



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LABORATORIALES Y
TERAPÉUTICAS DE PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSA Y SEGURO SOCIAL
DURANTE EL INTERNADO MÉDICO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**KEILY MILAGROS PEÑA PEÑA
FIORELA CAROLINA PÉREZ TORREJÓN**

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

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

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LABORATORIALES Y
TERAPÉUTICAS DE PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINSA Y SEGURO
SOCIAL DURANTE EL INTERNADO MÉDICO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
KEILY MILAGROS PEÑA PEÑA
FIORELA CAROLINA PÉREZ TORREJÓN**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dr. Jorge Luis Herrera Quispe

Miembro: Dr. Felipe Santiago Tolentino Valladares

Miembro: Dr. Hugo Anibal Ortiz Souza

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía General	1
1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	5
1.3 Rotación de Pediatría	11
1.4 Rotación de Medicina Interna	14
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	21
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	25
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	52
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
FUENTES DE INFORMACIÓN	61

RESUMEN

Objetivo: El internado médico son las prácticas pre profesionales que realiza todo estudiante de medicina de forma obligatoria durante el último año académico en los diferentes establecimientos del ministerio de salud. Este trabajo busca exponer las experiencias vividas durante esta etapa en las cuatro rotaciones básicas: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Gineco-Obstetricia.

Metodología: En los meses previos a la pandemia, el internado médico fue desarrollado en sedes hospitalarias nivel III-1 y III-2 correspondientes a la Red Almenara; sin embargo, con el contexto de la pandemia por el virus SARS-COV2 las coautoras fueron reasignadas al Centro de Salud Materno Infantil Ancón de nivel resolutivo I-4.

Resultados: La coyuntura nacional en la que se tuvo que llevar a cabo el internado médico cambió el paradigma de una educación altamente especializada a un enfoque del paciente como un ser integral, dentro del contexto en el que vive; y a la adquisición de competencias en el manejo de las patologías más comunes en el primer nivel de atención.

Conclusiones: A pesar de los problemas que surgieron con la pandemia, se logró la adaptación a las nuevas condiciones, transformando las adversidades en oportunidades de aprendizaje.

Palabras clave: internado médico, pandemia, COVID-19

ABSTRACT

Objective: Medical internships are the pre-professional practices that every medical student performs mandatorily during the last academic year in the different establishments of the Ministry of Health. This assignment seeks to expose the experiences lived during this stage in the four basic rotations: Pediatrics, Internal Medicine, General Surgery and Gynecology and Obstetrics.

Methodology: In the months prior to the pandemic, the medical internship was developed in level III-1 and III-2 hospitals corresponding to the Almenara Network; however, in the context of SARS-COV2 pandemic, the co-authors were reassigned to the Centro de Salud Materno Infantil Ancón at resolution level I-4.

Results: The national situation in which the medical internship had to be carried out changed the paradigm of a highly specialized education in an approach to the patient as an integral human being, within the context in which he lives; and the acquisition of competencies in the management of the most common pathologies in the first level of care.

Conclusions: Despite the problems that arose with the pandemic, adaptation to the new conditions was achieved, transforming adversities into learning opportunities.

Keywords: medical internship, pandemic, COVID

INTRODUCCIÓN

En Perú, el internado médico es considerado como las prácticas pre profesionales que realiza todo estudiante de medicina de forma obligatoria durante el último año académico, en los diferentes establecimientos del Ministerio de Salud, del seguro social (EsSalud), de la Fuerza Aérea del Perú, Policía Nacional del Perú, Ejército y Marina de Guerra del Perú; y en clínicas privadas (1).

El interno de Medicina Humana es ante todo, un alumno en formación dentro de la profesión médica, por lo que este proceso debe ser integral, continuo e intensivo. El internado se distribuye en cuatro rotaciones básicas: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Gineco-Obstetricia (2).

Las plazas ofertadas por el Ministerio de Salud para la realización del internado médico se divide en vacantes remuneradas (400 soles) y no remuneradas. Por otro lado, la programación de campos clínicos de internado médico en EsSalud es conducida fundamentalmente por la Gerencia Central de Recursos Humanos, y específicamente por la Oficina de Desarrollo del Personal otorgando 348 plazas remuneradas (1005.5 soles) de acuerdo a lo estipulado en la Resolución de Gerencia Central N° 425-GG-ESSALUD-2007 (3,4).

La convocatoria para el internado médico EsSalud 2020 se publicó el 18 de noviembre del 2019. Las plazas del Programa de Internado Médico fueron otorgadas en orden de mérito a aquellos que obtuvieron nota final aprobatoria mayor o igual a 13; proceso mediante el cual, las coautoras

obtuvieron una plaza en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital de Emergencias Grau (2,5).

Previo al inicio del Internado Médico 2020 se recibió una inducción sobre bioseguridad incluyendo tópicos como uso adecuado del equipo protección personal, correcto lavado de manos, eliminación de residuos hospitalarios, prevención de infecciones intrahospitalarias y profilaxis ante exposición frente a accidentes laborales. El Programa de Internado Médico estuvo proyectado para tener una duración de 365 días (Enero-Diciembre 2020), con un horario de ocho horas diarias como mínimo, debiendo culminar el 100% de las tareas encomendadas; incluyendo guardias hospitalarias que no sobrepasaran las 12 horas continuas sean diurnas o nocturnas y un máximo de tres guardias por semana (2).

Las actividades del internado médico se fueron realizando con normalidad hasta que el 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud califica el brote de COVID-19 como pandemia al haberse propagado en más de cien naciones del mundo en forma simultánea. Por lo que el estado peruano mediante Decreto Supremo N° 008-2020-SA, declara Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa días suspendiendo la continuidad del internado médico (6).

Por medio del Decreto de Urgencia N° 090-2020 establece la reanudación progresiva de internos de ciencias de la salud de forma voluntaria partir del 15 de agosto del 2020, con la finalidad de incrementar el recurso humano en los diferentes establecimientos de salud para así hacerle frente a la pandemia por COVID-19. Previo a este retorno, la Universidad San Martín de Porres estableció como requisito la aprobación del curso de Bioseguridad dictado por los docentes de nuestra casa de estudios (7).

Mediante Resolución Ministerial N° 622-2020/MINSA, se 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° 090-2020, en el cual se estipuló el pago mensual de

una remuneración mínima vital (930 soles), entrega del equipo de protección personal de acuerdo al área en que el interno realice sus actividades, pertenecer al Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS) y afiliación a seguro de EsSalud, al seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR) y un seguro de vida (8).

El 18 de setiembre de 2020 se emite el Memorándum N° 730-2020-DG-DIGEP/MINSA, en el cual la Directora General de la Dirección General de Personal de la Salud, hace de conocimiento público el enlace web para acceder a la documentación entregada por las diferentes Universidades y Sedes Docentes del Ministerio de Salud, las constancias del consentimiento informado remitidas por cada interno y las Resoluciones de aprobación otorgadas por las Sedes Docentes del Ministerio de Salud. En los Memorándums N° 0110 y 0138-2020-EPP-OARH-OGGRH/MINSA, de fecha 14 de agosto y 16 de setiembre de 2020, respectivamente, la Jefa del Equipo Funcional de Programación y Presupuesto de la Oficina de Administración de Recursos Humanos comunica que se cuenta con el presupuesto necesario para el pago de internos en ciencias de la salud para el año fiscal 2020.

Según el Memorándum N° 1293--2020-ETRHBPY-C-ORRHH-MINSA/DIRIS.LN/3, con fecha 15 de octubre de 2020, dirigido al médico jefe de Centro de Salud Materno Infantil Ancón se presentan los internos asignados a dicho establecimiento en el marco de la Resolución Ministerial N° 622-2020, fijando un régimen de 15 días de asistencia continua en área no COVID-19 seguidos de 15 días de descanso, alternando dos grupos por cada mes, en turnos de 6 horas y con un máximo de 2 guardias diurnas teniendo como fecha de inicio el 15 de octubre del 2020 y como fecha de término, 30 de abril del 2021 (4).

Según la Resolución Directoral N°022-2021-OGGRH/MINSA emitida el 19 de enero del 2021 se resuelve renovar el contrato para 7480 internos en ciencias de la salud desde el 1 de enero al 30 de abril de 2021 para la

culminación satisfactoria del Programa de Internado Médico, asegurando la continuación del pago mensual de 930 soles (9).

En el contexto actual en el que vivimos, la forma en la que se desarrolla el internado médico ha cambiado, en medio de condiciones desfavorables como la escasez de equipo de protección personal y falta de seguro de salud adecuado, teniendo que buscar forzosamente nuevas maneras de adquirir los conocimientos y destrezas necesarios para el desarrollo del futuro profesional médico, como la virtualización de la educación médica y la reducción de grupos de internos en establecimientos de salud (10).

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico se considera una etapa indispensable para que los estudiantes de pregrado de la carrera de medicina integren y afiancen las enseñanzas y habilidades adquiridas durante los años previos. Durante este periodo de doce meses se espera que los futuros médicos se vuelvan parte del equipo de salud para poner en práctica los conceptos teóricos previamente adquiridos, tomando parte de la responsabilidad en el proceso que incluye el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de las patologías que presenten los pacientes (11,12).

A continuación, una selección de algunos de los casos en los que fuimos partícipes durante el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento a lo largo de nuestro internado médico, en los diferentes establecimientos de salud en los que tuvimos oportunidad de rotar en las cuatro especialidades básicas: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Gineco-Obstetricia.

1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

CASO 1: Paciente mujer de 22 años sin antecedentes de importancia, acude a emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada 7/10 a nivel de hipocondrio derecho desde hace 12 horas de inicio insidioso y curso progresivo, asociado a sensación de alza térmica, náuseas y vómitos. Al examen físico, se cuantifica temperatura en 38.2 °C, abdomen se encuentra blando, depresible, leve distensión abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación profunda localizado en hipocondrio derecho, punto de Murphy positivo.

Se le realiza ecografía abdomino pélvica, donde se encuentra vesícula biliar 56 x 28 mm, paredes ecogénicas engrosadas con leve edema, de hasta 5 mm con presencia de algunas litiasis en su interior, una de ellas de 20 mm, Murphy positivo. Colédoco 3 mm.

Paciente es programada para colecistectomía laparoscópica.

Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis aguda litiásica

Diagnóstico posoperatorio: Colecistitis aguda litiásica

Operación realizada: Colecistectomía laparoscópica

Descripción de la intervención quirúrgica: Se le realiza incisión transumbilical para colocación de T1 laparoscópico, seguido de colocación de T2, T3, T4 bajo visión directa laparoscópica, identificación de triángulo de Calot, clipaje y sección de conducto y arteria cística, colecistectomía mixta total. Concluido el acto quirúrgico, se procedió a la revisión de hemostasia y cavidad, retiro de trócares y finalmente, cierre de pared umbilical.

Se tienen los siguientes hallazgos intraoperatorios: vesícula biliar 8 x 4 cm, paredes engrosadas, cálculo en bacinete de 1.5 cm, conducto cístico de 4 mm.

En el postoperatorio, paciente inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 gr ev cada 24 horas. Paciente ventila espontáneamente, elimina flatos e inicia deambulaci3n asistida antes de las 24 horas, diuresis positiva, deposiciones a partir del segundo día. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor abdominal difuso leve a la palpaci3n profunda.

Paciente evoluciona favorablemente, es dada de alta al tercer día sin complicaciones.

CASO 2: Paciente de sexo masculino de 21 años refiere que cuadro clínico inició de forma insidiosa y curso progresivo hace 6 días con dolor en

epigastrio el cual al día siguiente migra a fosa iliaca derecha, asociado a nauseas y vómitos. El día de hoy inicia alza térmica no cuantificada, niega toma de analgésicos. Se realiza ecografía abdominal con diagnóstico de apendicitis aguda.

Al examen físico, se cuantificada temperatura en 38.5 °C, en el abdomen se encuentra resistencia a la palpación, ruidos hidroaéreos disminuidos, se palpa masa en fosa iliaca derecha, dolor a la palpación superficial y profunda, punto de Mc Burney positivo, Blumberg positivo.

Se programa para apendicectomía abierta

Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda complicada

Diagnóstico postoperatorio: Plastrón apendicular abscedado

Operación realizada: Apendicectomía abierta + lavado de cavidad + dren penrose

Incisión transversa, disección por planos hasta liberación de apéndice

Hallazgos: apéndice cecal de 9 x 2 cm, perforado en $\frac{1}{3}$ distal, subseroso $\frac{2}{3}$ proximal, plastronado por ciego, asas intestinales, epiplon mayor. Secreción 200 cc aproximadamente.

En el postoperatorio, paciente portador de dren penrose, con un drenaje serohemático de 20 cc el primer día. Herida transversa ubicada en cuadrante inferior derecho de bordes afrontados sin signos inflamatorios. Refiere leve dolor a nivel del cuadrante inferior derecho, elimina flatos y comienza deambulacion asistida al segundo día. Paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta con indicaciones al quinto día de hospitalización.

CASO 3: Paciente varón de 22 años de sexo masculino, sin antecedentes de importancia, es traído a emergencia por efectivo policial en aparente estado de ebriedad, por agresión por terceros con objeto punzocortante “barra metálica” en región parietal derecha hace 15 minutos.

Al examen físico, funciones vitales estables, paciente desorientado con tendencia al sueño. Se evidencia solución de continuidad en región parietal derecha de aproximadamente 6 cm de bordes regulares con sangrado activo.

Se diagnostica como herida en cuero cabelludo, a descartar traumatismo encéfalo craneano leve.

Se procedió a lavado y sutura de herida. Se le solicita radiografía craneal en incidencia frontal y lateral, donde no se evidencian fracturas. Paciente queda en observación en NPO para evaluación por neurocirujano, quien al no encontrar signos de alarma, le da de alta de su especialidad. Finalmente, es dado de alta de cirugía general con antibioticoterapia Dicloxacilina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días, indicaciones de cuidado de la herida, colocación de vacuna antitetánica y posterior retiro de puntos en centro de salud de su jurisdicción.

Caso 4: Paciente de 55 años de sexo masculino, con antecedente de hipertensión arterial controlada, alérgico al ácido acetilsalicílico, acude a emergencia con prenda de vestir envuelta alrededor de miembro inferior izquierdo, muestra dificultad para deambular. Paciente refiere herida en pierna izquierda por mordedura de perro desconocido mientras caminaba en la vía pública hace 10 minutos asociado a dolor de moderada intensidad.

Al examen físico, constantes vitales estables, pulso pedio presente, solución de continuidad en cara posterior, $\frac{1}{3}$ medio de pierna izquierda de aproximadamente 10 centímetros de bordes irregulares, sangrantes, con exposición de masa muscular.

Se diagnostica herida en pierna izquierda por mordedura de perro, por lo que se procede a lavado con agua destilada a chorro y antiséptico, y posterior afrontamiento de herida con 3 puntos, se cubre con gasas estériles y vendaje. Se le inicia tratamiento antibiótico con Amoxicilina-Ácido clavulánico 500 mg cada 8 horas por 7 días, analgésicos, aplicación de

vacuna antitetánica y antirábica. Paciente acude diariamente para curación de herida en centro de salud, la cual lentamente evoluciona de forma favorable, se evidencia secreción serohemática no purulenta, no signos inflamatorios, y presencia progresiva de tejido de granulación, para finalmente presentar cicatrización completa de la herida al cabo de 15 días.

