



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CASOS CLINICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN Y EL HOSPITAL LANFRANCO LA HOZ
DURANTE LOS AÑOS 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

LUCERO GENESIS CLARA ORELLANA SANCHÉZ

ASESOR

Dr. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

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

**CASOS CLINICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN Y EL HOSPITAL LANFRANCO LA HOZ
DURANTE LOS AÑOS 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

LUCERO GENESIS CLARA ORELLANA SANCHÉZ

ASESOR

DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Katherine Iris Gutarra Chuquin

Miembro: Dr. Aldo Barriga Cerrón

Miembro: Dra. Rosemary Lilia Moscoso De Roca

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, Miriam Sánchez y Oscar Orellana, quienes siempre han estado a mi lado en todo momento y me han apoyado en todas las decisiones. Sin ellos no hubiera llegado tan lejos, su cariño, dedicación y ánimos me ayudaron a seguir adelante en esta larga carrera.

Dedico este trabajo también a aquella niña que decía desde tan tierna edad que quería ser médico, a pesar de todas las dificultades durante el camino, por fin cumplirá su sueño.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi familia, en especial a mis padres por criarme, enseñarme y apoyarme en todo momento durante mi formación en mi carrera en toda circunstancia. Sin ellos no estaría en este lugar.

Agradezco a mis profesores, mis tutores y los doctores residentes de ambas sedes hospitalarias donde tuve el placer de completar mi internado, quienes me guiaron, enseñaron todo lo necesario para formarme como profesional. Siempre tendrán un lugar especial entre mis memorias y un espacio en mi corazón.

También quiero agradecer a mis cointernos de ambas sedes hospitalarias, que a pesar del poco tiempo que hemos vivido juntos, formamos una amistad que perdurará por años.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación de Pediatría	1
1.1.1. Caso 1	1
1.1.2. Caso 2	3
1.2. Rotación de Ginecología obstetricia	4
1.2.1. Caso 3	4
1.2.2. Caso 4	7
1.3. Rotación de Medicina Interna	8
1.3.1. Caso 5	8
1.3.2. Caso 6	9
1.4 Rotación de Cirugía General	12
1.4.1. Caso 7	12
1.4.2. Caso 8	13
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	15
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
3.1. Rotación de Pediatría	17
3.1.1. Caso 1	17
3.1.2. Caso 2	19
3.2. Rotación de Ginecología obstetricia	22

3.2.1. Caso 3	22
3.2.2. Caso 4	26
3.3. Rotación de Medicina Interna	28
3.3.1. Caso 5	28
3.3.2. Caso 6	30
3.4 Rotación de Cirugía General	34
3.4.1. Caso 7	34
3.4.2. Caso 8	35
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
FUENTES DE INFORMACIÓN	42
ANEXOS	46
1. Características clínicas del síndrome de Patau	46
2. Tratamiento antibiótico de neumonía en niños	47
3. Signos y síntomas presentes en lactantes y niños con ITU	48
4. Diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda	49

RESUMEN

En el presente trabajo se describirán y analizarán casos clínicos desarrollados en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión y el hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el internado médico entre los años 2020 al 2021. Se identificarán las dificultades que se presentó en ambos hospitales del ministerio de salud antes de la pandemia del COVID 19 y durante la pandemia.

Objetivo: describir y analizar casos clínicos, e identificar las competencias necesarias adquiridas durante el internado de medicina durante los años 2020 al 2021 para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.

Metodología: recopilación de casos clínicos según medicina basada en evidencias en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión y el hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Conclusiones: La pandemia ha sido un desafío para los internos de medicina cuya formación ha sido afectada, se ha tenido que adaptar a la nueva realidad. El sistema de salud del Perú por la pandemia se pudo observar el gran descuido en el primer nivel de atención y en la salud pública. Durante la emergencia sanitaria demostró la importancia de la bioseguridad.

Palabras claves: Internado de medicina, pediatría, ginecología obstetricia, medicina interna, cirugía general

ABSTRACT

In this paper, clinical cases developed in Daniel Alcides Carrión Hospital and the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital during the medical internship between 2020 and 2021 have described and analyzed. The difficulties that arose in both hospitals of the Ministry of Health have identified before the COVID 19 pandemic and during the pandemic.

Objective: describe and analyze clinical cases, and identify the necessary skills acquired during the medical internship from 2020 to 2021 to obtain the Professional Title of medical doctor.

Methodology: collection of clinical cases according to evidence-based medicine at the Daniel Alcides Carrión Hospital and the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital.

Conclusions: The pandemic has been a challenge for medical interns whose training has been affected, they have had to adapt to the new reality. The Peruvian health system due to the pandemic, it was possible to observe the great neglect in the first level of care and in public health. During the health emergency, he demonstrated the importance of biosecurity.

Keywords: Medicine internship, pediatrics, gynecology and obstetrics, internal medicine, general surgery

INTRODUCCION

El presente trabajo se realizó para describir, analizar y comparar la experiencia del internado médico durante los años 2020 y 2021.

Durante el internado, los médicos residentes y asistentes guiaron a los internos a trabajar en cada sala dependiendo de la situación desde mejorar la calidad de historias clínicas y examen físico, correlacionar teoría y práctica en pases de visita y la dinámica del trabajo en el área respectiva. Las enseñanzas durante estos meses del internado ayudan a conocer la realidad actual del sistema de salud de Perú, las cuales se adaptaron por la pandemia en las últimas rotaciones y se incrementó la importancia de la bioseguridad en el personal de salud.

El internado es la última etapa en la formación de los estudiantes de medicina para convertirse en médicos, formando últimas bases de su formación al aprender más sobre la relación médico paciente y aprender con los casos clínicos, observando la diferencia entre teoría con la practica en especial en el Perú y durante la emergencia sanitaria, en la cual hay muchas limitaciones que desafían al médico en su labor diaria.

El internado de medicina durante los años 2020 al 2021 fue atípico a diferencia de años anteriores debido al comienzo de la cuarentena por la pandemia del COVID 19, se paralizaron las actividades del internado desde quincena de marzo del 2020. Se tuvo que adaptar el internado ante la pandemia que pone en peligro la vida de todo el personal de salud, el gobierno aprobó la Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA que aprobó el

Documento Técnico: Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N.º 090-2020. En el documento técnico anteriormente mencionado está estipulado las condiciones mínimas que deben cumplir los centros de salud para el reintegro de los internos de ciencias de salud, las cuales son proporción de equipos de protección personal, seguro de vida a los estudiantes y realizar prueba rápida COVID periódicas y un sueldo mínimo vital. Con estas condiciones, los internos de medicina se reincorporaron a sus actividades para continuar con sus estudios. (1)

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La autora realizó su internado en los servicios de pediatría en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) y las otras rotaciones de ginecología obstetricia, medicina interna y cirugía general en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH).

1.1. Rotación de Pediatría

Durante la rotación de pediatría en HNDAC, los casos más resaltantes son:

1.1.1. Caso 1

Paciente masculino de 4 meses de edad que ingresó por emergencia del HNDAC el 27/02/2020, padres refieren que desde hace 10 horas presenta aumento de la frecuencia respiratoria, irritabilidad e hiporexia, y se agregó fiebre cuantificada de 38.5 C° una hora antes del ingreso. Con antecedente de importancia de hospitalización postparto por trisomía 13 completa, labio leporino, cardiopatía congénita y sospecha de neumonía por un mes. Al ingreso el paciente se encontraba taquicárdico, taquipneico y febril (FC: 156 lpm, FR: 85 rpm, T: 38.6°C, SatO₂: 93%).

En el examen físico en emergencia se encontró paciente con AMEG en decúbito dorsal, con labio leporino y paladar hendido, microcefalia, coloboma, implantación baja de pabellón auricular, con presencia de pliegue palmar único; al evaluar tórax y pulmones, se observó amplexación disminuida, MV pasa bien en ACP, no rales, presencia de tiraje intercostal, retracción xifoidea; al evaluar el sistema cardiovascular, los ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, soplo III/VI en 2° espacio intercostal; al evaluar el abdomen se encontró presencia de hernia umbilical; al evaluar el sistema genitourinario se encontró testículos no descendidos, agenesia de pene, dermatitis en región genital; se evaluó el aparato locomotor donde se encontró fuerza y tono muscular disminuido, polidactilia en manos y pies y flexión patológica de los dedos; respecto al sistema neurológico, el paciente se encontraba despierto, irritable y reactivo a estímulos. Los diagnósticos que se definieron en emergencia fueron neumonía probable, cardiopatía congénita acianótica (CCA), síndrome de Patau y dermatitis del pañal.

Se solicito en emergencia exámenes de laboratorio como hemograma, PCR, electrolitos, perfil hepático, examen completo de orina, radiografía de tórax y un ecocardiograma. En la radiografía de tórax, se encontró imágenes compatibles con una neumonía y en el ecocardiograma, se encontró comunicación interauricular e hipertensión pulmonar leve.

El paciente ingreso a observación de emergencia de pediatría, donde se estabilizo al paciente y se le agrega los siguientes diagnósticos: CCA: comunicación interauricular (CIA), hipertensión pulmonar leve. A la evaluación por cardiología, no encontraron signos de insuficiencia cardiaca congestiva. Horas después del ingreso, el paciente se encontró irritable y al examen físico, se observó la presencia de tirajes subcostales e intercostales y se agregó como nuevos diagnósticos la desnutrición aguda y sospecha de anemia, por lo cual se decidió la hospitalización del paciente.

En el piso de pediatría, se reevalúa al paciente que se encontraba taquipneico, taquicárdico y diaforético, enfermería reporto que paciente movilizaba secreciones, en el examen físico se encontró leve palidez, presencia de roncales difusos y tiraje subcostal al examinar tórax y

pulmones a diferencia del examen físico de día anterior. Se definieron como diagnósticos al ingreso: Neumonía adquirida en la comunidad, CCA: CIA, síndrome de Patau, dermatitis del pañal, hernia umbilical. En el tercer día de hospitalización, se solicitó interconsulta al servicio de dermatología, al responder confirmaron el diagnóstico de dermatitis del área del pañal y a descartar intertrigo candidiásico, dando un tratamiento más específico. El paciente evolucionó favorablemente durante su estancia hospitalaria, se completó tratamiento antibiótico y salió de alta con control por consultorio externo en 2 días.

