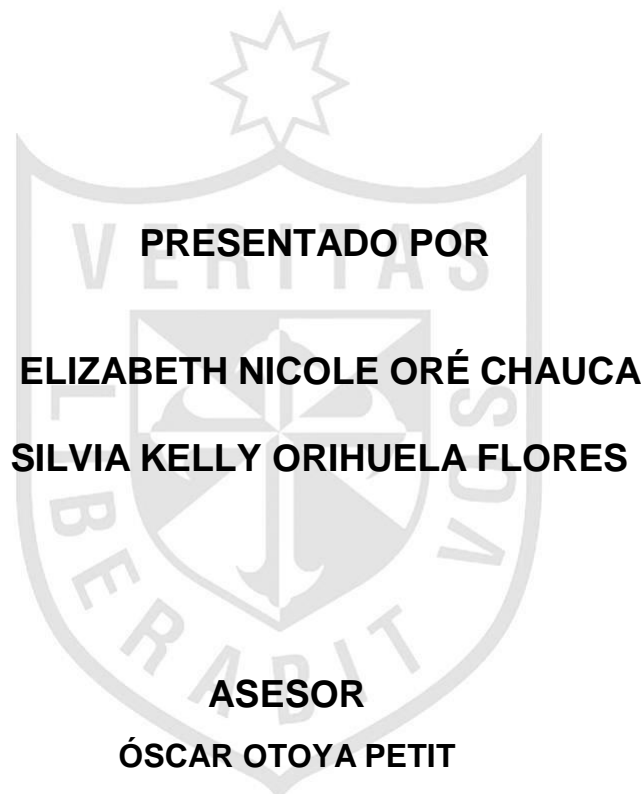




FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO DURANTE PANDEMIA COVID 19 EN LOS
HOSPITALES MARÍA AUXILIADORA Y SERGIO E. BERNALES**

2021-2022



PRESENTADO POR

ELIZABETH NICOLE ORÉ CHAUCA

SILVIA KELLY ORIHUELA FLORES

ASESOR

ÓSCAR OTOYA PETIT

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

LIMA- PERÚ

2022



**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

**INTERNADO MÉDICO DURANTE PANDEMIA COVID 19 EN LOS
HOSPITALES MARÍA AUXILIADORA Y SERGIO E. BERNALES
2021-2022**

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

**PRESENTADO POR
ELIZABETH NICOLE ORÉ CHAUCA
SILVIA KELLY ORIHUELA FLORES**

**ASESOR
DR. ÓSCAR OTOYA PETIT**

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dra. Graciela Pílares Barco

Miembro: Dr. Carlos Morales Paitan

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Resumen	iv
Abstract	v
Introducción	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de medicina interna.....	3
1.2 Rotación de pediatría	7
1.3 Rotación de cirugía	12
1.4 Rotación de ginecoobstetricia	19
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	25
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	28
3.1 Rotación de Medicina Interna	28
3.2 Rotación de Pediatría.....	33
3.3 Rotación de Cirugía	37
3.4 Rotación de Gineco-obstetricia	41
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	47
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
FUENTES DE INFORMACIÓN	50
ANEXOS	58

Resumen

El presente trabajo es un informe que describe las experiencias de los internos de medicina en el periodo de julio 2021 a abril 2022, siendo el internado una de las etapas de mayor importancia para el desarrollo de habilidades y adquirir conocimientos, que conlleva a una adecuada formación del médico cirujano.

El objetivo fue describir cómo se desarrollaron las prácticas pre profesionales en época de pandemia durante las rotaciones de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-Obstetricia y Pediatría, y describir cómo se vieron afectadas por los lineamientos dados por el MINSA para la reanudación del internado, ya que la duración fue de 10 meses. Siendo 5 meses rotando en un centro de salud de primer nivel de atención y los 5 siguientes en una sede hospitalaria.

Desarrollo: Se seleccionaron, redactaron y analizaron casos clínicos de las patologías de mayor frecuencia por cada servicio. Y también se comparó el manejo dado en las respectivas sedes hospitalarias con las guías nacionales e internacionales de manejo clínico de las patologías presentadas en los casos.

Conclusión: El internado médico es una etapa fundamental para todo estudiante de medicina, en el cual integrará parte del equipo de salud, consolidando los conocimientos adquiridos en los años previos, adquiriendo habilidades clínicas e interactuando de manera muy cercana al paciente bajo la supervisión y evaluación de los médicos asistentes de las distintas áreas de rotación. Nos sirvió para poder conocer de cerca cómo es nuestro sistema de salud y ver las carencias tanto de insumos como de personal en los hospitales de MINSA que ya había antes de la pandemia y que se acentuaron con ella.

Abstract

The present work is a report that describes the experiences of medical interns in the period from July 2021 to April 2022, being the internship one of the most important stages for the development of skills and acquiring knowledge, which leads to adequate training. of the medical surgeon.

The objective was to describe how pre-professional practices developed during the pandemic during Internal Medicine, Surgery, Gynecology-Obstetrics, and Pediatrics rotations, and to describe how they were affected by the guidelines given by MINSA for the resumption of internships, since that the duration was 10 months. Being 5 months rotating in a health center of first level of care and the following 5 in a hospital.

Development: Clinical cases of the most frequent pathologies for each service were selected, written, and analyzed. And the management given in the respective hospitals was also compared with the national and international guidelines for clinical management of the pathologies presented in the cases.

Conclusion: The medical internship is a fundamental stage for all medical students, in which they will integrate part of the health team, consolidating the knowledge acquired in previous years, acquiring clinical skills, and interacting closely with the patient under supervision and evaluation. of the attending physicians from the different rotation areas. It helped us to get a closer look at what our health system is like and to see the shortcomings of both supplies and personnel in the MINSA hospitals that already existed before the pandemic and that were accentuated with it.

Introducción

Una de las etapas más importantes en nuestra carrera, es el internado médico. Es donde pondremos en práctica los conocimientos adquiridos en los años anteriores, y también se obtiene mayor experiencia para lograr una atención adecuada del paciente incluyendo la prevención, diagnóstico y manejo apropiado de diferentes enfermedades. ⁽¹⁾ Estas prácticas pre profesionales son realizadas por el estudiante en formación durante el último año de la carrera de medicina, previo al año de servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS) y al examen nacional de medicina (ENAM). Actualmente, debido a la pandemia por el COVID 19, tiene una duración de 10 meses, en donde 5 meses se llevan en centro de salud de primer nivel de atención, y los otros 5 meses restantes en una sede hospitalaria en los diferentes servicios como medicina interna, pediatría, cirugía y gineco-obstetricia.

El Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, se encuentra ubicado en la Av. Túpac Amaru N° 8000 P.J. Collique (Km 14.5 de la carretera Lima-Canta) en el distrito de Comas. Es una institución perteneciente al Ministerio de Salud con categorización III-1 y su nivel de complejidad EE.SS con UPSS especializadas de alta capacidad resolutive. La atención está dirigida a la población directa (residente en los distritos de Carabayllo, Comas e Independencia) y a la indirecta (proviene de las provincias de Huaral y Canta). Tiene el objetivo de brindar una atención inclusiva con calidad que genere reconocimiento y satisfacción al usuario. El HNSEB cuenta con los servicios de emergencia, hospitalización, centro quirúrgico, unidad de cuidado críticos, laboratorio, centro obstétrico y consultorio externo de las diferentes especialidades. ^(2,3)

El Hospital María Auxiliadora se encuentra en el distrito de San Juan de Miraflores, ubicado en la Av. Miguel Iglesias 968, 15828. Es una institución perteneciente al Ministerio de Salud de nivel III-I y es el hospital más grande de referencia de la zona sur que incluye Barranco, Chorrillos, Surco, VES, Lurín, etc. Tiene como objetivo prevenir el daño, recuperar la salud de los pacientes y rehabilitar sus capacidades. El hospital cuenta con los

servicios de emergencia, hospitalización, sala de partos, centro obstétrico, diagnóstico por imágenes, centro quirúrgico, rehabilitación, laboratorio, farmacia y consultorios externos. (4,5)

Una de las características del internado médico es poseer conocimiento y habilidades para brindar una atención eficaz al paciente en cada uno de los servicios por los que se está rotando. También, es donde desarrollamos la capacidad de análisis para un rápido y correcto manejo de la patología que aqueja al paciente.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es una etapa fundamental para todo estudiante de medicina, para poder poner en práctica los conocimientos teóricos y procedimentales adquiridos a lo largo de los años de carrera, y el estudiante podrá desarrollar habilidades que le permitirán atender con seguridad y de forma correcta a la población. Hasta antes del 2020, el internado tenía una duración de 12 meses, sin embargo, por la pandemia del COVID 19, este se vio suspendido desde marzo hasta mayo 2020. ⁽⁶⁾

Este periodo fue realizado en las sedes hospitalarias del Hospital Nacional Sergio E. Bernal y el Hospital María Auxiliadora. Debido a la pandemia, la duración en el hospital fue de 5 meses, y se realizó una rotación en los 4 principales departamentos de cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría.

En la rotación de medicina interna, el interno está encargado de la evaluación diaria del paciente, la toma diaria de funciones vitales, la toma de muestra de sangre para los diferentes exámenes de laboratorio, el llenado correcto de las historias clínicas, la curación de las heridas y también el llevar camillas o silla de ruedas para las ecografías u otros exámenes de ayuda diagnóstica, también debe presentar el caso clínico durante el pase de visita con los asistentes. Una de las desventajas que se encontró es la gran cantidad de tiempo que lleva la parte administrativa como el llenado de órdenes para tomografías, informes médicos, solicitudes de ambulancia.

En la rotación de gineco-obstetricia, se divide en los servicios de hospitalización de obstetricia que abarca ARO (alto riesgo obstétrico), unidad de cuidados intermedios y puerperio. Las responsabilidades que se tiene como interno es evaluar de manera diaria a la gestante o puérpera hasta su alta del servicio, realizar el monitoreo fetal y también, está a cargo del manejo de documentos para la programación de las cesáreas.

Es en este servicio donde se trabaja de manera conjunta con las obstétricas e internas de obstetricia para brindar una correcta atención a la paciente, y un manejo apropiado de la patología.

Se tiene la oportunidad de adquirir experiencia en cuanto a la atención de partos vaginales y a diferenciar cuándo se debe optar por la cesárea.

En la rotación de cirugía general, también comprende las rotaciones por las diferentes especialidades como traumatología, urología y cirugía pediátrica. El interno obtiene mayor aprendizaje y experiencia a través del área de emergencias, ya que las principales patologías que se ven son politraumatizados, abdomen agudo quirúrgico, quemaduras, mordeduras caninas y curación y sutura de heridas. Debido a que ambos hospitales se encuentran en zonas de gran porcentaje de delincuencia, es común que lleguen pacientes con heridas por arma blanca o proyectil de arma de fuego. En cuanto al área de hospitalización, el interno tiene la responsabilidad de la evolución pre o postoperatoria del paciente hasta su alta médica. A través de ello, se obtiene conocimientos para los cuidados post operatorio, limpieza y curación de heridas quirúrgicas.

En este servicio, se tuvo la oportunidad de afianzar los conocimientos sobre técnica quirúrgica, se pudo ingresar a sala de operaciones como instrumentista o segundo ayudante.

Lamentablemente, debido a las restricciones por la pandemia del COVID 19, no se tuvo tiempo suficiente como para poder rotar en las otras especialidades de otorrinolaringología y cirugía plástica. Tampoco se pudo estar en consultorio externo por las mismas razones.

