



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO MÉDICO
NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA” ANTES Y
DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

CESAR AUGUSTO ALFARO MEDINA

MARIA LUCIA CHAMORRO ANGULO

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ
2021



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO
MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA”
ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN EL
PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

CESAR AUGUSTO ALFARO MEDINA

MARIA LUCIA CHAMORRO ANGULO

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Gloria Ubillús Arriola

Miembro: M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

Miembro: Mg. Víctor Hinostroza Barrionuevo

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a nuestra familia y amigos. Ustedes son la razón fundamental por la que pudimos llegar a dónde estamos y ser quienes somos.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de nuestros docentes universitarios, doctores que en todo momento nos apoyaron y nos dieron consejos para ser mejores profesionales durante la carrera universitaria. Gracias a la Doctora Emma Huamani, tutora del CEMENA, quien nos brindó todo el apoyo para poder realizar el internado durante la Pandemia, siempre resguardando nuestra seguridad e integridad. Gracias también al Técnico Eduardo Jaramillo, ya que jugó un papel importante en acelerar nuestro retorno a la sede hospitalaria y ayudó en la gestión de los equipos de bioseguridad para las guardias hospitalarias.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Camino al internado médico y su importancia	1
1.2 Internado Médico antes y durante de la Pandemia	2
1.3 Experiencias Clínicas del Internado:	3
1.3.1 Cirugía General	4
1.3.1.1 Caso 1: Apendicitis	4
1.3.1.2 Caso 2: Colecistitis Aguda Calculosa	5
1.3.1.3 Caso 3: Hernia Inguinal Directa	6
1.3.1.4 Caso 4: Conjuntivitis Química	7
1.3.2 Medicina Interna	7
1.3.2.1 Caso 5: Neumonía Bacteriana	7
1.3.2.2 Caso 6: Crisis Hipertensiva (contexto COVID-19)	8
1.3.2.3 Caso 7: Tumoración Abdominal versus Globo Vesical	9
1.3.2.4 Caso 8: Síndrome de Gilbert	10
1.3.3 Ginecología y Obstetricia	11
1.3.3.1 Caso 9: Flujo vaginal	11
1.3.3.2 Caso 10: Amenaza de aborto	11
1.3.3.3 Caso 11: Ectópico	12
1.3.3.4 Caso 12: Preeclampsia	13
1.3.4 Pediatría	13
1.3.4.1 Caso 13: Enfermedad Diarreica Aguda	13
1.3.4.2 Caso 14: Exantema súbito	14
1.3.4.3 Caso 15: Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico	15
1.3.4.4 Caso 16: Ictericia por Lactancia Materna	16
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
2.1 Generalidades del Sistema de Salud Peruano	18
2.2 Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”	19
2.3 CEMENA: Antes y durante la pandemia	19

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	21
3.1 La nueva corriente: Medicina basada en evidencia	21
3.2 Discusión de Casos Clínicos:	22
3.2.1 Cirugía General	22
3.2.2 Medicina Interna	24
3.2.3 Ginecología y Obstetricia	27
3.2.4 Pediatría	29
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	34
4.1 Experiencia de Internado en el Hospital Naval	35
4.1.1 Cirugía General	37
4.1.2 Medicina Interna	38
4.1.3 Ginecología y Obstetricia	38
4.1.4 Pediatría	38
4.2 El impacto de la pandemia en la vida del Interno	39
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	42
FUENTES DE INFORMACIÓN	43
ANEXOS	52
1. Decreto de Urgencia N 090-2020	53
2. Normograma de Buthani y Curva Nice	54
3. Lista de Abreviaturas	55

RESUMEN

El Internado Médico es el año de prácticas preprofesionales que consolida todo el conocimiento del estudiante de medicina. En enero de 2020 inició el internado en el Centro Médico Naval Santiago Távara (CEMENA u Hospital Naval). Los internos admitidos fueron divididos en 4 grandes grupos para iniciar las rotaciones de: Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría. A mitad de marzo, por la pandemia del COVID 19, el Internado Médico fue suspendido; y no fue hasta el 15 de octubre del 2020 que se reinició, pero con diversos cambios.

Objetivo: Describir cómo se desarrolló el Internado Médico en el Hospital Naval durante el periodo de enero 2020 a abril del 2021; cómo cambio el Internado Médico tras el inicio de la pandemia desde un punto de vista académico, económico y humano; y describir la experiencia profesional adquirida, de forma general y según cada rotación.

Metodología: Se describieron las experiencias de 2 internos que realizaron el internado en el Hospital Naval; y se presentaron y analizaron casos clínicos en función a la Medicina Basada en Evidencia.

Conclusiones: El internado médico es la etapa más importante de la carrera de medicina, donde se consolidan los conocimientos teóricos y se aplican a la práctica clínica; no obstante, la pandemia del COVID-19 ha generado deficiencias en la formación de los internos.

Palabras Clave: internado médico, cirugía general, medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, pandemia COVID-19.

ABSTRACT

The Medical Internship is the year of pre-professional practices that consolidates all the knowledge of the medical student. In January 2020, he began the internship at the Santiago Távora Naval Medical Center (CEMENA or Naval Hospital). The admitted interns were divided into 4 large groups to start the rotations of: General Surgery, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, and Pediatrics. In mid-March, due to the COVID 19 pandemic, the Medical Internship was suspended; and it was not until October 15, 2020 that it was restarted, but with various changes.

Objective: Describe how the Medical Internship was developed at the Naval Hospital during the period from January 2020 to April 2021; how the Medical Internship changed after the start of the pandemic from an academic, economic and human point of view; and describe the professional experience acquired, in a general way and according to each rotation.

Methodology: The experiences of 2 medical interns who carried out the internship at the Naval Hospital were described; and clinical cases were presented and analyzed based on Evidence-Based Medicine.

Conclusions: The medical internship is the most important stage of the medical career, where theoretical knowledge is consolidated and applied to clinical practice; nevertheless, the COVID-19 pandemic has generated many deficiencies in the training of the interns.

Keywords: medical internship, general surgery, internal medicine, gynecology and obstetrics, pediatrics, COVID-19 pandemic.

INTRODUCCIÓN

La carrera de Medicina Humana en el Perú es la más larga a nivel universitario, sin ningún retraso llega a tener una duración de 7 años, durante los cuales, los futuros médicos adquieren conocimientos teóricos y prácticos para ejercer la medicina de manera adecuada. El internado Médico es la fase final de este proceso, es el año de prácticas preprofesionales realizadas en cuatro grandes rotaciones (Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría); donde el estudiante de medicina aplica, en un escenario real, todas las habilidades teórico-prácticas que adquirió en años anteriores durante los cursos universitarios.

En el pasado, el internado médico no formaba parte de la carrera de medicina humana. En Inglaterra, Alemania, Australia y Francia, no fue hasta finales del siglo XIX cuando se reglamentaron las prácticas hospitalarias para los estudiantes. En Estados Unidos, no fue hasta 1904, que se inició formalmente el residentado y el internado médico (1). En Perú, no fue hasta el año de 1934 que se agregó a la currícula de la carrera de medicina humana el internado médico (2).

Posterior al inicio del Internado Médico en Perú, este se desarrolló bajo el modelo de prácticas preprofesionales en centros hospitalarios de alta

complejidad; donde, el interno de medicina tenía distintas funciones: evolucionar a los pacientes, hacer las historias clínicas, realizar guardias diurnas y nocturnas, y muchas veces realizar tareas administrativas. Por este motivo se decidió reglamentar bajo un marco legal, ya que, si bien los internos realizaban prácticas preprofesionales, en muchos hospitales no se respetaban los horarios, no se les brindaba los equipos de bioseguridad y no se les daba un sueldo acorde a sus funciones (3).

En 2002, se emite el Decreto Supremo N°020-2002-EF el cual establece una compensación remunerativa mensual de 400 soles mensuales para los internos de medicina humana y odontología. En 2008, el Decreto Supremo N°003-2008-TR reglamento que la jornada máxima diaria en los hospitales debía de ser de 6 horas diarias o 150 horas semanales, incluyendo las horas de guardia. Con estos decretos (vigentes hasta la fecha) se esperaba mejorar la experiencia de internado para los alumnos de medicina humana (4).

El Internado y el COVID 19

El 06 de marzo del 2020 el gobierno alertó sobre el primer caso de Infección por COVID 19 en Perú. Durante la segunda semana de marzo del 2020 la infección avanzó y los casos, a nivel nacional, se elevaron. A consecuencia de esto, el gobierno peruano tomó medidas agresivas para frenar la infección y controlarla. Estas primeras medidas incluyeron el aislamiento social obligatorio, la suspensión de las labores educativas y el cierre de todas las fronteras.

Los Internos de Medicina, si bien “trabajaban” en los hospitales, no eran considerados personal de salud, eran considerados estudiantes universitarios; producto de esto, el día 16 de marzo del 2020, la ASPEFAM (Asociación Peruana de Facultades de Medicina) ordenó la suspensión del internado, con la promesa de un regreso progresivo si la crisis sanitaria mejoraba (5).

El internado médico continuó suspendido hasta el segundo semestre del año 2020. Tras el descenso de los casos de Infección por COVID 19, se iniciaron

conversaciones para que los internos de medicina retornen a los centros de salud, con la posibilidad de que vayan, no a centros de alta complejidad, si no a centros de primer nivel (postas, centros de salud).

El 15 de agosto del 2020, se emitió el Decreto de Urgencia N°090-2020 (ver anexo N°1) donde se ordenaba la reanudación del internado médico en vista del colapso de los Centros de salud. En el decreto se estableció que los internos debían de tener una remuneración mínima vital, un seguro de salud, un seguro de vida y de manera excepcional, se les brindaría el Equipo de Protección Personal (EPP); estas condiciones se deben de respetar hasta el fin del estado de emergencia sanitaria (4).

Tras el decreto, el internado médico se inició en un contexto distinto. Los hospitales ya no contaban con muchos de los pabellones ya que estos estaban siendo utilizados para el tratamiento de pacientes con COVID 19. La cantidad de pacientes que llegaban a los Hospitales también se redujo, por el miedo a infectarse. En adición a lo anterior, el tiempo que el interno iba a su establecimiento de salud se redujo a 15 días por mes y un máximo de 2 guardias cada 15 días. Cabe resaltar que en muchos establecimientos de salud el decreto no se cumplió, muchos internos no recibieron un contrato, un seguro de vida, un seguro de salud y la remuneración mínima vital.

Esta “nueva normalidad” dividió a los internos en dos grandes grupos: los que se retiraron para reiniciar su internado en 2021 con la esperanza de que la crisis sanitaria mejorará, y los que continuaron bajo las nuevas normativas.

El internado médico en el Centro Médico Naval

Cada año, los estudiantes del sexto año de medicina postulan para obtener una plaza en distintas sedes hospitalarias; el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” (CEMENA u Hospital Naval) es una de ellas. CEMENA es un Hospital Docente de Nivel III-1 ubicado en el Callao bajo la administración de la Marina de Guerra del Perú.

Cada año, el hospital Naval realiza un proceso de admisión donde postulan estudiantes de medicina de distintas universidades, entre ellas la Universidad de San Martín de Porres (USMP), la Universidad Científica del Sur, la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Este proceso consta de un examen teórico y una entrevista. Al finalizar el proceso, solo 80 estudiantes son escogidos para el Internado de Medicina. Previo al inicio de las actividades, los internos realizan dos semanas de inducción, donde se les dan charlas sobre bioseguridad, el adecuado llenado de las historias clínicas, la atención de calidad y sobre las principales patologías que se ven en el hospital; además, se realiza la distribución en 4 grandes grupos para la rotación en las cuatro grandes especialidades: Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría.

De manera general, las principales funciones del Interno de Medicina son la evolución de los pacientes para las visitas médicas, realizar las historias clínicas, y agilizar las interconsultas y exámenes solicitados al paciente durante la visita médica; además, el interno debe saber reconocer el grado del paciente que está atendiendo, ya que el personal de las fuerzas armadas es “celoso” con su grado y consideran una falta de respeto que se les llame por un grado que no les corresponde.

En enero del 2020 se inició un nuevo periodo de internado. Los primeros meses, el interno realizó las funciones anteriormente descritas. Los horarios eran variables, ya que dependiendo de las guardias o de la rotación en la que el interno estaba, ingresaba a las seis de la mañana y se retiraba por la tarde, por la noche o al día siguiente. Las patologías eran variadas porque se veían pacientes que ingresaban por emergencia o aquellos que venían para controles por consultorio externo. Desde enfermedades agudas hasta enfermedades crónicas y sus complicaciones.

A mediados de marzo, a nivel nacional, el internado fue suspendido a causa de la Pandemia por COVID 19, razón por la cual los internos fueron retirados del Hospital Naval. Durante los meses comprendidos entre mayo y septiembre

no acudió ningún interno al hospital. No fue hasta quincena de octubre que se reinició el internado y los internos volvieron al hospital.