1.2 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO 1: Paciente gestante de 41 años acude a emergencia por presencia de dolor a nivel de hemiabdomen inferior que se va intensificando con el transcurso de las horas, asociado a sangrado vaginal oscuro escaso y disminución de movimientos fetales desde hace un día. Niega pérdida de líquido.

Antecedentes:

Personales: médicos: niega, RAMS: niega, quirúrgicos: niega

Gineco-obstétricos: FUR: 16/06/20, FPP: 23/03/21, Controles prenatales: incompletos (5), Método anticonceptivo: Niega, Menarquia: 12 años, Régimen catamenial: 4/30

G1 Aborto (2002)

G2 Parto Vaginal eutócico (2004) 3105 g

G3 Parto Vaginal eutócico (2010) 2980 g

G4 Parto vaginal eutócico (2017) 3360 g

Al examen físico, funciones vitales estables con resto del examen dentro de lo normal. Al examen obstétrico, se palpa útero grávido, altura uterina 28 cm, SPP: transverso, LCF: 122, DU: ausente, Movimientos fetales: presentes. G-U: sangrado vaginal escaso, no pérdida de líquido amniótico. Tacto vaginal: diferido.

Impresión diagnóstica:

G5 P2 de 28 semanas 6 días por fecha de última regla

D/C Desprendimiento prematuro de placenta

Feto transverso

Edad materna avanzada

Se solicita hemograma, examen de orina, perfil hepático, perfil bioquímico, perfil de coagulación.

Se solicita perfil biofísico fetal

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: recuento de leucocitos 7.99, hemoglobina 13.10 g/dl, hematocrito 40.20, recuento de plaquetas 68 000

Examen de orina: leucocitos: 2-3 xc, hematies: 0-1 xc, células epiteliales: escasas, bacterias: escasas

Perfil hepático: TGP-ALAT: 21, TGO-ASAT: 27, GGTP: 56, Bilirrubina total: 1.21, Bilirrubina indirecta: 1.0

Perfil bioquímico: Creatinina: 0.4, Glucosa: 110, Úrea: 12.91

Coagulación: Tiempo de protrombina: 9.43, INR: 0.85, Tiempo parcial de tromboplastina: 27, Fibrinógeno: 4.35

Diagnóstico postoperatorio: el mismo + Desprendimiento prematuro de placenta + Recién nacido vivo único de sexo masculino

Operación: Cesárea segmentaria transperitoneal + Bloqueo tubárico bilateral

Hallazgos: Recién nacido vivo de sexo masculino fue llevado a UCI neonatal. Desprendimiento prematuro de placenta 35 %, líquido amniótico claro, sin mal olor, abundante, cordón umbilical: 2 arterias, 1 vena, delgado, se encontró endometriosis en cara posterior, útero adenomiótico, sangrado intraoperatorio aproximadamente 900 cc.

Incisión de pfannestiel, histerotomía segmentaria transversa en "T" convertida, extracción fetal podálica, extracción manual de la placenta con

exteriorización uterina, histerorrafia en dos planos, bloqueo tubárico bilateral con técnica de Pomaroy modificado, revisión de hemostasia y recuento de gasas completas y síntesis de pared por planos. Complicaciones: sangrado en napa. Se envía a patología placenta y segmentos de trompas uterinas.

A lo largo de la evolución postoperatoria, la paciente no presentó complicaciones, con una hemoglobina postoperatoria de 11 g/dL por lo que no requirió transfusión de paquetes globulares. Fue dada de alta al quinto día con indicaciones para control posterior de forma ambulatoria.

CASO 2: Paciente gestante de 27 años refiere sangrado vaginal abundante con presencia de coágulos, dolor tipo cólico en hipogastrio de moderada intensidad desde hace 1 hora. Niega otras molestias.

G2 P1001

G1: 2014 Parto vaginal 3190 g

G2: Actual

Antecedes personales: Médico: niega, RAMS: niega, quirúrgicos: niega

Antecedentes ginecológicos: FUR: 15/10/19, FPP: 21/07/20 , Menarquia: 15 años, Régimen catamenial: 3/28. Método anticonceptivo: barrera. EG: 10 sem 6/7 por FUR

Al examen físico general, funciones vitales estables, piel turgente, hidratada, elástica con llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, palidez +/-+++. Abdomen blando depresible, leve dolor en hipogastrio a la palpación profunda.

Especuloscopia se evidencia sangrado vaginal regular cantidad con coágulos

Tacto vaginal: cérvix posterior, largo, abierto, no doloroso a la palpación.

Se introduce Foester en cavidad uterina y se retiran coágulos en regular cantidad, luego de lo cual el sangrado disminuye.

Impresión diagnóstica:

Aborto incompleto

Se solicita ecografía transvaginal, hemograma, examen bioquímico, perfil hepático y perfil de coagulación.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: Hb: 11.7 g/dl, recuento de leucocitos 7.53, bastonados: 0%, plaquetas 218 000

Examen bioquímico: glucosa: 93, creatinina: 0.5, urea: 20.9

Perfil hepático: bilirrubina total: 0.3, bilirrubina indirecta: 0.2, TGP-ALAT: 37, TGO-ASAT: 32, GGTP: 21

Perfil de coagulación: fibrinógeno: 3.19, tiempo parcial de tromboplastina activada 28.32, INR: 0.97, tiempo de protrombina 10.54.

En ecografía se aprecia endometrio heterogéneo de 17.1 mm.

Se le realiza legrado uterino en sala de operaciones.

En el postoperatorio, paciente evoluciona favorablemente y permanece hospitalizada solo 1 día, siendo dada de alta sin complicaciones, con indicación de método anticonceptivo seguro.

CASO 3: Paciente de 28 años gestante de 9 semanas 2 días por fecha de última regla, acude a emergencia por presentar náuseas y vómitos matutinos desde hace nueve días que últimamente se prolongan a lo largo del día, vómitos 4-5 episodios por día. Refiere pérdida de peso de 1 Kg. en una semana.

Antecedentes:

Personales: médicos: niega, RAMS: niega, quirúrgicos: apendicectomía a los 10 años, cesareada anterior 1 vez, colelap (2017), laparotomía (2018)

Gineco-obstétricos: FUR: 24/11/19, FPP: 30/08/20, Método anticonceptivo: Niega, Menarquia: 11 años, Régimen catamenial: 5/28

G1 Aborto (2014)

G2 Cesárea (2016) 3250 g

G3 Actual

En el examen físico, se aprecia abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No sangrado vaginal a la especuloscopia. En el tacto vaginal, cérvix cerrado, largo, posterior, sin modificaciones.

Se le realiza ecografía transvaginal, donde se aprecia útero anteversoflexo con presencia de saco gestacional y embrión de 20.7 mm con actividad cardíaca presente (154 latidos por minuto), como conclusión de la ecografía se tiene una gestación única activa de 8 semanas 5 días por longitud coronal.

Impresión diagnóstica:

G3 de 8 semanas 5 días por ecografía de I trimestre

Hiperemesis gravídica

Para su manejo, paciente queda en NPO, se le pone vía salinizada para hidratación y reposición de electrolitos, además de un bolo endovenoso de dimenhidrinato, ranitidina y escopolamina, que luego queda a dosis horaria.

Paciente queda en observación por 12 horas, luego de lo cual mejora tolerancia oral por lo que se decide manejo ambulatorio.

CASO 4: Paciente de 36 años gestante de 39 5/7 por fecha de última regla validada por ecografía de I trimestre. Acude a emergencia refiriendo contracciones cada 10 minutos, sangrado vaginal muy escaso, niega pérdida de líquido amniótico, hay pérdida de tapón mucoso. Percibe movimientos fetales

Antecedentes

Personales: médicos: hipotiroidismo en tratamiento continuo, RAMS: niega, quirúrgicos: cesárea

Gineco-obstétricos: FUR: 30/04/19, FPP: 04/02/20, Método anticonceptivo: Niega, Menarquia: 13 años, Régimen catamenial: 4/29

G1 Parto vaginal (2014) 2990 g

G2 Cesárea (2016) 3250 g

G3 Actual

Al examen físico, útero grávido, altura uterina 34 cm, SPP: LCI, LCF: 132, movimientos fetales presentes. Al tacto vaginal cérvix anterior, consistencia firme, dehiscente 1 dedo, incorporado 70%, AP: -3, encajado.

Exámenes de laboratorio

Examen de orina: bacterias ++, leucocitos 8-10 x campo, células epiteliales en regular cantidad, hb: 13.4, leucocitos: 8.56, plaquetas: 179 000, TSH: 2.9, T4L: 0.93, Hemoglobina glicosilada: 5.8, urocultivo negativo.

Ecografía obstétrica: ponderado fetal 3407 gramos, pozo único: 1.8, doppler dentro de límites normales.

NST: feto reactivo, dinámica uterina irregular.

Impresión diagnóstica:

G3 P2 39 5/7 sem por FUR validada por ecografía de I trimestre

Pródromos de trabajo de parto

Oligohidramnios leve

Hipotiroidismo por historia clínica

Edad materna avanzada

Se procede a la maduración cervical con misoprostol 25 microgramos cada 6 horas vía intravaginal en fondo de saco posterior para oportunidad de parto vaginal.

1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

CASO 1: Madre refiere que 25 minutos antes del ingreso, niña de 4 años presenta un vómito alimentario escaso, asociado presenta movimiento involuntario en miembro inferior asociado a desviación de la mirada, no respondía al llamado por momentos. 15 minutos antes del ingreso decide traerla por emergencia por continuar con desviación de la mirada, además se desconectaba con el entorno. Madre niega alza térmica, niega deposiciones líquidas.

Además, la madre refiere que hace una semana menor hija es hospitalizada por crisis asmática, siendo tratada con salbutamol 2 puff cada 6 horas y budesonida 1 puff cada 12 horas.

Antecedentes personales

Patológicos: Síndrome de West en tratamiento, epilepsia refractaria, hipotiroidismo

Medicación habitual: Ácido valproico 4 ml cada 8 horas, levetiracetam 4 ml cada 12 horas, clonazepam 0.5 mg cada 12 horas, levotiroxina 50 mg cada 24 horas

RAMS: niega

Hospitalizaciones previas: crisis asmática hace 1 semana

Dentro de las funciones vitales, temperatura en 37 °C, frecuencia respiratoria 34 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca 141 latidos por minuto, saturación 89 %.

Al examen físico, piel tibia, mucosa poco hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez +/-, a nivel de tórax y pulmones murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales, leve tiraje subcostal, en aparato cardiovascular y abdominal no se encuentran alteraciones.

A nivel de sistema nervioso central, ojos abiertos, no responde al llamado por su nombre, desviación de la mirada, moviliza cuatro extremidades, leve

hipertonía de miembros inferiores y lateralización de cuello hacia lado izquierdo.

Impresión diagnóstica

Estatus convulsivo

Epilepsia refractaria

D/c infección intrahospitalaria

Inmediatamente se posicionó al paciente en decúbito lateral izquierdo para control de vía aérea y evitar aspiración de secreciones. Se administró midazolam vía intramuscular 3.2 mg STAT y oxígeno por mascarilla hasta que alcance una saturación de oxígeno mayor a 94%. Paciente queda hospitalizado para evaluación y manejo de patología de fondo.

CASO 2: Paciente de sexo masculino de 4 años acude a emergencia traído por su madre por presentar diarreas acuosas sin moco sin sangre, 7 cámaras al día desde hace 4 días. Hace 2 días, se agrega fiebre no cuantificada. Niega tos, molestias urinarias. No tiene antecedentes patológicos de importancia, ni es alérgico a ningún medicamento.

Funciones vitales con temperatura en 37.5 °C, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca en 105 latidos por minuto. Peso al ingreso 18 kg.

Al momento del ingreso, paciente con tendencia al sueño, piel tibia, deshidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, mucosas secas, ojos no hundidos, con escasas lágrimas, durante la atención médica, paciente se queda dormido, no responde al llamado ni al estímulo táctil. Aparato cardiovascular y respiratorio sin alteraciones.

Inmediatamente, se le canaliza una vía endovenosa periférica en miembro superior, se administró suero fisiológico 0.9 % 1000cc → 360 cc en bolo. Se refiere a hospital de referencia para manejo por especialidad.

CASO 3: Niña de 4 años de edad sin antecedentes de importancia, no operada, sin alergias. Acude a centro de salud por presentar lesiones eritematosas vesiculares y costrosas en cuero cabelludo que luego se asoció a prurito, irritabilidad, fiebre cuantificada en 37.4 °C (axilar) que remitió con la administración de paracetamol. Madre refiere que cuadro comenzó hace 5 días posterior a rinorrea y que hija mayor presentó el mismo cuadro hace una semana.

Al examen físico, despierta, con funciones vitales estables, se evidencia lesiones vesiculares eritematosas y costrosas distribuidas en tronco y cuero cabelludo, sin signos de flogosis.

Se diagnostica varicela por lo que se le instaura tratamiento sintomático.

CASO 4: Hijo de madre portadora de infección por virus de inmunodeficiencia humana con controles prenatales tardíos e incompletos, que inició terapia antiretroviral un mes antes del parto. Madre acude a emergencia por presentar contracciones uterinas regulares, tres contracciones en 10 minutos de 30 segundos de duración, asociado a ruptura de membranas ovulares. Al tacto vaginal, cérvix blando, anterior, incorporado 70 %, dilatación 6 cm, altura de presentación c-2, por lo que se procede a la evolución espontánea de parto vaginal.

Se obtiene un recién nacido de sexo masculino, a término de 37 semanas, por parto vaginal eutócico, apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, líquido amniótico claro, con llanto espontáneo, peso al nacer: 3145 gr, talla: 50 cm, perímetro cefálico: 34 cm, perímetro abdominal: 32 cm.

Al examen físico, buen estado general, piel sonrosada, tibia, con llenado capilar menos de dos segundos, normocéfalo, fontanela anterior normotensa, implantación adecuada de pabellones auriculares, no paladar hendido, no labio leporino, clavículas íntegras, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, en aparato cardiovascular ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles, abdomen

blando, depresible, no visceromegalia, cordón umbilical conformado por 2 arterias y 1 vena, ano permeable, testículos descendidos.

Se diagnostica como recién nacido expuesto a VIH, por lo que se le inicia tratamiento antirretroviral con Zidovudina 4 mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas.

1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO 1: Paciente varón de 79 años independiente con antecedente de asma, arritmia y cáncer de próstata, fue operado de apendicectomía y colecistectomía, como medicación habitual diltiazem 60 mg y salbutamol condicional a crisis asmática. Paciente es alérgico al ácido acetilsalicílico.

Ocho días antes del ingreso, paciente acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 8 horas por distensión abdominal, dolor abdominal difuso de moderada intensidad asociado a dolor dorsal, se le administró metamizol, escopolamina, dimenhidrinato en bolo endovenoso. El dolor remite con los analgésicos por lo que es dado de alta.

Cuatro días antes del ingreso, paciente acude por dolor abdominal de mayor intensidad en hemiabdomen superior tipo lancinante, por lo que le solicitan exámenes de laboratorio. Amilasa 2826, Troponinas: 0.014, Hemograma: recuento de leucocitos: 11960, segmentados: 84 %, hemoglobina: 11.5, plaquetas: 227000. Se le indica hospitalización por diagnóstico presuntivo de pancreatitis aguda; sin embargo, paciente se niega por lo que firma su alta voluntaria.