1.1.2. Caso 2

Paciente femenino de 11 meses ingreso por emergencia del HNDAC el 12/01/20, con antecedente patológico de importancia enfermedad diarreica aguda. La madre de la paciente refiere que la niña comenzó a presentar fiebre intermitente durante los 13 días que continuo hasta el ingreso, también presento un episodio de vómito y diarrea durante un día que se autolimito hace 13 días; y un día antes del ingreso presento orina oscura, secreción blanquecina con mal olor. A la evaluación la paciente se encontraba febril y resto de signos vitales dentro de los rangos normales (FC: 116 lpm, FR: 25 rpm, T: 38.5°C, SatO2: 99%), al examen físico se encontró sin alteraciones. Se definió como impresión diagnóstica fiebre de origen desconocido, a descartar infección del tracto urinario. Se solicito hemograma, proteína C reactiva (PCR) y examen de orina.

Se le da pase a hospitalización, ingresa con examen de orina patológico y al reevaluarla se encontró un soplo sistólico II/ VI, el resto del examen físico es igual al de emergencia. Se le solicita urocultivo y aglutinaciones febriles antes de comenzar antibioticoterapia empírica. Los diagnósticos con los que ingresa a piso son fiebre sin foco, a descartar infección del tracto urinario y fiebre tifoidea.

En hospitalización se realizaron las pruebas solicitadas antes de comenzar antibioticoterapia empírica. La paciente se mantuvo afebril en su primer día de hospitalización, a partir del segundo día comenzó a presentar picos febriles por lo cual se le administro antipiréticos. En el segundo día de hospitalización, salieron los resultados del test de aglutinaciones febriles negativo.

La paciente comenzó a presentar una evolución favorable, afebril ante la espera de los resultados de urocultivo; también se le solicitaron otros exámenes como hemocultivo y TORCH durante el tercer día de hospitalización, que no se realizaron por falta de insumos de las pruebas en el hospital. Los resultados de urocultivo salieron el transcurso del cuarto día de hospitalización. Ante los resultados del urocultivo se suspende la antibioticoterapia, se cambia a uno de los antibióticos sensibles según urocultivo y se sugiere el alta, se explica signos de alarma y control en 2 días por consultorio de pediatría.

1.2. Rotación de Ginecología y Obstetricia

Durante la rotación de ginecología en HCLLH, los casos más resaltantes son:

1.2.1. Caso 3

Paciente mujer de 34 años que acude a emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz el 15/12/20 por presentar dinámica uterina esporádica, percibe movimientos fetales, niega perdida de líquido, niega sangrado vaginal. Paciente refiere que es usuaria de captopril durante gestación desde tercer mes de gestación. Con antecedentes de importancia: 6

Antecedentes personales ginecológicos: Menarquia a los 13 años, régimen catamenial irregular, inicio de relaciones sexuales a 18 años, andría de 3

parejas, niega uso de métodos anticonceptivos, última relación sexual hace un mes, antecedente de cesárea en el 2008

a) Antecedentes personales obstétricos:

a. Gesta para: G3 P1011.

i. G1: cesárea por preeclampsia (2008) W:2500

ii. G2: aborto (2017)

iii. G3: actual

b. FUR: 13/03/20; FPP: 14/12/20; CPN: 3

c. EG: 36 ss por AU

b) Antecedentes personales Patológicos: preeclampsia (2008)

c) Antecedentes Familiares: Madre con diabetes e HTA

En la emergencia, se encontró la paciente con signos vitales dentro de los rangos normales (PA: 90/60 mmHg, FR: 20 rpm, Pulso: 70 lpm, T: 36.5°C), su peso actual era de 89 kg y antes del embarazo 82 kg, con talla: 157 cm, IMC de 36.1. Al examen, se encontró en el examen obstétrico altura uterina (AU) de 34 cm, situación, posición, presentación del feto (SPP) era longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales (LCF) de 142 lpm, movimientos fetales presentes (++) , a la especuloscopia se observó cérvix posterior cerrado, dilatación de 2cm, blando, altura de presentación -4, dinámica uterina negativa. Se le solicito los siguientes exámenes de laboratorio prequirúrgicos como grupo y factor, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, hemograma, glucosa, creatinina, urea, examen de orina, prueba rápida COVID 19, ecografía obstétrica.

En emergencia con los resultados de los exámenes solicitados, se plantearon los siguientes diagnósticos:

- Gestante 40 semanas por ecografía de 1er trimestre
- Alto riesgo obstétrico (ARO): Cesareada anterior 1 vez
- No trabajo de parto
- D/C teratogenicidad con captopril
- Oligohidramnios severo
- COVID 19 IgG (+)
- CPN insuficientes

Con los diagnósticos, se programó a sala de operaciones para realizar una cesárea segmentaria transversa iterativa (CSTI) con bloqueo tubárico bilateral (BTB). Se le dio a la paciente antibioticoterapia profiláctica, además de todos los procedimientos necesarios para realizar la cesárea.

La paciente después de la cesárea, entro a URPA donde comenzó a presentar presión arterial alta unas horas después de la cesárea, por lo cual se le dio antihipertensivos. Se solicitó control de presión arterial en hoja aparte, vigilar síntomas premonitorios, sonda Foley permeable, control de funciones vitales y perfil preeclampsia (hemograma y exámenes de bioquímica).

La paciente pasa a piso de hospitalización de ginecología, refirió dolor en herida operatoria y leve sangrado vaginal, negó cefalea. Al examen físico, se encontró leve dolor a la palpación a nivel de herida operatoria; la herida operatoria estaba afrontada, sin signos de flogosis, sin secreciones, cubierta por apósito; presencia de loquios hemáticos escasos, sin mal olor. La paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, ventilando espontáneamente, con signos vitales estables. Los diagnósticos con los que ingreso eran:

- PO 13h CSTI + BTB por Gestante de 40 semanas/ Cesareada anterior 1 vez/ NTP/ Oligohidramnios severo/ Preeclampsia/ Aceptante de AQV
- COVID 19 IgG (+)

La paciente evoluciono favorablemente, no volvió a presentar presión alta en piso por lo cual en el tercer día de hospitalización se planteó el alta. Se le dio de alta con tratamiento con analgésicos, hematínicos y antihipertensivos.

1.2.2. Caso 4

Paciente mujer de 20 años ingresa por emergencia de HCLLH el 26/10/20, con G1 P0000 de 41 semanas de gestación por FUR. Referida de su centro materno infantil, por presentar contracciones uterinas, negó sangrado vaginal, negó pérdida de líquido. Percibía movimientos fetales.

- a) Antecedentes personales ginecológicos: Menarquia a los 11 años, con un régimen catamenial de 3/30, inicio de relaciones sexuales a los 19 años, andría de 1 pareja, niega uso métodos anticonceptivos.
- b) Antecedentes personales obstétricos:
 - i) G1 P0. G1: actual.
 - ii) FUR: 11/01/20
 - iii) FPP: 17/10/20
 - iv) EG: 41 semanas por FUR
- c) Antecedentes personales Patológicos: Niega
- d) Antecedentes Familiares: Niega

Se encontró a la paciente con signos vitales dentro de los valores normales (PA: 130/70 mmHg, FR: 20 rpm, FC: 78 lpm, T: 36.8°C). Respecto a los datos antropométricos de la paciente su peso actual de 80 kg, su peso antes del embarazo era de 69 kg, con una variación de peso de 11 kg.

Al examen físico en emergencia, se encontró en el examen físico, la piel se encontraba con palidez (+/+++), tibia, húmeda y elástica con llenado capilar menor a 2 segundos, al examen obstétrico: AU de 34 cm, SPP era longitudinal cefálico derecho, LCF de 150 lpm, movimientos fetales presentes (++) y a la especuloscopia se encontró cuello blando dehiscente, 2 dedos, altura de presentación de -4, dinámica uterina presente.

Se solicita exámenes de laboratorio como hemograma, glucosa, creatinina, urea y ecografía obstétrica con perfil biofísico fetal.

En emergencia se planteó como diagnósticos:

- Gestante de 41.3 semanas por FUR
- Gestación a término tardío
- Pródromos de trabajo de parto

- Anemia moderada
- Distocia de presentación

Se decide realizar una cesárea de emergencia y se solicita un paquete globular.

Paciente post operada ingresa a hospitalización, refiere dolor en herida operatoria. Al examen físico, la piel tenía palidez intensa (+++/+++), útero contraído por debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis, sin secreciones, cubierta con apósito, presencia de loquios sanguinolentos. Con diagnóstico de:

- PO 8h CSTP por distocia de presentación, gestante de 41.3 semanas, gestación a término tardío, inicio de trabajo de parto y atonía uterina, anemia severa.

Al siguiente día, el dolor era leve a comparación del día anterior. Al examen la piel tenía una leve palidez (+/+++), leve dolor en herida operatoria, la herida operatoria estaba afrontada sin signos flogosis, sin secreciones, presencia de sangrado vaginal escaso. La paciente evoluciono favorablemente, se decidió darle el alta con analgésicos, antibióticos y hematínicos y control por consultorio externo en 7 días.

1.3. Rotación de Medicina Interna

Durante la rotación de medicina interna en HCLLH, los casos más resaltantes son:

1.3.1. Caso 5

Paciente femenina de 23 años acude el 16/02/2021 a emergencia del HCLLH por presentar dolor abdominal tipo cólico brusco en cuadrante superior izquierdo desde hace 6 horas, que se intensifico 2 horas antes del ingreso, que se ubicó en epigastrio y en hipocondrio izquierdo asociado a náuseas y vómitos.

En el examen físico se encontró a la paciente taquicárdica y el resto de los signos vitales dentro de los rangos normales (PA: 100/60 mmHg, FR: 18 rpm, Pulso: 100 lpm, T: 37°C, Sat O2: 99%). Al evaluar el abdomen blando, depresible, con RHA presentes, se encontró dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio y en hipocondrio izquierdo, Murphy (+), Mcburney (-). El resto del examen físico se encontró dentro de los rangos normales.

Los diagnósticos que se plantearon en emergencia fueron síndrome doloroso abdominal, a descartar colecistitis y a descartar pancreatitis aguda. Se solicitó hemograma, ecografía abdominal, amilasa y lipasa. En el hemograma, se encontró que los leucocitos están casi en el límite superior, con respecto a la amilasa se encuentra elevada y en la ecografía abdominal se encontró litiasis vesicular.