Tras el reinicio del internado en el Hospital Naval era clara la diferencia entre la atención previa a la pandemia y durante la pandemia: el personal de salud había disminuido por lo que la carga había aumentado, gran cantidad de pabellones ahora eran exclusivos para el tratamiento de pacientes COVID 19, la atención por consultorio externo había cerrado y como alternativa se habían iniciado las teleconsultas.

Por los motivos expuestos sumado al decreto de urgencia donde los internos solo podían ir 15 días al mes, se redujo drásticamente el campo de práctica para los internos. Por lo que se buscaron alternativas para suplir las faltas que un internado golpeado por la pandemia podría tener.

Justificación

Este trabajo busca describir y explicar cómo se desarrolló el internado en el Hospital Naval, antes y durante la pandemia, cual fue la experiencia de los internos en el hospital, desde un punto de vista académico, económico y familiar; además de presentar diversos casos clínicos ocurridos en dicho hospital a fin de analizar y comparar el manejo de dichas patologías con las guías nacionales e internacionales.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Camino al internado médico y su importancia

Previo a llegar al internado de medicina, los estudiantes pasan por diversos cursos, tanto teóricos como prácticos. El primer contacto con un cuerpo humano es el curso de Anatomía Humana, el comprender el funcionamiento del cuerpo a nivel molecular con el curso de fisiología o sentirse médicos por primera vez con el curso de semiología. Conforme se avanza en la carrera, los estudiantes se percatan que los cursos conforman una sumatoria progresiva que permite entender de manera adecuada cada parte de la medicina, ningún curso se cancela entre sí, todos se suman.

El primer año de prácticas hospitalarias es uno de los más importante, ya que es el primer año donde se tiene contacto real con pacientes. La Facultad de Medicina Humana de la USMP inicia las prácticas hospitalarias durante el cuarto año; siendo el Hospital Dos de Mayo una de las sedes hospitalarias que recibe estudiantes para el curso de Medicina Interna. Los alumnos de medicina desarrollan sus prácticas, hacen sus primeras historias clínicas y examinan a sus primeros pacientes. Durante el quinto y el sexto año de la carrera los estudiantes continúan sus prácticas hospitalarias para los cursos de cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia. Es el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión uno de los hospitales referentes, donde los alumnos pueden continuar con sus prácticas.

Al terminar los primeros seis años de carrera el alumno habrá adquirido diversas habilidades y conocimientos, teóricos y prácticos que serán

consolidados y puestos en práctica durante el último año de carrera, el internado.

El internado es, por lo tanto, una parte fundamental dentro de la carrera de medicina humana que permite consolidar los conocimientos obtenidos durante la carrera universitaria. Es un año donde el estudiante de medicina se desenvuelve en el campo real, adquiriendo habilidades interpersonales, de gestión, administración y manejo de recursos. Desde cómo darle un buen uso a las medicinas y a los recursos del hospital, como atender adecuadamente a los pacientes, como llevar una entrevista adecuada del paciente, como generar un buen ambiente laboral, como trabajar en equipo y, ayuda al futuro médico a poder inclinarse hacia otra especialidad.

1.2 Internado Médico antes y durante de la Pandemia

En el CEMENA, el internado médico inició el 31 de diciembre del 2019 con un pequeño grupo de internos distribuidos en las 4 grandes especialidades: cirugía general, medicina interna, pediatría-neonatología y ginecología-obstetricia, con las guardias nocturnas de las mismas.

El horario de ingreso era de 7 am y la salida era a las 2 pm de lunes a domingo; no obstante, muchos internos adoptaron la iniciativa de llegar a las 5-5:30hrs para poder evolucionar a sus pacientes asignados, mandar un resumen de los mismos al chat de residentes y asistentes, prepararse para las exposiciones diarias de sus co-internos y residentes, y comenzar la visita médica a las 8am, la cual podía durar de 2 horas a más dependiendo de la cantidad de pacientes hospitalizados. Una vez terminada la visita, los internos deben correr con todos los pendientes para que todo esté listo o en proceso para la ronda de la tarde después del almuerzo.

Cabe mencionar, que si el interno estaba de guardia igual tenía que evolucionar, mandar resumen de sus pacientes y participar en la exposición, pero a las 7am debía reportarse a la guardia de 12hrs, en medicina y pediatría-neonatología, o 24hrs en cirugía general y ginecología-obstetricia. Los internos de guardia se hacían cargo de manejar los tópicos de emergencia y

asistir en los procedimientos quirúrgicos de ser necesario; pero también debían correr con los pendientes que quedaron en el piso luego que sus co-internos ya se retiraron a sus casas.

Toda esta rutina paró abruptamente con la instauración del estado de emergencia. Las universidades trataron de suplir la falta de práctica mandando casos clínicos y realizando conversatorios, pero leer una pantalla no era lo mismo que conversar y examinar a tu paciente. Después de 6 meses sin pisar un hospital, se dio el aviso de que los internos podían regresar a sus hospitales.

Los internos volvían a usar su bata blanca y colgarse el estetoscopio en sus cuellos, pero ahora debían ponerse una mascarilla o respirador, un protector facial, un mandilón y guantes; los cuales, a pesar de cumplir con la función de protegerlos, dificultaban la comunicación y movilización por el hospital. La interacción con el paciente se redujo a lo mínimo posible por la disminución de las hospitalizaciones, las patologías evaluadas solo eran emergencias por la implementación de la atención por telemedicina para enfermedades crónicas y controladas, y por el miedo de los mismos pacientes de acudir al hospital. Por otro lado, con la nueva distribución de internos para minimizar la exposición, la interacción y seguimiento de los pacientes era muy difícil, casi imposible.

1.3 Experiencias Clínicas del Internado:

Durante el internado médico, se pueden observar distintas patologías, que van desde las más comunes según cada especialidad hasta esas enfermedades que tienen “nombre propio”.

En el Hospital Naval se veían todo tipo de patologías, ya que al ser el hospital de referencia de la Marina de Guerra del Perú y contar con todas las especialidades y facilidades diagnósticas recibían a personal naval de todo el Perú. Desde enfermedades comunes como una crisis asmática, apendicitis, colecistitis, diarreas, enfermedades exantemáticas, resfriados comunes y neoplasias de mama, colon o próstata; hasta enfermedades más raras como

un síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, leishmaniasis, coagulopatías, linfomas, esclerodermia o un síndrome de Gilbert.

Es importante resaltar que el objetivo del internado es que el Interno consolide los conocimientos y adquiera las capacidades que todo médico general debe de tener. Por eso, de acuerdo con la rotación, el interno de medicina debe aprender a reconocer las patologías más comunes de cada especialidad, con el fin que durante el SERUMS sepa reconocerlas y saber cuándo amerita derivarlas.

Si bien, las enfermedades recibidas en el hospital Naval son variadas, durante el internado hubo algunas enfermedades que se vieron con mayor frecuencia o que resaltaron con respecto a las demás patologías, ya sea por su poca frecuencia o por que la causa de ingreso fue una y tras la hospitalización se percataron que la patología era más simple de lo que se creía.

A continuación, se presentarán algunos de estos casos ordenados según rotación y patología:

1.3.1 Cirugía General

1.3.1.1 Caso 1: Apendicitis

Paciente varón de 15 años con un tiempo de enfermedad de 4 horas caracterizado por hiporexia, náuseas y dolor abdominal. Al conversar con los padres, comentaron que habían comido anticuchos en una carretilla en el centro de lima. Durante el examen físico abdominal se encontraron RHA ligeramente aumentados, abdomen blando/depresible doloroso difusamente a la palpación profunda de intensidad 3/10. Se le dio de alta con el diagnóstico de gastroenteritis aguda y con indicación de dieta blanda y abundantes líquidos.

Paciente regresó a las 3 horas refiriendo dolor abdominal intenso en el cuadrante inferior derecho y fiebre cuantificada de 38.5°. Al examen físico se encontró RHA disminuidos, abdomen tenso, signo de McBurney (+), signo de

rovsing (+) y rebote (+). Se le tomaron exámenes de laboratorio, cuyos resultados positivos fueron los siguientes: leucocitosis con desviación izquierda y PCR elevado. Se solicitó una ecografía abdominal completa, encontrándose líquido libre, un apéndice con 7mm de diámetro y paredes de 3mm de grosor.

Por todo lo anterior se dio el diagnóstico de apendicitis aguda y se completaron los prequirúrgicos para someter al paciente a una apendicectomía laparoscópica + colocación de dren penrose. El paciente estuvo hospitalizado por 1 semana hasta completar el tratamiento antibiótico endovenoso y se retiró el DPR.

1.3.1.2 Caso 2: Colecistitis Aguda Calculosa

Paciente mujer de 47 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 9 horas caracterizado por dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho de intensidad 6/10 tras comer pachamanca en el cumpleaños de su prima, que cedió con 1 tableta de ketorolaco. 2 horas antes del ingreso, el dolor apareció nuevamente acompañado de náuseas e hiporexia por lo que decidió acudir a emergencia. Dentro de los antecedentes de importancia: colelitiasis detectada por ecografía hace 4 años, multigesta y obesidad.

Al examen físico se encontró fascie dolorosa, diaforesis marcada, temperatura de 38.5°C y taquicardia. Al evaluar el abdomen se encontró RHA (+), B/D, dolor a la palpación profunda tipo cólico en hipocondrio derecho, de intensidad 7/10, Murphy (+), Blumberg (-), Mc Burney (-); el resto del examen sin alteraciones. Se planteó el diagnóstico de Abdomen Agudo d/c Colecistitis Aguda Calculosa y para confirmar se le solicitaron exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal completa, encontrando positivo lo siguiente: Leucocitosis sin desviación izquierda, PCR elevado, bilirrubinas ligeramente elevadas a predominio directo, fosfatasa alcalina ligeramente elevada, transaminasas normales y dislipidemia. El estudio de imágenes concluyó: Signos Ecográficos de Colecistitis Aguda Calculosa (Signo de doble pared, el grosor de la pared de 6 mm, Murphy Ecográfico (+), cálculo en cístico).

Una vez confirmado el diagnóstico planteado, se inició el manejo médico con antiinflamatorios, se aplicó la profilaxis antibiótica con cefazolina 2 gr EV y se prepararon los papeles para entrar a sala para realizar una colecistectomía laparoscópica, cuyos hallazgos intraoperatorios fueron una vesícula aumentada de tamaño, no perforada con un cálculo en su interior de aproximadamente 2.5 cm. En el post operatorio la paciente inició tolerancia oral a las 12 horas de la cirugía, tolero la vía oral y se progresó la dieta, durante la estancia hospitalaria se mantuvo con cefazolina 1 gr EV c/8 horas. Tras 24 horas hospitalizada fue dada de alta con tratamiento antibiótico, tratamiento antiinflamatorio, dieta blanda y control en 7 días.

1.3.1.3 Caso 3: Hernia Inguinal Directa

Paciente varón de 40 años acudió con un tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por la presencia de bulto no doloroso en región inguinal derecha que aparecía al hacer esfuerzo físico y que desaparecía cuando estaba completamente echado, negaba otra sintomatología asociada.

El examen físico se realizó con el paciente en bipedestación, a la inspección no se observaron cambios de coloración en la piel ni bultos en la región inguinal, pero al realizar maniobras de valsalva se observó una tumoración de 2 cm de diámetro en región inguinal derecha. Se realizó la maniobra de Edward Wyllys Andrews, donde se introduce un dedo a través de la piel del escroto en dirección al conducto inguinal, palpando el orificio inguinal superficial y se le pide al paciente que tosa o puje; en el caso del paciente, la tumoración se hizo evidente empujando el dedo del examinador hacia adelante, confirmando el diagnóstico de una hernia inguinal directa reductible coercible derecha.

Al ser un paciente estable y sin antecedentes de importancia, se le solicitaron prequirúrgicos y se programó para una cirugía electiva de hernioplastia de Lichtenstein, la cual fue realizada sin complicaciones.

1.3.1.4 Caso 4: Conjuntivitis Química

Paciente mujer de 35 años, ama de casa, acudió a emergencia porque 1hr antes del ingreso, mientras limpiaba el baño, le salpicó ácido muriático al ojo derecho. La paciente refería ardor intenso en el ojo sin alteración de la agudeza visual. Al examen físico se encuentra conjuntiva congestiva y abundante secreción lagrimal. Inmediatamente se comienza un lavado ocular profuso utilizando 3 botellas de suero salino y una jeringa de 20cc para aplicar el suero a presión y de forma directa al ojo afectado.

Una vez terminado el procedimiento, la paciente fue derivada al departamento de oftalmología donde se le realizaron exámenes para determinar el daño del ácido y se concluyó que su agudeza visual estaba conservada, por lo que la paciente fue dada de alta con indicación de lágrimas artificiales cada 4 horas y de retornar por consultorio externo de oftalmología si presentaba molestias.