Dos días antes del ingreso, paciente vuelve a emergencia por persistencia de dolor abdominal en hemiabdomen superior, no asociado a náuseas ni disnea. Al examen físico, funciones vitales estables, en aparato respiratorio, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan

roncantes y subcrepitantes difusos en hemitórax izquierdo. Se le solicita radiografía de tórax donde se describe derrame basal izquierdo.

Horas después, al ser reevaluado paciente se encuentra con tendencia al sueño, con dolor abdominal en aumento, intensidad 9/10, a predominio de hipocondrio izquierdo. Al examen físico, el abdomen se encuentra con leve resistencia, dolor a la palpación profunda, localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo, signo de rebote negativo, ruidos hidroaéreos disminuidos. En los resultados de laboratorio se encuentra glucosa: 51, amilasa: 231, hemograma dentro de rango normal.

En la ecografía abdominal se describe dilatación biliar intra y extrahepática especialmente en conducto colédoco 21 mm, podría corresponder a coledocolitiasis, se sugiere colangiografía. Se hospitaliza y se solicita tomografía abdominal con contraste.

Un día antes del ingreso a nuestro nosocomio, paciente se encuentra hospitalizado con presión arterial 85/60, frecuencia cardiaca: 120, perfil hepático, se aprecia hiperbilirrubinemia a predominio directo. En el análisis de gases arteriales, acidosis metabólica con alcalosis respiratoria compensada. En el electrocardiograma, taquicardia sinusal. En el perfil hepático bilirrubina total: 7.11, bilirrubina directa: 6.53, TGO: 187, TGP: 285, fosfatasa alcalina: 507, GGTP: 794, PCR: 15, lactato deshidrogenasa: 5.7, potasio: 2.98. Paciente con diagnóstico de sepsis, colangitis, coledocolitiasis, pancreatitis aguda biliar, hipoglicemia, hipocalcemia.

Paciente evoluciona desfavorablemente, con hipoglicemia sostenida, hipotensión e hipocalcemia, por lo que se le coloca catéter venoso central para administración de noradrenalina e inicio de tratamiento antibiótico con meropenem.

Paciente acude a nuestro hospital referido de Hospital de Angamos con diagnóstico de pancreatitis aguda y coledocolitiasis resuelta, para completar estudios y continuar tratamiento antibiótico por diagnóstico de colangitis

grado III. En la tomografía no se evidencian signos de necrosis ni de inflamación. En los exámenes de laboratorio se evidencia disminución de valores previamente alterados. Leucocitos: 4900, hemoglobina: 8.8, amilasa: 66, lipasa: 61, creatinina: 0.5, bilirrubina total: 1.24, bilirrubina directa 0.94, TGO: 60, TGP: 61.

Paciente completó tratamiento antibiótico por 7 días con evolución favorable por lo que es dado de alta.

CASO 2: Paciente varón de 86 años independiente con antecedente de diabetes mellitus tipo II con tratamiento irregular, hipertensión arterial controlada, hiperplasia benigna de próstata, portador de sonda foley hace un mes, y testigo de Jehová. Operado hace un mes de prostatectomía con medicación habitual de losartán 50 mg cada 12 horas, niega RAMS.

Acude traído por Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) por referir hace 7 días deposiciones negras tipo “carbón” 2 veces al día, asociado a náuseas, sensación de alza térmica, escalofríos y malestar general.

Al examen físico, funciones vitales estables, paciente ingresa despierto, en silla de ruedas, piel turgente, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, palidez ++/+++, abdomen blando, depresible, aparentemente no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes. Al tacto rectal, se encuentra esfínter normotónico, ampolla rectal ocupada con heces, dedo de guante con melena.

Paciente es hospitalizado con diagnóstico de hemorragia digestiva alta por lo que se le inicia hidratación endovenosa más inhibidor de bomba de protones.

Dentro de los exámenes de laboratorio, leucocitos: 11 710, hemoglobina: 5 gr/dl, plaquetas: 105000, creatinina: 5.35, urea: 242, INR: 1.23, electrolitos: Na: 129, K: 6.1, sedimento urinario: +100 xc. Se le agregan los diagnósticos de anemia posthemorrágica, hipercalcemia, insuficiencia renal aguda, infección urinaria, por lo que paciente requiere transfusión de paquete globular; sin embargo, familiares se niegan por ser testigos de Jehová. Inicia

antibioticoterapia con ceftriaxona, además de gluconato de calcio por la hipercalemia. Se conversa con paciente sobre los riesgos de no aceptar la administración de hemoderivados, finalmente, el paciente acepta por lo que se le transfundió un paquete globular.

Se le solicita marcadores tumorales, ecografía renal, perfil de hierro, endoscopía digestiva alta.

En la ecografía renal se describe nefropatía crónica bilateral.

En la endoscopía digestiva alta se describe mucosa normal, se aprecia lesión elevada sésil de 10 x 10 mm, pulsátil hacia cara anterior, en tercio medio del cuerpo; en el antro se encuentra mucosa adelgazada con visualización de vasos submucosos, hacia cara anterior se aprecia una úlcera de 12 x 8 mm con fondo de fibrina, y bordes ligeramente eritematosos y congestivos. En el duodeno se aprecia mucosa de aspecto afelpado y erosionado. Se toma biopsia.

Se concluyen los siguientes diagnósticos: úlcera gástrica Sakita H1, lesión subepitelial en cuerpo, gastritis atrófica y eritematosa antral, duodenitis erosiva.

Cinco días después, se le realiza nueva endoscopía alta de control donde se describe mucosa corporal con eritema leve, en el antro mucosa adelgazada con visualización de vasos submucosos. Se aprecia hacia cara anterior úlcera de 30 mm de longitud, alargada, con fondo de fibrina predominante y hematina en área pequeña con bordes eritematosos, congestivos y con tejido de regeneración circundante. Como diagnóstico se tiene hemorragia digestiva alta Forrest III y úlcera gástrica activa. Paciente con evolución clínica y laboratorial favorable, con ascenso de hemoglobina a 9.9 mg/dl.

CASO 3: Paciente varón de 66 años sin antecedentes de importancia, acude a emergencia por presentar cefalea holocraneana de moderada intensidad, diaforesis, mareos, tinnitus desde hace 7 horas aproximadamente asociado a edemas en miembros inferiores que se incrementa con el transcurrir del

día. Niega disnea, náuseas y vómitos. Además refiere episodios esporádicos de cefalea desde hace 1 mes. Niega RAMS.

Al examen físico, se encuentra presión arterial en 160/90 mmHg, frecuencia cardíaca en 105 por minuto. Piel turgente, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, con edemas en miembros inferiores a nivel maleolar que deja fovea +/+++ . En aparato cardiovascular, se auscultan ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles. En el aparato respiratorio, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales. El resto del examen físico sin anormalidades.

Paciente con diagnóstico de crisis hipertensiva por lo que se le administra 1 tableta de captopril vía oral y posterior reevaluación de presión arterial en 30 minutos. En la siguiente evaluación se aprecia descenso de la presión arterial a 150/90 mmHg y leve mejoría de los síntomas, motivo por el cual se le administra una segunda dosis de captopril vía oral. Paciente queda en observación por media hora más, posterior a lo cual se le vuelve a tomar la presión arterial encontrándose un valor en 135/80 mmHg y mejoría completa de los síntomas. Se le indica al paciente que debe acudir diariamente para control de presión arterial por una semana y acudir a cita por consultorio externo para diagnóstico y manejo de patología crónica.

Una semana después del primer episodio, paciente acude a emergencia por presentar nuevamente cefalea de gran intensidad 8/10 asociado a mareos, diaforesis y edemas en miembros inferiores. Paciente refiere se realizó control diario de presión arterial, sin embargo no acudió a su cita programada por motivos laborales.

Al examen físico, se evidencia presión arterial en 160/110 mmHg, frecuencia cardíaca en 110 latidos por minuto. En piel se encuentra edemas en ambos miembros inferiores hasta tobillos, que deja fovea ++/+++ . En aparato cardiovascular, se ausculta ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, de buena intensidad. En el aparato respiratorio, murmullo vesicular pasa en

ambos hemitórax, no ruidos agregados. El resto del examen físico no contributorio.

Paciente es diagnosticado con crisis hipertensiva, por consiguiente se le administra 2 tabletas de captopril vía oral y 1 ampolla de furosemida en bolo endovenoso. En la reevaluación, presión arterial en 120/80 mmHg y remisión completa de los síntomas. Se explica a paciente la necesidad de acudir a cita por consultorio externo para manejo de mantenimiento.

En los días posteriores, paciente acude a cita por consultorio externo con hoja control donde se aprecian dos picos de presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg por lo que se le diagnostica hipertensión arterial y se inicia tratamiento con Losartán 50 mg 1 tableta vía oral cada 24 horas e hidroclorotiazida 25 mg 1 tableta vía oral cada 24 horas por un mes hasta siguiente control.

CASO 4: TVP Paciente mujer de 45 años con ocupación fiscalizadora de municipalidad, con antecedente de diabetes mellitus en tratamiento continuo, operada de apendicectomía hace 20 años. Acude a emergencia por presentar hace un día, aumento de volumen en miembro inferior izquierdo, enrojecimiento y aumento de temperatura asociado a leve dolor. Seis horas antes del ingreso, dolor se intensifica y se agrega dificultad para la marcha.

Al examen físico, hemodinámicamente estable, afebril, frecuencia cardiaca en 92 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 19 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 97%. En aparato cardiovascular, se ausculta ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono, no soplos audibles. En aparato respiratorio, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales. Se evidencia aumento de volumen en miembro inferior izquierdo, con leve eritema, calor y dolor a la palpación profunda y signo de hoffman positivo, pulso pedio presente, sin cambios en la coloración.

Se le diagnostica con trombosis venosa profunda, se solicita hemograma, perfil de coagulación y ecografía doppler de miembro inferior izquierdo. La

ecografía doppler confirmó el diagnóstico mostrando oclusión parcial del sistema venoso femoral en pierna izquierda. Se instauró terapia anticoagulante con enoxaparina dosis terapéutica 1 mg/kg cada 12 horas por 3 meses con control ambulatorio periódico.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Ambas autoras del presente trabajo, iniciamos nuestro internado médico el primero de enero del 2020 en dos establecimientos de salud pertenecientes al Seguro Social de Salud ESSALUD hasta la declaratoria del estado de emergencia el 15 de marzo del 2020 (6).

ESSALUD es una entidad administradora de fondos de la seguridad social, vinculado al ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Su función es captar y gestionar los fondos de la seguridad social para garantizar la prestación de servicios de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación a sus asegurados y derechohabientes. La asistencia se brinda a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), las cuales poseen diferente nivel de complejidad y se encuentran distribuidas en todo el territorio nacional bajo el sistema de redes asistenciales para asegurar el manejo oportuno del paciente (13).

En Lima, por su extensa población, se cuenta con tres redes asistenciales: Rebagliati, Almenara y Sabogal (14). Ambas coautoras pertenecemos inicialmente a la red asistencial Almenara, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y Hospital de Emergencias Grau.

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, conocido como Obrero en sus primeros años de existencia e inaugurado el 8 de diciembre de 1940, cuenta con cuarenta y dos mil metros cuadrados de extensión, el cual pertenece al distrito de La Victoria por concentrar este, una alta cantidad de población obrera durante esos años, y ser un área de fácil acceso (15).

Está categorizado como Instituto de Salud Especializado III-2 (16), el cual es el máximo nivel concedido por el Ministerio de Salud a los establecimientos de salud del Perú, de acuerdo a la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA-DGSPN.03 sobre las Categorías de Establecimientos del Sector Salud (17), la cual clasifica a los establecimientos de salud de acuerdo a la evaluación de estándares de infraestructura, equipamiento y recursos humanos especializados, así como la presencia de determinadas unidades productoras de servicios de salud (18).

Los establecimientos de salud de la categoría III-2 tienen la capacidad de prestar servicios de la mayor especialización y capacidad resolutive en atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia en las especialidades del campo que desarrollan. Además, pueden proponer normas a la autoridad nacional de salud, desarrollan innovación tecnológica, investigación y docencia en el campo clínico o grupo etario en el que se desempeñan (17).

El hospital Almenara es el centro asistencial referencial de la macro región Lima, que al tener la máxima capacidad resolutive, recibe a los pacientes procedentes de los establecimientos de su red que tienen una capacidad resolutive insuficiente para la prestación requerida (14). Suma en total 57 servicios médicos especializados; 138 consultorios; 1065 camas en hospitalización, cuidados intensivos y emergencia; 2429 equipos biomédicos y 4015 trabajadores asistenciales debidamente capacitados para el manejo efectivo de enfermedades complejas (16,17).

Por otro lado, El Hospital de Emergencias Grau es un establecimiento de salud perteneciente a la Red Prestacional Almenara, categorizado como nivel III-1 distribuido en una extensión de 150 kilómetros cuadrados ubicados en el Centro de Lima. Su jurisdicción representa una población total aproximada de 111 000 personas, por lo que presenta una alta demanda llegando a registrarse casi 350 000 consultas anualmente.

Se cuenta con 1 300 trabajadores conformado por médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo, entre otros. Asimismo, este hospital ofrece una atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia enfocada en las actividades de recuperación y rehabilitación de los pacientes, distribuidos en 26 especialidades en consulta externa. Sin embargo, cuando los pacientes requieren un nivel resolutivo mayor estos son referidos al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (19).

Luego del decreto de urgencia que permitió el retorno de internos a centros de salud de primer nivel del Ministerio de Salud (8), las coautoras fueron reasignadas al Centro de Salud Materno Infantil Ancón. Este establecimiento de salud se encuentra ubicado en el distrito de Ancón, está categorizado como I-4, máximo nivel resolutivo en el distrito, por lo que es centro de referencia de todo el distrito. La oferta de salud en está brindada en un 24% por el personal médico y 29.3% por el personal de enfermería. Así mismo, la atención se distribuye en 46 % por el sector privado y 30 % por el Ministerio de Salud, el cual tiene a su cargo 3 establecimientos de salud categoría I-2; 2, categoría I-3, y solo un centro de salud categoría I-4.

Su jurisdicción se extiende a toda la población residente que es un total de 42157 de las cuales 37 875 se encuentran afiliados al Sistema Integral de Salud. Los grupos objetivos de los programas de atención integral de salud se clasifican en cinco cursos de vida: niño (0 a 11 años), adolescente (12 a 17 años), joven (18 a 29 años), adulto (30 a 59 años) y adulto mayor (60 a más años), siendo los adultos y niños los grupos etarios de mayor cantidad. Los niños representan el 22.9 %, adolescentes son el 12.4 %; jóvenes, 20.4 %; adultos, 37.3 % y adulto mayor, 8.7 %.

Del total de población, el 61.57% son de sexo femenino de las cuales el 64.29 % se encuentran en edad fértil. Se describió un aumento del 6% de mujeres en edad fértil y una disminución de las mujeres gestantes esperadas, entre los años 2014 y 2018. Los establecimientos de salud de Ancón lograron controlar al 85.89 % de gestantes de su jurisdicción durante el año 2018. Con respecto a mortalidad materna solo se registró un caso

entre los años 2013 y 2016. Para el año 2018, la anemia en gestantes disminuyó en 1% con respecto al año anterior detectando el Centro de Salud Materno Infantil Ancón el 12.9% de casos.

El centro de salud brinda atención las 24 horas del día incluyendo la atención de partos eutócicos, durante el año 2018 se atendieron 248 partos. La tasa de natalidad fue 32.5 x 1000 habitantes, lo cual fue inferior a los nacimientos esperados durante ese año. El porcentaje de casos de anemia en niños aumentó en 4.4 % entre el año 2017 y 2018 justificado por la elevación de pacientes evaluados correspondiendo al Centro de Salud Materno Infantil Ancón un crecimiento de 12.6 %.