La rotación de pediatría es una de las más importantes y debemos aprovechar al máximo el tiempo que estemos en dicha rotación, debido a que, durante el SERUMS, los pacientes pediátricos son los que más se acercan para la atención. En el hospital, la emergencia de pediatría es la que más afluencia de pacientes tiene, las patologías más frecuentes que pudimos observar fueron síndrome doloroso abdominal, síndrome febril, crisis asmáticas y enfermedad diarreica aguda. Incluye también el área de neonatología, en donde se tuvo la oportunidad de aprender cómo se realiza la atención del

recién nacido. Se pudo realizar actividades académicas como exposiciones de patologías más frecuentes, con los residentes y asistentes del servicio.

1.1 Rotación de medicina interna

Caso clínico 1

Paciente LRAV de 75 años, ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día melena, reflujo gastroesofágico y dolor abdominal tipo urente en epigastrio de intensidad 8/10. Refiere como antecedentes de importancia gastritis y úlceras varicosas desde hace 10 años. Niega RAM. Niega antecedentes quirúrgicos.

Funciones vitales en emergencia: PA 110/60 Frecuencia cardiaca: 105 latidos por minuto Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto Sat %: 94 %
Temperatura: 36.3 °C

Al examen físico: piel, aparato cardiovascular, respiratorio, abdomen y genitourinario sin alteraciones. En el tacto rectal no se evidencia sangrado, ni alteraciones.

Exámenes auxiliares: Hb: 6.2 g/dl Hipocromía 3+ anisocitosis 3+.

Los diagnósticos presuntivos fueron

1. Hemorragia digestiva alta a descartar etiología variceal vs no variceal
2. Anemia severa

El tratamiento indicado fue omeprazol 80 mg, hioscina 50 mg, NaCl 0.9 % 1000 cc EV STAT.

Se realizó interconsulta con el servicio de gastroenterología, el cual sugirió ecografía abdominal completa, manejo de HDA y reevaluación con resultados.

Impresión diagnóstica en informe de ecografía abdominal

- Hepatopatía de aspecto crónico: considerar cirrosis
- Líquido libre en cavidad abdomino pélvica

Con la obtención de los resultados, el paciente se hospitaliza.

Caso clínico 2

Paciente mujer de 38 años ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por disnea, dolor, fiebre (39.5° C), tos con expectoración de coloración verdosa y hemoptisis. Refiere como antecedentes de importancia: asma desde hace 10 años en tratamiento con bromuro de ipratropio 4 puff.

Funciones vitales al ingreso: PA: 100/70 Frecuencia cardíaca: 117 x' frecuencia respiratoria: 22 x' Sat: 95% temperatura: 39 C.

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no cianosis.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados. Matidez en hemitórax derecho.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no impresiona dolor a la palpación
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

- Síndrome febril
- D/C empiema

Exámenes auxiliares: Hb: 9.9, leucocitos 14.200, neutrófilos segmentados: 11146 DHL: 325 U/l, BK (-). Análisis de gases arteriales: sin alteraciones.

Examen de orina: sin alteraciones.

Resultado de ecografía de tórax:

- Efusión pleural derecha con líquido denso
- No signos de derrame pleural izquierdo.

Se le realiza toracocentesis diagnóstica, confirmando el empiema.

Plan:

1. Se hospitaliza
2. CNa 0.9%
3. Ceftriaxona 2g EV c/24h

4. Clindamicina 600 MG EV c/8h
5. Tramadol 100 mg EV c/8h
6. Dimenhidrinato 50 MG EV c/8h
7. ClNa 0.9% x 100 cc EV
8. Paracetamol 500 mg 02 tabletas PRN a temperatura > 38 C
9. CFV + BHE
10. Cabecera a 35 grados

Caso clínico 3

Paciente varón de 37 años, ingresa con un tiempo de enfermedad de 1 semana caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 7/10 en hemiabdomen superior, asociado a náuseas y vómitos (en 7 oportunidades).

Antecedentes: niega

RAM: niega

Funciones vitales al ingreso: PA: 100/70 mmHg frecuencia cardíaca: 83 x' frecuencia respiratoria: 18 x' Sat: 97%

Al examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", ictericia ++/+++ en piel y escleras
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados. No tirajes.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho
- SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Se le realiza exámenes de laboratorio en los cuales se evidencia Hb: 13,2 g/dl, hematocrito 39.3%, leucocitos 10 100 segmentados 94% abastionados 1%, plaquetas 235 000. Perfil de bilirrubinas BT 6.57, directa 5.27. Fosfatasa alcalina 948, GGT 786, amilasa 1547, lipasa 2374, TGO 287, TGP 489.

Ecografía abdominal: Colédoco dilatado 7mm, vesícula biliar paredes 6mm y presencia de varias imágenes litiásicas en su interior

Impresión diagnóstica

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Pancreatitis: d/c etiología biliar
3. D/C coledocolitiasis

Plan:

1. NPO
2. Hidratación
3. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg EV c/8 horas
5. Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas
6. Tramadol 100 mg + dimenhidrinato 50 mg } EV PRN a dolor intenso
7. Metamizol 1.5 g EV PRN T° >38°C
8. CFV + BHE
9. Se solicitan exámenes auxiliares, interconsulta con cirugía general y gastroenterología
10. Paciente se hospitaliza

Caso clínico 4

Paciente mujer de 75 años acude con familiar, con tiempo de enfermedad de 3 días la cual refiere dolor a nivel de hemiabdomen inferior de intensidad 6/10, malestar general, dificultad para ponerse de pie, sensación de alza térmica. Refiere ardor al orinar y que últimamente va varias veces al baño (8 veces al día).

Antecedentes:

- Hipertensión arterial desde hace 20 años, en tratamiento con Losartan 50 mg c/12 h y amlodipino 5 MG c/24 h

Funciones vitales al ingreso: PA: 130/70 frecuencia cardíaca: 82x' frecuencia respiratoria: 18 x' saturación O2: 97%, temperatura: 36.8° C

Al examen físico:

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

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), impresiona dolor a nivel de hipogastrio
- SNC: despierta, obedece órdenes.

Exámenes de laboratorio: Hemograma (leucocitos 12 000, hemoglobina 12.1 g/dl , hematocrito 33.20%, plaquetas 227 000), examen de orina (leucocitos 35-40 x c, hematíes 1-2 x c, gérmenes 3 +++)

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal: ITU
2. HTA por historia clínica

Plan:

1. Dieta blanda + LAV
2. NaCl 0,9% 1000cc
3. Ciprofloxacino 400 mg EV STAT
4. Fenazopiridina 100 mg EV c/12 horas
5. Ranitidina 50 mg EV c/12 horas
6. Metamizol 1,5 g EV PRN a T° >38°C
7. CFV

1.2 Rotación de pediatría

Caso clínico 1

Paciente masculino de 1 mes que ingresa por emergencia acompañado por su papá con tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por deposiciones líquidas con moco y sin sangre (8 cámaras durante el día) 3 días antes del ingreso por emergencia. Hace 2 días del ingreso realiza 10 cámaras de deposiciones líquidas a pastosas sin moco y sin sangre, se asocia a vómitos lácteos. El día del ingreso a emergencia, realiza deposición de consistencia pastosa en poca cantidad.

Funciones vitales al ingreso: Temperatura 37°C, frecuencia respiratoria 38x', frecuencia cardiaca 142x', saturación 98%

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no cianosis, no signo del pliegue
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no impresiona dolor a la palpación
- SNC: reactivo a estímulos, fontanela normotensa.

Impresión diagnóstica:

1. Diarrea aguda infecciosa: viral vs bacteriana
2. D/C Infección del tracto urinario

Reacción inflamatoria en heces: leucocitos > 100 x campo, PMN 80%, MN 20%

Examen de orina: leucocitos 4-6 x campo, hematíes 2-4 x campo, nitritos negativos

Hemograma: leucocitos 7 200, hemoglobina 9.0, hematocrito 26.9, plaquetas 418 000

Con los resultados se plantean los diagnósticos: Diarrea aguda bacteriana, anemia moderada.

Plan:

1. Se hospitaliza
2. LME y/o fórmula maternizada 13% 75 cc VO cada 3 horas
3. Hidratación: Dextrosa 5% 1000cc, NaCl 20%, KCl 20% a 10 gotas x'
4. Ampicilina 200 g EV c/6horas
5. Paracetamol 100mg/ml 12 gotas VO PRN T >38°C
6. Lactobacillus reuteri 5 gotas VO c/24 horas
7. Simeticona 80 mg/ml 8 gotas VO PRN cólico abdominal
8. CFV + OSA

Caso clínico 2

Paciente femenino de 8 años que acude por emergencia en compañía de su madre, con un tiempo de enfermedad de 1 día por eritema generalizado. Desde hace 1 día antes del ingreso presenta ronchas en piernas con gran prurito posterior a la ingesta de chocolate, el día del ingreso a emergencia las ronchas aparecen en cabeza, cara, tórax y se asocia a un incremento del prurito.

Antecedentes:

- RAM: niega
- Hospitalizaciones previas: al 1 mes de vida por neumonía
- Cirugías previas: niega
- Uso de inhaladores /nebulizaciones: sí

Las funciones vitales al ingreso: temperatura 37°C, frecuencia respiratoria 18x', frecuencia cardíaca 92x', saturación 98%.

Al examen físico:

- Piel y faneras: Placas eritematosas extensas en ambos miembros inferiores, tronco y miembros superiores, pruriginosas, no presencia de edemas
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), doloroso a palpación profunda en hipogastrio, se evidencia placas eritematosas con prurito
- SNC: despierta, reactiva a estímulos

Impresión diagnóstica:

1. Urticaria
2. Síndrome doloroso abdominal: d/c ITU

Plan:

Se solicita exámenes auxiliares: hemograma (leucocitos 7 500, hemoglobina 12.8, hematocrito 39.1, plaquetas 388.000), examen de orina (2-4 x campo, hematíes 0-2 x campo, nitritos negativo)

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000 cc, NaCl 20%, KCl 20% : 25 gotas x'
3. Ranitidina 26 mg EV c/ 8 horas
4. Clorfenamina 6 mg EV c/ 8 horas
5. Cetirizina 5mg/5ml 6.5 ml VO c/24 horas
6. Dexametasona 3 mg EV c/6 horas
7. CFV + OSA
8. Pasa a observación

Caso clínico 3

Paciente varón de 8 años y 11 meses, que acude a la emergencia en compañía de su papá con un tiempo de enfermedad de 1 día por tos y dificultad respiratoria.

Paciente acude refiriendo que presenta tos desde hace 1 día del ingreso a la emergencia, que se exacerba con las horas. También refiere un aumento en la frecuencia respiratoria, fiebre cuantificada (38°C).

Antecedentes:

- RAM: niega
- Hospitalizaciones previas: niega
- Asma bronquial: refiere crisis asmáticas 2 veces cada año

Funciones vitales al ingreso: temperatura 37°C, frecuencia respiratoria 31x', frecuencia cardiaca 127x', saturación 93-94%, peso 60 kg

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2"
- Tórax y pulmones: Retracción subcostal, sibilantes inspiratorios y espiratorios, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a palpación
- SNC: Despierto, no signos de focalización

Exámenes auxiliares: Hemograma (leucocitos 19 300 abastados 0 segmentados 82, hemoglobina 12, hematocrito 35%, plaquetas 338 000), en la radiografía se observa signos de atrapamiento de aire, refuerzo de la trama bronquial, atelectasia laminares.