1.3.2 Medicina Interna

1.3.2.1 Caso 5: Neumonía Bacteriana

Paciente varón de 70 años es traído por su hijo a la emergencia por presentar sensación de alza térmica no cuantificada, escalofríos y tos productiva desde hace 3 días. El familiar refirió que su padre solo tomaba vitaminas y no tenía ningún antecedente patológico de importancia. En la evaluación inicial el paciente se encontraba alerta, colaborador, con taquipnea, aleteo nasal, temperatura de 38.7 C y escalofríos, resto de funciones normales.

En el examen físico respiratorio se encontró amplexación disminuida en HTD, matidez a la percusión en tercio inferior del hemitórax derecho, murmullo vesicular disminuido en tercio inferior de hemitórax derecho y crépitos en base de hemitórax derecho. El resto del examen físico sin alteraciones. Se solicitaron exámenes de laboratorio y una radiografía de tórax posteroanterior. Se encontró lo siguiente: leucocitosis con desviación izquierda, PCR aumentado, urea y creatinina dentro de los parámetros normales, perfil hepático normal; en el estudio de imágenes se informó un patrón de consolidación pulmonar con broncograma aéreo en tercio inferior de HTD, no se evidenció derrame pleural ni cardiomegalia.

Con los resultados de los exámenes auxiliares se dio con el diagnóstico de neumonía basal derecha adquirida en la comunidad y se decidió hospitalizar para iniciar ceftriaxona 2 gr/día EV + azitromicina 500 mg/día EV por 7 días. El paciente presentó mejoría de la sintomatología a las 48 horas y fue dado de alta tras completar el tratamiento antibiótico.

1.3.2.2 Caso 6: Crisis Hipertensiva (contexto COVID-19)

Paciente mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial vino por emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 horas. Paciente refirió que 2 horas antes de acudir a emergencia, tras recibir una mala noticia, inicia con cuadro de cefalea intensa holocraneal y pulsátil, motivo por el cual procede a medirse la presión arterial encontrando una presión de 190/100 por lo que decide acudir a emergencia. Durante el interrogatorio, la paciente manifestó que por motivo de la pandemia no había podido ir a recoger sus medicamentos, por lo que ya había pasado más de dos días sin tomar sus antihipertensivos. Al examen físico la paciente estaba despierta, orientada, con fascie dolorosa, la presión estaba en 180/100, la frecuencia cardiaca en 120 y el resto de las funciones vitales estaban dentro de parámetros normales. La piel estaba sudorosa, tibia y elástica, el llenado capilar era menor de 2 segundos, no había edemas. El resto del examen estaba sin alteraciones. Tras la evaluación inicial se planteó el diagnóstico de Crisis Hipertensivas: Urgencia versus Emergencia Hipertensiva. Por lo que se le solicitaron exámenes de laboratorio para descartar daño a órgano blanco (hemograma, perfil hepático, urea y creatinina, enzimas cardíacas, examen de orina y electrolitos) y un electrocardiograma. Los resultados de los laboratorios y el electrocardiograma fueron normales, por lo que la paciente fue catalogada como una Urgencia Hipertensiva.

Mientras se realizaban los exámenes auxiliares, se le dio a la paciente captopril 25 mg Sublingual y se esperó 30 minutos para controlar la presión nuevamente, la presión comenzó a disminuir progresivamente. Cuando se controló a la hora la presión esta había disminuido a 150/90, por lo que,

sumado a que los exámenes auxiliares eran normales, se planteó el alta de la paciente. Previo al alta, se dieron las recomendaciones a la paciente y se le indicó que debía continuar con la terapia antihipertensiva en casa.

1.3.2.3 Caso 7: Tumoración Abdominal versus Globo Vesical

Paciente mujer de 75 años de edad vino a emergencia por tenesmo vesical asociado a la presencia de masa abdominal que no recordaba cuando apareció, pero que tenía un crecimiento lento desde hace 3 meses. En cuanto a los antecedentes patológicos de importancia: infecciones urinarias recurrentes desde los 40 años, sin historia de neoplasias su familia

En la evaluación inicial se encontraba tranquila y colaboradora, y sus funciones vitales estaban dentro de los parámetros normales. Al examen físico abdominal: no cambios de coloración en la piel, RHA (+), distendido, se observó gran tumoración abdominal a predominio de hemiabdomen inferior no dolorosa a la palpación, pero que a la compresión daba ganas de miccionar; se encontró matidez desplazable, signo de la oleada (+), Murphy (-), McBurney (-) y rebote (-). El resto de órganos y sistemas se encontraron sin alteraciones. Ante la sospecha de un NM de ovario, se solicitaron marcadores tumorales y una ecografía abdominal completa. Los exámenes de laboratorio eran normales, pero en la ecografía informó vejiga distendida con 1 litro de contenido líquido homogéneo, sugerente de retención urinaria aguda.

Se concluyó que la paciente tenía un globo vesical y se llamó al urólogo de guardia para que realizara el sondaje. El especialista decidió realizarle una cistoscopia, pero al momento del examen encontró una estrechez uretral que impedía el ingreso del equipo; por lo que se decidió usar una sonda de menor calibre y evacuar progresivamente la vejiga. Finalmente la paciente fue dada de alta con el diagnóstico de globo vesical resuelto por estrechez uretral y se le dieron indicaciones dietéticas y a pasar controles periódicos por el servicio de urología.

1.3.2.4 Caso 8: Síndrome de Gilbert

Paciente varón de 27 años sin antecedentes de importancia que acudió a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por coloración amarillenta de piel y mucosas generalizada. Paciente refirió que 3 días antes del ingreso, tras una guardia militar muy intensa, regreso a su casa y durante la ducha se percató que su cara y ojos tenían un “tono amarillo”. Paciente creyó que podía deberse a algo que había comido, por lo que comenzó a tomar bastante líquidos e inicio dieta blanda con caldos. La coloración amarillenta fue progresando hasta notarse en todo el cuerpo por lo que acudió a emergencia. Al examen físico, el paciente estaba orientado, despierto, sin ninguna fascie característica. Las funciones vitales estaban dentro de parámetros normales. En la piel había ictericia generalizada ++/+++, no palidez, no edemas. El resto del examen no presentaba ninguna anomalía. Se planteó como diagnósticos: ictericia de etiología a determinar. Los exámenes de laboratorio mostraban lo siguiente: hemograma dentro de parámetros normales, transaminasas normales, fosfatasa alcalina normal, las bilirrubinas estaban elevadas a predominio indirecto (BT < 6 mg/dL), la urea y creatinina estaban normales. La ecografía abdominal completa no mostraba alteraciones a nivel hepático ni a nivel de la vesícula y vías biliares. El paciente fue hospitalizado para realizarle más estudios.

Ya durante su hospitalización, se le solicitó una colangio resonancia, la cual fue normal, no se evidenciaron signos de obstrucción a nivel de la vía biliar. Además se le realizó una tomografía de abdomen, en la cual no se evidenciaba ninguna lesión hepática. Tras descartar que la ictericia se debiera a alguna obstrucción se realizaron más exámenes para descartar causas infecciosas, las cuales resultaron negativas. Al segundo día de hospitalización la ictericia comenzó a disminuir, al igual que los valores de bilirrubinas. Al cuarto día, las bilirrubinas habían regresado a niveles normales.

Paciente fue diagnosticado de un Síndrome de Gilbert, previo al alta se le explicó en qué consistía esta enfermedad y que clase de actividades o circunstancias podrían generar la aparición de ictericia. Tras eso el paciente retomó sus actividades militares con normalidad.

1.3.3 Ginecología y Obstetricia

1.3.3.1 Caso 9: Flujo vaginal

Paciente mujer de 25 años con un tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por secreción vaginal que manchaba su traza y prurito genital, negaba otra sintomatología asociada. En cuanto a los antecedentes ginecológicos de importancia: menarquía a los 11 años, RC 5/30, PRS a los 17 años, NPS: 2, MAC: ACOS y condón, RCN: niega, PAP: negativo (2020), G0P0.

En el examen ginecológico, durante la inspección se encontraron genitales acordes a la edad, presencia de lesiones escoriativas en labios mayores y periné, y flujo blanquecino grumoso que sale de la vagina de la paciente. En la especuloscopia se encontró paredes vaginales eritematosas con secreción algodonosa grumosa en regular cantidad, cérvix sin alteraciones. Al tacto vaginal, la paciente negó dolor a la movilización de cérvix, anexos o dolor abdominal, descartando la probabilidad de una enfermedad inflamatoria pélvica.

Por lo anterior mencionado se concluyó que la paciente tenía una vulvovaginitis candidiásica y se le indicó fluconazol 150mg vía oral dosis única y clotrimazol en óvulos intravaginal todas las noches por 7 días.

1.3.3.2 Caso 10: Amenaza de aborto

Paciente mujer de 28 años de edad con 9 semanas de gestación por ecografía del primer trimestre, acudió a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 hora caracterizado por un sangrado vaginal único de regular cantidad al momento de ducharse, negó dolor asociado al sangrado. La paciente negó relaciones sexuales en la última semana ni haber tenido alguna caída o accidente previo al inicio del sangrado. Los antecedentes de importancia eran los siguientes: menarquía a los 12 años, RC: 4/28, PRS: 20 años, NPS: 1, MAC: condón, RCN: niega, PAP: negativo (2019), nulípara, G1P0 .

Al examen físico la paciente tenía todas las funciones vitales dentro de los parámetros normales, se encontraba tranquila y colaboradora. En la

especuloscopia se encontró cérvix posterior cerrado sin sangrado activo y canal vaginal con escasos rasgos de sangre, al tacto vaginal no había dolor a la movilización del cérvix, palpación de anexos ni dolor abdominal. Para evaluar la vitalidad del embrión se solicitó una ecografía transvaginal que informó una gestación activa de 9 semanas 3 días y la ausencia de hematoma subcoriónico. Los exámenes de laboratorio que se había sacado hace 2 días se encontraban dentro de los parámetros normales.

Por todo lo mencionado anteriormente, se concluyó que era una amenaza de aborto y, al no encontrarse sangrado activo y la paciente encontrarse estable hemodinámicamente, se le dio de alta con la indicación de reposo absoluto en cama, abstinencia sexual y antiinflamatorios en caso de presentar dolor; también se le indicó retornar para un control en 72 horas o menos si volvía a presentar otro episodio de sangrado con o sin dolor.

1.3.3.3 Caso 11: Ectópico

Paciente mujer de 21 años vino a la emergencia por un tiempo de enfermedad de 2 horas caracterizado por presentar dolor pélvico intenso y sangrado vaginal que manchó su trusa y pantalón. Durante la anamnesis, la paciente no refirió antecedentes patológicos de importancia; en cuanto al aspecto ginecológico, menarquia a los 11 años, RC: 6/30, FUR: no recuerda, NPS: 3, RCN: niega, MAC: método del ritmo y condones, PAP: negativo (2020), G0P0.

Al examen físico se encontraba con fascie dolorosa, sudorosa, pálida, pero con funciones vitales sin alteraciones. En el examen abdominal: RHA (+), blando/depresible, doloroso a la palpación superficial de forma difusa de intensidad 6/10, Murphy (-), McBurney (-), rebote (+). En el examen ginecológico, a la especuloscopia se encontró canal vaginal sin rastros de sangrado activo, cérvix posterior y cerrado; al tacto vaginal, la paciente refirió dolor a la movilización de cérvix y anexos, como hallazgo se palpó masa anexial derecha. Se le solicitó una BHCG que >1500 mUI/ml, por lo que se indicó una ecografía transvaginal, donde se observó cavidad uterina vacía, masa anexial heterogénea derecha y escaso líquido libre. Con todo lo

mencionado se concluyó que la paciente tenía un embarazo ectópico y al encontrarse estable hemodinámicamente, se le programó para cirugía.

La paciente fue sometida a una laparoscopia exploratoria + salpingectomía derecha que no presentó complicaciones y fue dada de alta 4 días después con recomendación de acudir al consultorio de ginecología para controles posteriores.

1.3.3.4 Caso 12: Preeclampsia

Paciente primigesta de 42 años de edad con 38 semanas de gestación por ecografía del primer trimestre vino a la emergencia por presentar cefalea holocraneana, mareos y “ver lucecitas”, negó otros síntomas asociados y antecedentes de importancia (negó HTA y DM2). También refirió que había pasado su último control prenatal 2 días antes sin inconvenientes.

Durante la evaluación se encontró taquicardia y una PA de 170/90 mmHg, el resto de funciones y el examen físico se encontró sin alteraciones, la evaluación ginecológica determinó que no se encontraba en trabajo de parto. Por todo lo mencionado se concluyó que la paciente tenía una preeclampsia que cumplía criterios de severidad, se le administró nifedipino VO y sulfato de magnesio al 20% 4 gr en bolo EV como profilaxis y se dejó corriendo exámenes de laboratorio y prequirúrgicos para finalizar la gestación por cesárea.

La paciente fue sometida a una cesárea segmentaria transversa primaria que no tuvo complicaciones y fue dada de alta con su bebé luego de 1 semana de observación sin interurrencias, no volvió a presentar PA altas y los resultados de laboratorio salieron normales.