Se describe a las enfermedades infecciosas y parasitarias 28.84 %, enfermedades dentales y estructuras de sostén 23.92 %, y enfermedades metabólicas, endocrinas y nutricionales 10.69 % como los tres principales motivos de consulta externa en toda la población. La obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial son las enfermedades no transmisibles de alta prevalencia, siendo la obesidad la de mayor tasa bruta 629 x 10 A LAS 4 habitantes en el 2018.

Tanto en la etapa de vida niño como adolescente la causa de mayor morbilidad fue infección de vías respiratorias agudas y caries dental, y como tercer puesto desnutrición y deficiencias nutricionales, el mismo patrón se repite en adultos con la diferencia que en el tercer puesto se encuentra el lumbago y otras dorsalgias. Por otro lado, en jóvenes la primera causa es caries dental y la segunda, complicaciones relacionadas al embarazo. Finalmente, en el adulto mayor la primera causa de morbilidad es la infección de vías respiratorias, seguido de lumbago y caries dental (20).

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En el primer caso quirúrgico se presenta a una paciente de sexo femenino con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica. La colecistitis tiene una prevalencia a nivel mundial entre 5.9 y 21.9 %. En Latinoamérica el 49.4 % es en mujeres y 12.6 % en hombres. Dentro de los factores de riesgo se encuentra la edad a partir de los 40 años, sexo femenino sobretudo en adultas jóvenes. Entre otros factores asociados se encuentran embarazo, uso de anticonceptivos orales, diabetes mellitus, obesidad, antecedentes familiares de litiasis vesicular, pérdida rápida de peso (21).

El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, dolor en hipocondrio derecho, vómitos, intolerancia oral, signo de Murphy positivo asociado a proteína C reactiva elevada y elevación del recuento de leucocitos y signos sugestivos de inflamación vesicular en la ecografía (22).

En el contexto de una enfermedad hepatobiliar, la ecografía abdominal es el recurso más importante que tenemos, ya que alcanza una especificidad del 97 % para el diagnóstico de colecistitis aguda. Los signos ecográficos que podemos encontrar son engrosamiento y edema de pared cística, distensión de la víscera, presencia de líquido perivesicular, litos, estancamiento de bilis y dolor a la presión con el transductor (signo de Murphy) (23).

El tratamiento de elección de la colecistitis aguda calculosa es la colecistectomía laparoscópica que se debe realizar dentro de los siete días de la hospitalización y 10 días desde el inicio de la sintomatología. Las ventajas más importantes son la baja tasa de complicaciones y la reducida estancia hospitalaria. Sin embargo, se recomienda evitar este procedimiento

en pacientes que cursan con shock séptico o contraindicaciones anestesiológicas absolutas (22).

La administración de antibióticos no se recomienda de rutina luego de la cirugía en colecistitis aguda calculosa no complicada cuando el foco infeccioso fue controlado por la colecistectomía. No obstante, se debe continuar con la terapia antibiótica instaurada en el preoperatorio por cinco días, como sucedió en el caso descrito, en el que se continuó tratamiento con ceftriaxona 2 gr endovenosa cada 24 horas post colelap (22).

En el segundo caso quirúrgico se describió a un paciente joven de sexo masculino con diagnóstico de apendicitis complicada. La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de abdomen quirúrgico a nivel mundial, que se da con mayor frecuencia entre los 10 y 30 años de vida a predominio del sexo masculino. Se describe como causa principal la obstrucción luminal del apéndice originado por la presencia de fecalitos, cálculos, hiperplasia linfoidea, infecciones y neoplasias (24).

Se recomienda el uso de scores clínicos como Alvarado o AIR para excluir el diagnóstico de apendicitis aguda e identificar pacientes candidatos a estudios de imágenes, mas no para confirmar el diagnóstico clínico (25).

La perforación apendicular representa del 13 al 20 por ciento de casos de apendicitis aguda, y se manifiesta en gran medida dentro de las 24 horas siguientes al inicio de los síntomas (26). Su ocurrencia es más frecuente en los grupos de edad más jóvenes (40-57 %) y en mayores de 50 años (55-70 %), lo que concuerda con nuestro caso clínico en el que observamos una perforación apendicular en un paciente de 19 años (25).

Se puede presentar como una perforación contenida, expresada en un flemón o un absceso intraabdominal o pélvico o, en pocos casos, como una perforación libre (27). Es importante diagnosticar y tratar precozmente estos casos ya que la mortalidad se incrementa, desde menos de 0.1 % en apendicitis aguda no perforada hasta 5 % en una perforada (25).

La ecografía es un método diagnóstico útil cuando no se dispone de una tomografía y es de elección en población pediátrica y gestantes. Los signos que podemos encontrar son diámetro de pared apendicular mayor de 6 mm, dolor localizado en fosa ilíaca derecha cuando se realiza compresión con el transductor, aumento de ecogenicidad en la grasa periapendicular y presencia de líquido libre (24).

Del mismo modo, guías peruanas siguen recomendando una incisión amplia sea transversa derecha o infraumbilical, en casos de peritonitis complicada; ya que, permite una mayor eliminación de las secreciones contenidas en cavidad abdominal. Sin embargo, guías internacionales recomiendan el abordaje laparoscópico por presentar una menor tasa de infección de sitio operatorio y menor estancia hospitalaria (28).

A pesar del uso habitual en Perú de drenajes en apendicectomías complicadas con la finalidad de favorecer el libre flujo de fluidos y evitar la formación de abscesos, numerosos estudios han demostrado que no existe una diferencia significativa en la aparición de complicaciones dependientes de su uso (29).

En el siguiente caso clínico de la especialidad de Cirugía General, se describe a un paciente con diagnóstico de herida de cuero cabelludo a descartar un traumatismo encefalo craneano leve. En todo traumatismo, se debe evaluar inicialmente el estado general del paciente, compromiso del aparato respiratorio, evidenciado por dificultad respiratoria, compromiso del sistema circulatorio y alteración del sensorio, para así identificar de forma rápida alguna condición de gravedad (30).

Es importante evaluar el mecanismo de lesión, fuerza traumática, tiempo de haberse producido la herida y posible presencia de cuerpo extraño por el riesgo de contaminación de la herida. De tal manera, se debe tener conocimiento de las comorbilidades del paciente, uso de medicamentos continuos, reacciones alérgicas medicamentosas, hábitos nocivos y si

presenta síntomas asociados a traumatismo encéfalo craneano; tales como, alteración del sensorio, vómitos y cefalea (31).

El caso expuesto describe a un paciente varón en aparente estado de ebriedad, con herida reciente (menor de cuatro a seis horas) ubicada en cuero cabelludo realizada por terceros con objeto potencialmente contaminado. Además paciente presentaba tendencia al sueño por lo que requirió ser evaluado por neurocirugía donde se le solicitó una radiografía frontal y lateral de cráneo (32).

Las radiografía craneal nos sirve para reconocer algún cuerpo extraño radiopaco como vidrio, metal o fragmento de piedras, así como también descartar una fractura craneal (31).

Las heridas en cuero cabelludo tienen una amplia circulación colateral por lo que suelen ser muy sangrantes, de difícil sutura y de cicatrización rápida. Por este motivo, es necesario el control de sangrado mediante compresión directa de la herida durante quince minutos aproximadamente (33). Seguido de la limpieza con suero fisiológico o solución antiséptica, infiltración de anestesia y cierre de herida con hilo 3-0-o 4-0 de material absorbible o no absorbible (31).

Al tratarse de una herida traumática reciente potencialmente contaminada se justifica la quimioprofilaxis con antibióticos que cubran patógenos tales como estafilococo, estreptococo o en algunos caso anaerobios (32). Igualmente se debe indicar la aplicación de vacuna profiláctica antitetánica, curación de herida diaria, atención a signos de alarma como persistencia de dolor, secreción purulenta, signos de inflamación y posterior de retiro de puntos en 7 a 10 días aproximadamente.

Pasando al siguiente caso, las mordeduras de perro representan aproximadamente el noventa por ciento de las mordeduras de animales, siendo de mayor prevalencia en niños, donde suele afectar cabeza y cuello; mientras que en los adolescentes y adultos, suele afectar las extremidades.

Los patógenos más comunes incluyen flora bacteriana presente en la piel humana, como estafilococo y estreptococo; y la flora oral del animal, como pausterella spp, capnocytophaga spp y anaerobios (34).

Las mordeduras de perro puede generar diversas lesiones desde rasguños, abrasiones hasta laceraciones abiertas, heridas punzo cortantes profundas y avulsiones. Para evaluar la gravedad de las heridas por mordedura de perro se debe tener en cuenta la localización, profundidad, número y extensión de la herida. Se considera exposición grave cuando la herida se encuentra en cara, cabeza, cuello, genitales, mano y pie; cuando es profunda, sangrante, desgarrante y múltiple y/o producida por un animal desconocido o animal silvestre (35). Para el caso descrito, el paciente presentaba una herida profunda, sangrante y desgarrante en pierna, por lo que se definiría como una exposición grave.

En pacientes con mordedura sin signos de infección, como fue el caso descrito, el tratamiento se basa en cuidado inmediato de la herida, que incluye presión directa, para evitar mayor sangrado, lavado con abundante agua o solución salina estéril y retiro de cuerpos extraños. En caso la lesión se encuentre en miembros inferiores, el miembro afectado se debe elevar, para permitir un mejor drenaje linfático y venoso y así disminuir el edema (36).

Con respecto al cierre de herida, se recomienda afrontar la herida con puntos flojos y separados que permita el drenaje de secreciones; debido a que son heridas altamente contaminadas, donde la sutura completa puede provocar mayor infiltración de partículas virales (37). Asimismo, se debe iniciar profilaxis antibiótica con amoxicilina-clavulánico, antibiótico de elección por su amplia cobertura; este se da una dosis de 500/125 mg tres veces al día por vía oral durante siete días, en casos de mordeduras no infectadas (35,37).

Finalmente se indica lavado y desbridamiento diario de la herida; aplicación de la vacuna antitetánica y antirrábica, la cual se da en los días 0 y 3 post

exposición; y control del perro por diez días, si no es posible realizar el control del animal se debe completar el esquema de la vacuna en los días 7,14,28 (35).

En el primer caso de Ginec Obstetricia, el caso describe una paciente con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta, la cual es la separación parcial o total de la placenta después de las 22 semanas de gestación y antes del parto; el cual, tiene como causa principal la rotura de los vasos maternos en la decidua basal, generando un acúmulo de sangre que separa la capa decidual de la placenta (38).

Principalmente se da por una enfermedad placentaria crónica relacionado a la formación anómala de arterias espirales; sin embargo, puede darse también por traumatismo súbitos, como caídas, accidentes de tránsito o en la descompresión uterina acelerada posterior a la salida del primer feto en parto gemelar. Los factores de riesgo incluyen antecedente de desprendimiento prematuro de placenta, edad materna avanzada, consumo de cocaína, tabaquismo. enfermedad hipertensiva del embarazo, anomalías estructurales del útero, presencia de bridas uterina, leiomiomas, ruptura prematura de membranas, cesareada anterior y reproducción asistida (39).

Esta patología se caracteriza por presentar sangrado vaginal ,que se caracteriza por ser rojo oscuro y de inicio súbito, asociado a dolor abdominal, irritabilidad uterina y muchas veces signos de hipoxia fetal (39); signos de alta sospecha que estuvieron presentes en el caso de nuestra paciente. Existen tres grados de desprendimiento: grado 0 o asintomático, grado I o leve, grado II o moderado y grado III o grave; en relación al porcentaje de desprendimiento, la afectación del feto y el estado hemodinámico de la madre. Las complicaciones presentes son óbito fetal, shock hemorrágico, coagulación intravascular diseminada, ruptura uterina y muerte materna (40).

Con respecto a los exámenes de laboratorio, un desprendimiento leve puede no evidenciar alteraciones en el perfil de coagulación; sin embargo, en

grados más severos puede revelar una coagulopatía intravascular diseminada. La coagulopatía por consumo se evidencia en el recuento plaquetario menor de 100 000, tiempo de tromboplastina parcial activado y tiempo de protrombina prolongados, fibrinógeno menor a 100 mg/dl, incremento de la degradación de fibrina y presencia de esquistocitos en la lámina periférica. Además, es el nivel de fibrinógeno el valor que más se ha correlacionado con la gravedad de la paciente (38). La ecografía tiene una sensibilidad diagnóstica de 25-50% cuyo hallazgo principal es la presencia de un hematoma retroplacentario (40).

El término de la gestación está determinado por la edad gestacional, la estabilidad hemodinámica materna y el estado fetal. El desprendimiento es considerado severo ante la existencia de coagulación intravascular diseminada, shock hipovolémico, insuficiencia renal, estado fetal no tranquilizador, restricción del crecimiento intrauterino y muerte fetal. La paciente presenta un desprendimiento de placenta grado II (moderado), ante este caso inicialmente se debe activar la clave roja y terminar la gestación de forma inmediata por cesárea cuando el bienestar fetal o materno estén comprometidos (39,41).

En el siguiente caso clínico, se describe a una paciente con un diagnóstico de aborto espontáneo. El aborto es definido como la interrupción natural o intencional del embarazo antes de las 22 semanas y con un feto de peso menor a 500 gramos, y considerado como la causa más frecuente de la hemorragia del primer trimestre del embarazo. El aborto espontáneo está asociado a diversos factores maternos y fetales de tipo genéticos, uterinos, endocrinos, infecciosos, inmunológicos y ambientales; pese a ello, en el 15 a 20 % de los casos puede no identificarse la causa (42).

Uno de cada cinco embarazos terminan en aborto espontáneo y una de cada cuatro mujeres sufrirán un aborto espontáneo a lo largo de su vida. Asimismo, más del 50 % de los abortos espontáneos es causado por alteraciones cromosómicas siendo la más frecuente la trisomía autosómica.

Asimismo, se ha correlacionado con edad materna avanzada y edad gestacional menor de 10 semanas (43,44).

El aborto espontáneo se clasifica en aborto en curso, inevitable, completo, incompleto y frustrado o retenido. El aborto en curso se caracteriza por dolor hipogástrico intenso, orificio cervical interno abierto y presencia de membranas íntegras; por el contrario al aborto inevitable donde las membranas ovulares se encuentran rotas. El aborto completo es definido como expulsión total, tanto del feto como de las membranas ovulares; mientras que aborto incompleto se da por la expulsión parcial de restos embrionarios asociado a abundante sangrado; y finalmente aborto retenido o frustrado que se evidencia por la muerte fetal retenida en el útero por un lapso de cuatro semanas (45).

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de sangrado vaginal asociado a dolor hipogástrico tipo cólico en una gestación menor de 22 semanas relacionado a orificio cervical abierto; signos y síntomas que coinciden con los descritos en la paciente (46).

Ante la sospecha de aborto espontáneo, se le debe realizar una ecografía transvaginal para confirmar gestación intrauterina y viabilidad fetal en el cual se describe un saco gestacional mayor o igual a 21 mm o una longitud cefalocudal mayor o igual a 6 mm sin actividad cardíaca. Del mismo modo, se realiza un dosaje cuantitativo de fracción beta HCG donde se puede evidenciar una caída mayor al 25 % en 48 horas tras iniciado los síntomas, así como descenso de los niveles de progesterona sérica (47). Una vez diagnosticado el aborto se debe evaluar la inestabilidad hemodinámica de la paciente y la presencia de sepsis para realizar un procedimiento de emergencia.

