos anteriores, cuando es posible, en lugar de elegirse empíricamente (25). La mayoría de los pacientes clínicamente estables y sin fiebre con una exacerbación de la bronquiectasia pueden tratarse con un antibiótico por vía oral, en aquellos pacientes que tengan cultivo previo se usa el antibiótico según la sensibilidad, en caso no tenga cultivo previo se considera amoxicilina 500 mg 3 veces al día vía oral o macrólido, en casos de antecedente de resistencia usar amoxicilina-clavulanato o cefalosporina de segunda/tercera generación y en casos de pseudomonas sensibles ciprofloxacino 500-750 mg 2 veces al día y en todos los casos por un total de 10 a 14 días (25). En casos necesite haya insuficiencia respiratoria grave y / o la presencia de patógenos resistentes, aumento de la frecuencia respiratoria ≥ 25 minuto, hipotensión, temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, hipoxemia (saturación de oxígeno < 92 por ciento) o falta de mejora después de antibióticos orales (y sin instalaciones para terapia intravenosa domiciliaria) se recomienda el ingreso hospitalario para un manejo parenteral (25).

En caso de la hemoptisis se suele asociar a episodios infecciosos agudos y se produce por lesión de las arteriolas bronquiales neovasculares superficiales de la mucosa (24). Se realiza una broncoscopia flexible y una tomografía computarizada (TC) de tórax para localizar el sangrado en un lóbulo o segmento. Una vez que se identifica el sitio de la hemorragia, las técnicas broncoscópicas como el taponamiento con balón, la aplicación tópica de un agente vaso constrictivo o coagulante, la terapia con láser, el electrocauterio, la coagulación con plasma de argón y la crioterapia pueden detener la hemorragia (24).

En casos avanzados se realiza la resección del lóbulo que contiene las bronquiectasias, con preservación de las áreas no supurativas o que no sangran (26).

En el caso presentado la paciente necesitaba la resección quirúrgica de ambos lóbulos superiores pulmonares, pero ante su negativa solo fue tratada medicamente para la exacerbación.

Frente al caso de la nefrolitiasis, un 80% de los pacientes con nefrolitiasis forman cálculos de calcio, la mayoría de los cuales están compuestos principalmente de oxalato de calcio y con menos frecuencia de fosfato de calcio, existen otros menos frecuentes que son de ácido úrico, estruvita (fosfato de magnesio y amonio) y cálculos de cistina (27). Dentro de la presentación usual de la nefrolitiasis se encuentra el dolor tipo cólico que generalmente aumenta y disminuye en intensidad y se desarrolla en oleadas o paroxismos que suelen durar de 20-60 minutos, y con respecto al sitio de la obstrucción determinara la ubicación del dolor, una obstrucción pélvica renal o ureteral superior provoca dolor o sensibilidad en los flancos, mientras que la obstrucción ureteral inferior provoca dolor que puede irradiarse al testículo o labio ipsilateral (27). En la mayoría de casos se suele presentar asociado a hematuria, pero la ausencia de esta no excluye el diagnóstico de litiasis renal; concomitante se puede ver comúnmente náuseas, vómitos, disuria y urgencia urinaria, estas dos últimas quejas suelen ocurrir cuando el cálculo se encuentra en el uréter distal (27,28).

Una vez hecha la sospecha se tiene que obtener un panel metabólico básico para evaluar la función renal y un análisis de orina para evaluar la hematuria y los signos de infección del tracto urinario, además de pruebas de imágenes para determinar si hay un cálculo renal y evaluar los signos de obstrucción urinaria (como hidronefrosis), una vez ubicado el cálculo la densidad y la apariencia de un cálculo en la tomografía computarizada (TC) a veces se pueden usar para predecir su composición mineral, lo cual es importante para informar el tratamiento (27). El examen de imágenes de elección es la tomografía computarizada del abdomen y la pelvis sin contraste, en caso no esté disponible la ecografía de los riñones y la vejiga, a veces en combinación con la radiografía abdominopélvica, es la opción de segunda línea para las

imágenes iniciales (27). Para poder saber su composición, la densidad es un componente que ayuda a distinguirlas, se mide en unidades Hounsfield (27).



Figura 6. Ureterolitiasis con obstrucción. Imagen de abdomen de TC con contraste intravenoso que muestra un cálculo (flecha) en el uréter proximal izquierdo con ligero realce tardío e hidronefrosis leve del riñón izquierdo. El riñón derecho es normal con excreción de contraste de alta densidad en el uréter derecho (punta de flecha) (27).