Con los resultados de los exámenes de laboratorio y de imagen asociado a la clínica, se decide hospitalizar al paciente con los diagnósticos de pancreatitis aguda biliar y litiasis vesicular.

En hospitalización, en el primer día la paciente refiere un episodio de vómito de contenido alimenticio no cuantificado durante la noche. La paciente se encuentra afebril y con el resto de los signos vitales dentro de los rangos normales. Al examen físico, el abdomen se encuentra blando, depresible, distendido, con dolor a la palpación profunda en epigastrio y en hipocondrio izquierdo, Murphy (-), la paciente continuó en NPO. Se comenzó con tolerancia oral al siguiente día, la paciente evolucionó favorablemente sin presentar fiebre, náuseas o vómitos y con buena tolerancia oral por lo cual se sugiere el alta.

1.3.2. Caso 6

Paciente femenina de 68 años acude a emergencia del HCLLH el 12/02/2021, con antecedentes de importancia de diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente e hipertensión arterial desde hace 10 años. La paciente inconsciente es traída por familiares quienes refieren que hace 8 horas

presento trastorno del sensorio, no responde al llamado y también presentaba sialorrea.

Al examen físico, la paciente se encontraba afebril, hipertensa y el resto de los signos vitales dentro de los rangos normales (PA: 150/80 mmHg, FR: 20 rpm, Pulso: 77 lpm, T: 37°C, Sat O2: 96% FiO2: 0.21). Al evaluar tórax y pulmones se encontró que MV pasa bien ACP, no estertores; el sistema cardiovascular, se encontró RCR de buena intensidad no soplos; en el abdomen, estaba blando, depresible, presencia de RHA, no doloroso a la palpación; el sistema nervioso, la escala de Glasgow 12/15, no focalización, no signos meníngeos. Como la paciente es diabética, se solicitó de inmediato un hemoglucotest (HGT) cuyo resultado dio 29.

Los primeros diagnósticos que se planteó en emergencia fueron: trastorno de consciencia, hipoglicemia, diabetes mellitus no controlada, descartar neumonía aspirativa, ceguera bilateral por diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial por historia clínica.

Se le solicita glucosa, urea, creatinina, hemograma, PCR, examen de orina, radiografía de tórax, prueba antigénica COVID 19. En la radiografía de tórax, no se observó alguna imagen fuera de los rangos normales. La prueba antigénica para COVID 19 salió no reactivo.

La paciente es reevaluada 3 horas después de su ingreso y su HGT dio 40. Se le solicito a la paciente un urocultivo y antibiograma al encontrar el examen de orina patológico. Según el hemograma se encontró anemia, según los exámenes de bioquímica se encontró hipoglucemia y PCR elevado, lo cual demuestra que la paciente tenía una infección.

La paciente ingresa a observación de medicina. La paciente negó náuseas, vómitos, cefalea y SAT. Enfermería reporto hipoglicemia. Al examen físico, se encontró: Piel tibia, húmeda y elástica con un llenado capilar <2 segundos; en tórax y pulmones el MV pasa bien en ACP, no estertores; el abdomen estaba blando, depresible, no distendido, presencia de RHA, no doloroso a la palpación superficial ni profunda; en las extremidades, se encontró presencia de ulcera por presión en talón derecho de 2 x 2cm con secreción y no signos de flogosis; en el sistema nervioso central, la escala

de Glasgow 15/15, la paciente estaba lucida, orientada tiempo, espacio y persona, no signos de focalización, no signos meníngeos. La paciente se encontraba afebril, con signos vitales estables, hemodinámicamente estable con evolución lentamente favorable. Los diagnósticos que se definieron en hospitalización fueron:

- a. Infección del tracto urinario
- b. Diabetes mellitus tipo 2 no controlada
 - a. Hipoglicemia
- c. Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones tardías
 - a. Retinopatía diabética
 - b. Pie diabético
- d. Anemia leve microcítica hipocrómica

Se siguió un control estricto de glucemia, se continuo la antibioticoterapia y se esperaba resultado de urocultivo.

La paciente comenzó a presentar picos febriles desde el séptimo día de hospitalización. Al octavo día de hospitalización, la paciente se encontraba febril al momento de la evaluación. En el examen físico se encontró la piel con una leve palidez, abdomen blando, depresible, RHA presentes y no doloroso a la palpación, en extremidades se encontró la UPP en talón derecho de 2 x 2.5cm. Se cambio los diagnósticos planteados a los siguientes:

- a. Sepsis punto partida urinario
- b. ITU complicada
- c. Diabetes mellitus tipo 2 no controlada, con complicaciones tardías
 - a. Retinopatía diabética
 - b. Pie diabético
- d. Anemia moderada normocítico-normocrómica

La paciente continua con una evolución estacionara, se cambia antibioticoterapia ante los resultados del antibiograma donde muestra resistencia a la mayoría de las cefalosporinas. Se decide paso a hospitalización de medicina, donde continua con antibioticoterapia, al terminar tratamiento se sugiere el alta.

1.4. Rotación de Cirugía General

Durante la rotación de cirugía general en HCLLH, los casos más resaltantes son:

1.4.1. Caso 7

Paciente varón de 20 años ingresa a emergencia el 23/03/2021 por presentar dolor abdominal un día antes del ingreso, el cual se ha intensificado con el tiempo y se localizó en fosa iliaca derecha. El dolor abdominal está asociado a náuseas y vómitos desde 4 horas antes del ingreso.

Al examen físico se encontró al paciente febril, resto de signos vitales dentro de los rangos normales (PA: 120/70 mmHg, FR: 20 rpm, Pulso: 80 lpm, T: 38.5°C, Sat O2: 99%). Al examinar el abdomen estaba blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, Rovsing (+) Rebote (+) Mc Burney (+)

Se le solicitaron los exámenes preoperatorios, radiografía de tórax y ecografía abdominal. En los exámenes preoperatorios se encontraron dentro de los valores normales, excepto el hemograma donde se encontró leucocitosis. La radiografía de tórax no mostró sospecha de alguna patología. En la ecografía de abdomen se encontró signos compatibles con apendicitis aguda. Además de prueba rápida COVID 19, el cual salió negativo.

Se decidió como diagnósticos en emergencia: síndrome doloroso abdominal, a descartar o confirmar apendicitis aguda. Se planteo realizar una apendicetomía abierta.

Después de la cirugía el paciente pasa a hospitalización, refiere dolor en herida operatorio, niega náuseas, niega vómitos y niega sensación de alza térmica. En el examen físico, se encontró leve dolor a la palpación profunda

en fosa iliaca derecha y en herida operatoria, la herida operatoria se encontraba afrontada, sin signos de flogosis, sin secreciones. El diagnóstico del paciente era: PO de apendicetomía abierta por apendicitis aguda complicada. El paciente evolucionó favorablemente, con signos vitales estables, al segundo día de hospitalización comenzó tolerancia oral y deambulación no asistida. Paciente se le indico antibioticoterapia y analgésicos en su estancia hospitalaria. Al tercer día de hospitalización al paciente se le da de alta con antibioticoterapia, se explica signos de alarma y control postoperatorio en 1 semana.

1.4.2. Caso 8

Paciente femenino de 32 años sin antecedente de importancia, acude a emergencia del HCLLH el 12/04/2021 refiere dolor abdominal difuso a predominio en fosa iliaca derecha desde hace 12 horas.

En el examen físico la paciente se encontró febril, resto de signos vitales dentro de los rangos normales (PA: 120/70 mmHg, FR: 18 rpm, Pulso: 80 lpm, T: 38.5°C, Sat O2: 98%). Al evaluar el abdomen se encontraba blando, depresible, globuloso, distendido, con presencia de RHA y dolor a la palpación superficial y profunda en flanco derecho y fosa iliaca derecha. Murphy (+)

En emergencia, los primeros diagnósticos fueron síndrome doloroso abdominal, a descartar apendicitis aguda. Se solicitaron los exámenes prequirúrgicos para ingresar a sala de operaciones. Se planteó realizar una apendicetomía laparoscópica. En la operación, pudieron observar que el apéndice no era el único problema, la paciente también tenía colecistitis aguda calculosa por lo cual realizaron también una colecistectomía.

En hospitalización de cirugía la paciente ingresa con los diagnósticos de: PO colecistectomía y apendicetomía laparoscópicas por colecistitis aguda calculosa y apendicitis aguda no complicada.

En el primer día de hospitalización la paciente refiere leve dolor en sitio de abordaje laparoscópico, niega nauseas, niega vómitos, niega SAT. Al examen físico, se encontró que el abdomen estaba blando, depresible, globuloso, distendido, con presencia de RHA y leve dolor a la palpación en zonas cercanas a sitio de abordaje laparoscópico, no signos peritoneales, puntos laparoscópicos afrontados, sin signos de flogosis, presencia de DPR en flanco derecho con secreción serohemática escasa.

La paciente evolucionaba favorablemente, afebril, con signos vitales estables, tolerando vía oral, por lo cual se sugiere el alta al segundo día de hospitalización, se le indicó control posoperatorio en una semana.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La autora realizó su primera rotación en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el servicio de pediatría durante los meses de enero a marzo del año 2020 antes de la pandemia por el SARS-COV2 y las siguientes rotaciones de ginecología-obstetricia, medicina interna y cirugía general en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante los meses de octubre a diciembre del año 2020 y desde enero a abril del año 2021.

“El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es la Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional.” (2)

“El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de nivel II-2, brinda los Servicios de Salud Básica y especialidad con calidad e inclusión social en el marco de la atención integral basado en la persona, familia y comunidad con el enfoque preventivo curativo y recuperativo a la población de los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo.” (3)

La situación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión antes de la pandemia en el servicio de emergencia de pediatría se atendió un total de 4764 casos desde cuadros agudos de rinofaringitis hasta cuadros graves de

shock séptico, y se hospitalizaron aproximadamente 484 pacientes durante los meses de enero y febrero del año 2020. (2)

A diferencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el cual solo se atendían emergencias que pusieran en peligro la vida del paciente y referencias de centro de salud de la red DIRIS NORTE durante la época de la emergencia sanitaria. Al ser un hospital nivel II-2, se referían algunos pacientes por sus patologías de mayor complejidad, que requerían manejo por especialistas y subespecialistas que no cuenta el hospital, refiriendo a los pacientes a hospitales como el Hospital Cayetano Heredia u otros hospitales de mayor complejidad según el caso. (3)

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación de Pediatría

3.1.1. Caso 1

En el caso 1 del paciente pediátrico masculino de 4 meses de edad, con diagnósticos de neumonía probable, cardiopatía congénita acianótica (CCA), síndrome de Patau y dermatitis del pañal. En emergencia de pediatría se solicitaron exámenes complementarios los cuales eran hemograma, PCR, electrolitos, perfil hepático, examen completo de orina, radiografía de tórax y un ecocardiograma. En el hemograma se encontró anemia, leucocitosis, neutrofilia, en la tabla 1 se muestran los valores encontrados.