El tratamiento consiste en evacuación de contenido uterino por método quirúrgico o médico. En caso se presente en una paciente hemodinámicamente estable, afebril, con escaso sangrado y sin signos de infección, se indicará tratamiento médico mediante la administración de

misoprostol 400 microgramos vía oral y 400 microgramos vía transvaginal; posteriormente se debe realizar control ecográfico y dosaje cuantitativo de beta HCG a la semana. Caso contrario, se debe realizar Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en una gestación menor a 12 semanas y/o menor a 12 cm o legrado uterino en gestación mayor a 12 semanas y/o mayor a 12 cm; de no presentarse alguna complicación y haber transcurrido un periodo de dos horas de observación, se indicará reposo y alta médica (42).

En el siguiente caso clínico se describe a una gestante con diagnóstico de hiperemesis gravídica. La hiperemesis gravídica se define por la presencia de vómitos severos y persistentes durante el embarazo, generalmente entre la sexta y décima semana, que causan la pérdida de peso superior al 5 % del peso anterior al embarazo y alteraciones metabólicas y electrolíticas, estado de deshidratación y cetonuria (48).

La presencia de náuseas y vómitos es muy común durante la gestación presentándose casi en 90 % de estos; mientras que, la hiperemesis gravídica afecta solo el 0.1-2 % de los embarazos, principalmente en mujeres jóvenes y primigestas (49).

La etiología es desconocida y probablemente multifactorial; sin embargo, la teoría hormonal es la más aceptada. Se ha relacionado este trastorno a altas concentraciones sérica de estrógenos y progesterona, estas hormonas relajan el músculo liso alterando el tiempo de tránsito gastrointestinal y vaciado gástrico; por lo que las náuseas y vómitos se ven favorecidos. Del mismo modo, se ha relacionado síntomas más severos con la presencia de niveles más altos de beta HCG como se da en el caso de gestación múltiple o mola hidatiforme (50).

La hiperemesis gravídica puede ser leve, moderada y severa, dependiendo del porcentaje de pérdida de peso, signos de deshidratación y persistencia y/o gravedad de los síntomas; tales como, náuseas y vómitos incoercibles, intolerancia oral, sialorrea, aliento afrutado, ansiedad, taquicardia, hipotensión, confusión mental, ictericia, entre otros. En los exámenes de

laboratorio se puede encontrar niveles elevados de transaminasas, hiponatremia, hipokalemia e hipocloremia, cetonuria y aumento de la osmolaridad. Asimismo, se debe realizar una ecografía obstétrica para descartar enfermedad trofoblástica; y ecografía abdominal para descartar enfermedad hepatoiliar. El diagnóstico suele ser por exclusión caracterizado por la presencia de los síntomas ya descritos y de hallazgos los exámenes de laboratorio compatibles con esta patología (51).

Los criterios de hospitalización son pérdida de peso mayor al 5 % del peso previo a la gestación, persistencia de síntomas que comprometen el estado general de la paciente evidenciado en un estado de deshidratación, alteraciones electrolíticas y metabólicas progresivas. Debido a que la paciente no cumplía con tales criterios fue tratada en área de observación hasta la mejoría de los síntomas (48).

En el caso presentado se trataba de una paciente con hiperemesis gravidica leve; por lo que, la hidratación endovenosa, reposición electrolítica y administración de antiemético fue suficiente para la mejoría de sus síntomas. Cabe resaltar, que es de suma importancia brindar consejería nutricional al momento de la alta médica, indicando la ingesta de comida fraccionada, dieta a base de carbohidratos y evitar consumo de alimento con condimentos, gaseosas o productos carbonatados, alcohol y alimentos grasos que pueden empeorar el cuadro clínica de la paciente.

El cuarto caso de gineco obstetricia trae a colación a una gestante a término que acude con contracciones regulares pero se le detecta oligohidramnios en la ecografía obstétrica. El oligohidramnios es una condición que se caracteriza por la disminución del volumen de líquido amniótico esperado para una edad gestacional, cuya etiología se encuentra asociada a causas maternas, fetales, placentarias e idiopáticas que varía según la gravedad y edad gestacional en la que se encuentre el paciente (51). En el caso descrito, la gestante diagnosticada de oligohidramnios se encontraba en el tercer trimestre de gestacion; por lo que, su etiología podría estar relacionada a ruptura prematura de membranas, desprendimiento

premature de placenta, insuficiencia uteroplacentaria, preeclampsia e hidratación materna subóptima.

En la práctica clínica se puede evidenciar las siguientes características: una altura uterina inferior a la esperada para su edad gestacional, pérdida de líquido amniótico y la palpación abdominal de partes fetales en casos más severos; sin embargo, la forma objetiva de evidenciar el oligohidramnios es mediante la ecografía (53).

La medición del líquido amniótico en la ecografía se hace por medio de una evaluación subjetiva, técnica de la medida del Pozo Vertical Mayor y cálculo del Índice de Líquido Amniótico (ILA). La técnica de la medida de un solo pozo consiste en el cálculo de la profundidad vertical máxima del pozo más grande de líquido amniótico observado, cuyo valor normal se debe encontrar entre de 2 a 8 cm. Asimismo, el índice líquido amniótico se encuentre dividiendo la cavidad uterina en cuatro cuadrantes y midiendo el pozo vertical más profundo en cada uno de estos, para posteriormente obtener un promedio de los 4, siendo el valor normal entre 5 y 25 cm. Se prefiere como método de screening hacer uso de Pozo Vertical Mayor en gestantes de bajo riesgo e ILA; sobre todo para gestaciones con patologías asociadas (54).

El manejo general del oligohidramnios es en primer lugar la hidratación materna mediante la administración de dos litros de agua vía oral o mediante vía endovenosa; y descartar ruptura prematura de membrana, como posible etiología, realizando el test de ferning o helecho, prueba de nitrazina o amniosure.

En gestantes a término, como el caso de nuestra paciente, que presenten ILA menor a 5 cm se debe culminar la gestación por la mejor vía dependiendo de la presencia de signos de hipoxia fetal, antecedentes obstétricos y condiciones cervicales (45). El uso de agentes de maduración cervical es una opción aceptable para pacientes con un cuello uterino desfavorable y/o inmaduro (53). En nuestro caso, la gestante presentaba signos de bienestar fetal y cambios cervicales con una escala de Bishop en

5 por lo que se procedió a maduración cervical con misoprostol para permitir la oportunidad de parto vaginal.

El primer caso de la rotación de pediatría que se pasará a discutir describe a un niño diagnosticado de estatus epiléptico con antecedente de síndrome de West. El estatus epiléptico se caracteriza por una crisis epiléptica persistente, prolongada y continua mayor a treinta minutos o diversas crisis repetidas sin recuperación del estado de conciencia entre ellas (55). Estas patologías pueden originarse por alguna alteración genética, estructural, metabólica, infecciosa o desconocida; siendo la causa genética, la más frecuente en niños pre escolares (56).

Entre ellas se encuentra el Síndrome de West, cuya prevalencia es del 2 al 10% de las epilepsia infantiles; definida como una encefalopatía epiléptica de diagnóstico frecuente entre los tres y diez meses de edad, que se caracteriza por crisis epilépticas generalizadas tipo mioclónicas, hipsarritmias evidenciadas en el electroencefalograma y deterioro del desarrollo psicomotor (57).

Las medidas iniciales dentro de los primeros cinco minutos en la emergencia son las de soporte vital ABC que corresponde a; de vía aérea, control de la respiración y circulación, respectivamente; que aplican mediante la aspiración de secreciones, posición decúbito lateral izquierdo para prevenir una broncoaspiración, retiro objetos cercanos a la boca, administración de oxígeno suplementario con la finalidad de evitar hipoxia cerebral, colocación de vía endovenosa, monitoreo continuo de la frecuencia respiratoria, cardíaca, temperatura y saturación de oxígeno. Asimismo se recomienda descartar problemas metabólicos y electrolíticos por medio de exámenes de laboratorio (55,58).

Los fármacos de primera línea son los benzodiazepinas porque su efecto es de rápida acción, siendo de elección lorazepam ya que disminuye el riesgo de depresión respiratoria, ingreso a unidad de cuidados intensivos y la necesidad de dosis adicionales para contener la crisis. Sin embargo, este

fármaco es usado ya que no se encuentra disponible en los hospitales, debido a esto se da uso de diazepam y midazolam (59).

El diazepam se administra por vía endovenosa a dosis de 0.3 mg/kg en bolo lento de 1 a 2 mg/minuto o también por vía rectal a dosis de 0.5 mg/kg seguido de un bolo de solución salina de 3-5 ml por medio de una sonda en la ampolla rectal. Del mismo modo, la administración de midazolam a una dosis de 0.2 a 0.3 mg/kg por vía bucal o intranasal o a una dosis de 0.15 - 0.2 mg/kg por vía endovenosa o intramuscular (58).

La crisis epiléptica del paciente descrito en el caso logró remitir a la administración del primer bolo de benzodiazepinas (midazolam) asociada a las medidas de soporte vital y oxígeno suplementario; no obstante, se podría aplicar hasta dos bolos de benzodiazepinas, si la crisis continuará se administrarán fármacos de segunda línea de acción.

Los fármacos de segunda línea están conformados por anticonvulsivantes parenterales como fenobarbital, a una dosis carga de 20 mg/kg administrado a una velocidad máxima de 1mg/kg/min, fenitoína a una infusión lenta de 20 mg/kg y a una velocidad máxima de 1mg/kg/min; y ácido valproico, a una dosis de 30-40 mg/kg con una velocidad de infusión a 3 mg/kg/min. En caso de pacientes con medicación crónica debería elegirse el mismo medicamento. En caso persista la crisis puede asociarse uno o dos medicamentos más de esta segunda línea; y si aún así, no logra superar la crisis epiléptica se debe realizar intubación endotraqueal además de la administración de fármacos de tercera línea como pentobarbital y propofol (58).

Finalmente, todo paciente con estatus epiléptico debe ser trasladado a la unidad de trauma shock para un monitoreo continuo de sus funciones vitales, asegurar una buena hidratación y continuar con terapia anticonvulsiva previamente instaurada, tal como se hizo en este caso.

La enfermedad diarreica aguda es una patología altamente prevalente en la población pediátrica y es el tema al que se hará alusión en las siguientes líneas. Se define como el aumento de frecuencia habitual de las deposiciones y la disminución de consistencia, por lo general, mayor a tres cámaras en veinticuatro horas, siempre teniendo en cuenta que la duración del cuadro debe ser menor a catorce días, para no confundirlo con los episodios de diarrea persistente y/o crónica. En el caso de nuestro paciente, presentó una diarrea de tipo acuosa, la cual se caracteriza por no tener ni sangre ni moco en las deposiciones (60).

En niños menores de cinco años no está recomendada la prueba de reacción inflamatoria (conteo microscópico de leucocitos por campo en materia fecal) para detectar infección bacteriana invasora; por el contrario, si se sugieren como signos de alta probabilidad, la presencia de sangre macroscópica en las deposiciones y clínica sugestiva como fiebre alta (mayor o igual a 39 °C) (61). Lo expresado en líneas anteriores es importante para evitar el uso irracional de antibióticos y de esta manera, disminuir la resistencia a los mismos.

La preocupación más importante en un niño con diarrea aguda es la deshidratación a la que esta puede conllevar, por lo que el diagnóstico se basa básicamente en los signos clínicos de deshidratación tales como hundimiento de los ojos, avidez por líquidos, signo del pliegue, mucosas, presencia de lágrimas y estado de la conciencia.

El manejo va a depender del grado de deshidratación, utilizando sales de rehidratación oral de osmolaridad reducida o conocimiento de cereales (panetela) en niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación; mientras que si existieran signos leves, moderados o severos de deshidratación, el manejo variará de acuerdo al esquema de tratamiento de diarreas agudas (60).

En niños con algún grado de deshidratación y vómitos persistentes podríamos usar sonda nasogástrica como alternativa a la rehidratación

endovenosa, mientras que si ya estamos frente a una deshidratación severa el Ministerio de Salud sugiere el empleo de solución polielectrolítica. En caso esta solución no estuviera disponible, consideraremos hidratación endovenosa con solución de NaCl al 0.9 % (500 cc) + Dextrosa al 5 % en agua destilada (500 cc) + KCl (20 mEq/L) o solamente solución de NaCl al 0.9 % de forma aislada (61). Si el infante estuviera en shock hipovolémico se deberá administrar 20 ml/Kg de solución salina en bolo.

Con respecto a la forma en la que se debe administrar líquidos intravenosos al niño menor de cinco años con deshidratación grave es como sigue: 30 ml/Kg en 30 minutos, y luego 70 ml/kg en 2 horas y media. Pasadas las 3 horas del manejo inicial, reevaluaremos el estado de hidratación de nuestro paciente y elegiremos el plan más apropiado (A, B o C) para proseguir con el tratamiento.

Contrario a lo que se podría pensar, no se debe discontinuar la lactancia materna y/o alimentación complementaria. Como coadyuvante, se recomienda el uso de zinc en el manejo de todas las enfermedades diarreicas independientemente del estado nutricional o de la edad del paciente, se puede establecer con total seguridad que una dosis diaria de 20 mg de zinc es eficaz para disminuir la gravedad y duración de los episodios diarreicos en estos pacientes (62). Por el contrario, no están indicados los antibióticos, ni tampoco antieméticos como ondansetrón en menores de cinco años.

El tercer caso de la rotación de pediatría hace referencia a las enfermedades exantemáticas de la infancia; entre ellas, varicela es la condición que se presentó en nuestro establecimiento de salud. La varicela es una enfermedad exantemática aguda y altamente infecciosa causada por el virus varicela zoster (Virus Herpes Humano-3). Se transmite por contacto personal o por gotitas de secreción. Tiene un periodo de incubación de 1 a 3 semanas. La infección se produce más frecuentemente en niños menores de diez años, en quienes causa una enfermedad leve (63). La varicela tiene una

tendencia estacional, siendo más frecuente entre los meses de noviembre y febrero (64).

Clínicamente, puede o no comenzar con uno o dos días de fiebre y malestar. Las vesículas que son muy pruriginosas, de presentación cefalocaudal y centrípeta, estas empiezan a aparecer en la cara y el cuero cabelludo, progresando luego al tronco y abdomen, y más raramente a las extremidades. Estas lesiones se caracterizan por estar en diferentes etapas de desarrollo, lo que se denomina como pleomorfismo regional (65). Luego de tres o cuatro días, las vesículas se secan en forma de costra. El periodo de infectividad comprende desde uno a dos días antes de la aparición de la erupción hasta el secado de la última vesícula en su forma costrificada (63). Como se ha descrito, el caso presentado se dio en un paciente de 4 años, dentro del rango de edad más frecuente, y comenzó con lesiones en el cuero cabelludo, tal cual se ha informado típicamente.

El tratamiento es sintomático, salvo en niños y adolescentes que aun siendo inmunocompetentes tienen mayor riesgo de desarrollar varicela, este es el caso de adolescentes mayor o igual a trece años que no hayan sido vacunados, casos secundarios cuando el contagio fue a partir de un caso primario en casa ya que la enfermedad que se desarrolla suele ser más grave, pacientes con antecedentes de trastornos cutáneos o pulmonares crónicos o niños que reciben terapia crónica con esteroides sistémicos o inhalados, por ejemplo en el asma. Si el niño pertenece a alguno de estos grupos mencionados se administrará un antiviral, Aciclovir, el más ampliamente conocido, 20 mg/kg/dosis cuatro veces al día durante cinco días (66). Por otro lado, no se debería administrar aspirina y salicilatos sistémicos a niños menores de dieciséis años, salvo estricta supervisión médica pediátrica (63).