Impresión diagnóstica:

1. Crisis asmática moderada
2. Asma bronquial no controlada
3. D/C Neumonía
4. D/C Atelectasia
5. D/C COVID 19
6. Obesidad

Plan:

1. Se hospitaliza
2. NPO
3. Salbutamol 100ug inh 8 puff cada 20 minutos x 3 veces
4. Bromuro de ipatropio 20ug inh 4 puff cada 20 minutos x 3 veces
5. Dexametasona 12 mg EV STAT, luego 4 mg EV c/6 horas
6. O2 húmedo (4 litros por CNB) para saturación >94%

Caso clínico 4

Paciente varón de 4 meses, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 semana, en compañía de su mamá. Refiere que desde hace 1 semana cursa con tos no productiva, respiración rápida. Niega fiebre. Niega antecedentes de importancia.

Funciones vitales en la emergencia: temperatura 37.5°C, frecuencia respiratoria 26x', frecuencia cardiaca 126x', saturación 97%, peso 10 kg

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2"
- Tórax y pulmones: Tiraje subcostal e intercostal, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, roncales difusos en ambos hemitórax a predominio de izquierdo.

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no soplos audibles
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación
- SNC: despierto, no signos de focalización, reactivo a estímulos

Impresión diagnóstica:

1. SOBA
2. Bronquiolitis

Plan:

Se solicita hemograma (leucocitos 10 100 abastados 0 segmentados 60, hemoglobina 11.4, hematocrito 34, plaquetas 434 000), radiografía de tórax (refuerzo de la trama bronquial), resultado de prueba antigénica COVID 19 negativa

1. Lactancia materna lenta y fraccionada
2. Dextrosa 5 %, NaCl 20%, KCl 20% : 15 gotas x'
3. Salbutamol inh 4 puff c/2 horas (con aerocámara)
4. O2 húmedo por CBN para saturación >95%
5. CFV + OSA
6. Pasa a observación

1.3 Rotación de cirugía

Caso clínico 1

Paciente mujer de 24 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 8 horas. Refiere dolor abdominal en zona de mesogastrio asociado a náuseas y vómitos en más de 10 oportunidades. Se asocia a hiporexia y escalofríos. Acudió al centro de salud donde le aplican analgésico pero el dolor no cede, por lo que decide ir de emergencia al HNSEB. Sin antecedentes de importancia.

Funciones vitales al ingreso: temperatura 37°C, PA 110/60 mmHg, frecuencia respiratoria 18 x', frecuencia cardiaca 87x', saturación 98%.

Al examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar >2”
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+), dolor a palpación mesogastrio y fosa iliaca derecha. McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (+).
- SNC: despierta, LOTEP, Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares: Hemograma (leucocitos 17 900 abastoados 0% segmentados 92%, plaquetas 271 000, hemoglobina 12.3, hematocrito 36.3%), ecografía transvaginal (útero y anexos de morfología normal), bHCG (negativo < 10.0 mIU/ml), examen de orina (leucocitos 0-5 x campo, hematíes 0-3 x campo, nitritos negativo)

Impresión diagnóstica:

1. Abdomen agudo quirúrgico: Apendicitis aguda no complicada

Plan:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc : 35 gotas x'
3. Ceftriaxona 2g EV (1hora antes de SOP)
4. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
5. Ketoprofeno 100 mg EV c/8horas
6. CFV c/8horas
7. Se programa para SOP

Reporte operatorio

Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda no complicada

Diagnóstico postoperatorio: Apendicitis aguda congestiva

Operación realizada: Apendicectomía convencional

Hallazgos: Apéndice cecal de aproximadamente 12 x 1.5 cm, congestiva en toda su extensión. Base indemne, posición pélvica.

1. AA + CCE

2. Incisión transversa en FID
3. Disección por planos hasta llegar a cavidad
4. Identificación de hallazgos
5. Clampaje, sección y ligadura de meso apendicular escalonado con seda negra 2/0
6. Ligadura de base apendicular con seda negra 2/0. Sección a bisturí frío de muñón apendicular
7. Revisión de hemostasia + conteo de gasas completas
8. Cierre de pared por planos
9. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA

Postoperatorio inmediato

1. NPO por 6 horas y luego tolerancia oral
2. NaCl 0.9% 1000cc : 35 gotas x'
3. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
4. Ketoprofeno 100 mg EV c/8 horas
5. Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas
6. CFV c/8 horas

Caso clínico 2

Paciente masculino de 19 años acude por un tiempo de enfermedad de 48 horas, que cursa con dolor tipo opresivo en mesogastrio, asociado a náuseas e hiporexia. Horas antes del ingreso a emergencias refiere que dolor migra a fosa iliaca derecha y que la intensidad del dolor fue en aumento, asociado a 1 vómito de contenido alimentario y sensación de alza térmica.

Sin antecedentes de importancia.

Funciones vitales al ingreso: temperatura 37.5°C, frecuencia cardiaca 99x', frecuencia respiratoria 20x', saturación O2: 99%

Al examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2"
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: globuloso, RHA(+), blando, depresible, dolor a palpación superficial y profunda en FID, McBurney (+), Rovsing(+), Blumberg(+)
- SNC: despierto, LOTEP, Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares: hemograma (leucocitos 17 900, hemoglobina 14.2, plaquetas 274 000)

Impresión diagnóstica:

1. Apendicitis aguda complicada

Plan:

1. NPO
2. ClNa 0.9% 1000 cc : 35 gotas x'
3. Ceftriaxona 2 g EV c/24 horas
4. Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
6. Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas
7. CFV
8. Se programa a SOP

Reporte operatorio

Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda complicada

Diagnóstico postoperatorio: Peritonitis localizada por apendicitis aguda necrosada

Operación indicada: Apendicectomía abierta + secado de cavidad + 2 DPR

Procedimientos y hallazgos: Apéndice cecal de 10x2 cm, necrosada en toda su extensión. Base necrosada. De posición retroileal, subseroso $\frac{2}{3}$ distales.

Líquido purulento aproximadamente 200 ml.

1. AA + CCE
2. Incisión transversal en CID
3. Disección por planos hasta cavidad
4. Identificación de hallazgos
5. Punto transfixiante en base apendicular vicryl 1/0, previa sección frío con tijera Metzembraum
6. Clampaje, sección y ligadura del meso apendicular con seda negra 2/0

7. Secado de cavidad
8. Revisión de hemostasia + conteo de gasas completas
9. Cierre de pared por planos
10. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA

Postoperatorio inmediato

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc
3. Ceftriaxona 2 g EV c/24 hrs
4. Metronidazol 500 mg EV c/8 hrs
5. Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs
6. Ketoprofeno 100 mg EV c/8 hrs
7. CFV

Caso clínico 3

Paciente femenino de 22 años, con un tiempo de enfermedad de 1 año, refiriendo dolor en zona inguinal derecha ha ido incrementando, también se asocia a sensación de masa en dicha región. Niega náuseas, niega vómitos. Niega antecedentes de importancia.

Funciones vitales al ingreso: temperatura 37 °C, PA 100/80 mmHg, frecuencia cardiaca 78x', frecuencia respiratoria 17x'

Al examen físico

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no cianosis
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no doloroso a palpación profunda ni superficial
- GU: Se palpa masa de 2 x 2 cm aproximadamente, a la maniobra de Valsalva no doloroso, no cambios de coloración, reductible
- SNC: despierta, LOTEP, Glasgow 15/15

Exámenes auxiliares: Hemograma (Leucocitos 5 900 Abastados 0.4% Segmentados 54.2%, hemoglobina 12.6, hematocrito 37.3 %, plaquetas 243 000), ecografía de partes blandas (región inguinal derecha, se observa una solución de continuidad del plano aponeurótico con anillo de 17mm por donde protruye grasa mesentérica formando un saco de 16x13 mm, el cual se reduce completamente luego de la maniobra de Valsalva).

Impresión diagnóstica:

1. Hernia crural derecha no complicada

Plan:

1. NPO
2. Ceftriaxona 2 gr EV (1 hora antes de SOP)
3. Se hospitaliza para programar para SOP

Reporte operatorio

Diagnóstico pre operatorio: Hernia crural derecha

Diagnóstico post operatorio: Hernia inguinal derecha Nyhus II

Operación realizada: Hernioplastía tipo Lichtenstein

Procedimientos y hallazgos: Anillo inguinal dilatado por donde sale saco de aproximadamente 4 x 2 cm sin contenido, se revisa zona crural sin evidencia de alteraciones.

1. AA + CCE
2. Incisión transversa en CID
3. Disección por planos hasta aponeurosis del oblicuo mayor
4. Apertura de oblicuo mayor (aponeurosis)
5. Identificación de saco herniario, que se liga y se invagina
6. Colocación de malla de propileno que se fija al ligamento inguinal, conjunto y ligamento lacunar con nylon 2/0
7. Revisión de hemostasia + conteo de gasas completas
8. Cierre de pared por planos
9. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA

Postoperatorio inmediato

1. NPO por 6 horas y luego dieta líquida amplia
2. NaCl 0.9% 1000cc } 35 gotas x'
3. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
4. Ketoprofeno 100mg EV c/8 horas

5. Tramadol 100 mg, dimenhidrinato 50 mg, NaCl 0.9% 100cc } EV c/12 horas
6. CFV c/8 horas

Caso clínico 4

Paciente masculino de 35 años con un tiempo de enfermedad de 1 año que empezó con episodios de dolor en hipocondrio derecho el cual se irradia al hombro derecho que se asocia a náuseas. Refiere que desde hace 8 horas cursa con el mismo dolor en una intensidad de 8/10, después de una comida alta en grasas. Niega antecedentes de importancia.

Funciones vitales al ingreso: temperatura 37°C, PA 100/80 mmHg, frecuencia respiratoria 15x', frecuencia cardiaca 98x'

Examen físico

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no ictericia, no cianosis
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, leve dolor en hipocondrio derecho a la palpación profunda y superficial. Signo de Murphy (positivo)
- SNC: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15

Exámenes de laboratorio: Hemograma (leucocitos 12 200, hemoglobina 13.5, hematocrito 41%, plaquetas 230 000), ecografía abdominal (vesícula biliar de 64 x 26 mm, paredes delgadas de 2mm, presencia de lito de 9.5mm)

Impresión diagnóstica:

1. Colecistitis crónica calculosa reagudizada

Plan:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc : 35 gotas x'
3. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas

4. Ketoprofeno 100 mg EV c/8horas
5. CFV c/8horas
6. Se programa para SOP

Reporte operatorio

Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis crónica calculosa reagudizada

Diagnóstico postoperatorio: Colecistitis crónica calculosa reagudizada

Operación realizada: Colectomía laparoscópica

Procedimientos y hallazgos: Vesícula biliar de 10x5cm aproximadamente, contenido de bilis clara y cálculo de aproximadamente 13 mm de diámetro.

Paredes de vesícula de aproximadamente 5mm, cístico de 4mm.

1. AA + CCE
2. Incisión a nivel umbilical para colocación de trócar1
3. Neumoperitoneo abierto
4. Colocación de trócares bajo visión directa de trócar 2, 3 y 4
5. Identificación del triángulo de Calot
6. Clampaje de arteria cística y conducto cístico (1:2)
7. Colectomía mixta
8. Extracción de vesícula biliar en bolsa de guante por t1
9. Revisión de hemostasia + conteo de gasas completas
10. Cierre de pared por planos
11. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a URPA

Postoperatorio inmediato

1. NPO x 12 horas, luego iniciar tolerancia oral
2. NaCL 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto
3. Ketoprofeno 100mg EV C/8horas
4. Ranitidina 50mg EV c/8horas
5. CFV c/8h

1.4 Rotación de ginecoobstetricia

Caso clínico 1

Paciente de 22 años que acude por emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día por presentar dolor en hipogastrio, sangrado vaginal tipo manchas y picazón en zona genital. Niega antecedentes de importancia.