Tabla 1. Hemograma del caso N°1

Hemograma	
Leucocitos	17.59 10 ³ /uL
Neutrófilos	14.71 10 ³ /uL
Neutrófilos abastionados	3%
Neutrófilos segmentados	80.50%
Linfocitos	2.44 10 ³ /uL
Monocitos	0.43 10 ³ /uL
Plaquetas	312 10 ³ /uL
Hemoglobina	10.6 g/dL

Los exámenes de laboratorio como electrolitos y perfil hepático se encontraron dentro de los rangos normales. Además, en la radiografía de tórax se encontró imágenes radiopacas heterogéneas difusas en ambos campos pulmonares a predominio de hemitórax derecho y en el ecocardiograma, se encontró comunicación interauricular de 4.2 mm tipo ostium secundum e hipertensión pulmonar leve. La radiografía de tórax y el ecocardiograma confirmaron los diagnósticos planteados, en el caso de la ecografía dio un diagnóstico más específico.

En emergencia de pediatría, se le indicó como tratamiento hidratación, nebulización con salbutamol, hidrocortisona, ranitidina, paracetamol. En observación de pediatría, se inició antibioticoterapia con ampicilina y furosemida, restricción hídrica y se suspendió la nebulización y los corticoides.

En piso de pediatría, se le indicó furosemida 2.5 mg EV c/12 h, ampicilina 200mg EV c/6h, paracetamol 100mg/ml (15 gotas) VO condicional a fiebre $T^{\circ} > 38^{\circ}$, aplicación de nistazina en región afectada en cada cambio de pañal, se realizó balance hídrico estricto y diario, control de peso diario, control de signos vitales. Al segundo día de hospitalización, se cambió la antibioticoterapia de ampicilina a ceftriaxona 400 mg EV c/ 12 h y se continuó con las otras indicaciones médicas. El paciente continuaba taquipneico, taquicárdico y afebril, se planteó prueba terapéutica con salbutamol, que se cambió a nebulización con suero salino hipertónico al 3% (4cc) c/4h por mascarilla. Se solicitó interconsulta con dermatología que sugirió usar betametasona e isoconazol en crema en el área afectada. El paciente completó su tratamiento de antibioticoterapia con ceftriaxona de 7 días, se le dio el alta.

Este paciente tiene de diagnóstico síndrome de Patau, que es muy poco frecuente y presenta varias características clínicas como se encuentra en la literatura. (Ver Anexo N°1). El paciente presentó todas las características que se encuentran según la literatura, una de ellas es la cardiopatía congénita acianótica por comunicación interauricular, que provoca una sobrecarga de volumen. El paciente puede desarrollar una insuficiencia

cardiaca congestiva en la adultez. Como el tamaño de la CIA es pequeño, en este paciente se vigila anualmente el tamaño de la CIA, la cual es muy probable que cierre espontáneamente. (5) (6)

En hospitalización, el paciente se encontraba diaforético, irritable y taquipneico que son signos compatibles de una insuficiencia cardiaca, se decidió dar diurético. Según la literatura, el tratamiento en pacientes según las etapas de insuficiencia cardiaca como clase C (signos y síntomas de insuficiencia cardiaca y cardiopatía estructural), el tratamiento para esa etapa consiste en IECA, inhibidor de aldosterona y diuréticos. Sin embargo, en este caso no se planteó como diagnóstico insuficiencia cardiaca congestiva, a pesar de la sintomatología que presentó el paciente. (4) (5)

Según la guía práctica de manejo de CIA del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) al paciente se maneja con diuréticos tipo furosemida de dosis 1 a 2 mg/kg/dosis cada 12 a 8 horas, no es necesario la restricción de líquidos. En este caso si se cumplió con el tratamiento que recomienda la guía. (7)

Los signos y síntomas que presentó también son compatibles con la patología respiratoria que presentaba, por lo cual abarcaron tratamiento de ambas patologías. Con respecto a la neumonía, el tratamiento recomendado según la guía práctica del MINSA es ampicilina, penicilina G Sódica, cloranfenicol, ceftriaxona o cefotaxima. Como el paciente no respondió favorablemente a la ampicilina las primeras 48 horas, lo cambiaron a la ceftriaxona. En algunas bibliografías, recomiendan usar ceftriaxona o cefotaxima en caso de sospecha de neumonía bacteriana y en otras recomiendan lo mismo que la guía del MINSA. (Ver Anexo N°2) (8)

Con respecto a las nebulizaciones con suero salino hipertónico, se usa en bronquiolitis agudas, pero es muy controversial su uso debido a que en algunas investigaciones no se encontró diferencias significativas entre los pacientes que usan este tratamiento o el suero fisiológico. En este caso no era necesario usar este tipo de nebulizaciones. (9)

En este caso, la mayoría del tratamiento se siguió según las recomendaciones del MINSA y del INSN, a excepción de las nebulizaciones que se indicaron por la experiencia de los pediatras; sin embargo, no hay

evidencia científica suficiente que apoye las nebulizaciones en tratamiento para neumonía en lactantes. (9)

3.1.2. Caso 2

En el caso 2 de pediatría, paciente femenino de 11 meses que ingreso con los diagnósticos de fiebre de origen desconocido, a descartar infección del tracto urinario, se dio un tratamiento sintomático como antipiréticos en emergencia, como paracetamol. Se solicito exámenes de laboratorio de los cuales eran hemograma, proteína C reactiva (PCR) y examen de orina. En el hemograma se encontró leucocitosis y neutrofilia, el PCR tenía un valor muy elevado y el examen de orina salió patológico. Los resultados del hemograma, PCR y examen de orina se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 2: Hemograma y PCR del caso N°2

Hemograma	
Leucocitos	13.91 10 ³ /uL
Neutrófilos	81.40%
Monocitos	12.40 %
Plaquetas	369 10 ³ /uL
PCR	20.22 mg/dL

Tabla 3: Examen de orina del caso N°2

Examen de orina	
Color	Amarillo
Aspecto	Ligeramente turbio
Células epiteliales	1 -2
Leucocitos	10-12
Hematíes	0—2
Gérmenes	+2

La paciente ingresa a hospitalización de pediatría con un examen de orina patológico, en el hemograma se encontró leucocitosis y neutrofilia y PCR elevado. En sus primeros días de hospitalización se dio como tratamiento Ceftriaxona 400 mg EV, Amikacina 160 mg EV y Paracetamol 120mg/5ml: 6.5 ml VO condicional a fiebre. Al tercer día se suspendió la ceftriaxona. En

el cuarto día, al llegar los resultados de urocultivo se suspende amikacina y con el alta se da como tratamiento de cefuroxima 250 g/5cc: 3.5 cc vo c/ 12 h por 7 días y paracetamol 120mg/5ml: 6.5 ml VO condicional si $T \geq 38^\circ$. Los resultados del urocultivo se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 4: Urocultivo del caso N°2

Urocultivo	
Color	Amarillo
Aspecto	Ligeramente turbio
Cel epiteliales	1-2
Leucocitos	7
Hematíes	0-1
Gram	Bacilo gram negativo 1+
Cultivo	E. Coli >100 000
Sensible	Cefazolina, cefotaxima, cefalexina, cefuroxima, gentamicina, nitrofurantoina, ciprofloxacina
Resistente	Ampicilina, ampicilina/ sulbactam, trimetoprima, amoxicilina/ ácido clavulánico
Intermedio	Ácido nalidixico

El diagnóstico inicial de la paciente de fiebre de origen desconocido en un paciente pediátrico, en especial lactantes, es complicado encontrar la causa de la fiebre por su múltiple etiología desde enfermedades infecciosas, enfermedades del tejido conectivo o neoplasias. (10)

Cuando los pacientes pediátricos presentan cuadros de infección urinaria, son difíciles de diagnosticar. A menor edad, a veces solo se encuentra examen de orina patológico y síntomas muy generales como fiebre, dolor abdominal, pérdida de apetito, irritabilidad. La paciente tenía sospecha de infección urinaria desde el inicio de la hospitalización, pero no cumplía con todos los criterios de hospitalización para infección de vías urinarias. (Ver anexo N°3) (11)

En este caso la paciente presentaba síntomas compatibles con ITU, examen de orina patológica, alteración de reactantes de fase aguda como el PCR. Según la guía del INSN de ITU, si un paciente es menor de 2 años se le recomienda ecografía renal y con respecto a la hospitalización, se puede considerar como posibilidad de hospitalización si la paciente presenta aumento de reactantes de fase aguda, factores de riesgo de germen no

habitual, entre otros. La antibioticoterapia usada en el caso es compatible con las recomendaciones. (12)

3.2. Rotación de Ginecología y Obstetricia

3.2.1. Caso 3

En el caso 3 que corresponde a ginecología de una paciente mujer de 34 años tercigesta se le solicitan en emergencia los siguientes exámenes de laboratorio prequirúrgicos como grupo y factor, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, hemograma, glucosa, creatinina, urea, examen de orina, prueba rápida COVID 19, ecografía obstétrica con perfil biofísico. Los resultados de los exámenes son:

- Prueba rápida COVID 19: Reactivo IgG
- En la ecografía obstétrica se encontró:
 - Útero: grávido, ocupado por feto único con movimientos y latidos cardiacos presentes. Frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos por minuto. Feto en longitudinal cefálico izquierdo. Peso aproximado: 3643 ± 540 gr
 - Placenta: corporal anterior derecha. Espesor: 42 mm. Grado III/III.
 - Líquido amniótico: volumen muy disminuido. Pozo mayor: 21 mm. ILA: 2.1 cm. No presenta circular de cordón al cuello fetal al momento del examen.
 - Perfil biofísico: Movimientos respiratorios fetales: 2, movimientos corporales: 2, tono fetal: 2, líquido amniótico: 0