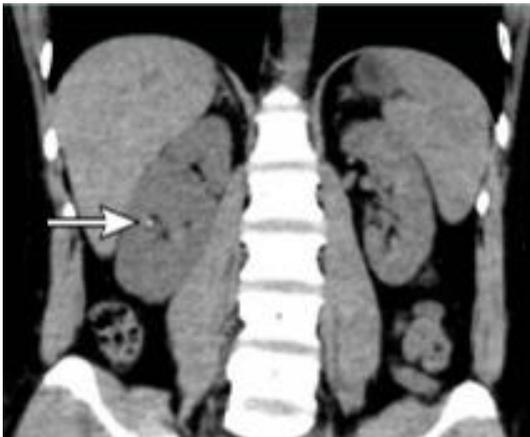


Figura 7. Imagen de reconstrucción coronal del abdomen a partir de una TC sin contraste que muestra un cálculo de 3 mm (flecha) en el cáliz renal derecho (27).

Una vez hecho el diagnóstico se pasa al manejo agudo de la patología, muchos pacientes con cólico renal agudo pueden tratarse de forma conservadora con analgésicos e hidratación hasta que desaparezca el cálculo, solo se hospitalizara a aquellos que no pueden tolerar la ingesta oral o que tienen dolor incontrolable asociado a fiebre (27). El tratamiento se basa en controlar el dolor, tanto los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como los opioides se han utilizado tradicionalmente para el control del dolor, se

prefieren los AINES en lugar de los opioides como opción inicial y luego ir escalando, se reservan los opioides para pacientes que tienen contraindicaciones para el uso de AINES o tienen falla renal. Se suele usar en las urgencias como medida inicial el Ketoroloco de 30 mg intravenoso y calma el dolor en 10-30 minutos, para posteriormente dejarlos con AINES vía oral (27). Para el manejo posterior del cálculo dependerá mucho del tamaño de éste, el tamaño de los cálculos es el principal factor determinante de la probabilidad de su paso espontáneo o de su extracción quirúrgica (27). La mayoría de los cálculos de ≤ 5 mm de diámetro pasan espontáneamente, para cálculos de más de 5 mm de diámetro, hay una disminución progresiva en la tasa de paso espontáneo, lo que es poco probable con cálculos de ≥ 10 mm de diámetro (27). En pacientes con cálculos ureterales > 5 mm y ≤ 10 mm de diámetro, se sugiere el tratamiento con el bloqueador alfa tamsulosina (0,4 mg una vez al día) durante un máximo de cuatro semanas para facilitar el paso espontáneo de los cálculos (27). Una vez resuelto el problema se toman pruebas de imagen para confirmar su expulsión, si en caso no haya sucedido se pasará al área de urología.

Se tiene 3 opciones de tratamiento posterior, que son técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (28).

- Nefrolitotomía percutánea (cálculos grandes de más de 2cm, complejos o de cistina)
- Ureteroscopia rígida y flexible (de elección para la mayoría de los cálculos ureterales medios y distales)
- Litotricia por ondas de choque

Con respecto al diagnóstico y tratamiento de la apendicitis, la apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más común en el mundo, con un riesgo de por vida del 8,6% en los hombres y del 6,9% en las mujeres. Se propone que la obstrucción de la base apendicular es la causa más frecuente, puede ser causada por fecalitos (masas fecales duras), cálculos, hiperplasia linfóide, procesos infecciosos y tumores benignos o malignos. Para hacer una correcta evaluación de los pacientes se inicia punto el score de Alvarado Modificado (29,30).

En todo paciente con sospecha se le debe realizar: Hemograma (con recuento de glóbulos blancos y desviación izquierda), proteína C reactiva (29,30).

Característica	Punto
Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Dolor en el cuadrante inferior derecho	2
Dolor al 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	1
Total	9

Tabla 2. Score modificado de Alvarado: Una puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y se deben realizar otros diagnósticos. Una puntuación ≥ 4 indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo para detectar apendicitis (29,30).