La mayoría de casos de varicela se manejan de forma ambulatoria, los que se llegan a complicar deben ser tratados en el servicio de infectología del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), por ser el único hospital en Lima con área de aislamiento apropiado para impedir la transmisión. La

complicación más frecuente es la infección secundaria de piel y partes blandas (72 %) mientras que en segundo lugar están las complicaciones neurológicas (18 %) como la ataxia cerebelosa aguda, encefalitis, accidente cerebrovascular/vasculopatía (67). Con respecto a las complicaciones severas, estas son más predominantes en niños menores de cuatro años, siendo las más comunes fascitis necrotizante, neumonía y encefalitis.

Para culminar la rotación de pediatría, se reseña el caso de un neonato expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual da lugar a un amplio rango de manifestaciones clínicas. El VIH tipo 1 (VIH-1) es más frecuente y prevalente que el VIH tipo 2 (VIH-2) (68).

Entre 2012 y 2018, nacieron ochenta y cuatro niños con VIH a pesar de las estrategias de prevención en la transmisión materno-infantil. La mayoría de las veces, el niño se infecta de VIH porque la madre no recibió terapia antirretroviral de manera oportuna, lamentablemente más de la mitad son diagnosticados después del año de vida, por esto la importancia y necesidad de enfatizar en el diagnóstico y tratamiento precoz, ya que mejora la calidad de vida del paciente (69).

La infección tiene 3 vías principales, son: durante el embarazo (en el útero), durante el trabajo de parto/parto (intraparto), que es el más frecuente o después del parto (posparto) a través de la lactancia materna (70).

Las pruebas de tamizaje para diagnóstico de VIH en las gestantes son la prueba rápida y Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA), mientras que las pruebas confirmatorias son Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y Western Blot para VIH. El centro de salud debe realizar de forma obligatoria la prueba de reacción de cadena polimerasa (PCR-DNA-VIH) al primer mes y tercer mes de edad, y luego a partir del sexto mes de vida debido a la posibilidad de haber recibido lactancia mixta. Se debe hacer seguimiento hasta que se pueda conocer el estado serológico a los dieciocho meses de todo niño expuesto a VIH. Se debe administrar profilaxis o terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión vertical a toda

gestante que tenga dos pruebas rápidas para VIH reactivas. En estas gestantes, la vía de elección del parto es la cesárea (71).

Para hacer un manejo diferenciado de la gestante con VIH, la norma técnica peruana describe tres escenarios: escenario uno cuando la gestante es diagnosticada por primera vez durante la atención prenatal o tiene diagnóstico previo sin haber recibido terapia antirretroviral, escenario dos cuando la gestante ya estuvo recibiendo tratamiento antes de salir gestando, y por último, escenario tres cuando recién diagnosticamos a la gestante durante el trabajo de parto.

En el escenario uno, está indicado que se inicie terapia antirretroviral desde las doce semanas de gestación con Tenofovir/Emtricitabina + Raltegravir. El día de la cesárea programada, cuatro horas antes de la operación, se le administra a la gestante zidovudina 2 mg/Kg endovenoso la primera hora, luego de lo cual se mantiene una infusión a un ritmo de 1 mg/Kg/hora hasta el clampaje del cordón umbilical. Rápidamente, luego del parto se debe bañar al recién nacido con gran cantidad de agua temperada y jabón, aspirar secreciones, empezar lactancia con sustitutos de leche materna, e iniciar Zidovudina 4 mg/Kg vía oral cada 12 horas por 4 semanas. En caso la gestante acuda en dilatación más de 4 cm o membranas amnióticas rotas, como ocurrió en el caso expuesto, no tendremos más opción que dejar progresar el parto vaginal dándole profilaxis al neonato bajo la misma premisa que se usó en cesárea (72).

En el segundo escenario el manejo será similar, mientras que en el escenario tres el recién nacido recibirá Zidovudina 4 mg/Kg vía oral cada 12 horas por 6 semanas + Lamivudina 2 mg/Kg/dosis vía oral cada 12 horas por 6 semanas + Nevirapina 12 mg vía oral en tres dosis, al nacimiento, al tercer día y al séptimo día (72).

En el caso expuesto, la gestante empieza a recibir tratamiento justo cuatro semanas antes del parto, por lo que se le consideró un escenario uno administrándole solo Zidovudina al neonato. Cabe resaltar que la norma

técnica del MINSA del 2013 consideraba administrar 2 mg/Kg (71); sin embargo, el documento actualizado al 2019 considera 4 mg/Kg que es la dosis que se empleó (72).

En el primer caso descrito en la rotación de medicina, tenemos a un paciente diagnosticado con pancreatitis aguda que recibió de forma íntegra solo tratamiento médico. La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas que se suele instaurar en poco tiempo. Sospecharemos que se está presentando, cuando el paciente tiene dolor intenso agudo en abdomen superior, por lo que el paso a seguir será solicitar pruebas bioquímicas y de imagen para confirmar el diagnóstico (73).

Podemos clasificar la pancreatitis en leve; en moderadamente grave, que se caracteriza por insuficiencia orgánica transitoria (resuelta en menos de cuarenta y ocho horas) y/o complicaciones locales o sistémicas; y en grave, definida por insuficiencia orgánica persistente. En la mayoría de casos, inicia con un dolor abdominal súbito e intenso localizado en epigastrio. En la mitad de los pacientes, el dolor se irradia a la espalda, y se alivia parcialmente al sentarse o inclinarse hacia adelante. El 90 por ciento presentará náuseas y vómitos (73).

En la exploración física, evidenciaremos el dolor abdominal localizado, o difuso en ciertos casos, distensión abdominal y ruidos hidroaéreos con tendencia a la disminución por íleo secundario a la inflamación. Como los pacientes con pancreatitis grave tienen un compromiso de tipo más sistémico, podrían cursar con fiebre, taquipnea, hipoxemia e hipotensión, mientras que la equimosis periumbilical (signo de Cullen) o en flancos (signo de Gray Turner) sugieren hemorragia retroperitoneal en relación a necrosis pancreática.

La elevación de enzimas digestivas pancreáticas en suero se fundamenta en el escape de éstas de los acinos pancreáticos debido a la dificultad que presentan para su secreción por el conducto de Wirsung. La amilasa sérica se eleva en 6 a 12 horas desde el inicio de la pancreatitis, cuando se eleva

tres veces sobre su límite superior, tiene una sensibilidad del 67 al 83 por ciento y una especificidad del 85 al 98 por ciento para el diagnóstico. No obstante, tiene vida media corta, y si el paciente se presenta a nuestra sala de urgencias veinticuatro horas después de iniciado el cuadro, podríamos perder el diagnóstico si solo nos basamos en esta alteración. Por otro lado, tenemos a la otra gran representante de las enzimas pancreáticas, nos referimos a la lipasa sérica, que tiene una mayor sensibilidad que va desde 82 a 100 por ciento, se eleva antes que la amilasa y perdura más tiempo elevada (74).

Entre otros valores laboratoriales, el péptido de activación del tripsinógeno (TAP) podría ser usado para la detección temprana y como predictor de gravedad; asimismo, un valor de proteína C reactiva (PCR) superior a 150 mg/L a las 48 horas se asocia a pancreatitis grave.

Debemos sospechar de pancreatitis aguda en un paciente con la clínica descrita líneas arriba, pero haremos el diagnóstico definitivo cuando se cumplen dos de los tres siguientes criterios: inicio súbito de dolor epigástrico persistente y severo, que a veces se irradia a la espalda; elevación de la amilasa o lipasa sérica tres veces sobre su valor basal; y hallazgos sugestivos en Tomografía Computarizada con contraste o Resonancia Magnética abdominal como aumento de volumen focal o difuso del páncreas (74).

Si buscamos las causas que pudieron originar este cuadro en el paciente al que se hizo referencia en el caso clínico, y en general, en cualquier paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda, debemos en primer lugar, tener en consideración a los cálculos biliares, ya que representan del 40 al 70 por ciento de los casos; además, se apoya esta hipótesis puesto que en la ecografía se encontró un colédoco dilatado sugiriendo coledocolitiasis. Hay dos factores que se postulan como posibles explicaciones para el origen de una pancreatitis debido a litos, uno de ellos es el reflujo biliar hacia el conducto pancreático por obstrucción transitoria de la ampolla, y el otro es la obstrucción de la ampolla secundario a cálculo o edema ocasionado por el

paso del cálculo. Otras causas que pueden justificar la aparición de pancreatitis aguda, son el alcohol, hipertrigliceridemia con concentraciones séricas mayores a 1000 mg/dL, Colangiopancreatografía retrógrada post-endoscópica (CPRE) y medicamentos (75).

Los predictores de gravedad más importantes en pancreatitis aguda son el score de Ranson, que consta de once parámetros, aumentando la mortalidad conforme aumenta el puntaje, cinco factores se evalúan al ingreso y seis durante las siguientes 48 horas; por otra parte, tenemos la puntuación APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) que es el más usado, tiene la facilidad de realizarse a diario y buen valor predictivo negativo (73).

En referencia al manejo, el lactato de Ringer se recomienda para la reanimación inicial con líquidos; sin embargo, podría usarse solución salina normal a una velocidad de 5-10 ml/Kg/hora hasta que se alcancen los objetivos de reanimación (76).

Para controlar el dolor, la infusión inicial con cristaloides es la prioridad, ya que la hipovolemia por escape vascular y la hemoconcentración pueden causar dolor isquémico y acidosis láctica. En segundo lugar, los opiodes son seguros y efectivos al momento de controlar el dolor producido por una pancreatitis aguda. Estos pacientes deben tener un monitoreo estrecho las primeras 24 a 48 horas, controlando signos vitales, diuresis, electrolitos, glucosa sérica; y aquellos que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos deben tener una evaluación seriada de la presión de la vejiga para detectar un posible síndrome compartimental. Si no hubieran complicaciones como íleo, náuseas o vómitos, la alimentación vía oral puede iniciarse dentro de las 24 horas según vaya tolerando, si el dolor está disminuyendo y los marcadores inflamatorios están mejorando (73).

En algunos pacientes con pancreatitis de moderada a grave es posible que no se tolere la alimentación oral debido al dolor posprandial, náuseas o vómitos asociados a la inflamación gastroduodenal y/o compresión

extrínseca de las acumulaciones de líquido que provocan la obstrucción de la salida gástrica. Esta nutrición parenteral debería iniciarse sólo en pacientes que no toleran la alimentación enteral o si no se alcanza la tasa objetivo de alimentación enteral en un plazo de 48 a 72 horas.

Hasta 20 % de pacientes con pancreatitis aguda desarrollan una infección extrapancreática; por ejemplo, en el torrente sanguíneo, en el aparato respiratorio y tracto urinario. Cuando se sospecha una infección, se debe comenzar la administración de antibióticos mientras se espera el resultado del cultivo; sin embargo, si el cultivo sale negativo, se deben suspender. En ningún caso, se recomiendan de forma profiláctica independientemente del tipo o de la gravedad de la enfermedad (77).

En el segundo caso clínico de medicina, paciente acudió a la emergencia de un hospital nacional con clínica evidente de hemorragia digestiva alta. La enfermedad por úlcera péptica es una causa común de hemorragia digestiva alta, los factores de riesgo más importantes que favorecen el sangrado son los la infección por *Helicobacter pilory*, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, estrés fisiológico y exceso de ácido gástrico. Si bien es cierto, la mayoría de los pacientes con úlceras pépticas sangrantes remiten espontáneamente y no recurren durante la hospitalización, un pequeño grupo tienen alto riesgo de recurrencia y requieren tratamiento endoscópico. Es más, la hemorragia digestiva alta aguda es una emergencia médica común que tiene una tasa de mortalidad hospitalaria del 10% (78).

La evaluación inicial del paciente con hemorragia digestiva alta es primordial, ya que su estabilidad o inestabilidad guiará el manejo. Cuando la clínica es significativa, por ejemplo, hematemesis, melena o hematoquecia, independientemente de la estabilidad hemodinámica, debe iniciar con inhibidor de la bomba de protones intravenosa a dosis alta; por ejemplo, esomeprazol en bolo de 80 mg endovenoso seguido de infusión de 8 mg por hora (79).

Una vez estabilizado, se realiza una endoscopia para diagnosticar lesiones de alto riesgo, conocidas como estigmas de hemorragia reciente, las cuales se asocian hasta en 90 % a hemorragia recurrente. Con este fin, se usa la clasificación de Forrest, teniendo una clase la que corresponde a hemorragia a chorro; Ib, hemorragia en napa; Ila, vaso visible que no sangra; Iib, coágulo rojo adherente; Iic, fondo ulceroso hemático y por último, la clase III corresponde a lesión limpia sin estigmas. Se considerará como alto riesgo de recurrencia hasta la clase Iib. En el caso descrito, al momento de realizar la endoscopia se halló base de fibrina por lo que ya no requirió tratamiento endoscópico. De todos modos, la hemorragia fue importante por lo que quedó hospitalizado para estabilización y posterior transfusión de sangre (79).

Además de los hallazgos en la endoscopia, las puntuaciones de estratificación del riesgo como Blatchford que incluyen los parámetros urea nitrogenada sérica, nivel de hemoglobina, presión arterial sistólica y otros marcadores, también nos puede ayudar a discriminar pacientes que requieren hospitalización de los que no (78). Luego de la infusión intravenosa de inhibidores de bomba de protones a dosis alta, 72 horas después de la endoscopia, se puede pasar a vía oral usando Omeprazol 40 mg dos veces al día (79).

En cuanto a criterios de transfusión, esta se indica en pacientes que, a pesar de tener una hemoglobina normal y haber recibido resucitación con líquidos, siguen inestables; o cuando tenemos un paciente con alto riesgo cardiovascular con una hemoglobina menor de 9 gr/dL o menor de 7 gr/dL si no tiene factores de riesgo. Nuestro paciente tuvo una hemoglobina de 5 gr/dL, de tal manera que, indefectiblemente requería transfusión (80).

El tercer caso de medicina interna está referido a la enfermedad hipertensiva, patología frecuente en nuestro medio, que este caso se presentó con sintomatología aguda acudiendo en dos oportunidades al servicio de urgencias. La hipertensión arterial es un síndrome, con componente vascular, arterial, sistémico, inflamatorio-crónico, sin etiología

clara en la mayoría de los casos, cuyo componente indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica y/o diastólica. El diagnóstico se establece con uno o ambos valores en nivel patológico; y en al menos dos ocasiones en un intervalo de tiempo mínimo de dos semanas (81).

Las causas de la hipertensión se pueden clasificar en dos grandes grupos; hipertensión primaria, esencial o idiopática cuando no existe causa identificable, se ha descrito un componente heredo familiar pero aún no se ha encontrado al gen responsable; por otro lado, tenemos la hipertensión secundaria, que tiene una causa clara que la origina y que corrige la presión arterial elevada cuando se soluciona el problema de fondo, entre ellas destacan enfermedad renovascular, hipo e hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing, coartación de Aorta, enfermedad de Paget, anticonceptivos hormonales, corticosteroides, antiinflamatorios no esteroideos, entre otros (82).