1.3.4 Pediatría

1.3.4.1 Caso 13: Enfermedad Diarreica Aguda

Lactante mujer de 14 meses de edad que ingresó por emergencia con un tiempo de enfermedad de 12 horas, caracterizado por 4 deposiciones líquidas sin sangre y sin moco asociadas a arcadas. Madre refirió que la paciente juega

en el piso y se “mete” todo a la boca. La paciente tenía todas las inmunizaciones completas hasta la fecha, tuvo LME hasta los 6 meses, el desarrollo psicomotor normal, sin antecedentes patológicos de importancia. Al examen físico la paciente estaba activa, despierta, reaccionaba a estímulos. Las funciones vitales estaban dentro de rangos normales. La piel estaba tibia, húmeda e hidratada; el llenado capilar era menor de dos segundos, signo del pliegue (-). Al examen de abdomen se encontraron RHA (+), aumentados en frecuencia e intensidad, el abdomen era B/D, no doloroso a la palpación. Resto del examen sin alteraciones. Dentro de los exámenes de laboratorio se le pidió una reacción inflamatoria en heces la cual fue normal. Tras la anamnesis, el examen físico y los laboratorios el diagnóstico fue de Diarrea Aguda Acuosa sin signos de deshidratación.

Tras el diagnóstico definitivo, se conversó con la madre y se le dieron indicaciones para el tratamiento en casa. Se le indicó hidratación con líquidos caseros como caldo, agua, agua de arroz, sueros de rehidratación oral. Una vez la paciente tolerará la vía oral y tuviera apetito, se le indicó que iniciará con una dieta blanda, evitando verduras y frutas con cáscara. Además, se le explicó cómo prevenir un nuevo episodio de diarrea, y se le envió a casa con sulfato de zinc 20 mg/5 ml, una cucharadita c/24 horas por 10 días.

1.3.4.2 Caso 14: Exantema súbito

Lactante varón de 16 meses de edad que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por fiebre cuantificada de 39°C que cede con paracetamol, rinorrea, irritabilidad e hiporexia. Al examen físico de emergencia el paciente se encontraba irritable y la temperatura era de 39.5°C. El resto del examen no presentaba alteraciones. Tras la evaluación el diagnóstico fue de rinofaringitis aguda, por lo que se le dio tratamiento con medios físicos y paracetamol en jarabe para bajar la fiebre. Previo al alta, se le explicó a la madre que era un proceso viral y que normalmente la fiebre podía durar un par de días más. Se le dio paracetamol en jarabe horario y el paciente se fue de alta. Después de 4 días paciente regresa por emergencia. Madre refiere que la fiebre había cesado hace dos días, pero tras caer la fiebre comenzó a presentar manchas rosadas en el cuerpo a predominio de cara y

tronco, no estaban asociadas a descamación ni ha prurito. Al examen físico el niño estaba despierto, activo, las funciones vitales estaban dentro de parámetros normales. A nivel de la piel de la cara y el tronco presentaba lesiones tipo máculas acompañadas de pápulas de un color rosado, no había descamación, no había secreciones, no dolorosas a la palpación y no había aumento de temperatura. El resto del examen físico no presentaba alteraciones. El diagnóstico tras la evaluación en emergencia fue de un Exantema Súbito.

Tras el diagnóstico definitivo, previo al alta, se le explicó a la madre porque se producía esta enfermedad y que el tratamiento con paracetamol que se daba solo era para aliviar los síntomas, ya que en un par de días el exantema desaparecería.

1.3.4.3 Caso 15: Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico

Paciente varón de 13 años que ingresa con un tiempo de enfermedad de 4 días. Paciente refiere que 4 días antes del ingreso presenta fiebre cuantificada de 38.5°C que no cede con tableta de paracetamol, asociada a malestar general; 2 días antes del ingreso se agrega inyección conjuntival bilateral sin secreción, dolor de garganta y dolor abdominal difuso. Como el cuadro no remite, paciente acude a emergencia. Dentro de los antecedentes de importancia, hace dos semanas padre y hermano del paciente fueron diagnosticados de COVID 19, y hace semana y media paciente había presentado cuadro gripal asociado a anosmia.

Al examen físico el paciente se encontraba despierto y activo. La piel estaba húmeda, elástica y caliente; el llenado capilar era menor a 2 segundos y no se evidenciaban edemas. Se observaba inyección conjuntival bilateral con ligero edema de párpados sin salida de secreción. A nivel de la boca, los labios estaban agrietados y la orofaringe estaba congestiva, no había presencia de exudado. En el cuello se palpaban múltiples ganglios a nivel latero cervical bilateral. El resto del examen sin alteraciones. Tras la evaluación inicial se plantearon los siguientes diagnósticos: Infección por COVID-19, Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (SIMP). Por lo que se le solicitó un PCR

para COVID 19, el cual fue positivo; un Perfil COVID (hemograma, bioquímica con perfil hepático completo, perfil de coagulación, LDH, dímero D, fibrinógeno, ferritina, PCR, Pro-BNP y troponinas) el cual salió totalmente alterado, y se le realizó una interconsulta a cardiología pediátrica, los cuales le realizaron una ecocardiografía la cual no mostró alteración de la función cardíaca ni dilataciones a nivel coronario. Por lo que, ya confirmado el diagnóstico de COVID 19 y SIMP se inició el tratamiento específico.

El paciente fue llevado a UCI pediátrica donde se le indicó tratamiento con gammaglobulina 2gr/kg pasado en infusión por 12 horas, aspirina a 50 mg/kg c/ 24 horas más y glucocorticoides EV. Por motivos administrativos, no se pudo administrar la gammaglobulina, pero el paciente presentó mejoría, la fiebre disminuyó y los laboratorios empezaron a mejorar. Tras 3 días afebril, fue dado de alta. Se le indicó continuar con la aspirina a 5mg/kg por 2 semanas hasta nuevo control para ecocardiografía.

1.3.4.4 Caso 16: Ictericia por Lactancia Materna

Paciente varón de 5 días de vida que es traído por emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día. Madre refiere que un día antes del ingreso, paciente comienza a tornarse de color amarillo, está muy irritable, ha bajado de peso y lacta “muy poco tiempo” y seguido. Motivo por el cual lo trae a emergencia. Dentro de los antecedentes de importancia: RN AT de 38 semanas de parto eutócico, alta conjunta a las 24 horas de vida, madre de 22 años, primeriza, refiere lesiones a nivel de ambos pezones. Al examen físico el neonato se encontraba despierto, reactivo e irritable, con tendencia al llanto. Las funciones vitales estaban dentro de parámetros normales, el delta de peso era de más del 10%. La piel estaba tibia, húmeda, elástica, la ictericia llegaba hasta el abdomen, no había edemas. A nivel del Sistema Nervioso Central, el paciente estaba despierto, reactivo, irritable, el tono era adecuado para la edad, moro (+), prensión (+), succión (+). El resto del examen no presentaba alteraciones, por lo que se le dio el diagnóstico probable de Ictericia por Lactancia Materna y se le solicitaron exámenes de laboratorio. Los resultados de los exámenes solicitados fueron los siguientes: hemograma dentro de

parámetros normales, hiperbilirrubinemia a predominio indirecto, hiponatremia leve, perfil renal sin alteraciones, perfil hepático sin alteraciones.

Se evaluó la posibilidad de hospitalizar al paciente en función a si se requería o no fototerapia utilizando el Normograma de Buthani (mg/dl) (ver anexo 2) o Nice (mmol/dl) (ver anexo 2). El resultado fue que no requería, por lo que, se planteó el alta del paciente bajos las siguientes indicaciones: Se le dio a la madre las indicaciones para una adecuada técnica de lactancia materna y en caso la madre sintiera que el bebe no lactaba adecuadamente o que no tenía mucha leche complementará con fórmula; recalcando que la leche materna es el mejor alimento.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Generalidades del Sistema de Salud Peruano

El Sistema de Salud Peruano brinda una atención sanitaria descentralizada a través de proveedores de salud públicos y privados, que cuentan con sus propios mecanismos de financiamiento y suministro de servicios (6). Las entidades que administran dicha atención médica son las siguientes: Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de Salud (ESSALUD), Fuerzas Armadas (FFAA / Marina de Guerra del Perú, Fuerza Aérea del Perú y Ejército del Perú), la Policía Nacional (PNP) y el sector privado; los cuales brindan numerosos servicios y seguros con coordinación ineficiente y, en la mayoría de los casos, desempeñando funciones que se superponen (7).

Con la finalidad de mejorar la organización de oferta de servicios y la articulación entre los distintos prestadores de salud, así como optimizar el uso de recursos materiales y humanos, y aumentar la satisfacción del usuario, en la Resolución Ministerial N°769-2004/MINSA se estableció la Categorización de los Establecimientos de Salud, cuya base son los niveles de atención y de complejidad determinados por la demanda (volumen y severidad de las necesidades de salud) y oferta de servicios (capacidad resolutive y aspecto estructural) de cada establecimiento. La categorización de establecimientos se describe de la siguiente manera: nivel 1, que cuenta con 4 categorías; nivel 2, con 2 categorías y nivel 3, con 2 categorías (8).

2.2 Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” (CEMENA), coloquialmente llamado Hospital Naval, inaugurado el 4 de julio de 1956, ubicado en el distrito del Callao, es el establecimiento de salud de mayor complejidad de la Marina de Guerra del Perú, teniendo la categoría III-1, es decir, es un hospital general que cuenta con una unidad de cuidados intensivos especializada y todas las especialidades médicas. La población que tiene acceso a sus servicios de salud está conformada por el personal militar en actividad, personal militar en retiro y familiares de los mismos, así como a personal civil en calidad de prestador de salud privado (9).

2.3 CEMENA: Antes y durante la pandemia

Previa instauración del estado de emergencia, el Hospital Naval brindaba servicios, principalmente, al personal naval en actividad, retiro y familiares de los mismos; además de ser el establecimiento de salud con la mejor cartera de servicios en salud de esta fuerza armada en el país, funcionando como el centro de referencia de los otros centros de salud de menor nivel pertenecientes a la Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú. No obstante, a días de haberse decretado el estado de emergencia, el 27 de marzo del 2020, durante una nota de prensa, el ex-presidente Martín Vizcarra y el ex-ministro de salud Víctor Zamora anunciaron que el CEMENA se volvería el hospital de referencia para pacientes con COVID-19 en el Callao (10).

A lo largo de esta pandemia, el Hospital Naval fue implementando y mejorando protocolos de bioseguridad para estar en las condiciones de atender óptimamente la creciente demanda de la población, a la par de controlar la tasa de contagio e infección de su personal. También capacitó a su personal sanitario con el fin de lograr la acreditación del Instituto Nacional de Salud (INS) para realizar las pruebas moleculares necesarias para el diagnóstico oportuno del SARS-COV-2, causante del COVID-19, ayudando a la descentralización de este método diagnóstico (11).

En cuanto a las inmunizaciones, el CEMENA utilizó las vacunas del laboratorio chino Sinopharm, priorizando la aplicación de la primera dosis a su personal de salud en primera línea de atención del 10 al 12 de febrero del 2021, y en los días posteriores continuó con el personal militar en actividad, en personal militar en retiro, personal sanitario y civil en condición de vulnerabilidad y adultos mayores sucesivamente (12).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 La nueva corriente: Medicina basada en evidencia

Hace 29 años, Gordon Guyatt propone una nueva corriente llamada Medicina Basada en Evidencia (MBE), la cual consiste en que las decisiones que se hagan con respecto al cuidado de un paciente (diagnóstico, manejo, terapéutica y pronóstico) se deben tomar en función de la mejor evidencia científica disponible, la experiencia clínica y las preferencias individuales de cada paciente. Esta propuesta buscaba dejar atrás la práctica de la medicina basada en la intuición, la experiencia y la racionalidad fisiopatológica (13).

En la actualidad, se practica la Medicina Basada en Evidencia, por lo que toda decisión que se toma con respecto a un paciente debe de estar justificada con evidencia científica actual y debe de ser conversada, explicada y aprobada por el paciente. Por este motivo, se han generado múltiples plataformas virtuales, entre ellas Up to Date, las cuales recopilan la evidencia actual para facilitar la práctica de la MBE; además, distintos organismos internacionales y los ministerios de cada país desarrollan guías basadas en evidencia para el diagnóstico y manejos de distintas enfermedades.

En el Hospital Naval, generalmente, la práctica de la medicina se da en función a la MBE. A continuación, se analizarán y discutirán los casos presentados

anteriormente, enfocándonos en cómo se llegó al diagnóstico, como se realizó el tratamiento y si este estaba acorde a la evidencia científica más actualizada.