- Impresión diagnóstica: Gestación única activa de 39 semanas 2 días por biometría fetal. Severo oligohidramnios. Perfil biofísico 6/8 al momento del examen

Los exámenes de laboratorio en sangre y examen de orina se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 5: Hemograma completo, grupo sanguíneo, factor RH, tiempo de coagulación y sangría del caso N°3

Grupo sanguíneo y factor RH	O+	
Tiempo de coagulación	6.30 min, seg	
Tiempo de sangría	2.00 min seg	
HEMOGRAMA COMPLETO		UNIDAD
Recuento Leucocitos	9.70	10 ³ /uL
Recuento Hematíes	4.04	10 ⁶ /uL
Hemoglobina	12.8	g/dL
Hematocrito	37.5	%
Recuento de Plaquetas	225	10 ³ /uL
Neutrófilos segmentados %	65	%
Linfocitos %	28.2	%
Monocitos%	5.8	%
Eosinófilos %	0.8	%
Basófilos %	0.2	%

Tabla 6: Exámenes bioquímicos del caso N°3

BIOQUÍMICA	
Glucosa	70 mg/dL
Creatinina	0.63 mg/dL
Urea	23.1 mg/dL

Tabla 7: Examen completo de orina del caso N°3

EXAMEN COMPLETO DE ORINA	
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1010
Ph	6.0
C. Epiteliales	Abundantes
Leucocitos	5-10 por campo
Hematíes	5-10 por campo
Gérmenes	2+

Con los exámenes prequirúrgico, se programa a la paciente a SOP y se le da antibioticoterapia profiláctica (Cefazolina 2gr EV).

En el reporte operatorio se encontró:

- Diagnósticos preoperatorios: Gestante de 40 semanas/ Cesareada anterior 1 vez/ NTP/ Oligohidramnios severo/ Preeclampsia/ Aceptante de AQV
- Diagnósticos postoperatorios: Confirmado + Anhidramnios
- Operación propuesta: CSTI + BTB
- Operación realizada: CSTI + BTB
- Hallazgos: Recién nacido a término (RNAT) femenino APGAR 9-9 W:3400gr. Líquido amniótico escaso. Placenta ±500 gr

La paciente ingreso a URPA, ingreso y el tratamiento que se decide es: NPO por 6 horas luego tolerancia oral; NaCl 0.9% 1000 cc, oxitocina 30 UI (I-II); tramadol 100mg SC c/8h, ranitidina 50 mg EV c/8h, metoclopramida 10mg EV c/8h, metildopa 250mg VO c/6h, nifedipino 10mg VO PRN PA \geq 160/110, ácido tranexámico 1gr EV c/8h.

Unas horas después de la cesárea la paciente comenzó a presentar presión arterial alta en varias oportunidades, se le dio el antihipertensivo recetado y se pidió perfil de preeclampsia (hemograma y exámenes de bioquímica).

Los resultados de los exámenes de laboratorios pedidos se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 8: hemograma control post cesárea del caso N°3

HEMATOLOGIA		
Prueba		
Hemograma completo automatizado		
Recuento de leucocitos	14.1	10 ³ /uL
Hemoglobina	11.7	g/dL
Hematocrito	35	%
Volumen corpuscular medio (VCM)	92.7	fL
Hemoglobina corpuscular media (HCM)	30.9	Pg

Tabla 9: exámenes de laboratorio bioquímicos post cesárea del caso N°3

BIOQUIMICA		
Prueba	Resultado	Unidad
TGO	22	U/L
TGP	9.7	U/L
Glucosa	124.1	mg/dL
Creatinina	0.46	mg/dL
Urea	30.8	mg/dL
Bilirrubina total	0.28	mg/dL
Bilirrubina directa	0.04	mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.24	mg/dL

Indicaciones medicas en piso de hospitalización son: cefazolina 1gr EV c/8 h, tramadol 100mg SC c/ 8h, metildopa 250gr VO c/6h, nifedipino 10 mg VO PRN PA \geq 160/110, control PA hoja aparte, vigilar síntomas premonitorios y ácido tranexámico 1gr EV c/8h.

La paciente salió de alta con sulfato ferroso 1 tableta VO c/24h, ketorolaco 2 tabletas VO condicional a dolor, nifedipino condicional PA \geq 160/110, cefuroxima 1tab VO c/12h y control por consultorio externo en 7 días.

En este caso, se puede observar el mal control de las gestantes en el primer nivel, la paciente refirió que un “personal de salud” le recomendó usar captopril durante su gestación, ese medicamento está contraindicado por ser teratogénico, causa anomalías congénitas y oligohidramnios. Es muy probable que la paciente desarrollo el cuadro de oligohidramnios por el consumo de este fármaco y la preeclampsia. (13)(14)

La paciente tiene insuficientes controles prenatales, donde no se reportó presiones altas debido al consumo del antihipertensivo, no se dio el control y el control adecuado por lo cual la paciente desarrollo las patologías anteriormente mencionadas. La atención en el primer nivel de atención en

especial en los controles prenatales puede ayudar a prevenir enfermedades que ponen en peligro la vida del feto y la madre. (14)

Se decidió interrumpir el embarazo por el diagnóstico de oligohidramnios severo, por el antecedente de cesárea anterior, se prefirió la cesárea como se recomienda en la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal. Con respecto al tratamiento de preeclampsia, también se siguió según la literatura. El recién nacido de esta paciente no presentó complicaciones. (15)(16)

3.2.2. Caso 4

En el caso 4 que corresponde a ginecología de una paciente mujer de 20 años primigesta nulípara. En emergencia se solicitan exámenes como hemograma, examen de orina que se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 7: Tiempo de coagulación y sangría del caso N°4

HEMATOLOGIA		
Prueba	Resultado	Unidad
Tiempo de coagulación y sangría		
Tiempo de coagulación	6.45	min.sec
Tiempo de sangría	3.00	min.sec

Tabla 8: Hemograma completo del caso N°4

HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO		
Prueba	Resultado	Unidad
Recuento de leucocitos	5.40	10 ³ /uL
Recuento de hematíes	3.12	10 ⁶ /uL
Hemoglobina	8.9	g/dL
Hematocrito	27.2	%
Volumen corpuscular medio (VCM)	87.2	fL
Hemoglobina corpuscular media (HCM)	28.5	Pg

Tabla 9: Exámenes bioquímicos del caso N°4

BIOQUIMICA		
Prueba	Resultado	Unidad
Glucosa	81.6	mg/dL
Creatinina	0.60	mg/dL
Urea	21.8	mg/dL

También se le pidió una ecografía obstétrica con perfil biofísico cuyos resultados fueron:

- Útero, grávido, ocupado por feto único con movimientos y latidos cardiacos presentes.
- Frecuencia cardiaca fetal: 154 latidos por minuto
- Feto en longitudinal cefálico izquierdo, al momento del examen.
- Biometría fetal: DBP: 94 mm, CC: 348 mm, AC: 352 mm, LF: 72 mm. Peso aproximado: 3614 gr +/- 542 gr
- Perfil biofísico: movimientos respiratorios fetales: 2pts. Movimientos corporales fetales 2pts. Tono fetal: 2pts. Líquido amniótico: 2pts.
- Impresión diagnóstica: Gestación única activa de 38 semanas 3 días por biometría fetal. Perfil biofísico 8/8

La paciente recibió antibioticoterapia profiláctica de cefazolina 2gr EV pre SOP. El Informe operatorio fue el siguiente:

- Diagnóstico preoperatorio: Gestante de 41.3 semanas por FUR/ Gestación a término tardío/ Inicio de trabajo de parto/Anemia moderada/ Distocia de presentación
- Diagnóstico postoperatorio: Confirmado + atonía uterina
- Operación propuesta: CSTP
- Operación realizada: CSTP + empaquetamiento uterino (sutura de Hayman)
- Hallazgos: RN varón, APGAR:8 en 1min, 9 en 5 min con W:3600gr. LA: claro. Placenta: ± 400 gr. SSO: ± 500 cc. Útero adinámico.

En el primer día de hospitalización, se le pidió un hematocrito control post operatorio que salió muy por debajo de los rangos normales además que la

paciente se encontraba con signos de anemia, por lo cual se sugirió transfusión de paquete globular.

La paciente evoluciono favorablemente, se encontró con una hemoglobina más elevada que antes, además de no presentar signos de anemia. Se le dio alta con indicaciones, con cefuroxima 500mg: 1 tableta VO c/12h, ketorolaco 10 mg: 2 tabletas condicional al dolor y control por consultorio externo en 7 días.

En la historia clínica no se especifica la causa específica de la distocia que presenta la paciente, pero es muy probable por una sospecha de macrosomía o por la posición del feto el cual no permite un parto y se decide realizar una cesárea, que es lo recomendado. (17)

La atonía uterina es una de las principales causas de hemorragia postparto, la hemorragia es una de las principales causas de muertes maternas por lo cual su tratamiento oportuno es muy importante. En este caso se usó la sutura de Hayman, también conocida como Técnica de B. Lynch modificada que son recomendados en las hemorragias postparto como el presente caso. (16)

3.3. Rotación de Medicina Interna

3.3.1. Caso 5

En el caso 5 de medicina interna de una paciente femenina de 23 años con síndrome doloroso abdominal. En emergencia se dio como tratamiento inicial siguientes medicamentos: tramadol 100mg EV, dimenhidrinato 50 mg EV, hioscina 20 mg, omeprazol 40 mg EV, CINA 9% 100 cc EV STAT. Se le solicita en emergencias exámenes complementarios para apoyo al diagnóstico los cuales son hemograma, ecografía abdominal, amilasa y lipasa. En el hemograma, se encontró que los leucocitos están casi en el límite superior y con respecto a la amilasa se encuentra elevada. En la

siguiente tabla se muestran los resultados de las pruebas anteriormente mencionadas.