La presión arterial está regulada por varios factores neuro-hormonales de acción sistémica y local, que se rigen por circuitos de autorregulación, manteniendo la presión arterial dentro de los límites de la normalidad. Esta enfermedad es multifactorial siendo gatillada por la conjunción de herencia, estilo de vida, sistema nervioso simpático hiperactivado, ingesta excesiva de sal, y sustancias producidas por el endotelio; resultando en la modificación del gasto cardiaco y/o resistencia vascular periférica, factores que condicionan directamente la presión arterial. Entre todas las sustancias involucradas en la patogénesis de la hipertensión, la angiotensina II es la que determina la persistencia de esta (82).

La hipertensión arterial es generalmente asintomática (70 a 80 %), si hubiera clínica esta incluye cefalea, tinnitus, mareos, escotomas o epistaxis. El diagnóstico se realiza mediante una buena historia clínica, evaluación física, mediciones repetidas de la presión arterial y algunos exámenes auxiliares. Según la *American Heart Association*, la presión arterial normal es menor o

igual a 120/80 mmHg; prehipertensión, mayor o igual 120/80 mmHg e hipertensión arterial, mayor o igual 140/90 (52).

Al final, el diagnóstico se resume a una buena toma de la presión arterial, por lo que se pasa a describir cuáles son los requisitos básicos para esta. Se debe usar un tensiómetro calibrado y validado, la persona debe estar sentada, mínimo cinco minutos en reposo previo a la toma, pies apoyados en el piso, brazo descubierto y extendido a la altura del corazón, no haber bebido café, alcohol u otras bebidas calientes, ni fumar por lo menos hasta treinta minutos antes. Los requerimientos restantes son operador dependientes.

Para estratificar el riesgo usamos variables ya establecidas, como ser varón mayor de 55 años, mujer mayor de 65 años o menopausia precoz, tabaquismo, dislipidemia, historia de enfermedad cardiovascular, obesidad abdominal, glucosa en ayunas mayor a 100 mg/dL y síndrome metabólico.

El manejo inicial siempre es no farmacológico, incluye mantener un peso ideal, realizar actividad física, reducir el consumo de sal, reducir las grasas saturadas, evitar el consumo de alcohol y eliminar el consumo de tabaco (81).

En cuanto al manejo farmacológico, será tratado en un establecimiento de primer nivel siempre y cuando, este no presente diabetes mellitus o daño de órgano blanco concomitante. Si el paciente tiene menos de tres factores de riesgo cardiovascular y está en estadio 1 (mayor o igual 140/90 mmHg) se inicia con un inhibidor de enzima convertidora de Angiotensina (Enalapril), si no se logra el objetivo (PA < 140/90 mmHg), se debe añadir un diurético (Hidroclorotiazida), si nuevamente no se logra el objetivo, se añade un calcioantagonista (Amlodipino). Por otro lado, si tiene tres o más factores de riesgo cardiovascular o estadio 2 (mayor o igual 160/100 mmHg) la indicación es empezar con tratamiento combinado Enalapril + Hidroclorotiazida, y en un segundo momento, de no alcanzar el objetivo, se agrega el calcioantagonista (82).

El último caso de medicina hace referencia a la presentación clásica de la trombosis venosa profunda (TVP). Esta condición está incluida, junto al embolismo pulmonar dentro de las manifestaciones del tromboembolismo venoso. Debido al riesgo que supone una trombosis venosa profunda no tratada pudiendo terminar en tromboembolia pulmonar, y al riesgo de anticoagulación excesiva con consecuente hemorragia, se necesita hacer un diagnóstico preciso de esta condición (83).

En ocasiones la TVP puede ser asintomática, mientras que cuando presenta síntomas estos son tumefacción con mayor frecuencia (97 %), edema, dolor y calor. Los síntomas suelen ser unilaterales, lo que puede excluir algunos diagnósticos diferenciales. Si la TVP es distal, los síntomas se limitan a la pantorrilla, mientras que si la TVP es proximal, la tumefacción se puede extender incluso a toda la pierna.

La historia clínica, y específicamente, los factores de riesgo, son fundamentales para tener un diagnóstico de mayor certeza, estos factores incluyen historia de inmovilización u hospitalización prolongada, cirugía o trauma reciente hasta 12 semanas antes, obesidad, antecedente de tromboembolismo, cáncer, uso de anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal, embarazo o postparto, secuelas de accidente cerebrovascular, edad mayor de 65 años, insuficiencia cardíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, y otros factores menos comunes (83).

Si bien el examen físico a menudo no evidencia enfermedad, podríamos encontrar venas superficiales dilatadas, edema, eritema, diferencia en el diámetro de ambos miembros inferiores, calor, dolor a la palpación y aunque es ampliamente usado, el signo de Homans (dolor en la pantorrilla en dorsiflexión pasiva del pie) no es confiable para la presencia de TVP (83).

En pacientes con score de Wells bajo, se sugiere realizar prueba de dímero D que al tener una alta sensibilidad, sirve para descartar la enfermedad si saliera dentro del rango normal (menos de 500 ng/ml). Por el contrario, un

dímero D positivo, nos obliga a realizar una ecografía de toda la pierna o ecografía de compresión proximal (CUS). La CUS es el estudio de imagen más utilizado para el diagnóstico de TVP. La imposibilidad para colapsar completamente un segmento venoso bajo una suave presión de la sonda ecográfica se considera diagnóstico de TVP. La CUS proximal evalúa la compresibilidad de las venas femoral y poplítea hasta el punto en que esta última se une a las venas de la pantorrilla (84).

Una vez diagnosticada la TVP, todos los pacientes deben ser evaluados antes y durante el tratamiento anticoagulante por riesgo de hemorragia. La anticoagulación inicial; es decir, en los primeros diez días; las opciones incluyen Heparina subcutánea de bajo peso molecular (HBPM), Fondaparinux subcutáneo, inhibidores orales del factor Xa Rivaroxaban o Apixaban, o Heparina no fraccionada. La decisión sobre qué agente se empleará depende de la experiencia del médico tratante, riesgo de hemorragia, comorbilidades y costo. No existen criterios claros sobre quiénes son los pacientes que deben ser tratados ambulatoriamente y quienes, hospitalizados; pero estudios sugieren que el manejo extrahospitalario sigue siendo seguro y eficaz mientras el paciente esté hemodinámicamente estable, tenga bajo riesgo de sangrado y carezca de insuficiencia renal (85).

Finalmente, la anticoagulación a largo plazo; en concreto desde los 10 días hasta los 3 meses, se deberá administrar mediante anticoagulantes orales o subcutáneos que pueden ser los mismos de la etapa inicial, u otros, dependiendo del caso. Los anticoagulantes orales incluyen inhibidores directos del factor Xa (Rivaroxaban, Apixaban o Edoxaban), inhibidores de trombina (Dabigatrán) y antagonistas de la vitamina K (Warfarina), los anticoagulantes subcutáneos incluyen heparina HBPM y Fondaparinux (86).

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En los meses previos a la pandemia, el internado médico fue desarrollado en sedes hospitalarias nivel III-1 y III-2 correspondientes a la Red Almenara donde se llevó a cabo la rotación en el área de Medicina Interna y Gineco Obstetricia respectivamente. Se realizaban jornadas de ocho horas diarias como mínimo, las cuales podían variar de acuerdo al servicio en el cual se estaba rotando, el número de pacientes a cargo y el día de la semana.

Dentro de las funciones que tuvimos como internas de medicina en nuestras respectivas sedes se consideró el cumplimiento de labores asistenciales en el servicio de Hospitalización que consistieron en acompañar y participar activamente en la visita médica diaria, cooperar con la atención del paciente mediante la realización de la anamnesis, examen físico, presunción diagnóstica e instauración del tratamiento siempre bajo la supervisión del médico residente y/o asistente, realizar la Historia Clínica en las primeras 24 horas desde el ingreso del paciente al servicio, efectuar algunos procedimientos auxiliares, como la toma de muestra de sangre para el análisis de gases arteriales, colocación de sonda vesical, toma de electrocardiograma, paracentesis, toracocentesis; participar en las intervenciones quirúrgicas programadas en el caso de Gineco Obstetricia tales como cesáreas, legrados uterinos, histerectomías, etc; curar las heridas de los pacientes hospitalizados; por ejemplo, curación de úlceras por presión, debridación de abscesos, úlceras en pie diabético en el caso de la rotación de Medicina, o curación de infecciones de sitio operatorio en post operadas de cesárea en el caso de Gineco Obstetricia, efectivizar interconsultas y exámenes auxiliares acudiendo en la medida de lo posible al procedimiento al que se someterá el paciente, ya sea endoscopías

digestivas altas, colonoscopías, ecocardiograma, ecografías, tomografías computarizadas, radiografías, entre otros; y siempre estar al pendiente del paciente para poder reportar cambios en el compromiso de su salud al médico asistente de turno.

Las guardias hospitalarias podían realizarse en piso de hospitalización o en tópico de emergencia cumpliendo al horario de guardia programada sin tolerancia a la hora de ingreso y salida. Las mismas no debían sobrepasar las 12 horas continuas sean diurnas o nocturnas y un máximo de tres guardias por semana. Los internos debíamos permanecer en el área programada para estar atentos ante cualquier eventualidad que pudiera ocurrir en el servicio, ya que habían pacientes que podían descompensarse o surgir la necesidad de programar alguna cirugía de emergencia. Asimismo, cuando las guardias se realizaban en el tópico de emergencia se debía atender gestantes en trabajo de parto fase expulsiva, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia con signos de severidad por el lado obstétrico, pancreatitis aguda, accidente cerebrovascular, infartos agudos de miocardio, hemorragia digestiva, tromboembolismo pulmonar, sepsis, por el lado de medicina; además de, proporcionar atención inmediata a todos los pacientes, instar al cumplimiento de las indicaciones médicas; y cooperar en la elaboración de referencias y contrarreferencias.

Con respecto a los derechos que teníamos como internas, nos permitían participar de forma activa en las actividades académicas en las que se discutían casos clínicos y/o temas referentes a las patologías de los pacientes hospitalizados. Se programaron exposiciones y turnos de guardia de acuerdo a un cronograma elaborado por el médico residente.

En ambas sedes hospitalarias se designó a un tutor académico encargado de supervisar el cumplimiento de asistencia, guardias programadas, exposición de temas asignados previamente, así como el ejercicio de docencia para la adquisición de competencias y habilidades. Igualmente, se realizaban evaluaciones periódicas sobre las patologías de los casos vistos hasta el momento.

Se nos daba acceso gratuito a la cafetería de las sedes hospitalarias durante la jornada y proporcionaba equipo de protección personal (una mascarilla N95) cuando se tenían turnos programados en el área de emergencia. De igual manera, fuimos afiliadas al seguro de EsSalud de acuerdo a la normatividad vigente en ese momento.

Mediante el Decreto de Urgencia N° 090-2020 se dispuso el retorno de internos de medicina a centros de salud de acuerdo a la dirección de domicilio de cada uno, de manera que se favoreciera el menor desplazamiento posible y de esta forma, disminuir el riesgo de contagio del virus SARS-CoV2. Se nos asignó al Centro de Salud Materno Infantil de Ancón, el cual pertenece la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte y está categorizado como establecimiento de salud de nivel I-4 (8).

Nuestro establecimiento de salud cuenta con un médico especialista en radiología, doce médico cirujanos, ocho obstetrices, catorce enfermeras, dieciocho técnicos de enfermería, cuatro técnicos de farmacia, tres técnicos en laboratorio, un tecnólogo médico, seis pilotos de ambulancia, once auxiliares administrativos, siete técnicos administrativos, dos terapeutas, un nutricionista, tres cirujano dentistas y dos psicólogas. Dicho personal se distribuye en turnos de seis horas, y guardias de veinticuatro horas mediante acuerdo interno, de tal manera que se brinde la atención ininterrumpida a los residentes del distrito (87).

Los médico cirujanos de nuestra institución están capacitados en la atención materna, neonatal y pediátrica; del mismo modo, el equipo de laboratorio clínico está calificado para realizar procedimientos de Bioquímica, Hematología y Microbiología; mientras que, el químico farmacéutico y técnico de farmacia se encarga de la dispensación de medicamentos previa Receta Única Estandarizada (RUE) de acuerdo al Petitorio de Medicamentos Esenciales.

Como centro de salud de categoría I-4 tenemos la misión de satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad; estamos capacitados para desarrollar actividades de prevención y promoción, además de recuperación y rehabilitación; y gestión. Si bien es cierto, debido a la coyuntura nacional, nos fue difícil realizar las labores prioritarias de prevención y promoción de la salud como se nos explicó que se hacía anteriormente, en cada contacto que tuvimos con el paciente, les brindamos información y recomendaciones para mantener un buen estado de salud, aparte de la función netamente asistencial (17).

Por otra parte, nuestra categoría nos permite el internamiento de corta estancia, servicio ofertado a las puérperas de parto eutócico que son atendidas en nuestro nosocomio, brindándoles durante su permanencia alimentación regulada por la nutricionista, servicios básicos y monitoreo continuo tanto a la madre como al neonato.

De forma paralela, para contribuir a la adquisición de nuevos conocimientos, a partir del mes de noviembre, la Universidad de San Martín de Porres programó videoconferencias de procedimientos y casos clínicos no solo relacionados con las patologías comúnmente vistas en el quehacer médico diario, sino también con el contexto de la pandemia. Dichas clases virtuales se dictaron orientadas a pequeños grupos de alumnos de acuerdo a la rotación designada, para que así la participación sea más activa. De igual manera, se debían entregar tareas acerca del análisis de dichos casos clínicos para mejorar la sustentación del diagnóstico y tratamiento de la patología propuesta.

Durante la emergencia sanitaria, que se mantiene incluso después de haber concluido nuestro internado, realizamos nuestras prácticas pre profesionales bajo un régimen de quince días de asistencia diaria en turnos de seis horas de lunes a sábado, incluyendo una guardia diurna de doce horas a la semana, asignadas en áreas no-COVID; luego de los cuales teníamos quince días de descanso. De esta forma, se alternaron dos grupos de internos cada mes. Tanto la entrada como la salida eran registradas en un

lector biométrico de huella digital para así tener un control más preciso de la asistencia de los internos. Esta nueva modalidad del Programa de Internado Médico fue en un primer momento difícil de asimilar, dada la reducción de horas y la disminución de campos clínicos disponibles para poner en práctica nuestros conocimientos. Sin embargo, este cambio nos permitió proteger nuestra salud y la de nuestros familiares al disminuir el riesgo de exposición al SARS-CoV2; asimismo, fortalecimos nuestras aptitudes en atención primaria de la salud y evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de patologías de alta prevalencia en nuestra sociedad.

Contamos con dos tutores designados por nuestra universidad que se encargaron de guiarnos en la atención de pacientes de consulta externa, emergencia, gestantes y recién nacidos, dándonos progresivamente la libertad para la evaluación y manejo de la mayoría de pacientes que acudían a nuestro establecimiento. Por otra parte, dirigieron las actividades académicas de forma virtual, en las que los internos exponíamos temas sobre patologías de mayor prevalencia en la zona, luego de lo cual se hacía un análisis mediante retroalimentación. Durante los días que asistíamos al establecimiento, tuvimos evaluaciones orales sobre los tópicos vistos en el transcurso del día.

En cuanto a la provisión de equipo de protección personal, este consistía en una mascarilla N95, mandilón de 50 gr, botas y gorro quirúrgicos, guantes de nitrilo, lentes de seguridad, era entregado a cada interno según la demanda.