FUR 08/02/22

RC 4-5/28

Uso de AOC

Funciones vitales al ingreso: PA: 110/60 mmHg frecuencia cardíaca: 88 x' frecuencia respiratoria: 18 x' Saturación: 98% temperatura: 36.5

Al examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2", no presencia de edemas.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no doloroso a palpación.
- Tacto vaginal: secreción blanquecina espesa y grumosa, no se evidencia sangrado vaginal
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

1. Vulvovaginitis por candida

Plan:

1. Clotrimazol en comprimido vaginal 500 mg dosis única

Caso clínico 2

Paciente mujer acude referida del servicio de ecografía con los diagnósticos gestante de 36 semanas, oligohidramnios severo, doppler de arterias uterinas patológico. Paciente refiere que percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal, niega síntomas premonitorios de eclampsia.

Niega antecedentes de importancia.

Antecedentes G2P1001

Funciones vitales al ingreso:

PA: 120/80 mmHg frecuencia cardíaca: 90 x' frecuencia respiratoria: 20 x'

Saturación: 97%

Temperatura 37° C.

Al examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2", no presencia de edemas.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles
- Abdomen: blando, depresible, RHA (+), no impresiona dolor a la palpación. AU: 32 cm LCF: 140 x' MF: ++ SPP: LCD DU: -
- Tacto vaginal: cérvix cerrado posterior.
- GU: PPL (-), PRU (-)
- GE: no pérdida de líquido amniótico, no sangrado vaginal
- SNC: LOPEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

1. Gestante de 36 semanas
2. No labor de parto
3. Oligohidramnios por ecografía

Exámenes auxiliares

Hemograma: Hb 12.0, leucocitos 12.400, plaquetas 208 000

TGP: 42 U/l fosfatasa alcalina: 422 U/l

NSTE: no reactivo, hipoactivo, ausencia de movimientos fetales

Plan:

1. Cesárea de emergencia
2. NPO
3. CFV + OSA
4. NaCl 0.9% 1000 cc
5. Oxitocina 30 UI.
6. Ranitidina 50 mg EV c/8h
7. Metoclopramida 10 mg EV c/12h
8. Metamizol 1 g EV c/8h

9. Tramadol 100 mg SC condicional a dolor
10. Ácido tranexámico 1g c/8h EV
11. Hemograma control

Caso clínico 3

Paciente femenino de 22 años, acude a servicio de emergencia refiriendo pérdida de líquido claro desde hace 11 horas, también refiere contracciones uterinas que se presentan cada 10 minutos. Niega sangrado vaginal. Percibe movimientos fetales.

- EG: 40 ss 1/7 x eco IT
- FUR 12/05/21
- FPP 16/02/22
- G3 P1011.

Niega antecedentes de importancia

Funciones vitales al ingreso: temperatura 36.7 °C, PA 104/81, frecuencia respiratoria 18x', frecuencia cardiaca 80x', saturación O2 98%

Al examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: AU 33 cm, SPP LCI , LCF 139x' DU 2/10
- TV: D 3 cm I 85% AP -3 MO rotas líquido claro Pelvis ginecoide
- SNC: despierta, LOTEP, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

1. G3 40 semanas 1/7 x eco IT
2. FLTP
3. RPM +/- 11 horas
4. ARO: CPN inicio tardío

Plan:

1. NaCl 0.9% 1000cc, oxitocina 10 UI
2. Cefazolina 1gr EV c/6 horas

3. COE (DU + LCF)
4. Monitoreo fetal
5. CFV + OSA
6. SS ecografía obstétrica y exámenes de laboratorio
7. Queda en observación

Exámenes de laboratorio: Hemograma (Hb 12.6 hematocrito 32.5% plaquetas 323 000 leucocitos 8 000), examen de orina no patológico

Ecografía obstétrica (Gestación única activa de 40 semanas 1/7 por eco IT, percentil de crecimiento 18.7%, PBF 8/8)

Caso clínico 4

Paciente femenino de 18 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día, refiere sangrado vaginal tipo coágulos de moderada cantidad asociado a dolor pélvico. Trae ecografía de hace 20 días y de hace 5 días antes del ingreso donde se evidencia saco gestacional sin embrión.

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes quirúrgicos: niega

RAM: niega

G1 P000

FUR 12/12/21

FPP 18/09/22

EG 10 3/7 semanas por FUR

Funciones vitales al ingreso: temperatura 37.8°C, frecuencia cardiaca 102x', frecuencia respiratoria 19x', saturación 98%

Al examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2"
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no soplos audibles
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a palpación

- Tacto vaginal: OCE, OCI cerrado, sangrado vaginal escaso en dedo de guante

Se realiza ecografía transvaginal donde se evidencia: útero anteverso flexo, y en cavidad uterina se observa un saco gestacional elongado de diámetro medio 22 mm, sin embrión ni vesícula vitelina. Conclusión: Gestación no evolutiva.

Exámenes de laboratorio: Hemograma (leucocitos 6200, hemoglobina 12.1, hematocrito 36.4, plaquetas 257 000)

Impresión diagnóstica:

1. Aborto retenido

Plan:

1. Se prepara para AMEU
2. NPO
3. NaCl 0.9% 1000 cc } vía
4. Misoprostol 800 mg SL STAT
5. Doxiciclina 200 mg VO 30 minutos pre AMEU
6. CFV
7. CSV

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El HNSEB es un establecimiento de categoría III-1, que se encuentra ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la Avenida Tupac Amaru N° 8000 P.J. Collique (Km 14.5 de la carretera Lima-Canta), en el distrito de Comas (Anexo 1). El nosocomio atiende a pacientes provenientes del cono norte de Lima Metropolitana, en su mayoría de los distritos de Comas, Carabayllo, Independencia, Puente Piedra, Los Olivos y la provincia de Canta, tiene una cobertura de casi un millón de habitantes.⁽²⁾ Los servicios que brinda el hospital son: consulta externa, hospitalización, emergencia, cuidados críticos, centro quirúrgico, banco de sangre, farmacia, patología clínica, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, odonto-estomatología, medicina física, rehabilitación, anestesiología, nutrición, dietética, psicología, servicio social y enfermería. Además, posee una amplia cartera de servicios por las diferentes especialidades médicas.⁽³⁾

El HAMA es el único hospital de nivel III-1 en el cono sur de Lima Metropolitana ubicado en la Av. Miguel Iglesias 968 en San Juan de Miraflores (Anexo 2). Los pacientes pertenecen principalmente de los distritos de San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo, también atiende a pacientes del interior del país, ya que es un hospital de referencia. Ofrece los servicios de emergencia, sala de parto, diagnóstico por imágenes, hospitalización, centro quirúrgico, banco de sangre, rehabilitación y laboratorio.⁽⁵⁾ Además, los diferentes departamentos de consulta externa cuentan con una amplia cartera de especialidades médicas.

El internado médico se lleva a cabo durante el último año de la carrera de medicina, son prácticas preprofesionales donde se tiene la oportunidad de estar en un contacto permanente y activo para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente, bajo la supervisión del médico asistente del servicio.⁽⁷⁾ Se consolida e integra lo aprendido en años previos, para así prepararlo cuando realice el SERUMS.

Sin embargo, también existen dificultades en su realización como la sobrecarga laboral, deficiencias en la docencia, estrés, agotamiento físico y emocional, trabajo administrativo que ocupa gran parte del tiempo, incumplimiento del horario de salida establecido y poca tolerancia por parte del personal que trabaja en el hospital. ⁽⁸⁾ El rendimiento académico y laboral se ve afectado por tales inconvenientes, ello también tiene un impacto en la salud mental y calidad de vida del interno.

Debido a la pandemia por el COVID 19, en marzo del 2020, se decidió suspender las actividades hasta agosto del mismo año ⁽⁹⁾, y se implementaron medidas para disminuir la exposición de los internos al COVID a través de la entrega de equipo de protección personal, el no contacto en zonas de hospitalización de pacientes COVID, no horarios sobrecargados para disminuir la exposición y la entrega de un estipendio mensual. ⁽⁸⁾

El internado comenzó el 5 de julio del 2021, posterior a la aplicación de las dos dosis de la vacuna contra el COVID 19. De acuerdo con las disposiciones del MINSA, se realizaría 5 meses en el primer nivel de atención y los otros 5 meses restantes en una sede hospitalaria ⁽⁹⁾, en la cual se realizó las rotaciones por los servicios de Medicina interna, pediatría, cirugía general y gineco-obstetricia.

Una de las principales desventajas que se atravesó fue el corto tiempo por rotación en las sedes hospitalarias, lo cual no permitió al interno mantener un seguimiento constante de los pacientes en hospitalización, limitando así el aprendizaje y la falta de adquisición de experiencia en el diagnóstico y manejo de diferentes patologías. También se pasó gran parte del tiempo realizando trabajo administrativo.

En varias de las rotaciones debido a la falta de personal técnico, el interno era el encargado de llevar al paciente en silla de ruedas o en camilla para los exámenes como ecografías, tomografías o electrocardiogramas.

En ambas sedes hospitalarias, existen problemáticas que persisten desde antes del comienzo de la pandemia, como la falta de insumos para el desarrollo de algunos exámenes de laboratorio (urea, creatinina, análisis de gases arteriales), hubo ocasiones donde se tuvo que pedir a los pacientes que se realicen los exámenes de manera particular. La falta de medicamentos básicos como antihipertensivos, analgésicos, antibióticos de amplio espectro, antidiabéticos y fármacos oncológicos; además de la carencia de material biomédico para realizar oportunamente procedimientos terapéuticos y diagnósticos, por lo que se debía enviar referencia hacia otro establecimiento de mayor complejidad retrasando la elección de un correcto y oportuno manejo. ⁽¹⁰⁾

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se contrasta el manejo clínico y quirúrgico dado en el Hospital María Auxiliadora y Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes con las distintas guías clínicas nacionales e internacionales según las distintas áreas de rotación.

3.1 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 1

El caso nos menciona a un paciente varón que viene por emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día que se caracteriza por melena, reflujo gastroesofágico y dolor abdominal tipo urente en epigastrio de una intensidad 8/10. Con antecedentes de importancia como la gastritis y úlceras varicosas desde hace 10 años, y la esclerosis sistémica. De acuerdo con la clínica con la que viene el paciente se planteó el diagnóstico de hemorragia digestiva alta a descartar una etiología variceal vs no variceal y anemia severa (hemoglobina 6.2 g/dl).

La hemorragia digestiva alta se refiere a la pérdida de sangre, cuyo origen se encuentra situado en el tracto gastrointestinal, proximal al ligamento de Treitz en la unión duodenoyeyunal. Se puede manifestar de distintas formas, con o sin inestabilidad hemodinámica, que incluyen hematemesis (vómitos de sangre o material similar a café molido) y /o melena (heces negras, alquitranadas). A su vez, la hematoquecia puede verse en hemorragias digestivas altas masivas (al menos 1000 ml).⁽¹¹⁾

La hemorragia puede ser secundaria a úlceras gástricas y/o duodenales, gastritis/duodenitis grave o erosiva, esofagitis severa o erosiva, várices esofagogástricas, gastropatía hipertensiva portal, angiodisplasia o síndrome de Mallory-Weiss.⁽¹²⁾ La posible causa de esta hemorragia en el paciente

puede ser la enfermedad ulcerosa péptica, ya que presenta cierta predisposición debido a su edad.