En caso de tener un puntaje ≥ 4 se considera sospecha y necesita confirmarse con exámenes de imagen, la tomografía computarizada es la modalidad preferida, y se usa la ecografía y la resonancia magnética para poblaciones radiosensibles como mujeres embarazadas y niños (30). Se recomienda una tomografía abdominopélvica con contraste, donde se ve (30):

- Espesor agrandado del apéndice, asemeja a doble pared (> 6 mm)
- Engrosamiento de la pared apendicular (> 2 mm)
- Realce de grasa periapendicular
- Realce de la pared apendicular
- Apendicolito (visto en una minoría de pacientes)

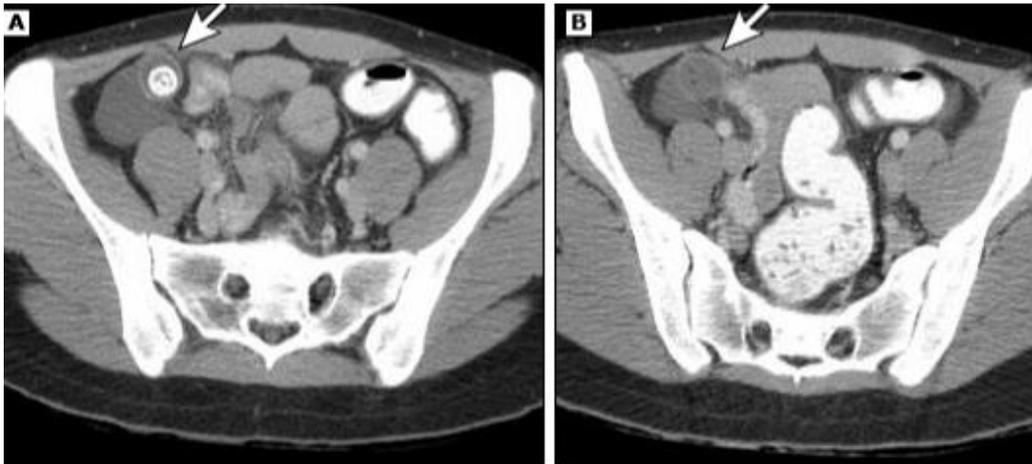


Figura 8. Apendicitis aguda. Las imágenes de la pelvis (A y B) de una tomografía con contraste intravenoso y oral muestran un apéndice engrosado (flecha) que contiene un apendicolito y líquido circundante que indica inflamación (30).

Una vez hecho el diagnóstico se hace la clasificación, se clasifican como apendicitis complicada o no complicada según los hallazgos preoperatorios, intraoperatorios y / o histopatológicos (29). La apendicitis no complicada se ha definido como un apéndice inflamado sin signos de gangrena, perforación, líquido purulento intraperitoneal, flemón contenido o absceso intraabdominal (29). La apendicitis complicada se aplica a todos los pacientes con un apéndice inflamado gangrenoso con o sin perforación, absceso intraabdominal, flemón contenido periapendicular o líquido libre purulento (29). La clasificación es necesaria ya que las estrategias de tratamiento pueden diferir (29,30).

La apendicectomía todavía se considera el estándar de oro para la apendicitis no complicada, la vía de elección es el abordaje laparoscópico porque reduce significativamente las infecciones de sitio operatorio (29,31). En pacientes con apendicitis complicada también es de elección la laparoscopia debido a sus ventajas posoperatorias, en caso de flemón contenido o absceso (masa periapendicular), se demostró que el tratamiento quirúrgico inmediato de un paciente con absceso o flemón se asoció con una mayor morbilidad en comparación con el tratamiento no quirúrgico inicial, por ende, se hace una apendicetomía diferida y se aborda con antibióticos o drenaje percutáneo (29,31).

Con respecto al manejo de patología pediátrica, tenemos a la enfermedad de Kawasaki que es considerada una vasculitis de vasos medianos más frecuentes de la infancia, por lo general, es una afección autolimitada, con fiebre y manifestaciones de inflamación aguda que duran un promedio de 12 días sin tratamiento (32,33). Suele ser más frecuente en niños menores de 5 años. Para hacer el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki se tiene ciertos criterios, requiere la presencia de fiebre que dure al menos 5 días sin ninguna otra explicación combinada con al menos 4 de los 5 criterios siguientes (33):

- Inyección conjuntival bilateral no purulenta
- Cambios en la membrana mucosa oral, incluidos labios inyectados o fisurados, faringe inyectada o lengua de fresa
- Cambios en las extremidades periféricas, que incluyen eritema de las palmas o plantas, edema de manos o pies (fase aguda) y descamación periungueal (fase convaleciente)
- erupción maculopapular generalizada
- Linfadenopatía cervical (al menos 1 ganglio linfático > 1,5 cm de diámetro)

Otra clínica menos frecuente con la que suelen presentarse al momento del diagnóstico o durante los primeros días de enfermedad viene a ser taquicardia sinusal o ritmo de galope, esto debido a la miocarditis linfocítica que desarrollan (33). Excepcionalmente se puede presentar como artritis oligoarticular de articulaciones grandes, manifestaciones gastrointestinales como diarrea o vómitos, tos, etc (33).