3.2 Discusión de Casos Clínicos:

3.2.1 Cirugía General

El **caso 1** trata sobre apendicitis aguda en un paciente joven que estaba cursando con la cronología de la clínica de esta patología, hiporexia > dolor migratorio > náuseas > fiebre. No obstante, un examen físico no característico y el dato confusor de la comida en la calle, hizo que se diera un diagnóstico errado y se diera un alta pronta al paciente, que retornó horas más tarde con una clínica de apendicitis aguda más florida, por lo que fue sometido a una apendicectomía laparoscópica.

Según la MBE (14), se debe utilizar la escala de Alvarado (15) para tomar las decisiones terapéuticas; el paciente sacó un puntaje de 10/10, por lo que el tratamiento quirúrgico fue el adecuado. Sin embargo, cabe resaltar la importancia de mantener en observación a los pacientes que acuden a emergencia con una clínica similar y no dar antiinflamatorios que puedan enmascarar la evolución de la enfermedad y tener un desenlace nefasto.

En el **caso 2** se aborda el tema de Colecistitis Aguda Calculosa. Se presenta el caso de una paciente obesa de 47 años que acude por emergencia con un TE de 9 horas caracterizado por dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho tras la ingesta de una comida copiosa. Al examen físico la paciente estaba febril; en abdomen los RHA (+), era B/D, había dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, tipo cólico, de intensidad 7/10 y Murphy (+). Tras la evaluación inicial el diagnóstico fue de Abdomen Agudo Quirúrgico d/c Colecistitis Aguda Calculosa. Tras los exámenes auxiliares y la ecografía abdominal se confirmó el diagnóstico de colecistitis aguda Calculosa, por lo que la paciente ingresó a Sala y se realizó una Colecistectomía Laparoscópica.

Las guías nacionales e internacionales coinciden en que para el diagnóstico de Colecistitis Aguda se deben de utilizar los Criterios de Tokyo 2018 (16). Estos criterios se dividen en 3 grupos, uno que evalúa si hay signos de inflamación local (A), otro evalúa los signos de inflamación sistémica (B), y el último evalúa los hallazgos por imágenes (C). Dentro de los criterios tipo A se evalúa si hay signo de Murphy (+) o Masa, dolor, sensibilidad en cuadrante superior derecho. Los criterios tipo B evalúan si el PCR está elevado (>3), si hay fiebre (>38°C) o si los leucocitos están elevados. Por último, los criterios tipo C evalúan si hay hallazgos de imagen ecográficos clásicos de una colecistitis aguda (signo de doble pared, grosor de pared mayor o igual a 4mm). Si se cumple un ÍTEM de A y uno de B, hay sospecha diagnóstica; si se cumple A, B y C el diagnóstico es definitivo (17). Tras el diagnóstico, el tratamiento inicial es médico, se hidrata a la paciente, se inicia tratamiento antibiótico y se maneja el dolor; luego se realiza el tratamiento definitivo que es la colecistectomía. El tratamiento quirúrgico de emergencia/urgencia se realiza bajo estas condiciones: Si hay perforación, si hay necrosis, si es de tipo enfisematosa o si tiene menos de 72 horas, pero el paciente está estable. Si el paciente no tiene complicaciones agudas (no perforación, no necrosis); pero se ve séptico o tiene una enfermedad severa, se prefiere solo realizar una colecistostomía (18).

En el caso de la paciente, cumplía los criterios de Tokyo, por lo que el diagnóstico de Colecistitis Aguda Calculosa era correcto. Además, la paciente estaba estable y el cuadro tenía menos de 72 horas, por lo que la decisión de realizar una colecistectomía era la indicada.

El tema para el **caso 3** fue la hernia inguinal directa en un paciente que acudió a emergencia por presentar un bulto no doloroso en la región inguinal derecha que aparecía al realizar maniobras de valsalva y desaparecía cuando estaba en decúbito dorsal. El examen físico era característico de una hernia inguinal directa reductible coercible derecha, y al encontrarse estable el paciente fue programado para cirugía electiva.

Según la MBE y las guías de práctica clínica usadas en los hospitales de emergencia del país, la decisión terapéutica de cirugía electiva fue la adecuada, ya que el manejo quirúrgico de emergencia se da en pacientes cuyas hernias se han complicado con estrangulación o encarcelamiento. Más aún, el abordaje anterior que se realiza con la técnica de Lichtenstein tiene menor tensión y menos recidivas a largo plazo, siendo la de elección para este tipo de hernias (19).

El **caso 4** trata de conjuntivitis química en una paciente ama de casa que acude porque le salpicó ácido muriático en el ojo derecho mientras limpiaba el baño. Al examen físico ocular se encontró conjuntiva congestiva y abundante secreción lagrimal en ojo derecho. Se le dio tratamiento inmediato con un lavado ocular profuso con 3 botellas de suero salino; y posteriormente se le derivó al oftalmólogo para que realizara un examen de agudeza visual.

Según la MBE (20) y el Manual de Atención Primaria de Salud Ocular (21), los accidentes por salpicadura de sustancias son muy frecuentes en las amas de casa y niños pequeños, por lo que se hace hincapié en el tratamiento rápido y oportuno, y posterior evaluación por el especialista para determinar el daño anatómico y repercusión en la agudeza visual.

3.2.2 Medicina Interna

El **caso 5** trata sobre un paciente adulto mayor que presentaba SAT, escalofríos y tos productiva desde hace 3 días. Durante la evaluación se encontró lo siguiente: temperatura de 38.7°C, aleteo nasal y un examen respiratorio sospechoso de neumonía basal derecha, por lo que se solicitaron exámenes de laboratorio e imágenes que corroboraron el diagnóstico de neumonía basal derecha adquirida en la comunidad.

El paciente fue hospitalizado y recibió tratamiento antibiótico endovenoso por 7 días y fue dado de alta finalizado el mismo tras no presentar complicaciones. Según la MBE (22) y la Sociedad Peruana de Médicos Internistas (23) y las guías que utilizan (24), el manejo hospitalario fue ya que el paciente tenía un puntaje de 2 en el score CURB-65. En cuanto a la antibioticoterapia,

mencionan la posibilidad de iniciar monoterapia con fluoroquinolonas; no obstante, al ser un país endémico de tuberculosis, se limita el uso de estos medicamentos para evitar resistencia medicamentosa.

Con respecto al **caso 6** sobre Crisis Hipertensiva, se presentó a una paciente mujer de 68 años con antecedentes de Hipertensión Arterial desde hace 10 años que se encontraba sin tratamiento al momento de la evaluación. Paciente acudió a emergencia con un TE de 2 horas caracterizado Cefalea Holocraneal Pulsátil y una Presión arterial de 190/100 mmHg. Tras realizarle los exámenes de laboratorio y el electrocardiograma para descartar daño a órgano blanco, se le dio el diagnóstico definitivo de Crisis Hipertensiva: Urgencia Hipertensiva.

La crisis hipertensiva se define como la elevación súbita de la presión arterial capaces de causar daño de órgano blanco (cerebro, corazón, riñón, retinas y arterias). La prevalencia en emergencia llega hasta un 7%. Si bien, la bibliografía no tiene un consenso claro sobre los valores fijos para definir una crisis hipertensiva, la Joint National Committee, la define como una presión arterial sistólica mayor a 180 y una presión arterial diastólica >120. Las crisis se pueden clasificar en urgencia (si no hay daño de órgano blanco) y emergencia (si hay evidencia de daño de órgano blanco) (25). La guía de Práctica Clínica del Hospital Casimiro Ulloa agrega a esta clasificación que las lesiones en una emergencia hipertensiva deben de ser irreversibles (26).

Según la información presentada, la paciente fue correctamente diagnosticada de una Urgencia Hipertensiva, ya que tenía una presión de 190/100 mmHg; los exámenes de laboratorio y el electrocardiograma no mostraron ninguna alteración por lo que no había evidencia de daño de órgano blanco y tampoco presentaba alguna alteración al examen físico. En el tratamiento de una urgencia hipertensiva, la reducción de la presión arterial no debe ser brusca ya que puede generar hipoperfusión tisular, ictus isquémico y hasta infarto. El fármaco que actualmente se recomienda es captopril 25 mg Sublingual buscando reducir la PAM en un 20%, una vez reducida, se da tratamiento ambulatorio. Si no disminuye la presión se debe

de hacer tratamiento parenteral para reducir la presión. En el caso de la paciente, se le administró captopril sublingual, con lo que redujo la presión por lo que fue dada de alta con la indicación de reanudar el tratamiento hipertensivo para casa.

El **caso 7** trata sobre una paciente adulta mayor que acudió a emergencia por una masa abdominal de larga evolución y crecimiento lento. En el examen físico se describió una gran tumoración abdominopélvica con matidez desplazable, no dolorosa a la palpación, signo de la oleada (+) y que causaba tenesmo vesical a la compresión. No obstante, ante la sospecha de una neoplasia ovárica, se le solicitaron marcadores tumorales que salieron negativos y una ecografía abdominal completa que informó una gran distensión vesical sugerente de globo vesical. Por lo que el especialista decidió realizar un sondaje vesical, durante el cual encontró una estrechez uretral que explicaba la cronicidad de la gran retención urinaria.

Se escogió este caso por la duda diagnóstica que causó la edad de la paciente y la evolución de la tumoración abdominal por sobre la clínica de tenesmo, antecedente de infecciones urinarias recurrentes y la dificultad para el sondaje; que apuntaban hacia un globo vesical + estrechez uretral (27). Por otro lado, cabe mencionar que la misma retención urinaria crónica predispone a infecciones urinarias recurrentes, creando un ciclo de infección, fibrosis y más retención (28).

El **caso 8** trata sobre un paciente con el diagnóstico de Síndrome de Gilbert. A manera de resumen era un paciente varón de 27 años con un TE de 3 días caracterizado por ictericia generalizada sin ningún síntoma o signo asociado. Tras realizarle exámenes de laboratorio, donde lo único alterado fue la elevación a predominio indirecto de las bilirrubinas, e imágenes, el diagnóstico por descarte fue de Síndrome de Gilbert.

El síndrome de Gilbert es una enfermedad donde hay un defecto genético que causa una mutación a nivel del Gen UGT1A1, el gen encargado de codificar la UGT. Esta mutación altera la producción de UGT (enzima que convierte

bilirrubina indirecta a directa). En estos pacientes, el aumento de la bilirrubina se desencadena por: estrés, fiebre, menstruación, ayuno y hemólisis.

El diagnóstico es por descarte de otras patologías que causan hiperbilirrubinemia indirecta. Algunas guías mencionan que el diagnóstico presuntivo se puede realizar con lo siguiente: Hiperbilirrubinemia indirecta en test repetidos más resto de los exámenes de laboratorio; y se confirma más tarde tras 12-18 meses con bilirrubinas elevadas y exámenes normales. También se menciona una prueba de ayuno donde se deben de medir valores de bilirrubina antes y después del ayuno, si tras el ayuno la bilirrubina aumenta se considera un Síndrome de Gilbert. En el caso del paciente, se realizaron diversos exámenes para descartar otras patologías, y finalmente, tras todo estar normal se planteó ese diagnóstico y tras su mejoría se le dio de alta sin ningún tratamiento. La MBE no menciona tratamiento para esta enfermedad, ya que es “benigno” (29).

3.2.3 Ginecología y Obstetricia

Se escogió el tema de flujo vaginal para el **caso 9**, ya que se trata de una patología muy frecuente, de fácil diagnóstico y tratamiento. La paciente acudió a la emergencia con los signos y síntomas clásicos de una vulvovaginitis por cándida, tenía flujo blanquecino grumoso adherente y prurito genital, por lo que no fue necesario tomar muestra de la secreción para cultivo ni tinción KOH para evidenciar la presencia de pseudohifas (30).

El tratamiento utilizado, fluconazol vía oral dosis única + clotrimazol en óvulos por 7 días, es lo recomendado según la MBE para pacientes sin factores de riesgo para hacer vulvovaginitis complicadas, que menciona la importancia de añadir el tratamiento tópico para lograr erradicar la infección y mejorar la sintomatología vulvar de las pacientes (31).

En el **caso 10** se aborda el tema de amenaza de aborto, una de las causas de hemorragia en la primera mitad del embarazo, con una gestante de 9 semanas por ecografía del primer trimestre que acudió a la emergencia por presentar un episodio de sangrado de regular cantidad sin dolor. La

evaluación física, exámenes de laboratorio y ecografía transvaginal se encontraron dentro de los parámetros normales y sin signos de desprendimiento placentario. Por lo que, siguiendo las indicaciones de la Guía de Práctica Clínica de Obstetricia del INMP, la paciente fue dada de alta con indicación de reposo absoluto + abstinencia sexual + aines + control en 72 horas (32).

Según MBE, lo indicado en gestantes con amenaza de aborto es el manejo expectante y un control ecográfico posterior al episodio para evaluar la reabsorción o desarrollo de un hematoma retro placentario y la toma de decisiones acorde al escenario (33).