La endoscopia alta es el método diagnóstico de elección para HDA, por su alta sensibilidad y especificidad para localizar e identificar las lesiones sangrantes en el tracto gastrointestinal superior. También permite estratificar el riesgo y brindar una terapéutica adecuada. ⁽¹¹⁾ Además puede ser usada como endoscopia terapéutica ya que permite lograr hemostasia y prevenir hemorragias recurrentes. Es recomendado que sea realizada dentro de las 24 horas, cuando se sospecha que el origen de las lesiones son várices, se deberá realizar la endoscopia dentro de las 12 horas posteriores a la presentación del cuadro. ⁽¹³⁾

La transfusión de hemoderivados está indicada cuando la hemoglobina es menor a 7 g/dl ^(13,14), en este caso se trata de un adulto de edad avanzada (75 años) y por la enfermedad vascular periférica, existe una mala tolerancia a la anemia, por lo que se recomienda mantener la hemoglobina >9-10 g/dl. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo a la escala de Glasgow Blatchford, el paciente con solo la presencia de la anemia severa, ya tendría más de 6 puntos (alto riesgo) por lo que según la guía Essalud 2017 para el manejo de HDA⁽¹⁴⁾, se debe brindar omeprazol 80 mg EV bolo seguido de 40 mg c/12 horas. Se debe realizar la endoscopia dentro de las 24 horas idealmente.

Caso clínico 2

El caso trata de una paciente mujer de 38 años, que acude a emergencia por presentar tos con expectoración verdosa, disnea, hemoptisis y fiebre (40° C) desde hace 4 días. Tiene como antecedente de importancia, asma en tratamiento con bromuro de ipratropio 4 puff desde hace 10 años. Al examen clínico, lo más resaltante es la disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares y presencia de matidez en hemitórax derecho. En los resultados de laboratorio, los valores de los leucocitos se encuentran aumentados, hay elevación de neutrófilos segmentados y aumento de DHL.

En la ecografía solicitada, se evidencia una efusión pleural derecha con líquido denso, motivo por el que le realizan una toracocentesis, confirmando el diagnóstico de empiema.

El empiema está definido como la presencia de pus en el espacio pleural. Los síntomas que se pueden presentar son dolor torácico que se exagera a la inspiración profunda, tos seca, fiebre, diaforesis y malestar general. El diagnóstico puede realizarse mediante una toracocentesis, se puede solicitar una ecografía de tórax, radiografía de tórax y análisis del líquido pleural. ⁽¹⁵⁾ En los resultados del análisis se puede evidenciar pH <7, LDH > 1000 U/L, glucosa < 40 mg/dl y cultivo positivo. Algunos factores de riesgo son la neumonía, una cirugía torácica, traumatismo en el tórax o un absceso pulmonar. ^(16,17)

El tratamiento antibiótico debe iniciarse lo más pronto posible cuando se sospeche de un empiema. Dentro de las opciones incluyen una cefalosporina de tercera generación más metronidazol o el uso de beta lactámicos/ inhibidores de betalactamasa. En pacientes con hipersensibilidad a la penicilina, se puede utilizar un carbapenem o fluoroquinolona más metronidazol. ^(17,18) En este caso, a la paciente se le administró una cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona 2g EV c/24h) y clindamicina 600 mg EV c/8h, presentando mejoría en la paciente.

Caso clínico 3

El caso trata de un paciente varón de 37 años que ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 semana, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico 7/10 en hemiabdomen superior, asociado a náuseas y vómitos (7 oportunidades), sin antecedentes de importancia. Al examen físico se destaca la ictericia ++/+++ en piel y escleras, y el dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Se plantea el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, a descartar pancreatitis. Se ordenan exámenes de laboratorio, los cuales salen con resultados alterados (patrón colestásico), por lo que se plantea pancreatitis aguda a descartar etiología biliar y también coledocolitiasis.

La coledocolitiasis se refiere a la presencia de cálculos biliares dentro del conducto biliar común. De acuerdo a las manifestaciones clínicas, puede tratarse de una no complicada en la cual se presenta dolor en el cuadrante superior derecho o epigástrico, ictericia asociado a náuseas y vómitos.⁽¹⁹⁾ En el laboratorio, los valores de TGO y TGP suelen estar elevados en las primeras etapas de obstrucción biliar, posterior a esto se suele presentar un patrón colestásico con el aumento de la bilirrubina sérica, fosfatasa alcalina y gamma-glutamil transpeptidasa (GGT), que superan los valores de TGO y TGP.⁽²⁰⁾

Las complicaciones principales son la pancreatitis aguda, en donde el paciente presenta además del patrón colestásico, elevación de amilasa y lipasa sérica (más de tres veces el valor del límite superior normal) y/o hallazgos de imágenes que sugieran el diagnóstico. La otra complicación es la colangitis aguda que se presenta a menudo con la triada de Charcot (fiebre, ictericia, dolor en cuadrante superior derecho) y leucocitosis. La pentada de Reynolds (hipotensión y alteración del estado mental) se presenta en los casos graves, provocada por la bacteriemia y sepsis.⁽¹⁹⁾

La escala ASGE es un conjunto de parámetros clínicos predictores que es útil para evaluar el riesgo de coledocolitiasis elaborado por la Asociación Americana de Gastroenterología Endoscópica. De acuerdo a esta escala, el paciente tiene 1 criterio muy fuerte (bilirrubina sérica >4 mg/dl), por lo que sería suficiente para que tenga un alto riesgo de coledocolitiasis.^(20,21,22)

El diagnóstico de la pancreatitis aguda requiere la presencia de 2 de 3 criterios:⁽²³⁾

- Inicio agudo de dolor epigástrico intenso
- Elevación de lipasa o amilasa séricas 3 veces más que el límite superior del valor normal
- Hallazgos característicos de pancreatitis aguda en imágenes (tomografía con contraste, RMN o ecografía transabdominal)

Los cálculos biliares son la causa más común de esta patología, representan al menos del 40 a 70% de los casos. ⁽²³⁾

En este caso la pancreatitis se sospecha debido a la presencia del dolor agudo persistente en epigastrio y la sensibilidad a la palpación en el examen físico, además de que cumple con $\frac{2}{3}$ criterios.

El manejo abarca la reposición de líquidos, analgesia, monitoreo constante y nutrición enteral. Los antibióticos solo se emplean cuando se sospecha de una infección, no está recomendado el darlo como profilaxis. ⁽²⁴⁾

El paciente fue hospitalizado para mayores estudios, y se le brindó medicamentos para el dolor junto con la hidratación.

Caso clínico 4

El caso trata de una adulta mayor de 75 años con un tiempo de enfermedad de 3 días, que se caracteriza por dolor en hemiabdomen inferior de intensidad 6/10, malestar general, dificultad para ponerse de pie, SAT, disuria y polaquiuria.

En el adulto mayor existe un mayor riesgo de infección debido a la senescencia inmune, la presencia de una enfermedad crónica resulta en una mayor susceptibilidad a las infecciones comunes. ⁽²⁵⁾

La infección del tracto urinario es la más común en este grupo etáreo, se diagnostica y se trata de la misma manera que en la población general. La cistitis aguda simple se refiere a la ITU confinada a la vejiga, sus manifestaciones incluyen: fiebre, signos o síntomas de enfermedad sistémica (escalofríos, fatiga, malestar general), dolor de costado. La infección en pacientes mayores puede estar asociada con síntomas inespecíficos como mayor confusión, caídas y anorexia. ⁽²⁶⁾ La primera opción de tratamiento son los beta lactámicos, pero si no pueden ser usados también se puede emplear fluoroquinolonas como el ciprofloxacino de 500 mg. Cuando no existen factores de riesgo para una infección con un organismo gram negativo

multirresistente, se puede usar ceftriaxona 1 gr EV c/24 horas. Las fluoroquinolonas también son alternativas. ⁽²⁷⁾

En la paciente se decidió emplear el ciprofloxacino, debido a que se está cubriendo como si fuese una ITU complicada en un paciente hospitalizado, y debido a que se trata de un adulto mayor con comorbilidad (hipertensión arterial).

3.2 Rotación de Pediatría

Caso clínico 1

El caso clínico 1, trata de un paciente menor que presenta deposiciones líquidas con moco (8 cámaras) sin sangre, asociado a vómitos lácteos. Al examen físico no se encuentran alteraciones, pero sí se puede evidenciar taquicardia y taquipnea. En la reacción inflamatoria en heces solicitada, se encuentran leucocitos > 100 x campo, PMN 80%, MN 20%, por lo que se plantea como diagnóstico, diarrea aguda infecciosa de origen bacteriano. En el examen de orina se aprecian leucocitos 4-6 x campo, hematíes 2-4 x campo, nitritos negativos, por lo que se descarta una infección del tracto urinario.

La diarrea aguda se define como un aumento en la frecuencia de las deposiciones o una disminución de su consistencia que dura menos de 7 días. En los pacientes que tienen pocos meses de vida, se le tiene que dar mayor importancia al cambio de la consistencia de las deposiciones que a un aumento de frecuencia. ⁽²⁸⁾

La mayoría de los casos, es ocasionado por *Salmonella* spp, *Campylobacter* spp, *Shigella* spp y *E.coli*. Los niños presentan mayor superficie corporal en relación al peso, por lo que puede desencadenarse un cuadro de deshidratación, además puede acompañarse de fiebre, dolor abdominal, falta de apetito. ⁽²⁸⁾

En el tratamiento de la diarrea aguda, es importante la hidratación. Los signos que permitirán de una mejor manera el diagnóstico de deshidratación son: mucosa oral seca, ojos hundidos, presencia del pliegue cutáneo, llenado capilar y alteración del estado de conciencia, 2 o más signos permiten el diagnóstico. En este caso, al paciente se le administró Dextrosa 5 %, 1000 cc, ClNa 20 %, KCl 20 % a 10 gotas por minuto. Como antibioticoterapia se utilizó Ampicilina 200 mg/kg/día c/6h EV. Con respecto al soporte nutricional, en los pacientes que presentan diarrea aguda infecciosa, no se debe restringir la lactancia materna ni modificar la calidad de los alimentos. (29,30)

También se indicó lactobacillus reuteri 5 gotas VO cada 24 horas. Es un probiótico que permitirá preservar las barreras naturales del tracto gastrointestinal, de esta manera impiden el crecimiento de microorganismos nocivos y disminuyen el pH del intestino. Con la terapéutica que se estableció para este diagnóstico, el paciente tuvo una evolución favorable y fue dado de alta con indicaciones médicas.

Caso clínico 2

El caso trata de un paciente de 8 años acompañado de su mamá, que ingresa con un tiempo de enfermedad de 1 día, caracterizado por eritema generalizado, presencia de ronchas en miembros inferiores, cabeza, cara y tórax, asociado a prurito. Al examen físico, lo más resaltante es la presencia de placas eritematosas extensas en ambos miembros inferiores, miembros superiores, tórax y dolor a la palpación profunda en hipogastrio. La madre refiere que el cuadro se desencadenó luego de ingerir chocolate. El paciente tiene como antecedentes de importancia, el uso de inhaladores y nebulizaciones además fue hospitalizada al mes de vida por neumonía. En los exámenes auxiliares se puede evidenciar leucocitos 7 500, hemoglobina 12.8, hematocrito 39.1, plaquetas 388.00. Con todos los datos obtenidos y el cuadro clínico, se plantea el diagnóstico de urticaria.

La urticaria se considera aguda cuando se presenta dentro de las primeras 6 semanas. Es la más común en esta población y puede ser desencadenada por varios estímulos, como infecciones, fármacos e hipersensibilidad a los

alimentos. Sus lesiones características son placas eritematosas, elevadas y circunscritas que pueden presentar palidez central. El tamaño varía desde 1 centímetro a más y se asocia a prurito intenso, que interrumpe las actividades diarias del paciente. Pueden ser lesiones individuales o pueden agruparse, y aumentan de tamaño en minutos.