Dentro de los procedimientos que pudimos realizar en el centro de salud se encuentran el seguimiento de controles prenatales, extracción manual de la placenta, atención inmediata del recién nacido, seguimiento y control de enfermedades no transmisibles como diabetes e hipertensión arterial, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, inserción y retiro de implante subdérmico, profilaxis y tratamiento de anemia en niños y gestantes, sutura de heridas, retiro de puntos, colocación y retiro de sonda vesical, atención de emergencias las 24 horas del día y atención del niño sano. De igual modo, en cuanto a los pacientes cuya condición requería un

establecimiento de mayor nivel de complejidad, se coordinaba referencia al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, único nosocomio de nivel II-2 en nuestra jurisdicción. Los casos referidos de emergencia que tuvimos la oportunidad de evaluar fueron accidente cerebrovascular, traumatismo encefalocraneano, deshidratación severa, sospecha de abdomen agudo quirúrgico, gestantes de alto riesgo obstétrico, y pacientes de consultorio que necesitaban evaluación y manejo por especialidad.

Por otra parte, tuvimos la posibilidad de rotar dos semanas en las especialidades de Ginecología, Pediatría y Cirugía General en el Hospital Sergio E. Bernales el cual está categorizado como establecimiento de salud III-1, ubicado en el distrito de Comas, ofreciendo veinticuatro especialidades en consulta externa.

A lo largo del tiempo que estuvimos en estas rotaciones, se presentaron dificultades en el desarrollo de nuestro internado, encontramos visitas médicas de menor duración en grupos muy reducidos, limitando la discusión de los casos; examen físico más conciso realizado regularmente por el médico residente y/o asistente, delegando más funciones administrativas a los internos. Por esta misma razón, muchos de los procedimientos médicos se tuvieron que aprender de forma virtual; y se recortó el número de ingresos a sala de operaciones.

Sin embargo, en estas rotaciones se nos integró al equipo de internos ya establecidos, permitiéndonos realizar sus mismas labores, tales como elaboración de historias clínicas, evolución diaria de pacientes hospitalizados, presentación de casos en las visitas médicas, participación en algunas rondas de preguntas, curación de heridas, cumplimiento de interconsultas, procedimientos y exámenes auxiliares, explicación al paciente de las indicaciones médicas y la realización de contrarreferencias a sus respectivos establecimientos de salud; así como, participación en las actividades académicas programadas, realización de procedimientos quirúrgicos tales como instrumentación y asistencia en cirugías como apendicectomía, colecistectomía laparoscópica, resección colónica, limpieza

quirúrgica; y otros procedimientos como especuloscopia y tacto vaginal, toma de papanicolau, pelvimetría y atención inmediata del recién nacido.

CONCLUSIONES

El 01 de enero del 2020 iniciamos nuestro internado médico con amplias expectativas sobre nuestro crecimiento formativo en un establecimiento de alto nivel de resolución, realización de procedimientos de mayor especialización y atención de casos de mayor complejidad. No obstante, el contexto mundial cambió, y con él el curso de nuestro internado.

A pesar de los problemas que surgieron con la pandemia, supimos adaptarnos a las nuevas condiciones, transformando las adversidades en oportunidades de aprendizaje, lo que resultó en un mejor enfoque del paciente como un ser integral dentro del contexto en el que vive, y en la adquisición de competencias en el manejo de las patologías más comunes en el primer nivel de atención.

RECOMENDACIONES

Dada las circunstancias, recomendamos a las facultades de medicina fomentar la capacitación virtual orientada a la discusión de casos clínicos reales. Asimismo, el Ministerio de Salud, las entidades reguladoras de educación superior y los establecimientos de salud, en coordinación con las universidades deberían trabajar en conjunto para garantizar una formación de calidad, el suministro continuo de equipos de protección personal y el aseguramiento en salud de los internos de medicina.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Taype A, Tataje G, Arizabal A, Alegría S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. 2016;1(77):31-8.
2. Oficina General de Administración de EsSalud. Reglamento de Internado Médico en el Seguro Social de Salud - EsSalud. 2007.
3. Ministerio de Salud, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Situación de los Campos Clínicos en el Perú. Análisis y propuesta de acreditación de campos de práctica en la formación en salud. 1.^a ed. 2007. 200 p.
4. Red Prestacional Almenara-EsSalud. Convenio de Prácticas Preprofesionales N° G-RPA-ESSALUD-2020. 2020.
5. Seguro Social de Salud. Internado Médico EsSalud 2020. 2019; Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/programa-de-internado-medico/>
6. Presidencia de la República. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM «Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19». 2020.
7. Presidencia de la República. Decreto de Urgencia N° 090-2020 «Medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19». 2020.
8. Ministerio de Salud. 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° 090-2020». 2020.
9. MINSA. Resolución Directoral N° 022-2021-066RH/MINSA. 2021.

10. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. 2020;37(3):504-9.
11. Sánchez A, Flores R, Urbina R, Lara N. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. 2008;10(3).
12. Elizalde J. La importancia de la medicina crítica en el internado de pregrado. 2018;32(3):120.
13. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud. 2020.
14. Defensoría del Asegurado, Gerencia de Desarrollo de Personal. Manual Institucional de ESSALUD. 2008.
15. ESSALUD. Redes Prestacionales y Centros Especializados de Lima y Callao.
16. Seguro Social de Salud. Hospital Almenara de EsSalud obtiene máxima categoría por su alta especialidad y capacidad resolutive en salud. 2019;1.
17. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 V.03 «Categorías de establecimientos del sector salud». 2011.
18. Seguro Social de Salud. Hospital Almenara de EsSalud fue categorizado a Instituto de Salud Especializado. 2015;1.
19. Presidencia Ejecutiva de EsSalud. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 125-PE-ESSALUD-2018. 2018.
20. Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Análisis de Situación de Salud del distrito de Ancón. 2019.
21. Hospital Santa Rosa, Minsiterio de Salud. Guía de práctica clínica del servicio de Cirugía General. Perú; 2015. 84 p.
22. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. 2020;26.
23. Prieto SA, Pérez BAA, Sánchez RER. Diagnóstico ultrasonográfico de colecistitis aguda. MediCiego. 4 de marzo de 2019;25(2):169-80.
24. Martin R, Kang S. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate; 2019 oct. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic->

evaluation?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5

25. World Journal of Emergency Surgery. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES. Jerusalem guidelines. 2020 p. 42.

26. Simik D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults [Internet]. UpToDate; 2021 feb. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20perforada&source=search_result&selectedTitle=1~26&usage_type=default&display_rank=1#H18

27. Rushing A, Bugaev N, Jones C, Como J, Fox N, Cripps M, et al. Management of acute appendicitis in adults: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2019;87(1):214-24.

28. Rodríguez Fernández Z, Rodríguez Fernández Z. Tratamiento de la apendicitis aguda. Rev Cuba Cir. marzo de 2019;58(1):21.

29. López V, Soriano R, Molina R. Utilidad de los drenajes en apendicitis complicada. 2008;15(4):175-8.

30. Benítez L, Ramírez F. Estrategias de diagnóstico y tratamiento para el manejo del traumatismo craneoencefálico en adultos. 2007;10(2):46-57.

31. Hollander J. Assessment and management of scalp lacerations [Internet]. UpToDate; 2021 mar. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-scalp-lacerations?search=HERIDA%20EN%20CUERO%20CABELLUDO&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

32. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica: Antibiótico profilaxis en cirugía. 2013.

33. Gómez A, Pérez J, Tobajas E. Cirugía menor en urgencias. Prácticas específicas: herida en cabeza, manos y pies. Mordeduras, cuerpos extraños y abscesos cutáneos. España; 62-86.

34. De La Concha M, Flores F, Lara R, Cabadas A, García J. Actualizaciones en la mordedura de perro. 2020;18(3):284-9.

35. Ministerio de Salud. NTS N° 131-MINSA/2017/DGIESP-V.01. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. 2017.
36. Ministerio de Salud. Plan de intervención en casos de mordeduras en pacientes del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. 2019.
37. Baddour L, Harper M. Animal bites (dogs, cats, and other animals): Evaluation and management [Internet]. UpToDate; 2021 mar. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=MORDEDURA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2690407769
38. Ananth C, Kinzler W. Placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences [Internet]. UpToDate; 2021 mar. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-pathophysiology-clinical-features-diagnosis-and-consequences?search=desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H600214
39. Hospital Cayetano Heredia, Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de desprendimiento prematuro de placenta. Perú; 2019.
40. Elizalde-Valdés VM, Calderón-Maldonado AE, García-Rillo A, Díaz-Flores M. «Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados perinatales. Rev Med E Investig. 1 de julio de 2015;3(2):109-15.
41. Oyelese Y, Ananth C. Placental abruption: Management and long-term prognosis [Internet]. UpToDate; 2019 oct. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-management-and-long-term-prognosis?search=desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3481395143
42. Hospital Maria Auxiliadora, Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas. Perú; 2012. 337 p.

43. Mora-Alferez AP, Paredes D, Rodríguez O, Quispe E, Chavesta F, de Zigelboim EK, et al. Anomalías cromosómicas en abortos espontáneos. Rev Peru Ginecol Obstet. abril de 2016;62(2):141-51.
44. Rodríguez C, Riós M, González A, Quintana D, Sánchez I. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. 2020;24(6):1028-4818.
45. Instituto Nacional Materno Perinatal, Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Perú; 2010.
46. Prager S, Micks E, Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate; 2020 ene. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation?search=spontaneous%20abort&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
47. Prager S, Micks E, Dalton V. Pregnancy loss (miscarriage): Assessment, counseling, and choice of treatment [Internet]. UpToDate; 2021 feb. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-assessment-counseling-and-choice-of-treatment?search=spontaneous%20abort&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3892592982
48. Hospital San José, Gobierno Regional del Callao. Guía de práctica clínica de Obstetricia. Perú; 2013. 208 p.
49. Cruz F, ampudia margarita malpartida. Hipermesis gravídica. 2016;1(6):14-7.
50. Smith J, Fox K, Clark S. Nausea and vomiting of pregnancy: Clinical findings and evaluation [Internet]. UpToDate; 2020 jun. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-clinical-findings-and-evaluation?search=hipermesis%20gravidica&source=search_result&selectedTitle=2~65&usage_type=default&display_rank=2
51. Ministerio de Salud. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de diez condiciones obstétricas. Perú; 2011. 75 p.

52. Hospital Cayetano Heredia, Ministerio de Salud, Charchar F, Khan N, Poulter N, Prabhakaran D, et al. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de hiperemesis gravídica. 2019.
53. Belooseky R, Ross M. Oligohidramnios: Etiology, diagnosis, and management. UpToDate; 2021 feb.
54. Hospital Cayetano Heredia, Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de oligohidramnios en gestación única. 2016.
55. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica de epilepsia. Perú; 2015. 37 p.
56. Wilfong A. Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology, and clinical features [Internet]. UpToDate; 2020 nov. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-children-classification-etiology-and-clinical-features?search=convulsion&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H8
57. Sanz-Arrazola H, Andia-Berazain C. Síndrome de West: etiología, fisiopatología, aspectos clínicos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. 2014;5(1):30-5.
58. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento del estado epiléptico en niños. 2019.
59. González W, Hernán J. Manejo médico y farmacológico del estatus epiléptico. 2011;27(1):40-6.
60. Hospital de Emergencias «José Casimiro Ulloa». Guía técnica: «Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño». MINSA; 2017.
61. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años. 1.^a ed. Lima, Perú; 2017. 133 p.
62. Benguigui Y, Bernal C, Figueroa D. Manual de tratamiento de la diarrea en niños. Washington, Organización Panamericana de la Salud; 2008 p. 285.

63. Public Health England. Varicella, chapter 34. En: The green book. 2013.
64. Miranda E, Farfán S, Barrientos S, Lara L. Variabilidad estacional de hospitalizaciones por varicela en el INSN, Lima-Perú, 2001-2011. 2013;2(74):97-9.
65. American Academy of Pediatrics. Section 3: Summaries of Infectious Diseases. Varicella-Zoster Virus Infections. En: Red Book. 31.^a ed. 2018.
66. Albrecht M. Treatment of varicella (chickenpox) infection [Internet]. UpToDate; 2020 jun. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-varicella-chickenpox-infection?search=varicela&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H618615445
67. Miranda E, Candela J, Díaz J, Farfán S, Muñoz E, Escalante I. Varicela complicada en un hospital pediátrico de referencia, Perú 2001-2011. 2013;1(30):45-8.
68. American Academy of Pediatrics. Section 3: Summaries of Infectious Diseases. Human Immunodeficiency Virus Infection. En: Red Book. 31.^a ed. 2018.
69. Características de niños con VIH por transmisión materno-infantil atendidos en hospitales de Lima, Perú. 2020;4(37):694-9.
70. Flynn P, Abrams E, Glenn M. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-limited settings [Internet]. UpToDate; 2020 ene. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-mother-to-child-hiv-transmission-in-resource-limited-settings?search=vih%20neonato&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#
71. MINSA. Norma Técnica de Salud N° 946-MINSA/DGSP-V.02 «Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sífilis Congénita». 2013.
72. MINSA. Norma Técnica de Salud N° 159 - MINSA/2019/DGIESP: «Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B». 2019.
73. Swaroop S. Predicting the severity of acute pancreatitis [Internet]. UpToDate; 2021 ene. Disponible en:

- https://www.uptodate.com/contents/predicting-the-severity-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H17
74. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis [Internet]. UpToDate; 2019 oct. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
75. Swaroop S. Etiology of acute pancreatitis [Internet]. UpToDate; 2021 ene. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
76. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. 2013;(13):1-15.
77. Swaroop S. Management of acute pancreatitis [Internet]. UpToDate; 2021 mar. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2
78. National Institute for Health and Care Excellence. Acute upper gastrointestinal bleeding in adults. 2013.
79. Rockey D. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults [Internet]. UpToDate; 2020 jul. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=hemorragia%20digestiva%20alta&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H78371796
80. Vásquez J, Taype A, Hanae J, Arcana E, Cervera L, Contreras J, et al. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). 2018;38(1):89-102.
81. Basile J, Bloch M. Overview of hypertension in adults [Internet]. UpToDate; 2021 ene. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in->

adults?search=emergencia%20hipertensiva&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9#H3

82. MINSA. R.M. N° 491-2009/MINSA Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención. 2011.

83. Bauer K, Huisman M. Clinical presentation and diagnosis of the nonpregnant adult with suspected deep vein thrombosis of the lower extremity [Internet]. UpToDate; 2021 ene. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-the-nonpregnant-adult-with-suspected-deep-vein-thrombosis-of-the-lower-extremity?search=trombosis%20venosa%20profunda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H10763128

84. Ageno W, Squizzato A, Wells P, Buller H, Johnson G. The diagnosis of symptomatic recurrent pulmonary embolism and deep vein thrombosis: guidance from the SSC of the ISTH. 2013;(11):1597-602.

85. Lip G, Hull R. Overview of the treatment of lower extremity deep vein thrombosis (DVT) [Internet]. UpToDate; 2020 may. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-lower-extremity-deep-vein-thrombosis-dvt?search=trombosis%20venosa%20profunda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H5

86. Ortel T, Neumann I, Ageno W, Rebecca B, Clark N, Cuker A, et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. 2020;4(19):4693-738.

87. Gerencia de Recursos Humanos. Programación oficial Abril 2021- Centro de Salud Materno Infantil Ancón. 2021.