Asociado a los criterios clínicos, en los casos que haya duda diagnóstico o los criterios no se cumplan, se suele utilizar los exámenes de laboratorio (33). La velocidad de sedimentación globular junto a la proteína C reactiva se suelen ver incrementadas, asociado a una trombocitosis (al séptimo día de la fiebre) y leucocitosis con desviación izquierda (23). Dentro del análisis de orina se suele encontrar una piuria aséptica (23).

Por último, una vez hecho el diagnóstico realizar una ecocardiografía inmediatamente, porque estos pacientes suelen presentar dilataciones de las arterias coronarias, pero llegan a presentar aneurismas hasta el día 10 de enfermedad, por lo cual es importante realizar una ecocardiografía al inicio para poner una línea base y ver la evolución (33). Además, los diámetros de

las arterias coronarias son útiles para identificar pacientes que deben ser tratados con inmunoglobulina a pesar de no cumplir con los criterios diagnósticos clásicos de enfermedad de Kawasaki (33).

Dentro de los diagnósticos diferenciales principales de la enfermedad de Kawasaki está el síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C; también denominado síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico) (32). A raíz de la pandemia actual nace esta patología como complicación posterior al desarrollo de IgG contra el SARS-CoV2 (32). Dentro de las principales diferencias esta que el MIS-C comúnmente afecta a niños mayores y adolescentes, mientras que la enfermedad de Kawasaki clásica generalmente afecta a bebés y niños pequeños; los síntomas gastrointestinales (particularmente el dolor abdominal) son muy comunes en MIS-C, mientras que estos síntomas son menos prominentes en el Kawasaki; y dentro de los hallazgos de laboratorio los recuentos de leucocitos y plaquetas suelen ser mucho más bajo en el MIS-C que en su contraparte Kawasaki (32).

Para el tratamiento bajo las recomendaciones de la asociación americana de cardiología y la academia americana de pediatría, la terapia inicial recomendada incluye inmunoglobulina intravenosa (IVIG; 2 g / kg) administrada como una sola infusión durante 8 a 12 horas, asociado a aspirina 30 a 50 mg/kg diarios divididos en 4 dosis, una vez la fiebre está ausente por 48 horas la dosis se disminuye a 3-5 mg/kg por día por su efecto antiplaquetario (34). Una vez terminado el proceso agudo, pasado el día 10 se hace un control con una ecocardiografía y en función a como se encuentren se le continua sus demás controles o se le da de alta (34).

Otra de las patologías muy usuales en los pacientes pediátricos viene a ser la anemia, que especialmente en nuestro país todavía conserva una alta prevalencia. En el Perú se tiene la norma técnica de "MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS", donde dan recomendaciones sobre la profilaxis y tratamiento de la anemia, especialmente en los niños menores de 5 años (35). Donde se considera a la anemia por deficiencia de hierro dentro de las causas más importantes, y dentro de las estrategias consideradas será integral y multisectorial (35). Los tiempos en los que se realiza es durante la gestación (educación alimentaria,

suplementación con hierro), al momento del parto (pinzamiento tardío del cordón umbilical e inicio de la lactancia materna) y durante la primera infancia (alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y la suplementación preventiva) (35).

Para el diagnóstico en poblaciones muy prevalentes como la nuestra se suele hacer con despistajes, ya que suelen ser asintomáticas, pero en casos de anemia moderada o severa suele presentar sintomatología como: aumento del sueño, astenia, anorexia, hiporexia, alteraciones del crecimiento, mucosas pálidas, caída de pelo, uñas fáciles de quebrar, pica, taquicardia, soplos multifocales, etc (35).

Para el diagnóstico de anemia según los niveles de hemoglobina se presenta la siguiente tabla sacada de las guías de manejo del ministerio de salud del Perú (35).

Población Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (35):

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2ª a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10.0
5ª a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos < 9.5 9.5-13.5				
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5

Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Tabla 3. Definición de anemia según los niveles de hemoglobina, recomendada por la OMS (35).