En el **caso 11** se aborda otra causa frecuente de hemorragia de la primera mitad del embarazo, el embarazo ectópico, en una paciente con la triada clínica de dolor + amenorrea + sangrado vaginal, cuyos exámenes auxiliares dieron como resultado >1500 mUI/ml de BHCG e imágenes ecográficas sugestivas de un embarazo ectópico en trompa derecha, por lo que se decidió optar por el tratamiento quirúrgico radical que no tuvo complicaciones y fue dada de alta a los 4 días.

Según el manejo planteado por el INMP³² y por MBE (34), se hubiera preferido realizar un abordaje conservador con una salpingostomía derecha, ya que de esa forma se hubiera preservado la anatomía y por ende la fertilidad de la paciente.

La preeclampsia fue el tema escogido para el **caso 12** de ginecología y obstetricia, con una paciente añosa de 38 semanas de gestación que acudió a emergencia por presentar síntomas premonitorios de esta patología, además de una presión arterial de 170/90 mmHg durante el examen físico, que fue suficiente para hacer el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad. Siguiendo la guía del INMP se inició tratamiento con nifedipino VO, sulfato de magnesio profiláctico y terminar la gestación con una CSTI que no tuvo complicaciones para la madre o el bebé (32).

La MBE (35) coincide con el esquema de tratamiento de antihipertensivo + profilaxis + terminar la gestación, pero menciona que si la paciente no se encuentra en alguno de los siguientes escenarios: falla de órgano, HTA refractaria, DPP-RPM, RCIU severo, SFA u oligohidramnios; se prefiere la vía vaginal para el término de la gestación.

3.2.4 Pediatría

Con respecto al **caso 13** sobre Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Se abordó este caso porque la diarrea es una de las causas más frecuentes de llegada a emergencia de pediatría en nuestro país. Para el 2016, en Perú, la prevalencia alcanzó el 16%, siendo el tipo más frecuente la acuosa. Por lo que es importante conocer cómo se presenta y cómo se manejan estos casos (36).

El caso presentaba a un niño de 14 meses de edad que acude a emergencia y es diagnosticado de Diarrea Aguda Acuosa por lo que se le da tratamiento en casa con: Líquidos “caseros” (para rehidratación), reinicio de alimentación progresiva, y sulfato de zinc por 10 días. Comparando el diagnóstico con la última Guía Clínica del MINSA sobre EDA, el niño fue bien diagnosticado, ya que el caso presentado si cumplía las características de una Diarrea Aguda Acuosa (duraba menos de 14 días, no tenía sangre, no tenía moco); es importante remarcar que la causa más frecuente de una Diarrea Acuosa en menores de 2 años es rotavirus, por lo que el paciente no requería mayores estudios a los realizados (37).

Con respecto al tratamiento, se le dio el “Plan A”, que según la Guía de MINSA se da en casos de diarreas sin signos de deshidratación, este tratamiento consta de 5 pasos: Aumentar la ingesta de líquidos (rehidratar), Continuar con la alimentación habitual, Reconocer los signos de Deshidratación y Alarma (se les enseñan los signos a los familiares del paciente), Enseñar a Prevenir futuros episodios (lavado de manos, lavado de verduras, uso de agua hervida) y el dar Zinc. Al examen físico el paciente no presentaba ningún signo de deshidratación por lo que el manejo estuvo de acuerdo a la Guía MINSA; cabe resaltar que, si bien, la guía recomienda el uso de Zinc en todas las diarreas por que disminuye la duración del episodio y disminuye la incidencia

de un nuevo episodio durante los siguientes 3 meses, no a todos los casos que se observaron dentro del internado se les daba Zinc, esto debido a que no se encontraba en petitorio de emergencia y la familia del paciente tenía que comprarlo.

Para el **caso 14** se abordó el tema de enfermedades exantemáticas. Se presentó el caso de un lactante de 14 meses que acudió a emergencia con un TE de 2 días caracterizado por fiebre y rinorrea. Fue diagnosticado de Rinofaringitis Aguda y dado de alta con paracetamol horario. Después de 4 días volvió a emergencia, la madre comentó que la fiebre había caído dos días antes y tras caer la fiebre aparecieron unas manchas rosadas en cara y tronco. El diagnóstico final de este paciente fue Exantema Súbito o Roséola.

La Roséola forma parte de un grupo de enfermedades llamadas Enfermedades Exantemáticas, que son frecuentes durante la infancia y, si bien no comparten la etiología, todas cursan con exantema; por esta razón es importante conocer las características clínicas y así poder diferenciarlas. Entre las enfermedades exantemáticas la varicela, el sarampión y la rubéola son inmunoprevenibles, por dicha razón su incidencia ha disminuido (38).

La roséola, es causada más frecuentemente por el Virus Herpes Humano 6, la presentación clínica clásica es la de fiebre alta que dura entre 3-5 días e irritabilidad, tras caer la fiebre, aparece un exantema maculo papular rosado a predominio de cuello y tronco. La MBE menciona que no es necesario la toma de exámenes auxiliares una vez establecido el diagnóstico, solo se recomienda si la presentación es atípica (el rash se presenta en simultáneo con la fiebre) o cuando se está estudiando la fiebre (cuadro inicial) (39). En el caso clínico, tras el diagnóstico, el tratamiento fue solamente sintomático, lo que va conforme a las guías de práctica clínica, ya que la roséola se autolimita.

El **caso 15** trató sobre el Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico (SIMP). Se presentó este caso porque, a pesar de ser una complicación que ocurre en menos del 2% de pacientes pediátricos (40) que han tenido COVID 19, es importante saber reconocer el SIMP ya que tiene alta morbimortalidad,

por lo que, si no se inicia tratamiento oportunamente, hay un alto riesgo de que se produzcan daños permanentes a nivel cardiovascular.

En el caso se presentó a un paciente de 13 años de edad con el antecedente de contacto con pacientes COVID 19 hace 2 semanas, que acudió a emergencia con un TE de 4 días caracterizado por fiebre, inyección conjuntival, dolor de garganta y dolor abdominal difuso. Al examen físico lo positivo fue: inyección conjuntival, labios secos y agrietados, orofaringe congestiva y adenopatías latero-cervicales bilaterales. El PCR para COVID 19 fue positivo y los exámenes de laboratorio salieron alterados, dentro de ellos el pro-bnp estaba por arriba de 1500 pg/ml. El diagnóstico tras la evaluación fue de: Infección por COVID-19 y SIMP. Por este motivo se le realizó una ecocardiografía, en la cual no hubo alteración; y se indicó iniciar terapia con gammaglobulina 2 gr/kg, aspirina a altas dosis y glucocorticoide EV.

Con respecto al diagnóstico de SIMP, el paciente cumplía los criterios de la OMS para SIMP. Estos criterios comprenden lo siguiente: Edad menor de 20 años, fiebre de 3 días o más, signos de compromiso multisistémico (rash, conjuntivitis, mucositis, hipotensión, coagulopatías, síntomas gastrointestinales agudos), marcadores inflamatorios elevados (PCR), sin otra causa obvia de la inflamación, evidencia de infección o contacto reciente con el COVID 19. Por lo que el diagnóstico fue el adecuado (41). Por otra parte, con respecto al manejo, la MBE recomienda iniciar con gammaglobulina EV a una dosis de 2gr/kg de manera lentamente ya que se ha demostrado que tras la administración el cuadro clínico mejora, los marcadores de daño cardíaco mejoran y se recupera la función cardíaca (42). En el caso del Hospital Naval, la gammaglobulina no se encontraba en el petitorio, por lo que se inició la gestión administrativa para conseguir las ampollas. Mientras se daba la gestión, el paciente se comenzó a recuperarse solo con la aspirina y los glucocorticoides, por lo que se volvió a llamar al cardiólogo pediatra y tras realizarle nuevos laboratorios y ver que sus marcadores cardíacos habían disminuido, se tomó la decisión de no darle gammaglobulina. Al alta solo se le indico aspirina a 5mg/kg y control en dos semanas.

En estos pacientes es importante llevar un control en función a su primera ecocardiografía, si esta es normal se les hace un control a las 2 semanas post diagnóstico. Si se encuentra dilatación coronaria, se le realiza una ecocardiografía cada 2-3 días hasta que la lesión se estabilice y luego cada semana por 6 semanas. La ecocardiografía del paciente fue normal por este motivo se le citó para un control después de dos semanas de alta (42).

Por último, el **caso 16** aborda el tema de Ictericia por Lactancia Materna. Presenta a un neonato de 5 días de vida que es llevado a emergencia con un TE de 1 día caracterizado por ictericia, irritabilidad y baja de peso. Al examen físico estaba irritable, la ictericia que llegaba hasta el abdomen y el delta de peso era mayor al 10% (una baja de peso patológica). Tras los laboratorios se concluyó que la hiperbilirrubinemia a predominio indirecto no necesitaba fototerapia; y se le dio de alta con el diagnóstico de Ictericia por Lactancia Materna.

La Ictericia por Lactancia Materna es una causa frecuente de Ictericia en el recién nacido durante la primera semana de vida. Esto se debe a una mala técnica de lactancia. El bebe no puede succionar suficiente leche, por lo que, al no lactar adecuadamente, se genera estasis intestinal; aumentando el tiempo de exposición de la bilis a las betaglucuronidasas, convirtiendo mayor cantidad de bilirrubina directa a indirecta, aumentando la circulación enterohepática y reabsorbiendo mayor cantidad de bilirrubina indirecta (43). Toda ictericia clínica se debe de estudiar laboratorialmente para conocer los valores de bilirrubinas. Ya que, indistintamente de la causa, si los valores de bilirrubina están muy elevados requieren tratamiento. Para esto se utilizan las curvas de Buthani (mg/dL) o las curvas de NICE (mmol/dL). Estas curvas tienen dos ejes, en el eje Y se colocan los valores de bilirrubina, y en el eje X se colocan los días de vida. En el caso del paciente, tras comparar los valores de bilirrubina, no ameritaba tratamiento, por lo que no requería hospitalización (44).

Por último, sabiendo que la etiología de la ictericia es una mala técnica de lactancia, la MBE recomienda educar a las madres sobre la adecuada técnica de lactancia materna; lo cual se realizó (43).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado, como se ha mencionado anteriormente, es el último año de la carrera de medicina, que permite a los estudiantes de medicina, consolidar todo el conocimiento recopilado a través de los años de carrera. Es el año de transición entre estudiante de medicina y médico cirujano. Razón por la cual el interno debe adquirir ciertas capacidades y conocimientos básicos para ejercer su profesión adecuadamente.

Para adquirir estas capacidades (interpersonales, de administración, de gestión, de liderazgo) y conocimientos (teóricos y prácticos) es necesario el contacto frecuente con los pacientes, ya que de esa manera se podrán ver diferentes patologías que harán que el interno ponga en práctica todo lo aprendido. Entre mayor cantidad de pacientes se vean, más se consolidará el conocimiento teórico práctico. Además, gracias a la interacción con los pacientes y familiares, el interno mejorará su capacidad de comunicación, el cómo debe hablar con los pacientes y los familiares; el cómo de acuerdo con el contexto de cada individuo debe adaptar las palabras, términos o gestos que utiliza.

La interacción entre el interno y co-internos, residentes y doctores a cargo también es importante, ya que pueden aclarar conceptos y dudas. Además, durante el internado se exponen acerca de diversas patologías frecuentes que como médico general debemos conocer. En estas presentaciones se aclaran dudas y se afianzan conceptos. Además, desde el punto de vista de relaciones

humanas, se aprende a trabajar en equipo, a lidiar con distintas clases de personalidades y trabajar bajo presión.

4.1 Experiencia de Internado en el Hospital Naval

En relación con lo expuesto, el internado en el Hospital Naval inició en enero del 2020. El número de internos que ingresó fue de 80, y se dividieron en grupos de 20 para cada rotación. Los horarios oficiales de ingreso eran de 8 am a 2 pm, pero los internos eran los primeros en llegar y los últimos en irse. Las funciones en piso eran evolucionar a los pacientes para la visita médica, revisar los pendientes del día anterior y que todo esté completo, preparar exposiciones que se presentaban previo a las visitas médicas.

Después de las visitas, el interno se encargaba de agilizar los trámites de los exámenes e interconsultas solicitadas durante la visita e informar acerca de los resultados. En el caso de estar de guardia, la función del interno era atender a los pacientes que acudían por emergencia en el caso de cirugía general y ginecología-obstetricia, y en el caso de medicina y pediatría también era realizar el triaje.

Todos los días, el interno revisaba a los pacientes, sus laboratorios, y los evolucionaba. Con esta rutina ponía en práctica todas sus habilidades semiológicas, conocimientos teóricos y podía ver la evolución de los pacientes, como mejoraban según el tratamiento dado y qué criterios se utilizaban para variar el tratamiento por una respuesta desfavorable.

En la guardia, el interno aprendía a manejar las emergencias como heridas simples, mordeduras, diarreas, crisis asmáticas, fracturas, neumonías, infecciones urinarias; el manejo básico de patologías como Insuficiencia Renal Aguda o Crónica descompensada, cetoacidosis diabética, neumotórax, hemitórax; y en qué situaciones, cuando sea serumista, debía de derivar pacientes para su tratamiento en centros de alta complejidad.