Tabla 10: Exámenes de laboratorio del caso N°5

Exámenes de laboratorio	
Hemograma	
Leucocitos	9.10 10 ³ /μL
Hemoglobina	11.8 g/dL
Neutrófilos segmentados	76.6 %
Linfocitos	15.8%
Monocitos	6.6 %
Plaquetas	261 10 ³ /μL
Amilasa	3895 U/L
Lipasa	100 U/L

En la ecografía abdominal se encontró lo siguiente:

- Hígado aumentado de tamaño, contornos regulares. Ecotextura parenquimal conservada, no lesión focal. LHD:180 mm
- Vías biliares, colédoco 4.5 mm y vena porta 11mm
- Vesícula biliar distendida, pared delgada, presenta varios cálculos menores de 11 mm. Mide 82 x 41 mm
- Páncreas de tamaño, morfología y ecogenicidad conservada. Cabeza 28 mm, cuerpo 14 mm.
- Moderado incremento del meteorismo intestinal difuso. No se observa líquido libre ni colecciones en cavidad abdominal.
- Impresión diagnóstica: Litiasis vesicular e hidrocolecisto. Hepatomegalia de EAD. D/C dispepsia, evaluar según contexto clínico

Con los resultados de los exámenes de laboratorio y de imagen asociado a la clínica, se confirma los diagnósticos de pancreatitis aguda biliar y litiasis vesicular. Se hospitaliza a la paciente, en su tratamiento se continuo con CINA 9% 1000 cc 150 cc/h, omeprazol 40 mg EV c/24 h, metoclopramida 10

mg EV c/8 h, tramadol 100mg EV c/8h, dimenhidrinato 50 mg EV c/8h, NaCl 9% 100cc EV c/8h, en caso de dolor se le daba dexketoprofeno 50 mg EV y en caso de fiebre metamizol 1gr EV. La paciente estaba en NPO al primer día de hospitalización. Al tercer día de hospitalización se comienza con tolerancia oral, la cual respondió favorablemente y se sugiere el alta.

El paciente presento un cuadro clásico de pancreatitis, como en la literatura la mayor causa de pancreatitis es por litiasis biliar. Como fue un caso de pancreatitis aguda leve se pudo comenzar con dieta oral ante la disminución del dolor abdominal y la tolerancia de los líquidos y posteriormente alimentos. En estos casos se recomienda según la literatura colangiografía retrógrada endoscópica y la esfinterotomía endoscópica, pero por motivos de pandemia no se están realizando estos procedimientos que solo se encuentran en escasos hospitales de mayor nivel de complejidad que el HCLLH. También se recomienda colecistectomía en los pacientes con pancreatitis aguda biliar; sin embargo, no se está realizando esta cirugía por la emergencia sanitaria. (18)

3.3.2. Caso 6

El caso 6 de medicina interna de una paciente femenina de 68 años con diagnósticos en emergencia de trastorno de consciencia, hipoglicemia, diabetes mellitus no controlada, descartar neumonía aspirativa, ceguera bilateral por diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial por historia clínica. Se le inicia como tratamiento:

- NPO
- Dextrosa 33% 5 ampollas EV STAT
- Dextrosa 5% 1000cc, ClNa 20% 1 ampolla y ClK 20% 1 ampolla: III
- O2 por cánula binasal, si $SO_2 < 92\%$
- Captopril 25mg SC condicional a $PA \geq 160/90$
- Hemoglucotest (HGT) c/4h
- CFV+BH

- Reevaluación con resultados

Se reevaluó a paciente en emergencia de medicina, se le realizó otro hemoglucotest cuyo valor fue de 40 y se le indicó dextrosa 33% 5 ampollas EV STAT. En emergencia a la paciente se le solicitaron los siguientes exámenes: glucosa, urea, creatinina, hemograma, PCR, examen de orina, radiografía de tórax, prueba antigénica COVID 19. En la radiografía de tórax, no se observó alguna imagen fuera de los rangos normales. La prueba antigénica para COVID 19 salió no reactiva. En las siguientes tablas se muestran los resultados faltantes.

Tabla 11: Hemograma completo del caso N°6

Hemograma	
Leucocitos	8.90 $10^3/\mu\text{L}$
Hemoglobina	11.0 g/dL
Hematocrito	35.5 %
Volumen corpuscular medio	74.9 fL
Hemoglobina corpuscular media	23.1 pg
Neutrófilos segmentados	89.1 %
Linfocitos	5.1%
Monocitos	5.7 %
Plaquetas	266 $10^3/\mu\text{L}$

Tabla 12: exámenes bioquímicos del caso N°6

Bioquímica	
PCR	0.78 mg/dL
Glucosa	49.6 mg/dL
Urea	33.0 mg/dL
Creatinina	0.70 mg/dL

Tabla 13: examen de orina del caso N°6

Examen completo de orina	
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1020
pH	6.0
C. Epiteliales	Escasas
Leucocitos	6-8 por campo
Hematíes	8-10 por campo
Gérmenes	3+
Cristales	Oxalato de calcio monohidratado 1+
Nitritos	Positivo

Con los resultados de los exámenes al encontrarse examen de orina patológico, se solicita urocultivo y antibiograma. El tratamiento que se decide es:

- Dieta blanda y líquidos a voluntad
- Dextrosa 5% 1000cc, ClNa 20% 1 ampolla y ClK 20% 1 ampolla: II
- Ceftriaxona 2gr EV c/24h
- Omeprazol 40 mg amp EV c/24 h
- Captopril 25mg SC condicional a PA \geq 160/90
- HGT C/4h
- CFV+BH

La paciente ingresó con ese tratamiento a observación de medicina, continuo con una evolución estacionaria. A su quinto día de hospitalización, se pidió hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático y prueba molecular para COVID 19.

Tabla 14: Hemograma completo control del caso N°6

HEMOGRAMA	
Leucocitos	6.80 10^3 / μ L
Hemoglobina	10.6 g/dL
Volumen corpuscular medio	81 fL
Hemoglobina corpuscular media	29 pg
Plaquetas	190 10^3 / μ L

Tabla 15: exámenes bioquímicos control del caso N°6

Bioquímica	
PCR	1.4 mg/dL
Glucosa	148.4 mg/dL
Urea	32.1 mg/dL
Creatinina	0.82 mg/dL
TGO	22 U/L
TGP	14.8 U/L

Al octavo día de hospitalización, llega el resultado de antibiograma por lo cual se decide cambiar el tratamiento a imipenem. El resultado se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 16: antibiograma del caso N°6

Antibiograma	
Sensible	Imipenem, Meropenem
Resistente	Ceftriaxona, cefazolina, cefotaxima, cefalexina, cefuroxima, gentamicina, nitrofurantoína, ciprofloxacino, amoxicilina/ ácido clavulánico

Continua con tratamiento antibiótico de imipenem en hospitalización de medicina, donde luego resultado de la prueba molecular para COVID 19 positivo por lo cual es trasladada a hospitalización COVID donde termina su tratamiento y se sugiere el alta.

En este caso se puede observar el mal control de una paciente con diabetes mellitus tipo 2, desde complicaciones agudas y crónicas. Ante la falta de citas en consultorio externo por la pandemia, los pacientes diabéticos no están llevando un buen control. Los cuidadores de pacientes diabéticos deben llevar un buen control de la glicemia de sus pacientes o pueden desarrollar diversas complicaciones como el presente caso. (19)

Según la Asociación Americana de la Diabetes (ADA), los adultos mayores deben tener un control exhaustivo de su glucosa preprandial y antes de acostarse, mantenerlos en los niveles adecuados según las comorbilidades del paciente. También aconseja el uso de estatinas en pacientes con comorbilidades a menos que estén contraindicadas o el paciente no lo tolere. Además, recomienda simplificar el régimen de tratamiento con insulina y de hipoglicemiantes en este tipo de pacientes para que tengan una mejor calidad de vida y se eviten casos de hipoglicemia grave o severa. (20)

La paciente de este caso por su mal control de diabetes esta inmunosuprimida por lo cual es propensa a diversas infecciones como la infección urinaria que se encontró durante su hospitalización, en el mismo piso de hospitalización la paciente estaba propensa a contagiarse de otras enfermedades. El tratamiento de esta paciente fue complicado en un inicio por su falta de respuesta al tratamiento, con el apoyo del urocultivo y el antibiograma se llegó a un tratamiento más exacto. (21)

3.4. Rotación de Cirugía General

3.4.1. Caso 7

El caso 7 de cirugía general de un paciente varón de 20 años que ingreso con síndrome doloroso abdominal, se le solicito los exámenes prequirúrgicos los cuales se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 17: exámenes prequirúrgicos del caso N°7

Grupo sanguíneo y factor RH	O+
Tiempo de coagulación	7.00 min, seg
Tiempo de sangría	2.00 min seg
Hemograma completo	
Recuento Leucocitos	13.90 $10^3/uL$
Recuento Hematíes	4.34 $10^6/uL$
Hemoglobina	14.3 g/dL
Hematocrito	41.9 %
Recuento de Plaquetas	202 $10^3/uL$
Neutrófilos segmentados %	88.6%

En el hemograma donde se encontró leucocitosis. La radiografía de tórax no mostraba sospecha de alguna patología. La ecografía de abdomen, se encontraron signos compatibles con apendicitis aguda. Además, se solicitó prueba rápida COVID 19, el cual salió negativo. Con los exámenes realizados el paciente entra en sala de operaciones.

El reporte operatorio es:

- Diagnósticos preoperatorios: Apendicitis aguda
- Diagnósticos postoperatorios: Apendicitis aguda complicada
- Operación propuesta: apendicetomía abierta
- Operación realizada: apendicetomía abierta

- Hallazgos: Apéndice cecal 10x1 cm, perforado en 1/3 proximal, base friable, meso apéndice ancho, presencia de coprolito libre (01), escaso líquido inflamatorio.

Se hospitaliza al paciente y su tratamiento antibioticoterapia (ceftriaxona 2gr EV c/24h y metronidazol 500mg EV c/8h) y analgésicos en su estancia hospitalaria. En su segundo día de hospitalización se comienza con tolerancia oral y dieta de líquidos a voluntad. Al tercer día de hospitalización, el paciente presenta buena tolerancia oral y se comienza dieta con alimentos sólidos. Al cuarto día, el paciente no presento náuseas, vómitos, ni fiebre y con buena tolerancia oral; se decide darle de alta con antibioticoterapia por 6 días y analgésicos por 3 días, se explica signos de alarma y control postoperatorio en 1 semana.