En el plan de manejo y prevención de anemia se encuentra la suplementación de hierro a partir de los 4 meses, se comenzará con gotas ya sea de sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico en gotas, hasta cumplir los 6 meses de edad, a una dosis de 2 mg/kg/día, en caso de que sea un niño pretérmino la suplementación de hierro empezara a los 30 días de nacido hasta los 6 meses (35). Una vez llegado a los 6 meses se realizará un tamizaje a los 6, 12, 18, 24 meses de edad, luego cada año hasta cumplir los 5 años de edad (35). Si en los controles no se le encuentra en rangos de anemia continuara con micronutrientes en polvo hasta alcanzar los 360 sobres de consumo (35). En caso no haya micronutrientes se realiza con (35):

PRODUCTO A UTILIZAR	DOSIS (Vía Oral)	DURACION
Complejo Polimaltosado Férrico 50mg/ml	5 gotas/día	6 meses continuos cada año
Sulfato Ferroso 25mg/ml	10 gotas /día	6 meses continuos cada año

Tabla 4. Dosis de anemia según producto a utilizar (35).

Y en caso al niño se le encuentre en rangos de anemia se le dará a dosis de tratamiento, si son niños con bajo peso al nacer o prematuros se le administrara 4 mg/kg/día y se le dará por 6 meses seguidos, haciéndose un control de hemoglobina al 3er y 6to mes de tratamiento (35). En los casos de niños con buen peso al nacer que son diagnosticados de anemia la dosis de tratamiento será 3 mg/kg/día, durante 6 meses seguidos, posteriormente hacerle controles al mes, 3 meses y 6 meses (35). La diferencia radica en que a niños menores de 11 meses se preferirá darles en gotas por la facilidad de

administración, y niños mayores de 11 meses se les puede administrar en jarabe (35).

En cuanto a patología gineco-obstétrica, uno de los síndromes que más afecta a lo largo de la vida de la mujer viene a ser la queja por flujo vaginal anormal, ya sea en cuanto a cantidad, color u olor (36,37). Las causas más comunes de infección vaginal son *Tricomona vaginalis*, *Cándida albicans* y la vaginosis bacteriana (VB) (37). Para poder diferenciarlas tenemos características clínicas pertenecientes a cada microorganismo que la origina (37).

Para su manejo según norma técnica se cuenta con el metronidazol 2 gramos vía oral 1 sola vez más clotrimazol 500 mg en forma de ovulo intravaginal, en caso sea una gestante más del segundo trimestre se tiene la opción de metronidazol 500 mg cada 12 horas por 7 días o clindamicina 300 mg cada 12 horas por 7 días y hacer un control al séptimo día de tratamiento. guías de práctica clínicas internacionales prefieren el tinidazol en lugar del metronidazol (36,37).

En caso no haya mejoría al séptimo día de tratamiento pensar en otras causas de vaginitis, como vulvovaginitis por oxiuros (36,37).

	Hallazgos normales	Vulvovaginitis candidasica	Vaginosis bacteriana	Tricomoniasis
síntomas	Ninguno	Prurito, dolor, dispareunia	Secreción maloliente, sin dispareunia	Secreción maloliente, ardor, sangrado poscoital, dispareunia, disuria
Signos	El flujo vaginal normal consiste en 1 a 4 ml de líquido (cada 24 horas),	Eritema y / o edema vulvar, asociada a secreción que puede ser blanca y grumosa y puede o no	Secreción fina de color blanquecino / gris que recubre la vagina	Secreción fina de color amarillo verdoso, eritema vulvovaginal

	que es blanco o transparente, delgado o espeso y en su mayoría inodoro.	adherirse a la vagina		
Ph vaginal	4.0 hasta 4.5	4.0 hasta 4.5	> 4.5, test de aminas positivo	5,0 hasta 6,0
Examen directo en solución fisiologica	No alteraciones observables	Presencia de pseudohifas	Presencia de células clave en mas del 20%	Tricomonas móviles visibles
Hidróxido de potasio	negativo	Pseudohifas (en aproximadamente el 70% de los pacientes)	Negativo	Negativo

Tabla 5. Diagnostico diferencial de síndrome de flujo vaginal (37).

Con respecto a una de las patologías que viene a ser la principal causa de muerte materna en mujeres gestantes de países desarrollados viene a ser la preeclampsia.