La fisiopatología está mediada por mastocitos y basófilos, que liberan histamina y mediadores vasodilatadores que producen prurito y edema en las capas de la piel respectivamente. La urticaria desencadenada por alimentos, representa el 7% de los casos de urticaria aguda. Puede producirse luego de la ingesta, contacto o inhalación del alimento, y las lesiones pueden aparecer en menos de 1 hora. ⁽³¹⁾

El tratamiento está basado en el uso de antihistamínicos orales. Los más usados de primera generación son la clorfenamina y difenhidramina. Los de segunda generación son de elección, como cetirizina, levocetirizina y desloratadina, debido a que producen menos efectos adversos. ⁽³²⁾ En este caso, el plan fue administrar ranitidina 26 mg EV c/ 8 horas, clorfenamina 6 mg EV c/ 8 horas, dexametasona 3 mg EV c/6 horas, cetirizina 5mg/5ml 6.5 ml VO c/24 horas y pasar al paciente a observación. El paciente tuvo una evolución favorable y fue dado de alta con indicaciones médicas.

Caso clínico 3

El caso clínico 3 trata de un paciente de 8 años, que ingresa por emergencia acompañado de su papá, el cual refiere que su hijo presenta tos que se exagera con las horas, taquipnea y fiebre. El paciente tiene como antecedente de importancia, asma bronquial: refiere crisis asmática dos veces al año. En las funciones vitales al ingreso, se puede observar un aumento de la frecuencia respiratoria 31 por minuto y un aumento de la frecuencia cardiaca 127 por minuto, además presenta un peso de 60 kg Al examen físico, se evidencia retracción subcostal, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, presencia de sibilantes inspiratorios y espiratorios. Los resultados de los exámenes auxiliares fueron leucocitos 19 300, abastionados 0, segmentados 82, hemoglobina 12 y plaquetas 338 000. En la radiografía

de tórax hay signos de atrapamiento de aire, refuerzo de la trama bronquial y atelectasia laminares. Se plantea el diagnóstico de crisis asmática moderada, asma bronquial no controlada y obesidad.

La crisis asmática es un episodio que se caracteriza por dificultad respiratoria, disnea, tos, presencia de sibilancias y sensación de opresión torácica. Para un manejo adecuado, es importante determinar la gravedad de la crisis.⁽³³⁾ Esto se puede realizar mediante el Pulmonary Score, que evalúa la frecuencia respiratoria de acuerdo a la edad (mayor de 6 años o menor de 6 años), sibilancias y uso de músculos accesorios. Se determina como leve, cuando se obtiene una puntuación de 0 a 3, moderado cuando son de 4 a 6 puntos, y grave cuando son 7 a 9 puntos.⁽³⁴⁾

Dentro del manejo, la administración de oxígeno está indicada en los casos moderados o graves, para mantener una saturación de 94% a 98%. En el caso de que el paciente presente una saturación menor a 94%, se debe administrar oxígeno a flujo alto con mascarilla o CBN. Los beta 2 agonistas de acción corta, son fundamentales en el tratamiento de la crisis asmática.

En las crisis leves, se puede utilizar 2 a 4 puff, en los casos moderados 6 a 8 puff y en las crisis graves, se recomienda utilizar hasta 10 pulsaciones. Se puede utilizar bromuro de ipratropio junto con los beta 2 agonistas de acción corta en las crisis asmáticas graves o en las crisis moderadas que no responden al tratamiento con BAC. Esta asociación permite obtener una mayor broncodilatación y un aumento del pico máximo del flujo espiratorio.^(34,35)

En este caso, se hospitaliza al paciente y se optó por indicar como tratamiento, salbutamol 100 ug inh 8 puff cada 20 minutos x 3 veces, bromuro de ipratropio 20 ug inh 4 puff cada 20 minutos x 3 veces, dexametasona 12 mg EV STAT, luego 4 mg EV c/6 horas y O2 húmedo (4 litros por CNB) para mantener una saturación >94%, obteniendo una buena respuesta por parte del paciente.

3.3 Rotación de Cirugía

Caso clínico 1

Trata de una paciente mujer de 19 años que tiene como principales síntomas el dolor abdominal en mesogastrio asociado a náuseas y vómitos, hiporexia y escalofríos. También se refirió que el dolor no llegó a ceder con el analgésico que se le puso en su centro de salud. Al examen físico, lo más resaltante fue McBurney (+), Rovsing (+) y Blumberg (+). Los diagnósticos a plantear fueron apendicitis aguda y descartar patología anexial. Es importante descartar patologías ginecológicas (enfermedad pélvica inflamatoria, ruptura de quiste ovárico, absceso tubo ovárico, embarazo ectópico, entre otras) debido a que es una causa frecuente de dolor abdominal en FID en una mujer en edad reproductiva y puede simular una apendicitis clínicamente. Se descartó cualquier patología anexial a través de una ecografía transvaginal (hallazgos normales) y un bHCG negativa.

La apendicitis aguda es un proceso inflamatorio-infeccioso que compromete el apéndice cecal y las estructuras anatómicas periapendiculares. La apendicitis ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida. Es una de las causas más comunes de abdomen agudo y una de las indicaciones más frecuentes para un procedimiento quirúrgico abdominal de emergencia en todo el mundo. ⁽³⁶⁾

Los síntomas y signos clínicos sugestivos de apendicitis incluyen antecedentes de dolor abdominal central que migra al cuadrante inferior derecho, anorexia, fiebre y náuseas/vómitos. En el examen, puede haber dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho, junto con signos clásicos de irritación peritoneal (p. ej., dolor de rebote, defensa, rigidez, dolor referido). ⁽³⁷⁾

En cuanto a los exámenes de laboratorio, se puede encontrar leucocitosis y desviación a la izquierda. El uso de imágenes es para aumentar la especificidad de evaluación diagnóstica de la apendicitis y para disminuir la tasa de apendicectomía negativa, la tomografía computarizada es la

modalidad preferida, y la ecografía y la resonancia magnética nuclear se reservan para poblaciones radiosensibles, como mujeres embarazadas y niños. ⁽³⁷⁾

La paciente de 22 años cursa con dolor abdominal en mesogastrio y fosa iliaca derecha (McBurney +, Rovsing +, Blumberg +), anorexia, náuseas y vómitos, además según el hemograma presenta una leucocitosis (>10 000), estos hallazgos llevaron a la conclusión que se trataba de una apendicitis aguda. Se decidió programar a la paciente para SOP, se decidió dar profilaxis antibiótica con una dosis de ceftriaxona 2 g EV 1 hora antes de entrar a SOP, en UpToDate sugieren el uso de dosis única de cefoxitina (2 g EV) o cefotetán (2 g EV). ⁽³⁸⁾

De acuerdo con el reporte operatorio, el diagnóstico postoperatorio fue apendicitis aguda congestiva. La paciente tuvo una evolución favorable, dándole el alta a las 24 horas.

Caso clínico 2

El caso clínico 2, trata de un paciente varón de 19 años que acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 48 horas que se caracteriza por dolor tipo opresivo en mesogastrio que migra a FID, se asocia a náuseas, vómitos, hiporexia y sensación de alza térmica. El paciente ingresa subfebril y taquicárdico. Al examen físico presenta en el abdomen dolor a palpación en FID, McBurney +, Rovsing + y Blumberg +.

La apendicitis aguda se clasifica en simple y complicada. La simple o no complicada comprende las etapas supurativa o flemonosa. Y la complicada corresponde a la etapa gangrenosa, perforación y formación de abscesos.

Una vez producida la inflamación y necrosis significativas, el apéndice tiene un alto riesgo de perforarse, lo que lleva a la formación de abscesos localizados o peritonitis difusa. El tiempo hasta que ocurre la perforación es variable. Algunos estudios muestran que el 20% de pacientes en menos de 24 horas después del inicio de síntomas desarrollaron perforación, y que un

65% en los que el apéndice se perforó tuvieron síntomas con una duración mayor a 48 horas. ⁽³⁹⁾

En este caso, debido a un tiempo de enfermedad de 48 horas, leucocitosis de 17 900 y signos de McBurney +, Rovsing+ y Blumberg +, se planteó el diagnóstico de apendicitis aguda complicada. El paciente fue programado para una apendicectomía, teniendo como diagnóstico postoperatorio peritonitis localizada por apendicitis aguda necrosada. Para el manejo postoperatorio se debe dejar cobertura antibiótica para cubrir estreptococos, enterobacterias y anaerobios, usando cefazolina 1-2 g EV c/8 hrs o cefuroxima 1,5 g EV c/8 hrs o ceftriaxona 2 g EV c/24 hrs o cefotaxima 2 g EV c/8 hrs o ciprofloxacina 400 mg EV c/12 hrs más metronidazol 500 mg EV c/8 hrs. ^(40,41) En el caso se optó por el uso de ceftriaxona 2 g c/24 hrs más metronidazol 500 mg c/8 hrs por 4 días, el paciente tuvo una evolución favorable, por lo que al 5to día se le dio de alta dejándole antibioticoterapia oral con levofloxacino 750 mg c/24 hrs más metronidazol 500 mg c/8 hrs y celecoxib 200 mg c/12 hrs por 5 días.

Caso clínico 3

Trata de una paciente de 22 años con un tiempo de enfermedad de 1 año que se caracteriza por la presencia de una masa y dolor asociado la región inguinal derecha. Al examen físico se corroboró la masa de 2 x 2 cm aproximadamente, a la maniobra de Valsalva no doloroso, no cambios de coloración, reductible. Se plantea el diagnóstico de hernia crural no complicada, debido a que no está encarcerada o estrangulada. El plan fue cirugía electiva para reparar la hernia.

Las hernias femorales representan en un 20 a 31% de las reparaciones en mujeres, a diferencia del 1% en hombres. Se localizan por debajo del ligamento inguinal y sobresalen a través del anillo femoral, que es medial a la vena femoral y lateral al ligamento lacunar. El saco herniario femoral se encuentra distal al ligamento inguinal. El síntoma más común asociado con la hernia es una pesadez o molestia sorda en la ingle, que puede o no estar asociada con un bulto visible. El dolor moderado a intenso en las hernias al

presentarse, se debe plantear la posibilidad de incarceration o estrangulación. Las hernias estranguladas pueden manifestarse con síntomas de obstrucción intestinal, náuseas, vómitos, dolor abdominal y distensión abdominal. (42)

Las hernias inguinales en las mujeres a menudo no tienen un bulto visible. Además, el examen utilizado en un hombre (es decir, invaginación de la piel del escroto) no es posible en mujeres. En las mujeres, las capas de la pared abdominal absorben el impulso de la hernia, lo que dificulta la localización del anillo externo, por lo que puede ser necesario de una ecografía para detectar las hernias. (43)

En cuanto a la reparación quirúrgica, se usa la malla libre de tensión para reparar, reforzar y reemplazar la pared posterior del canal inguinal y/o anillo inguinal profundo. Las técnicas libres de tensión tienen como ventaja baja recurrencia, menor dolor postoperatorio y retorno precoz a actividades habituales. (44)

La técnica empleada en el caso fue la de Lichtenstein, se emplea una prótesis para reforzar la pared posterior del conducto inguinal. La prótesis por lo general es de polipropileno y se evita la sutura a tensión. Se brindó dosis única de ceftriaxona 2 gr EV 1 hora antes de ingresar a SOP como profilaxis antibiótica.