Según la literatura, se recomienda más usar la operación laparoscópica, pero ante la falta de los materiales necesarios y la necesidad de emergencia de esta patología en este caso se realizó la apendicetomía abierta. También se cumplió con el tratamiento antibiótico de amplio espectro que recomienda la guía de Jerusalem. (Ver Anexo N°4) (22) (23)

3.4.2. Caso 8

En el caso 8 de cirugía general de una paciente femenina de 32 años que ingreso con el diagnóstico de apendicitis aguda complicada. Se le solicita exámenes prequirúrgicos, entre ellos el hemograma que se encuentra en la siguiente tabla:

Tabla 18: exámenes prequirúrgicos del caso N°8

Hemograma completo	
Recuento Leucocitos	17.7 10 ³ /uL
Hemoglobina	14 g/dL
Hematocrito	42.5%
Recuento de Plaquetas	350 10 ³ /uL

La paciente ingresa a SOP y en su reporte operatorio se encontró:

- Diagnósticos preoperatorios: Apendicitis aguda complicada
- Diagnósticos postoperatorios: Colecistitis aguda calculosa + apendicitis aguda no complicada
- Operación propuesta: apendicetomía laparoscópica
- Operación realizada: colecistectomía laparoscópica a lo Martín + apendicetomía laparoscópica
- Hallazgos: Vesícula biliar \pm 15 x6 cm, distendida, pared gruesa y edematosa, conteniendo cálculo \pm 3 cm impactado en bacinete, lecho vesicular fibrosado. Apéndice cecal 9 x 0.5 cm, 1/3 proximal congestivo y subseroso, base indemne.

La paciente pasa a hospitalización donde se le brinda tratamiento antibiótico y analgésico con los siguientes medicamentos:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc
- Ceftriaxona 1gr EV c/12 h
- Metronidazol 500mg EV c/8 h
- Metamizol 2gr EV c/8 h
- Tramadol 50 mg SC condicional a dolor
- Metoclopramida 50 mg EV c/ 8h
- CFV + control de drenaje

Paciente continua con tratamiento anterior, excepto que se comienza tolerancia oral y al cumplir la tolerancia oral se comienza con dieta líquida, también se le recomienda al paciente comenzar la deambulación y el personal médico comienza a movilizar el dren.

Al tercer día de hospitalización, la paciente tiene buena tolerancia oral a los sólidos, no presenta fiebre, náuseas ni vómitos. Por lo cual se le sugiere el alta, la paciente se retira con antibioticoterapia por 6 días con ceftriaxona y metronidazol, analgésicos por 3 días con dexketoprofeno, además de

frutenzima por 3 días y simeticona por 5 días. Se le comunica a la paciente que tiene que regresar a control postquirúrgico en 5 días.

En este caso al inicio se planteó como primer diagnóstico apendicitis aguda, pero al ingresar a SOP y encontrar una apendicitis aguda no complicada, lo cual no explicaría el dolor intenso de la paciente por lo cual se decide realizar la colecistectomía laparoscópica. Es complicado encontrar la etiología del síndrome doloroso abdominal, como en este caso que la paciente tenía dos patologías asociadas a este síndrome. (24)

Con respecto al diagnóstico de colecistitis aguda según la guía de Tokio, la paciente tenía sospecha diagnóstica de colecistitis aguda. Por lo cual no se pensó como diagnóstico en emergencia. La guía recomienda como tratamiento la colecistectomía laparoscópica como se realizó en este caso; sin embargo, en los hospitales actualmente esta cirugía no se realiza a menos que sea una emergencia debido a que antes de la pandemia esta cirugía se programaba por consultorio externo, el cual no está disponible por estos meses por la emergencia sanitaria. (25) (26)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Realizar el internado en hospitales del ministerio de salud es ver la realidad nacional del sistema de salud peruano que presenta muchas carencias y falencias, los internos se tienen que adaptar a trabajar en esta nueva realidad.

La diferencia entre ambos hospitales es notoria, debido a la falta de especialistas en el HCLLH no solo por ser una sede de menor complejidad de atención, sino también debido a la pandemia del COVID 19 disminuyó el número de personal, la mayoría de los doctores especialistas de algunas áreas son adultos mayores, los cuales tuvieron una disminución en su horario de trabajo o se ausentaron debido a la pandemia.

Durante el internado en ambos hospitales se ha tenido dificultades, entre los cuales resalta la falta de insumos suficientes para los exámenes de laboratorio solicitados, la falta de personal, la gran cantidad de pacientes, los casos de pacientes con coronavirus, en la mayoría de los casos asintomáticos, los contagios de COVID 19 entre el personal de salud. Estos problemas son comunes actualmente en diversos hospitales del MINSA que brinda atención a un número de pacientes que supera su capacidad.

Durante la emergencia sanitaria, uno de los problemas se hizo más presente especialmente ante la demora de resultado de pruebas moleculares para COVID 19 o la falta de pruebas rápidas o de antígenos para COVID 19, la falta de aquellas pruebas provocaba la demora de hospitalización del paciente y en algunos casos la demora de la operación que el paciente

necesitaba. También, la falta de camas para hospitalizar pacientes con COVID 19 y otra patología de importancia en el HCLLH afectaba la atención del paciente, por lo cual realizaban la referencia de ese paciente a otro hospital de mayor complejidad que si cuenta con camas para pacientes COVID. La pandemia del COVID puso al descubierto las diversas limitaciones en el hospital y creo nuevas ante esta nueva enfermedad.

Debido a la alta cantidad de contagios en las zonas cercanas al HCLLH tuvo que adaptarse para aumentar camas para pacientes con COVID, disminuyendo camas de hospitalización no COVID. Sin embargo, algunos pacientes con COVID 19 en la mayoría de las veces son asintomáticos, lo cual es difícil de asegurar por la falta de pruebas y la sintomatología, exponiendo la salud de otros pacientes y del personal de salud.

Las medidas de bioseguridad tienen que cumplirse en todas las áreas correspondientes. En estos últimos meses, la mayoría del personal de salud que trabajan en el HCLLH se han contagiado de COVID 19 en algún momento durante la pandemia a pesar de las medidas de bioseguridad adoptadas. Entre ellos, los internos de medicina quienes supuestamente no atienden pacientes con COVID 19; sin embargo, en esta nueva realidad no se puede asegurar si el paciente tiene COVID o no, por lo cual se tiene que seguir tomando todas las medidas de bioseguridad necesarias.

CONCLUSIONES

La pandemia ha sido un desafío para todo el personal de salud, incluyendo a los internos de medicina cuya formación ha sido afectada, se ha tenido que adaptar a la nueva realidad en el sistema de salud del país. El sistema de salud del Perú desde hace años estaba en un nivel precario, por la pandemia se pudo observar el gran descuido en el primer nivel de atención y en la salud pública. Además, esta emergencia sanitaria demostró la importancia de la bioseguridad para el personal de salud.

RECOMENDACIONES

Ante la nueva realidad en el sistema de salud, lo más recomendable sería trabajar en conjunto con los establecimientos de primer nivel de atención de una forma más proactiva para evitar que enfermedades que pueden ser prevenidas se desarrollen en la población y las enfermedades crónicas puedan ser controladas sin que lleguen a desarrollar complicaciones que pongan en peligro la vida de los pacientes.

Se refieran los casos que necesitan un nivel de atención más específico según las necesidades del paciente al centro de salud respectivo.

Reforzar las medidas de bioseguridad, especialmente en los internos de ciencias de la salud quienes no están acostumbrados a estas nuevas medidas. Brindarles la guía necesaria y los equipos de protección personal para que puedan continuar con su formación profesional sin poner en riesgo su salud y las de sus familiares.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Decreto de urgencia n 090-2020 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. Diario El Peruano [Internet]. 2020 [citado 21 abril 2021];2–5. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1184155/DU090_2020.pdf
2. Historia [Internet]. Hndac.gob.pe. 2021 [citado 21 abril 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/acerca-de-nosotros/historia.html>
3. Misión y visión [Internet]. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. 2021 [citado el 21 abril de 2021]. Disponible en:
<http://www.hcllh.gob.pe/mision-vision/>
4. Heart failure in children: Management - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/heart-failure-in-children-management?search=congestive%20heart%20failure%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H105074464
5. Kliegman R, Blum N, Shah S, et al. Nelson. Tratado de pediatría. 21 ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
6. Kumar, Vinay, MBBS, MD, FRCPATH, Kumar. Robbins Patología esencial.10 ed. España: Elsevier; 2021.

7. Guía técnica: Guía de práctica clínica de manejo de la comunicación interauricular / Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima: Ministerio de Salud; 2016.
8. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía en la niña y el niño / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral -- Lima: Ministerio de Salud; 2019.
9. Ferrer Vázquez Mario, Álvarez Martín Marta, Delgado Vicente Ana, Álvarez Chamorro Laura, Tosca Segura Ricardo. Tratamiento hospitalario de la bronquiolitis moderada-grave: ¿suero salino hipertónico o fisiológico? Análisis de factores de riesgo asociados al reingreso. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Abr 29]; 21(82): e31-e40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200005&lng=es. Epub 14-Oct-2019.
10. Fever of unknown origin in children: Etiology [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado 21 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fever-of-unknown-origin-in-children-etiology?source=history_widget
11. González Rodríguez JD, Rodríguez Fernández LM. Infección de vías urinarias en la infancia. Protoc diagn ter pediatr. 2014; 1:91-108
12. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la infección del tracto urinario en niños / Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
13. Beloosesky R, Ross M. Oligohydramnios: Etiology, diagnosis, and management [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 25 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/oligohydramnios-etiology-diagnosis-and-management?source=history_widget#H4
14. August P. Adverse effects of angiotensin converting enzyme inhibitors and receptor blockers in pregnancy [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 25 April 2021]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/adverse-effects-of-angiotensin-converting-enzyme-inhibitors-and-receptor-blockers-in->