Tenemos 4 principales patologías que afectan en el periodo de gestación como desordenes hipertensivos del embarazo (38):

- Preeclampsia / eclampsia / síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas)
- Hipertensión gestacional
- Hipertensión crónica
- Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica

Para el diagnostico de preeclampsia necesitamos una presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg en al menos 2 ocasiones con al menos 4 horas de diferencia después de las 20 semanas de gestación

en una paciente previamente normotensa, más la presencia de proteinuria ≥ 300 mg en una muestra de orina de 24 horas o relación proteína / creatinina $\geq 0,3$ mg/mg (30 mg / mmol) en una muestra de orina aleatoria o tira reactiva $\geq 2+$ si no se dispone de una medición cuantitativa, o reacción con ácido sulfosalicílico en 1+, si no se encuentra la proteinuria, se considerara diagnóstico en casos de hipertensión más uno de los siguientes (39):

- Recuento de plaquetas < 100.000 / microL
- Creatinina sérica $> 1,1$ mg / dL o duplicación de la concentración de creatinina en ausencia de otra enfermedad renal
- Transaminasas hepáticas al menos el doble del límite superior de las concentraciones normales para el laboratorio local.
- Edema pulmonar
- Signos de alarma: dolor de cabeza persistente, visión borrosa o presencia de escotomas, dolor abdominal

Es importante considerar los factores de riesgo que existe para plantear su diagnóstico: diabetes pregestacional, hipertensión crónica, lupus eritematoso sistémico, obesidad, enfermedad renal crónica, edades extremas de la vida, antecedentes de preeclampsia (39). Se tiene una subclasificación de la preeclampsia: con signos de severidad y sin signos de severidad (39). La preeclampsia con criterios de severidad se define como: Elevación severa de la presión arterial (39):

- Presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o presión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg en 2 ocasiones con al menos 4 horas de intervalo mientras el paciente está en reposo en cama.
- Trastornos visuales como fotopsias, escotomas, ceguera cortical y vasoespasmos retiniano; dolor de cabeza severo y dolor abdominal
- Falla de la función hepática que se explica con concentraciones de transaminasas séricas > 2 veces el límite superior del rango normal
- Trombocitopenia $< 100,000$ plaquetas / microL
- Insuficiencia renal (creatinina sérica $> 1,1$ mg / dL o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal
- Edema pulmonar

Para el manejo de la preeclampsia dependerá de cómo fue clasificada, en caso sea una preeclampsia con criterios de severidad, se considera generalmente como una indicación para el parto en embarazos $\geq 34 + 0$ semanas de gestación, la razón del parto a temprana edad gestacional es porque reduce el riesgo de mortalidad tanto materna como fetal (40). En casos de preeclampsia sin signos de severidad se puede esperar hasta la semana 37 para poder realizar el parto (40).

Manejo intraparto: lo principal será decidir la vía de parto, las últimas recomendaciones dicen que tanto la vía de parto vaginal o por cesárea no implican mayor alteración en las complicaciones posteriores propias de la enfermedad (40). Se necesitará hacer un monitoreo intraparto materno-fetal. Para el manejo de la hipertensión arterial se cuenta con labetalol 20 mg intravenoso en infusión por 2 minutos, hidralazina 5 mg intravenoso y con menos frecuencia el nifedipino vía oral, en caso sea de liberación rápida se usa 10 mg vía oral y si es de liberación prolongada se usará 30 mg vía oral (40).

Para el manejo y prevención de las convulsiones/eclampsia tanto intra como posparto, se maneja con una dosis de carga 6 gr de una solución al 10% por vía intravenosa durante 15 a 20 minutos, seguida de 2 gr / hora como infusión continua (40).

La preeclampsia presenta complicaciones, tanto para el feto como para la madre (40). El feto puede presentar restricción del crecimiento y oligohidramnios, así como un parto prematuro por ruptura prematura de membranas. O en casos más graves presentarse al momento del parto como desprendimiento prematuro de placenta que viene a ser una indicación de cesárea de emergencia (39).

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Frente a todo lo que se tuvo que afrontar el presente y el pasado año, se logro lograr las principales aptitudes necesarias para todo medico dentro de su desarrollo, aquel juicio critico sobre la realidad que afrontamos actualmente y que viene ya desde hace muchos años pasando el Perú, el enfoque de equidad, responsabilidad, y por sobre todo humanidad brindada a cada persona que amablemente nos ayudaron dentro de todo el proceso de aprendizaje.