Caso clínico 4

Este caso se trata de un paciente varón de 35 años, que lleva con un tiempo de enfermedad de 1 año con episodios de dolor en HCD que se irradia al hombro derecho asociado a náuseas, y que hace 8 horas presenta dolor en HCD después de haber ingerido comida alta en grasas. Al examen físico se encontró hipersensibilidad en cuadrante superior derecho y signo de Murphy positivo. Se planteó el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa reagudizada.

La colecistitis crónica es la inflamación aguda de la vesícula biliar, provocada en el 90% de los casos por la obstrucción del conducto cístico por un lito. La vesícula obstruida se distiende y su pared sufre una inflamación química que se manifiesta como edema y engrosamiento. Los dos factores que determinan la progresión de la enfermedad son el grado de obstrucción y la duración de la obstrucción. El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de dolor abdominal agudo constante a predominio de hipocondrio derecho con una duración a mayor de 5 horas, que puede irradiarse a espalda y que se acompaña de náuseas, vómitos y fiebre (de 37.5° a 39°C) frecuentemente. ⁽⁴⁵⁾

La colecistectomía temprana es de preferencia como tratamiento, ya que es más fácil de realizar porque la inflamación local aumenta después de 72 horas desde el inicio de los síntomas, lo que hace que la disección sea menos precisa, aumenta la gravedad de las complicaciones quirúrgicas y la probabilidad de conversión abierta. En cuanto al uso de una profilaxis antibiótica cuando se opta por una colecistectomía laparoscópica, según UpToDate, hace referencia a que no es necesaria debido a las muy bajas tasas de infección de sitio operatorio. ⁽⁴⁶⁾

En el paciente, se optó por una colecistectomía laparoscópica, en su postoperatorio inmediato se le dejó solo con analgésicos, no fue necesario el uso de antibióticos.

3.4 Rotación de Gineco-obstetricia

Caso clínico 1

El caso trata de una paciente de 22 años que viene a la emergencia con el diagnóstico de candidiasis vulvovaginal. La infección conocida como candidiasis vulvovaginal es una enfermedad inflamatoria aguda y es una razón muy frecuente de consulta ginecológica, siendo la segunda causa más común de infecciones vaginales sin ser una infección de transmisión sexual. El 75% de mujeres en edad reproductiva ha sido afectada al menos una vez en su vida. En cuanto a los hallazgos clínicos, destaca el prurito vulgar, el eritema e irritación vaginal, la secreción vaginal característica que es descrita

como un flujo grumoso blanquecino sin olor (como requesón), disuria y dispareunia. ⁽⁴⁷⁾

De acuerdo con su clasificación, se divide en enfermedad no complicada (90% de las pacientes) cuando los síntomas son leves a moderados, de frecuencia esporádica, es causada por *Candida albicans* y la paciente es una persona sin ninguna comorbilidad. La infección complicada (10% de los pacientes) incluye uno o más de los criterios: historial de candidiasis vulvovaginal recurrente (definido como la presencia de al menos cuatro episodios sintomáticos en un periodo de 12 meses), especie de *Candida* diferente de *albicans*, presencia de comorbilidad en el paciente e intensidad grave de síntomas. ⁽⁴⁸⁾

Para el tratamiento de la infección no complicada, se puede usar el clotrimazol crema al 1% 5 g transvaginal por 3 a 5 días o comprimido vaginal de 100 mg diario por 7 días o comprimido vaginal de 500 mg dosis única. También se puede usar miconazol crema al 2% 5 g transvaginal diario por 7 días, óvulo de 200 mg diario por 3 días u óvulo de 100 mg diario por 7 días. También se puede usar la vía oral, dando fluconazol 150 mg VO en una dosis. ⁽⁴⁹⁾

En casos de infección complicada, se prefiere usar fluconazol 150 mg cada 72 horas por 3 dosis, seguida de una vez por semana durante 6 meses. Se puede añadir la hidrocortisona al 1% en forma tópica para aliviar la irritación vulvar. ⁽⁵⁰⁾

En el caso podemos diagnosticar la vulvovaginitis por *Candida* debido a las características clínicas que presenta la paciente, se le dio un tratamiento adecuado usando comprimido vaginal de 500 mg en dosis única de clotrimazol.

Caso clínico 2

El caso trata de una gestante de 40 1/7 semanas que acude por pérdida de líquido desde hace 11 horas, niega sangrado vaginal y percibe movimientos

fetales. De acuerdo con la anamnesis y al examen físico se planteó el diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

La ruptura prematura de membranas (RPM), es producida antes del inicio de trabajo de parto en una gestación posterior a las 22 semanas. Es una patología importante durante el embarazo, ya que predispone al parto pretérmino. Aumenta el riesgo de infección intraamniótica (corioamnionitis), se ha informado corioamnionitis en hasta el 60 por ciento de los casos y es una razón común para la inducción o el inicio del trabajo de parto espontáneo. (51,52)

Se puede clasificar en: RPM a término después de las 37 semanas, pretérmino antes de las 37 semanas y prolongado cuando dura más de 24 horas de ruptura. Es importante diferenciar clínicamente cada caso, porque un manejo adecuado minimiza las consecuencias para el feto y para la madre. (53)

Existen dos tipos de manejo, el activo que es la inducción del parto y el expectante que consiste en la hospitalización de la paciente para vigilar por un periodo de tiempo el riesgo de infección, desprendimiento de placenta, compresión del cordón umbilical, bienestar fetal y trabajo de parto. El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos recomienda el parto para pacientes con RPM $\geq 37+0$ semanas, pero también establece que se puede ofrecer un período corto de manejo expectante. (51)

Para el manejo activo en un RPM a término, pero sin corioamnionitis se debe iniciar con la profilaxis antibiótica para reducir la morbilidad infecciosa materna. Se sugiere el uso de ampicilina o cefalosporina de 1° generación (1-2 g EV c/ 6 horas), y en caso haya corioamnionitis, se debe usar cefalosporina de 3° generación (2 g EV c/24 horas) con aminoglucósido (amikacina 1 g EV c/24 horas). Se debe culminar gestación dentro de 24 horas si: (52)

- Test de Bishop ≥ 7 : inducir trabajo de parto con oxitocina y atender el parto vaginal monitorizado

- Test de Bishop \leq 7: Maduración cervical con misoprostol y luego inducción del parto

En el caso, se descartó la corioamnionitis con los exámenes de laboratorio. Para el manejo de la gestante con RPM a término, se optó por un manejo activo dando hidratación, inducción del trabajo de parto con oxitocina, también se dio profilaxis antibiótica con cefazolina 1 g c/6 horas. Posterior a la inducción, la paciente pasó a centro obstétrico y luego a sala de partos. Tuvo una evolución favorable, siendo dada de alta a las 36 horas de su parto vaginal.

Caso clínico 3

Gestante de 36 semanas, acude a emergencia con resultado de ecografía, teniendo como diagnóstico: oligohidramnios severo. Al ingreso, la paciente refiere que percibe los movimientos fetales, niega sangrado, niega pérdida de líquido amniótico. En el examen físico, presenta altura uterina de 32 cm, latidos cardíacos fetales 140 x', MF: ++, cérvix cerrado posterior. La impresión diagnóstica en la paciente fue no labor de parto, oligohidramnios por ecografía. Se le solicita un NSTE, teniendo como resultado: no reactivo, hipoactivo, ausencia de movimientos fetales, motivo por el que se realiza una cesárea de emergencia.

La cantidad de líquido amniótico puede medirse por la ecografía, utilizando el método de Phelan (índice de líquido amniótico). Si el índice de líquido amniótico es menor a 8 o si el volumen es menor a 500 ml entre 32 a 36 semanas de gestación, nos orienta a un oligohidramnios. Según la clasificación, se considera leve cuando el ILA es de 6 a 7 cm, moderado cuando es de 4 a 5 cm y severo, cuando el ILA es de 0 a 3 cm. En este caso, la paciente presenta un oligohidramnios severo. El oligohidramnios afecta a menos del 10% de las gestantes. Algunas complicaciones pueden ser la muerte fetal, hipoplasia pulmonar, restricción del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal y deformidades ortopédicas. ⁽⁵⁴⁾

El plan de la paciente fue realizar una cesárea de emergencia. La terapéutica luego de la operación fue NPO, administrar Oxitocina 30 UI, Ranitidina 50 mg EV c/8h, metoclopramida 10 mg EV c/12h, metamizol 1 g EV c/8h, tramadol 100 mg SC condicional a dolor y ácido tranexámico 1g c/8h EV.⁽⁵⁵⁾ Otras indicaciones para realizar una cesárea de emergencia son la bradicardia fetal, prolapso de cordón, ruptura uterina, falta de progreso en el trabajo de parto con compromiso materno o fetal.

Caso clínico 4

El caso trata de una primigesta de 18 años con 10 3/7 semanas por FUR, con sangrado vaginal tipo coágulos asociado a dolor pélvico. Según las ecografías se llegó a la conclusión de una gestación no evolutiva. De acuerdo con los hallazgos tanto en el examen físico y ecográfico se plantea el diagnóstico de aborto retenido, y se decide preparar a la paciente para un AMEU. Primero se solicitaron los exámenes de laboratorio como hemograma, tiempo de coagulación y sangría, grupo y factor rh.

El aborto espontáneo generalmente se define como un embarazo intrauterino no viable hasta las 22 semanas de gestación contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm de longitud.

De acuerdo a la clasificación de aborto espontáneo, en el aborto retenido, el embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en útero sin expulsión de restos ovulares, los hallazgos ecográficos corroboran el diagnóstico.⁽⁵²⁾

Las etiologías comunes del aborto son las anomalías cromosómicas, anomalías anatómicas maternas y traumatismos. Las anomalías cromosómicas abarcan alrededor del 70% de pérdidas del embarazo antes de las 20 semanas.⁽⁵⁶⁾

En cuanto al manejo de esta patología, dependerá de las semanas de gestación y de la hemodinámica de la paciente, la aspiración manual endouterina (AMEU) se aplica en abortos no complicados \leq 12 semanas, este procedimiento extrae el contenido intrauterino a través de una cánula

conectada a un aspirador portátil que permite crear vacío manualmente. Las ventajas que tiene son su alta seguridad por el menor porcentaje de complicaciones, eficacia casi del 100%, posibilidad que tiene de ser ambulatorio por el uso de anestesia local y menor costo. Para la dilatación cervical se puede usar misoprostol en dosis 400 microgramos, de preferencia sublingual por la alta biodisponibilidad y pico plasmático precoz. La profilaxis antibiótica está recomendada para evitar la infección post procedimiento, los regímenes que se pueden usar son doxiciclina 200 mg, metronidazol 500 mg o azitromicina 500 mg VO 1 hora antes del procedimiento. (57,58)

En la paciente, se hizo el respectivo AMEU, porque se trataba de un aborto no complicado de 10 3/7 semanas. Previo al procedimiento, sus resultados de los exámenes de laboratorio fueron normales, se procedió con el uso de misoprostol por vía sublingual y se le dio doxiciclina 1 hora previo al AMEU. Después de realizarse el procedimiento, se mandó el contenido endouterino en frasco de muestra estéril para examen de anatomía patológica. La paciente tuvo una evolución favorable, por lo que se le dio de alta el mismo día de realizado el procedimiento.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

De acuerdo con las indicaciones del MINSA, el internado fue realizado durante 5 meses en un centro de salud y los siguientes 5 en una sede hospitalaria. Se tuvo la oportunidad de rotar en las áreas de medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia, junto a sus especialidades.