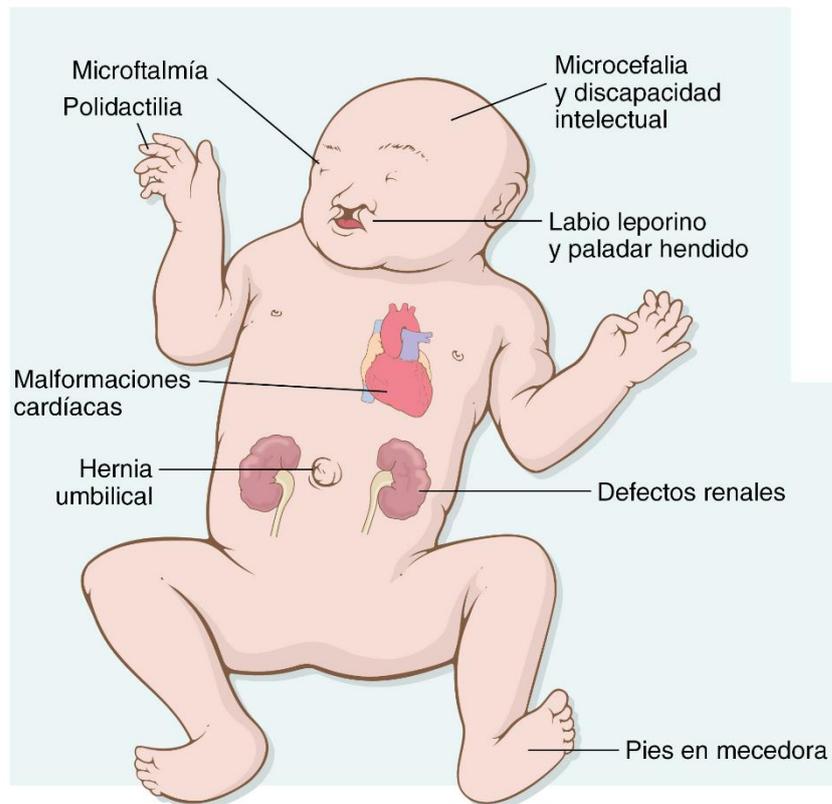
pregnancy?search=angiotensin%20converting%20enzyme%20inhibitors%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=2~131&usage_type=default&display_rank=1#H2

15. Norwitz E. Preeclampsia: Management and prognosis [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 25 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?search=preeclampsia%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H231261474
16. Guía técnica: Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología / Ministerio de Salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
17. Merlo JG, Vicens JML. González-Merlo. Obstetricia. 7ªed. Barcelona: Elsevier; 2018.
18. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina-B A, Darnell A, Garcia-Borobia F, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterol Hepatol. 1 de febrero de 2015;38(2):82-96.
19. Bellido V, Pérez A. Consecuencias de la COVID-19 sobre las personas con diabetes. Endocrinol Diabetes Nutr. 1 de junio de 2020;67(6):355-6.
20. Association AD. 12. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. Diabetes Care. 1 de enero de 2021;44(Supplement 1): S168-79.
21. Weintrob A. Susceptibility to infections in persons with diabetes mellitus [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 26 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/susceptibility-to-infections-in-persons-with-diabetes-mellitus?search=urinary%20tract%20infection%20diabetes&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H8

22. Di Saverio, S., Birindelli, A., Kelly, M.D. et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. *World J Emerg Surg* 11, 34 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13017-016-0090-5>
23. Smink D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 27 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=appendicitis%20adult&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2346353307
24. Evaluation of the adult with abdominal pain [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 26 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain?search=abdominal%20pain%20adult&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H629458845
25. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018;25(1):41-54.
26. Wakabayashi G, Iwashita Y, Hibi T, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, et al. Tokyo Guidelines 2018: surgical management of acute cholecystitis: safe steps in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2018;25(1):73-86.

ANEXOS

Anexo N°1: Características clínicas del síndrome de Patau



Anexo N°2: tratamiento antibiótico de neumonía en niños mayores de 2 meses de edad

GUÍA TÉCNICA:
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN LA NIÑA Y EL NIÑO

Tabla N° 10. Tratamiento antibiótico en la niña o el niño mayor de 2 meses de edad - Tercer nivel de atención

NIÑA O NIÑO MAYOR DE 2 MESES DE EDAD A 12 AÑOS		
Antibiótico	Dosis	Tiempo de tratamiento
Ampicilina	150-200 mg x kg x día EV dividido cada 6 horas (dosis máxima 4g/día)	La duración del tratamiento está basada en la respuesta clínica al tratamiento endovenoso y la tolerancia del tratamiento oral, siendo un total de 7 días como mínimo
Cloranfenicol	75-100 mg x Kg. x día, dividido cada 6 horas, EV (dosis máxima 4g/día)	
Penicilina G Sódica	200 – 250 mil UI x kg x día, EV dividido cada 6 horas. (dosis máxima 24 millones/día)	
Ceftriaxona o Cefotaxima	75 – 100 mg x kg x día, dividido cada 12 horas (dosis máxima 2g/día) 150 mg x kg x día, dividido cada 8 horas, (dosis máxima 1g/día)	La duración del tratamiento está basada en la respuesta clínica al tratamiento endovenoso y la tolerancia del tratamiento oral, siendo un total de 7 días como mínimo.

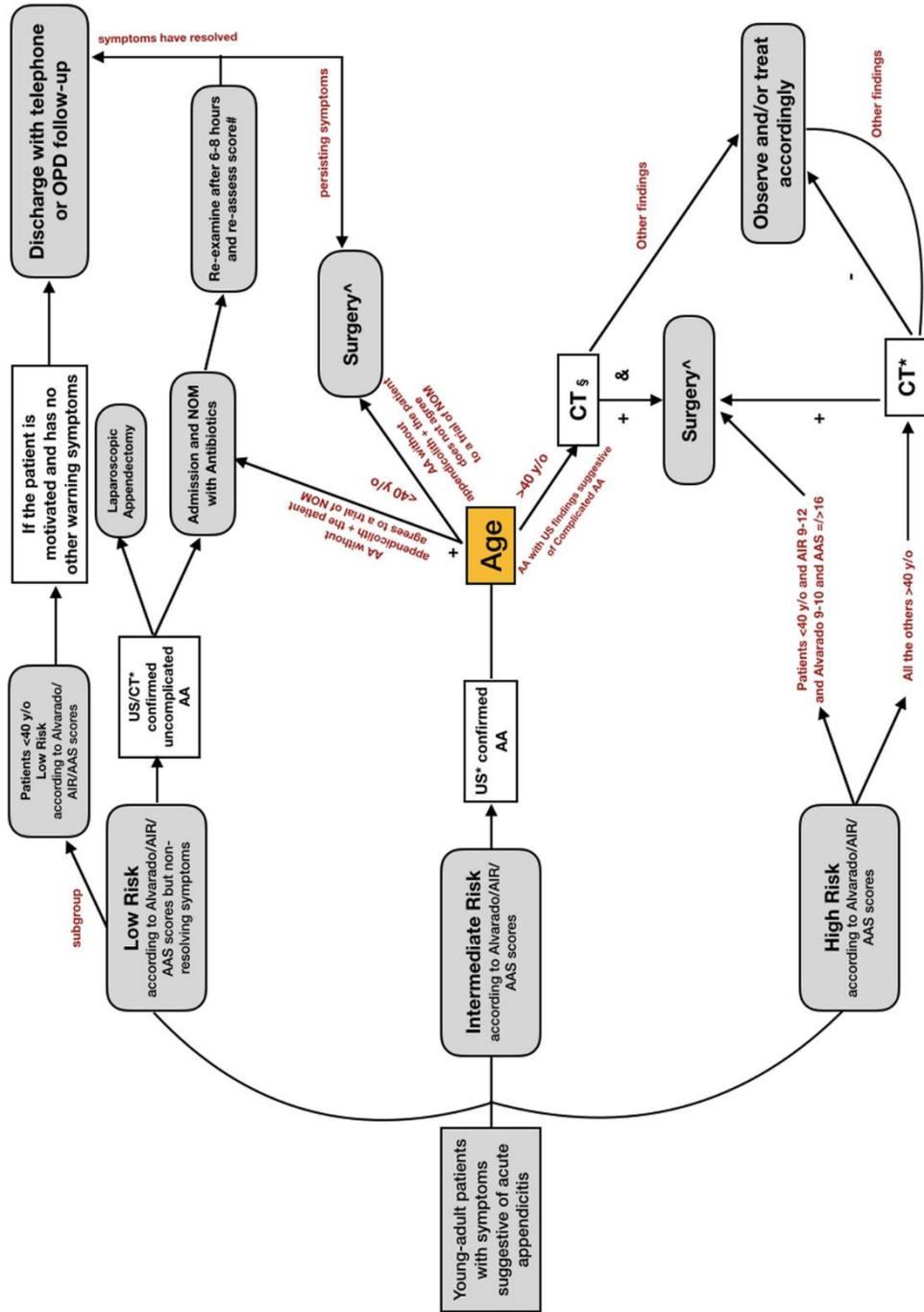
Anexo N°3: signos y síntomas presentes en lactantes y niños con ITU

Tabla 1. Signos y síntomas presentes en lactantes y niños con ITU

Grupos de edad		Más frecuente	Menos frecuente
Lactantes < 3 meses	Fiebre	Pérdida de apetito	Dolor abdominal
	Vómitos	Fallo de medro	Ictericia
	Letargia		Hematuria
	Irritabilidad		Orina maloliente
Resto de niños	Preverbal	Dolor abdominal o en el flanco	Letargia
	Fiebre	Vómitos	Irritabilidad
		Pérdida de apetito	Hematuria
			Orina maloliente
Verbal	Frecuencia	Micción disfuncional	Fiebre
	Disuria	Cambios en la continencia	Malestar
		Dolor abdominal o en el flanco	Vómitos
			Hematuria
			Orina maloliente
			Orina turbia

Cualquier niño puede presentar shock séptico secundario a ITU, pero es más común en lactantes.

Anexo N°4: Diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda: actualización de 2020 de las pautas de WSES Jerusalén



*We recommend the routine use of a combination of clinical scores and US (POCUS); consider use of CT scan (low-dose protocols for young adults) if US inconclusive.
 #If no improvements after observation and re-assessment, consider US or CT based on age and probability of other disease. ^ Surgery is meant as Lap Appendectomy. In case of abscess or phlegmon on US/CT, consider also antibiotics + percutaneous drainage.
 & Patients >40 y/o with complicated appendicitis treated non-operatively should undergo colonic screening and interval full-dose contrast-enhanced CT scan. § Consider CT in patients >40 y/o with clinical/US signs of complicated AA.