Si bien es cierto los avances han sido muchos, todavía no son los suficientes para poder responder aquella demanda que exige una población golpeada por la pandemia, para esto, el hecho de que el internado medico haya sido realizado en el primer nivel ayuda a cubrir las necesidades de la población desde el punto de vista de personal asistencial en aprendizaje. Lamentablemente las circunstancias hicieron que se pierdan ciertas partes del aprendizaje practico que si se podrían llegar a obtener durante el internado en áreas de mayor complejidad, pero se gano ciertas aptitudes que nos ayudaran en lo que viene dentro de nuestra carrera, que es el SERUM, cualidades como el respeto, cuidado y ver el enfoque integral sobre los pacientes, cosas que muchas veces se pierde en manejos a nivel hospitalario.

Por otra parte todavía se ve reflejado la gran centralización de recursos en relación a los centros de primer nivel y los centros de mayor nivel resolutivo, motivo por el cual muchos de los pacientes tienen que ser referidos, pudiendo ser tratados con exámenes complementarios en el mismo centro hospitalario, misma problema viene sucediendo con el stock de medicamentos que se tiene, que en la mayoría de casos llega a ser limitado o ausente en otro casos, frente a la problemática de la población.

CONCLUSIONES

El internado será el periodo donde más se aplicarán los temas aprendidos durante los cursos de pregrado, lo importante es poder aplicar todas estas enseñanzas durante los procesos que posteriormente tendremos, como el SERUMS, sacar lo mejor de las áreas donde se logre estar, ya sea centros de primer nivel o centros hospitalarios. Siempre aplicar los principios de ética, primando en la confidencialidad de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Tratar de sacar lo máximo de aprendizaje a este proceso llamado internado, es donde se podrán pulir todas las aptitudes que mediante teoría podemos llegar a obtener en los cursos previos, y tratar de aplicar lo leído en la práctica, recomendaciones de guías internacionales, si es posible poder aplicarlas a nuestra población hacerlo, mas si estamos en el contexto del primer nivel de atención para poder sacar lo mejor de nuestras guías nacionales y guías internacionales.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. ASPEFAM. Asociación de estudiantes de Medicina. Reglamento del Comité Nacional de Pregrado de Salud del SINAPRES. 2006.
2. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *An Fac Med.* 2016;77(1):31–8. doi: 10.15381/anales.v77i1.11550.
3. Gobierno del Perú. Decreto supremo No 064-2020-PCM. Decreto Supremo que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la nación a consecuencia del COVID-19 y dicta otras medidas [Internet]. *El Peruano.* 2020 [citado el 11 de abril de 2020]; Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-prorroga-el-estado-de-emergencia-naciona-decreto-supremo-no-064-2020-pcm-1865482-3/>
4. Asociación Peruana de Facultades de Medicina [Internet]. Lima: ASPEFAM; 2020 [citado el 15 de abril de 2021]; Disponible en: <http://www.aspefam.org.pe/>.
5. El Peruano - Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19 - DECRETO DE URGENCIA - N° 090-2020 - PODER EJECUTIVO - DECRETOS DE URGENCIA [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>

6. Harz-Fresno I, Manterola P, Ruíz M, Abud C. Loxoscelismo cutáneo visceral: actualización en el manejo a propósito de un caso. *Revista chilena de infectología* [Internet]. abril de 2015 ;32(2):230-3. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0716-10182015000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Dengue clásico y dengue hemorrágico: casos clínicos, Machala, Ecuador. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/dengue-clasico-hemorragico-casos-clinicos/>
8. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 1 de mayo de 2014 [citado 19 de abril de 2021];25(3):463-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-etilogia-manejo-gastroenteritis-aguda-infecciosa-S071686401470063X>
9. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 19 de abril de 2021];154(4):1096-101. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(18\)30076-3/abstract](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(18)30076-3/abstract)
10. Sullivan T, de Barra E. Diagnosis and management of cellulitis. *Clin Med (Lond)* [Internet]. abril de 2018 [citado 19 de abril de 2021];18(2):160-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6303460/>
11. Liu J, Xu F, Zhou H, Wu X, Shi L, Lu R, et al. Expanded CURB-65: a new score system predicts severity of community-acquired pneumonia with superior efficiency. *Sci Rep*. 18 de marzo de 2016;6:22911.
12. Ortega Enciso L, Sánchez Martínez F, Escape Díaz-Bonilla I, Martínez Montauti J, Bastart Miralles F, Vilà Santasuana A. [Clinical indications for echography in acute pyelonephritis in adult women]. *Rev Clin Esp*. octubre de 1998;198(10):647-50.
13. Wormanns D. [Radiological imaging of pulmonary tuberculosis]. *Radiologe*. febrero de 2012;52(2):173-84.
14. Brisbane W, Bailey MR, Sorensen MD. An overview of kidney stone imaging techniques. *Nat Rev Urol*. noviembre de 2016;13(11):654-62.