A mediados de marzo el internado fue suspendido por la pandemia del COVID 19, y no fue hasta quincena de octubre que se reanudó el mismo con algunas

condiciones para que los internos pudieran volver al internado. Entre estas condiciones, el interno solo iba a ir al hospital 15 días al mes, y solo podía realizar dos guardias durante este periodo.

Lamentablemente el Hospital dejado en marzo, no era el mismo al que los internos llegaron en octubre. Si bien, la primera ola había terminado, aún había salas cerradas o de uso exclusivo para pacientes covid, por lo que para Medicina solo había 2 salas exclusivas, para cirugía 2 salas que compartían con algunos pacientes de medicina y traumatología, además de la clínica de oficiales y la sala de familiares (de uso exclusivo para familiares de oficiales). Pediatría aún mantenía su sala activa, al igual que ginecología y obstetricia.

Por este motivo, el número de internos diarios ya no podía ser el mismo, a pesar de poder ir 15 días al mes al hospital, para evitar la aglomeración en las salas y la exposición innecesaria, se tomó la decisión de que los internos solo fueran 6-7 días como máximo.

De esta manera, la cantidad de tiempo de práctica hospitalaria se redujo enormemente. La falta de continuidad al momento de ver pacientes no permitía consolidar los conocimientos sobre las patologías, ni establecer una adecuada relación médico-paciente. Si bien el interno podía ir 6 días seguidos, rotaba entre las salas, porque no podía ver la evolución de un paciente de manera continua.

La USMP trató de suplir estas carencias implementando cursos virtuales y trabajos donde los internos semanalmente discutían casos clínicos y procedimientos en vivo, con docentes de distintas sedes hospitalarias.

A mediados de diciembre de 2020 los casos de COVID 19 comenzaron a subir lentamente, no fue hasta enero de 2021, que inició la segunda ola. Esto provocó nuevos cambios, ya que por la gran cantidad de pacientes COVID 19, se redujo la cantidad de salas hospitalarias, llegando al punto de solo tener 4 salas en total más la clínica de oficiales para los pacientes de cirugía general, cirugía cardiovascular, traumatología, urología y todas las especialidades

médicas. La hospitalización de pediatría cerró, y solo había atención por emergencia; y Ginecología aún mantenía la hospitalización, ya que su sala era la única en el quinto piso junto a neonatología.

A raíz de esta alza en los casos covid, y por el contagio de varios internos, el hospital tomó la decisión de suspender las guardias para los internos en los servicios de cirugía general y medicina interna, ya que la exposición era muy alta.

Hasta abril del 2021, el hospital Naval se mantiene en esas condiciones, los casos de COVID 19 aún siguen llenando el hospital por lo que las salas siguen siendo compartidas por las especialidades de medicina interna y cirugía. En el caso de pediatría, si bien la hospitalización no está abierta, el área de emergencia se ha ambientado con el fin de poder hospitalizar a pacientes muy graves. Por último, en el caso de ginecología y obstetricia, y neonatología, al ser servicios cuya sala de hospitalización están aisladas, aún continúan funcionando dentro de la normalidad.

4.1.1 Cirugía General

Hablando específicamente de una rotación, la principal diferencia que hubo entre la atención antes y durante la pandemia fue la cantidad de pacientes para intervenir quirúrgicamente, sobre todo en relación con las cirugías programadas.

A causa de la pandemia, los neumólogos del hospital se encontraban en el Área COVID. El servicio de neumología del hospital cerró, dando de alta a los pacientes hospitalizados. Los médicos neumólogos, eran los pilares en el área covid. Por este motivo, las interconsultas de cirugía para el riesgo quirúrgico de sus pacientes no eran respondidas a corto plazo. Esto llevó al hospital a dar la orden de suspender las cirugías programadas y que solo se hagan cirugías de emergencia.

Los internos se vieron afectados porque ya no solo tenían el problema de que iban al hospital pocos días, ahora la cantidad de pacientes (que ya era

pequeña) había disminuido. A esto, se sumó la suspensión de las guardias a raíz de los contagios de muchos internos.

Pese a todos estos inconvenientes, los docentes de cirugía tomaron la decisión de realizar conferencias y exposiciones vía zoom, con el fin de suplir la falta de práctica con discusión de casos clínicos y exposiciones teóricas.

4.1.2 Medicina Interna

La situación fue similar con medicina interna, a raíz de la pandemia el número de pacientes hospitalizados se redujo y a esto se agregó la suspensión de guardia producto de los contagios entre los internos. A raíz de esto, el tiempo de prácticas hospitalarias se redujo y la ansiedad de los internos aumento, al sentir que las video clases, exposiciones y discusión de casos clínicos no suplían la falta de prácticas.

4.1.3 Ginecología y Obstetricia

En este servicio ocurrió un fenómeno, ya que el número de pacientes no disminuyó, se mantuvo y hasta aumentó a mediados de la pandemia. La cantidad de gestantes, y por ende nacimientos, se disparó durante la pandemia. Aunque cabe resaltar que, por motivos de la pandemia, la mayor parte de los controles prenatales se hacían vía telefónica, por lo que los internos solo veían a algunas pacientes que acudían para el diagnóstico de gestación y para el parto, o por emergencias obstétricas.

4.1.4 Pediatría

El servicio de pediatría cerró su sala de hospitalización a inicios del 2021, producto de esto solo se brindaba atención por emergencia. A consecuencia del cierre, la cantidad de horas que los internos podían ir al servicio de pediatría se vio disminuida, aun así, al no haber hospitalización y no haber “consultorio” (había consultorio, pero en los policlínicos de San Borja y Ventanilla), la cantidad de pacientes que llegaba por emergencia aumentó, entre resfríos, diarreas, exantemas, faringitis, bronquiolitis, asma, OVACE,

otitis, estreñimiento; se pudieron ver diversas enfermedades comunes que “suplieron” la falta de hospitalización.

Con respecto a neonatología, sucedió lo mismo que en ginecología, a raíz de la pandemia, los embarazos aumentaron, por lo que, a mediados de noviembre, comenzaron a aumentar el número de partos, lo que ayudó y enriqueció la práctica de los internos.

4.2 El impacto de la pandemia en la vida del Interno

Si bien, la parte formativa se vio afectada por la pandemia debido al menor número de horas prácticas y la menor cantidad de pacientes que llegaban al hospital. La vida personal del interno también se afectó.

Muchos internos, por el riesgo de contagio, se vieron obligados a salir de casa y alquilar un cuarto o departamento para evitar exponer a sus familiares al contagio. Esto, probablemente, afectó emocionalmente tanto a la familia como al interno. Otros, se vieron obligados a abandonar el internado, ya sea porque vivían con personas muy vulnerables, o ellos sufrían de comorbilidades como diabetes o hipertensión,

Por otra parte, si bien, la USMP dio facilidades para realizar los pagos, que como estudiantes correspondía a los internos; muchos otros internos se vieron obligados a abandonar el ciclo, ya que no podían pagar las pensiones a raíz de la crisis económica. Y no solo eran las pensiones, también el equipo de protección, las mascarillas, los guantes, los mandilones; si bien el hospital proporcionaba el equipo para la guardia hospitalaria, los internos de piso no recibían equipos de bioseguridad, por lo que tenían que costear eso ellos mismo.

Estas dificultades generaron diversas reacciones dentro de los internos de medicina, pero, aun con problemas, nunca descuidaron sus funciones.

CONCLUSIONES

En conclusión, el internado es el año más importante de la carrera de medicina humana, ya que es el periodo donde el estudiante enfrenta numerosas dificultades que le permiten crecer profesional y personalmente; es una etapa en la que los internos logran afianzar sus conocimientos teóricos y aplicarlos a la práctica clínica, entablan la primera relación médico-paciente de sus carreras y, en muchos casos, se orientan hacia la especialidad que seguirán en su posgrado.

La pandemia del COVID-19 ha generado muchas carencias en la formación práctica de los internos, producto de la disminución de afluencia de pacientes, la instauración de la telemedicina y los nuevos horarios de asistencia.

Actualmente el marco legal en el que se desenvuelve el internado médico ha mejorado a causa del estado de emergencia; pero estas mejoras son temporales. Una vez termine la crisis sanitaria el seguro de salud, seguro de vida y el pago de sueldo mínimo serán eliminados.

Por otro lado, el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” es una sede hospitalaria de alta complejidad, con múltiples especialidades y profesionales donde el interno puede realizar prácticas hospitalarias de alta calidad y donde prima el bienestar del recurso humano; por lo que se considera una sede completa para realizar el internado médico.

Por último, tras describir y analizar los casos clínicos ocurridos en el Hospital Naval, se concluye que, para el diagnóstico, tratamiento y manejo de los pacientes en el Hospital Naval se utiliza la Medicina Basada en Evidencia por medio de Guías de Práctica Clínica y Plataformas Digitales como UpToDate.

RECOMENDACIONES

Siendo el internado médico la etapa más importante de la carrera para el estudiante de Medicina Humana, se debe de priorizar a nivel nacional la calidad de enseñanza dentro de cada hospital; con el fin de que todos los internos de medicina adquieran el mínimo de capacidades para desarrollarse como Médicos Generales. Sumado a esto, las universidades deben proponer un internado realizado, parcialmente, en el primer nivel de atención, ya que esto preparará al interno para el SERUMS, tanto desde el punto de vista administrativo como el punto de vista médico.

Además, por motivo de la Pandemia del Covid19, los internos del 2020 deben de recibir capacitaciones y cursos que ayuden a consolidar, en mayor o menor grado, los conocimientos, que a causa de la pandemia, no pudieron afianzar por falta de prácticas.

Por último, si bien durante los últimos años el marco legal en el que se desenvuelve el internado ha mejorado, es necesario elaborar normas que protejan al interno y aseguren sus derechos de manera permanente, no solo por el estado de emergencia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tapia Villanueva R, et al. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. Cuba: Educ Méd Super. [Internet]. 2007. [consultado: abril 2021]. Vol. 21 (4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005
2. Penny W, Collins J. Educación médica en el Perú. Perú: Educ Med. [Internet]. 2018. [consultado: abril 2021]. Vol. 19 (S1):47-52. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181318300317>
3. Nieto-Gutierrez W, et al. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Perú: Acta Méd. Perú. [Internet]. 2016. [consultado: abril 2021]. Vol. 33 (2). Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003
4. Arroyo-Ramirez F, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Perú: Acta Méd. Perú. [Internet]. 2020.[consultado: abril 2021]. Vol. 37 (4):562-4. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n4/1728-5917-amp-37-04-562.pdf>
5. Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Perú:

- Rev. Perú med. Exp. salud pública. [Internet]. 2020. [consultado: abril 2021]. Vol 37 (3). Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300504
6. Cetrángolo O, et al. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Perú: Oficina de la OIT para los Países Andinos. [Internet]. 2013. [consultado: abril 2021]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>
 7. Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario. El Perú. USA: OMS. [internet]. 2011. [consultado: abril 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/workforcealliance/countries/per/es/>
 8. Dirección General de la Salud de las Personas. Categorías de establecimientos del sector salud. Perú: MINSA. [Internet]. 2005. [consultado: abril 2021]. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf
 9. Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú. Centro Médico Naval "CMST". Perú: DISAMAR. [Internet]. 2016. [consultado: 2021]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
 10. Vines H. Hospital Naval será centro especializado de coronavirus para pacientes del Callao. Perú: Andina. 27 de marzo del 2020. [consultado: abril 2021]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-hospital-naval-sera-centro-especializado-coronavirus-para-pacientes-del-callao-790463.aspx>
 11. Vines H. Coronavirus: INS acreditó al Hospital Naval para realizar pruebas moleculares. Perú: Andina. [Internet]. 18 de agosto del 2020. [consultado: abril 2021]. Disponible en:
<https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-ins-acredito-al-hospital-naval-para-realizar-pruebas-moleculares-810407.aspx>
 12. Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú. Centro Médico Naval "CMST" inició jornada de vacunación contra el COVID-19. Perú:

- DISAMAR. [Internet]. 11 de febrero del 2021. [consultado: abril 2021]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/2021/02/11/centro-medico-naval-cmst-inicio-jornada-de-vacunacion-contra-el-covid-19/>
13. Málaga G, Neira-Sánchez. La medicina basada en la evidencia, su evolución a 25 años desde su diseminación, promoviendo una práctica clínica científica, cuidadosa, afectuosa y humana. Perú: Acta Med. Perú. [Internet]. 2018. Vol. 35 (2):121-6. Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/571/275>
14. Smink D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: febrero 2021, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
15. Meléndez Flores J, et al. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. Perú: Horiz. Med. [Internet]. 2019. [consultado: abril 2021]. Vol. 19 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100003
16. IETSI. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. Guía en versión corta. Perú: EsSalud. [Internet]. 2018. [consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Corta.pdf
17. Zakko S, Afdhal N. Acute calculous cholecystitis: clinical features and diagnosis. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: noviembre 2020, consultado: abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis->

- clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis&topicRef=3684&source=see_link
18. Vollmer C, Zakko S, Afdhal N. Treatment of acute calculous cholecystitis. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: diciembre 2020, revisado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis&topicRef=666&source=see_link
 19. Brooks D. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: marzo 2021, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=hernia%20inguinal%20directa&source=search_result&selectedTitle=2~10&usage_type=default&display_rank=2#H2150320565
 20. Kaushik S, Bird S. Topical chemical burns: Initial assessment and management. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: enero 2020, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/topical-chemical-burns-initial-assessment-and-management?search=conjuntivitis%20quimica&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H6
 21. INO. Manual de atención primaria de salud ocular. Perú: MINSA. [Internet]. 2009. [consultado: abril 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1080_MINSA1476.pdf
 22. Ramirez J. Overview of community-acquired pneumonia in adults. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: diciembre 2020, consultado: abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&>

source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1113632960

23. SPMI. Guías clínicas. Perú: Sociedad Peruana de Medicina Interna. [Internet]. 2017. [consultado: abril 2021]. Disponible en: <http://www.medicinainterna.net.pe/?q=node/13>
24. Sistema Nacional de Salud. Guía de practica clínica para la prevención, diagnostico y tratamiento de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos. México: CENETEC. [Internet]. 2009. [consultado: abril 2021]. Disponible en: http://medicinainterna.net.pe/images/guias/GUIA_PARA_EL_MANEJO_DE_LA_NEUMONIA_ADQUIRIDA_EN_LA_COMUNIDAD.pdf
25. Palmero-Picazo J, et al. Crisis hipertensiva: un abordaje integral desde la atención primaria. México: Archivos en Medicina Familiar. [Internet]. 2020. [consultado: abril 2021]. Vol. 22 (1):27-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2020/amf201e.pdf>
26. HEJCU. Guía de práctica clínica: diagnóstico y manejo de la crisis hipertensiva. Perú: MINSA. [Internet]. 2018. [consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DIAGNOSTICO_Y_MANEJO_DE_LA_CRISIS_HIPERTENSIVA-ilovepdf-compressed.pdf
27. Shenot P. Estenosis uretral. USA: MSD. [Internet]. 2019. [consultado: abril 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-peneanos-y-escrotales/estenosis-uretral>
28. Rickey L. Chronic urinary retention in women. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: mayo 2019, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/chronic-urinary-retention-in-women?search=estenosis%20uretral%20en%20mujeres&source=search_result&selectedTitle=1~71&usage_type=default&display_rank=1#H66654856

29. Roy-Chowdhury J, et al. Gilbert síndrome and unconjugated hyperbilirubinemia due to bilirubin overproduction. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: marzo 2021, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gilbert-syndrome-and-unconjugated-hyperbilirubinemia-due-to-bilirubin-overproduction?search=gilbert&source=search_result&selectedTitle=1~53&usage_type=default&display_rank=1
30. Sobel J, Mitchell C. Candida vulvovaginitis: clinical manifestations and diagnosis. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: marzo 2020, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=vaginal%20discharge&topicRef=5477&source=see_link#H5
31. Sobel J. Candida vulvovaginitis: treatment. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: febrero 2021, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=vaginal%20discharge&topicRef=5452&source=see_link
32. INMP. Guías de práctica clínica de procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú: MINSA. [Internet]. 2018. [consultado: abril 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
33. Norwitz E, Park J. Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnant women. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: diciembre 2019, consultado: abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant->

women?search=amenaza%20de%20aborto&source=search_result&selectedTitle=1~22&usage_type=default&display_rank=1#H18

34. Tulandi T. Ectopic pregnancy: choosing a treatment. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: marzo 2020, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment?search=embarazo%20ectopico&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H3021183296
35. Norwitz E. Preeclampsia: management and prognosis. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: enero 2021, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H914282335
36. INS. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Perú: MINSA. [Internet]. 2017. [consultado: abril 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
37. Harris J, et al. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: octubre 2019, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
38. Sociedad peruana de dermatología. Exantemas virales. Perú: Dermatol Peru. [Internet]. 2018. [consultado: abril 2021]. Vol. 28 (3):167-184. Disponible en: https://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista_9GYB_v28_n3_05.pdf

39. Tremblay C, Brady M. Roseola infantum (exanthem subitum). USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: julio 2019, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/roseola-infantum-exanthem-subitum?search=roseola&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13
40. Son M, Friedman K. COVID-19: multisystem inflammatory síndrome in children (MIS-C) clinical features, evaluation, and diagnosis. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: abril 2021, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=sindrome%20inflamatorio%20multisistemico%20covid&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
41. Freedman S, et al. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes con COVID-19. USA: OMS. [Internet]. 15 de mayo del 2020. [consultado: abril 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332191/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Multisystem_Syndrome_Children-2020.1-spa.pdf
42. Son M, Friedman K. COVID-19: multisystem inflammatory síndrome in children (MIS-C) management and outcome. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: abril 2021, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-management-and-outcome?search=sindrome%20inflamatorio%20multisistemico%20covid&topicRef=128190&source=see_link
43. Wong R, Bhutani V. Unconjugated hyperbilirubinemia in the newborn: pathogenesis and etiology. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: diciembre 2019, consultado: abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia->

in-the-newborn-pathogenesis-and-etiology?search=ictericia%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H17

44. Wong R, Bhutani V. Unconjugated hyperbilirubinemia in term and late preterm infants: management. USA: UpToDate. [Internet]. [actualizado: diciembre 2019, consultado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-term-and-late-preterm-infants-management?search=ictericia%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

ANEXOS

ANEXO N°1

PODER EJECUTIVO

DECRETOS DE URGENCIA

DECRETO DE URGENCIA N 090-2020

DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDAS EXCEPCIONALES Y TEMPORALES QUE COADYUVEN AL CIERRE DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA AFRONTAR LA PANDEMIA POR LA COVID -19

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, la Organización Mundial de la Salud ha calificado, con fecha 11 de marzo de 2020, el brote del Coronavirus (COVID-19) como una pandemia al haberse extendido en más de ciento veinte países del mundo de manera simultánea;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control de la COVID-19, se declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional, por el plazo de noventa (90) días calendario, por la existencia de la COVID-19; la cual ha sido prorrogada por el Decreto Supremo N° 020-2020-SA, a partir del 10 de junio de 2020 hasta por un plazo de noventa (90) días calendario;

Que, con Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote de la COVID-19, y sus precisiones y modificaciones, se declara el Estado de Emergencia Nacional por el plazo de quince (15) días calendario, y se dispone el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote de la COVID-19; la misma que fue prorrogada a través de los Decretos Supremos N° 051-2020-PCM, N° 064-2020-

PCM, N° 075-2020-PCM, N° 083-2020-PCM, N° 094-2020-PCM, N° 116-2020-PCM y N° 135-2020-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 080-2020-PCM, Decreto Supremo que aprueba la reanudación de actividades económicas en forma gradual y progresiva dentro del marco de la declaratoria de la Emergencia Sanitaria Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia de la COVID-19, se aprueba la "Reanudación de Actividades" conforme a la estrategia para una reanudación progresiva en el marco de la Emergencia Sanitaria, la cual consta de cuatro (04) fases para su implementación, que se evalúan permanentemente de conformidad con las recomendaciones de la Autoridad Nacional de Salud, cuyas Fases 1, 2 y 3, ya se han iniciado y se encuentran en pleno desarrollo;

Que, cada una de las fases de la estrategia "Reanudación de actividades" comprende la reapertura de diversas actividades, lo cual conlleva el incremento de ciudadanos y ciudadanas circulando por las vías de uso público generando una mayor demanda de los servicios de salud de pacientes de la COVID 19 y otras enfermedades, por lo cual se requiere un mayor número de recursos humanos para la atención integral;

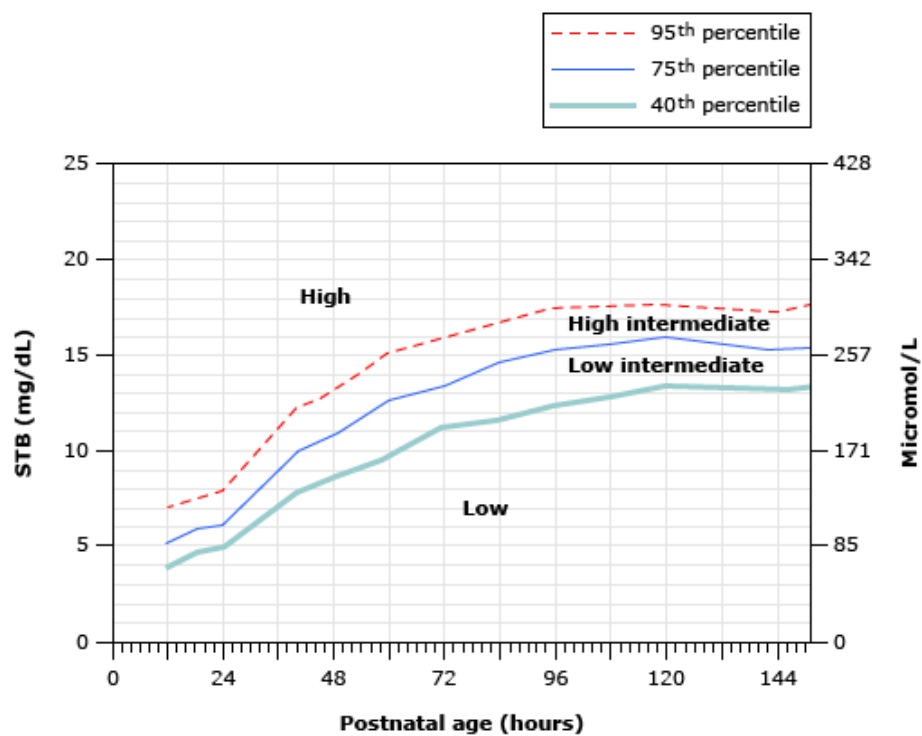
Que, asimismo, al haberse incrementado el número de camas de atención de pacientes se requiere urgentemente de todos los recursos humanos posibles para la atención de las enfermedades que pueda presentar población;

Que, los esfuerzos realizados por la mayoría de la ciudadanía y las acciones emprendidas para combatir la propagación de la COVID-19 deben continuar a fin de mantenernos vigilantes en el cuidado de la salud, por lo que se debe fortalecer la respuesta de los servicios de salud ante la Emergencia Sanitaria por la COVID-19, siendo necesario establecer medidas que contribuyan al cierre de brechas de recursos humanos en salud para garantizar una adecuada disponibilidad y distribución de personal de la salud en los diferentes niveles de atención;

Que, en ese sentido, resulta necesario disponer de medidas de carácter excepcional con la finalidad de fortalecer los sistemas de prevención, control y vigilancia y la respuesta sanitaria para afrontar la pandemia por la COVID -19, a través de disposiciones económico financieras que permitan contar con internos de las ciencias de la salud en los establecimientos públicos de salud, bajo la supervisión de la universidad, en su condición de recursos humanos en formación, así como contar con personal profesional que apoye la continuidad de los servicios de salud, de manera

ANEXO N°2

Nomogram of hour-specific serum or plasma total bilirubin (TB) concentration in healthy term and near-term newborns



Risk zones are designated according to percentile: high (TB $\geq 95^{\text{th}}$), high intermediate ($95^{\text{th}} > \text{TB} \geq 75^{\text{th}}$), low intermediate ($75^{\text{th}} > \text{TB} \geq 40^{\text{th}}$), and low (TB $< 40^{\text{th}}$). Infants with values in the high risk zone are at increased risk for the development of clinically significant hyperbilirubinemia requiring intervention.

Reproduced with permission from *Pediatrics*, Vol. 114, Pages 297-316, Copyright © 2004 by the AAP.

UpToDate®

ANEXO N°3

Listado de abreviaturas:

ACOS: Anticonceptivos Orales
B/D: Blando y depresible
CEMENA: Centro Médico Naval
DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2 FUR: Fecha de última regla
DPR: Dren Pen Rose
D/C: Descartar
EPPs: Equipos de protección personal
EV: Endovenoso
HTA: Hipertensión Arterial
HTD: Hemitórax Derecho
LME: Lactancia Materna Exclusiva
MAC: Método Anticonceptivo
MBE: Medicina Basada en Evidencia
MMII: miembros inferiores
NM: Neoplasia Maligna
NPS: Numero de Pareja Sexuales
PAM: Presión Arterial Media
PAP: Papanicolau
PCR: Proteína C Reactiva
PRS: Primera Relación Sexual
SOP: sala de operaciones
TE: Tiempo de Enfermedad
RHA: Ruidos Hidroaéreos
RN: Recién nacido
RC: ritmo catamenial
RCN: Relaciones Sexuales Contra-Natura
VO: Vía Oral