Al realizar el internado en un hospital perteneciente al MINSA, se pudo ver de cerca las carencias en cuanto a la falta de personal (debido a que algunos tenían descanso por COVID o por la presencia de comorbilidades, fue común ver a una sola enfermera hacerse cargo de todo el pabellón), falta de insumos para diferentes exámenes (en varias ocasiones se tuvo que pedir a los pacientes que se realicen las pruebas de laboratorio que se les pedía de manera particular), falta de máquinas y material biomédico para algunos procedimientos, y la falta de entrega de equipo de protección personal. Se produjo un retraso en el diagnóstico y manejo de las enfermedades, provocando que la estancia del paciente en el servicio de emergencia y hospitalización se prolongue.

Debido a la ubicación de las sedes hospitalarias, los pacientes que vienen a atenderse son en su mayoría de estratos económicos bajos, por lo que la falta de insumos hacía que su gasto en salud aumente.

Ante el último incremento de casos que hubo por la variante Ómicron a finales de enero y comienzo de febrero del 2022 en Lima ⁽⁵⁹⁾, varios internos y personal de salud se contagiaron, y se les brindó descanso médico. Además de igual manera, hubo mayor cantidad de hospitalizados, nuevamente se crearon las áreas COVID. La desventaja que atravesaron los que no se contagiaron fue la gran cantidad de trabajo y turnos que había que completar debido a la falta de personal.

CONCLUSIONES

El internado es una etapa de vital importancia para la formación del médico cirujano, tanto de manera académica como personal, ya que te enseña una perspectiva de cerca de nuestro sistema de salud. Durante su desarrollo, el interno forma parte del equipo de salud, integra sus conocimientos adquiridos durante los años previos para consolidarlos y adquirir habilidades clínicas, fortalece en el aspecto ético en la toma de acciones médicas, interactúa de manera cercana con el paciente bajo la supervisión y evaluación de los médicos asistentes en las áreas de hospitalización, consulta externa y emergencia.

A pesar de las dificultades que se atravesó en cada sede hospitalaria, la gran exigencia que tiene el internado y el tiempo acortado de duración del mismo, se pudo aprovechar cada rotación. Se aprendió de las principales patologías que aquejan a la población en las diferentes especialidades, para realizar un correcto diagnóstico y manejo.

RECOMENDACIONES

- Mejorar las condiciones de los internos, brindando equipo de protección personal adecuado
- Incrementar el tiempo de duración del internado en sede hospitalaria, ya que 5 meses no son suficientes para poder ver y aprender de las diferentes patologías de las diferentes especialidades
- Mejorar y aumentar el presupuesto para abastecerse de insumos y material biomédico necesarios, sobretodo de los medicamentos que se suelen pedir más frecuentemente
- Disminuir el tiempo que el interno pasa haciendo trámites administrativos
- Tener un horario en el cual se cumplan los horarios de salida establecidos desde un inicio

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chinchay Ruesta SA, Burga AG, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. *Inv Ed Med.* 1 de enero de 2017;6(21):65-6.
2. Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Portal Institucional [Internet]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
3. MINSA - Hospital Nacional Sergio E. Bernales. ASIS 2017 Análisis situacional de salud. Disponible en: <https://hnseb.gob.pe/repositorio-principal/epidemiologia/asis/ASIS-2017.pdf>
4. MINSA - Hospital María Auxiliadora. Compendio estadístico 2018. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/v2/pdf/publicaciones/37.pdf>
5. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA [Internet]. Disponible en: <https://www.hma.gob.pe/>
6. Porras Núñez EC. Factores asociados al no retorno al internado médico peruano durante la pandemia por Sars-cov2 en el año 2020: un estudio exploratorio. Universidad Nacional de Piura [Internet]. 2021. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2751>
7. Arroyo-Ramirez Fitzgerald A., Rojas-Bolivar Daniel. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. *Acta méd. Peru* [Internet]. 2020 Oct; 37(4): 562-564. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400562&lng=es.
8. Nieto-Gutierrez Wendy, Taype-Rondan Alvaro, Bastidas Fanny, Casiano-Celestino Roxana, Inga-Berrospi Fiorella. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta méd. peruana* [Internet]. 2016 Abr; 33(2): 105-110. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003&lng=es.
9. Chávez C. Egresar de médico en pandemia: retrasos en la educación y precarización del internado [Internet]. Ojo Público. 2021. Disponible

en: <https://ojo-publico.com/2907/egresar-de-medico-en-pandemia-retrasos-y-precarizacion-del-internado>

10. Soto Alonso. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 Jun; 36(2): 304-311. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200020&lng=es.
11. Adler D. Assessment of upper gastrointestinal bleeding [Internet]. BMJ Best Practice. 2021. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/456>
12. Rockey D. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults [Internet]. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=hemorragia%20digestiva%20alta&topicRef=2548&source=see_link#H8623583
13. Saltzman J. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=hemorragia%20digestiva%20alta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H5079756
14. Essalud. Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta. 2017.
15. Strange C. Epidemiology, clinical presentation, and diagnostic evaluation of parapneumonic effusion and empyema in adults - UpToDate [Internet]. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-presentation-and-diagnostic-evaluation-of-parapneumonic-effusion-and-empyema-in-adults?search=empiema&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

16. Strange C. Management and prognosis of parapneumonic pleural effusion and empyema in adults [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-presentation-and-diagnostic-evaluation-of-parapneumonic-effusion-and-empyema-in-adults?search=empiema&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
17. Ferreiro L. Manejo del derrame pleural paraneumónico en adultos [Internet]. Archivos de Bronconeumología. 2015. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-manejo-del-derrame-pleural-paraneumonico-articulo-S0300289615000769>
18. Riha R, Rahman N. Empiema - Síntomas, diagnóstico y tratamiento [Internet]. BMJ Best Practice. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/1008>
19. Essalud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. 2018. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Coledocolitiasis_Version_Extensa.pdf
20. Arain M, Freeman M, Azeem N. Coledocolitiasis: Manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo [Internet]. UpToDate. 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/choledocholithiasis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=coledocolitiasis&source=search_result&selectedTitle=1~114&usage_type=default&display_rank=1#H972627859
21. Jesús-Flores A, Guerrero-Martínez GA. Impacto del protocolo propuesto por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy en pacientes de alto riesgo de coledocolitiasis en el Hospital Regional ISSSTE Puebla en México. CIRU. 26 de junio de 2019;87(4):1934.
22. Gomez Hinojosa Paúl, Espinoza-Ríos Jorge, Bellido Caparo Alvaro, Pinto Valdivia José Luis, Rosado Cipriano Mavel, Prochazka Zarate Ricardo et al . Precisión de los predictores de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en un hospital público de Lima, Perú. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2018 Ene; 38(1): 22-28. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000100003&lng=es.

23. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H11665423
24. Swaroop S. Manejo de la pancreatitis aguda [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H28023696
25. Mody L. Abordaje de la infección en el adulto mayor [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-infection-in-the-older-adult?search=infecci%C3%B3n%20urinaria%20adulto%20mayor&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2299557695
26. Echevarría-Zarate J, Aguilar ES, Osoro-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. :6.
27. Hooton T. Infecciones agudas complicadas del tracto urinario (incluyendo pielonefritis) en adultos [Internet]. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women?search=tratamiento%20infecci%C3%B3n%20urinaria%20ancianos&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
28. De la Flor J. Gastroenteritis aguda. *Pediatr Integral*. 2019. XXIII(7):348-55.
29. Harris J, Pietroni M. Abordaje del niño con diarrea aguda en países de recursos limitados [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited->

[countries?search=Diarrea%20aguda%20infecciosa%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1159942383](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/search/Diarrea%20aguda%20infecciosa%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1159942383)

30. Instituto Nacional de Salud. Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>
31. Tincopa-Wong ÓW. Urticaria y angioedema: una visión general. Acta Med Peru. 29 de junio de 2014;31(2):111.
32. Lozano Á. Urticaria y angioedema. Protoc diagn ter pediatri. 2019;2:149-60.
33. Asensi Monzó M. Crisis de asma. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017; 19(Suppl 26): 17-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300002&lng=es.
34. Paniagua Calzón N, Benito Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Protoc diagn ter pediatri. 2020;1:49-61
35. Scarfone R. Acute asthma exacerbations in children younger than 12 years: Emergency department management [Internet]. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-asthma-exacerbations-in-children-younger-than-12-years-emergency-department-management?search=crisis%20asm%C3%A1tica%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
36. Pérez M, Ceballos J. Cirugía de urgencias. Vol. 2. Arán; 2019.
37. Martin R, Kang S. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?sectionName=IMAGING&search=apendicitis%20&topicRef=1386&anchor=H612714599&source=see_link#H2630501694
38. Smink D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults [Internet]. UpToDate. 2022. Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2

39. Martin R. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H87796066
40. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. Cirujano General. :6.
41. Patel M, Lewington A, Cowie M, Evans R, Rayman G, Posporelis S. Acute appendicitis - Symptoms, diagnosis and treatment [Internet]. BMJ Best Practice. 2021. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000094>
42. Brooks D, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20crural&source=search_result&selectedTitle=1~32&usage_type=default&display_rank=1#H6
43. Lockhorst E, Van Der Slegt J, Vos D. Femoral hernias occur in both genders [Internet]. ClinicalKey. 2020. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S2213576620303055>
44. Turiño-Luque JD, Mirón-Fernández I, Rivas-Becerra J, Cabello-Burgos AJ, Rodríguez-Silva C, Martínez-Ferriz A, et al. Hernioplastia inguinal abierta: técnica de Lichtenstein. 2018;3.
45. Pérez Huitrón María Ameyali, Ocaña Monroy Jorge Luis. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Ago; 61(

- 4): 35-37. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400035&lng=es.
46. Soper N. Colectistomía laparoscópica [Internet]. UpToDate. 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-cholecystectomy?sectionName=Antibiotics&search=colecistitis%20&to picRef=3684&anchor=H10&source=see_link#H10
47. Sobel J, Mitchell C. Candida vulvovaginitis: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=candida%20vulvar&source=search_result&selected Title=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5
48. Ugalde González F, Rivera Gutierrez H, Durán Méndez MJ. Candidiasis vulvovaginal recurrente. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2021;6(9):e700. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/700>
49. Sobel J. Candida vulvovaginitis: Treatment [Internet]. UpToDate. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=candidiasis%20vulvovaginal&source=search_result &selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1555122149
50. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en ginecología. 2020.
51. Duff P. Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ruptura%20prematura%20de%20membranas&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H450397439
52. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2018.

53. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 22 de noviembre de 2020;5(11):e606. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>
54. Factores asociados a repercusiones perinatales desfavorables en gestantes con oligohidramnios en el Hospital de Vitarte, periodo 2016 – 2019 | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 27 de septiembre de 2021 [citado 3 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/225>
55. Porras Núñez EC. Factores asociados al no retorno al internado médico peruano durante la pandemia por Sars-cov2 en el año 2020: un estudio exploratorio. Universidad Nacional de Piura [Internet]. 2021 [citado 3 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2751>
56. Steinauer J. Overview of pregnancy termination - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-pregnancy-termination?search=aborto%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
57. Bombin Maritchu, Mercado Javiera, Zúñiga Javiera, Encalada Diego, Ávila Joaquín. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Dic; 84(6): 460-468. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es
58. Prager S. Pregnancy loss (miscarriage): Management techniques [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-management-techniques?search=aborto%20retenido%20&topicRef=5439&source=see_link#H3727077202
59. Coronavirus: qué es la variante ómicron [Internet]. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/17276>

ANEXOS

Anexo 1

Figura 1. Mapa de localización del Hospital Nacional Sergio E. Bernales



Anexo 2

Figura 2. Mapa de localización del Hospital María Auxiliadora