15. Plan Hospitalario de respuesta frente a emergencia y desastres [Internet]. Nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe. 2021 [cited 7 July 2021]. Available from: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/gestion_de_riesgos/plan_hospitalario_de_respuesta_frente_a_emergencias_y_desastres.pdf
16. Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales [Internet]. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2017 [cited 7 July 2021]. Available from: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/servicio-de-enfermedades-infecciosas-y-tropicales/>
17. Resolución Directoral [Internet]. Nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe. 2019 [cited 7 July 2021]. Available from: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/presupuesto_participativo/POI%202018%20H2M.pdf
18. Dpto. de Gineco-Obstetricia [Internet]. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2016 [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/dpto-de-gineco-obstetricia/>
19. Dpto. de Pediatría [Internet]. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2016 [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/dpto-de-pediatria/>
20. Diris Centro. ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD 2019 CENTRO DE SALUD UNIDAD VECINAL N° 3 CATEGORIA I – 3 DIRIS LIMA CENTRO. diris centro; 2019
21. Recurrent simple cystitis in women - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/recurrent-simple-cystitis-in-women?search=pielonefritis&topicRef=16109&source=related_link
22. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefritis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1106698204
23. Sampling and evaluation of voided urine in the diagnosis of urinary tract infection in adults - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/sampling-and->

evaluation-of-voided-urine-in-the-diagnosis-of-urinary-tract-infection-in-adults?search=pielonefritis&topicRef=16109&source=see_link#H3019156

24. Clinical manifestations and diagnosis of bronchiectasis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-bronchiectasis-in-adults?source=history_widget#H19
25. Bronchiectasis in adults: Treatment of acute exacerbations and advanced disease - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bronchiectasis-in-adults-treatment-of-acute-exacerbations-and-advanced-disease?source=history_widget
26. Somocurcio JG, Sotomayor A, Shin S, Valcárcel M, Portilla S, Guerra D, et al. Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar multidrogo resistente en el Perú: serie de 304 casos. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica [Internet]. julio de 2009 [citado 16 de abril de 2021];26(3):289-93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342009000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Kidney stones in adults: Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/kidney-stones-in-adults-diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis?search=litiasis%20renal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1547961445
28. The first kidney stone and asymptomatic nephrolithiasis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/the-first-kidney-stone-and-asymptomatic-nephrolithiasis-in-adults?search=litiasis%20renal&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
29. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World Journal of Emergency Surgery

- [Internet]. 15 de abril de 2020 [citado 17 de abril de 2021];15(1):27. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>
30. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis&topicRef=1383&source=see_link
 31. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 32. COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) clinical features, evaluation, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=kawasaki%20y%20misc&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2726712857
 33. Kawasaki disease: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/kawasaki-disease-clinical-features-and-diagnosis?search=kawasaki%20y%20misc&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2
 34. Kawasaki disease: Initial treatment and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/kawasaki-disease-initial-treatment-and-prognosis?search=kawasaki&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 35. RM N° 250-2017 MINSA | Anemia [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/rm-ndeg-250-2017-minsa>

36. World Health Organization. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Ginebra, Suiza: OMS; 2005.
37. Approach to females with symptoms of vaginitis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-females-with-symptoms-of-vaginitis?search=vulvovaginitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
38. Hypertensive disorders in pregnancy: Approach to differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hypertensive-disorders-in-pregnancy-approach-to-differential-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
39. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
40. Preeclampsia: Management and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

ANEXOS

ANEXO N°1

Del C.S. U.V. N°3 al	Tiempo
<ul style="list-style-type: none">• Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé	20 min
<ul style="list-style-type: none">• Hospital Nacional Arzobispo Loayza	20 min
<ul style="list-style-type: none">• Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	25 min
<ul style="list-style-type: none">• Hospital Naval Central	15 min
<ul style="list-style-type: none">• Hospital Santa Rosa	15min