



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO REALIZADO EN
ESTABLECIMIENTOS PERUANOS DEL PRIMER Y TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA Y CALLAO ANTES Y
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 ENTRE LOS AÑOS
2020 Y 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

DIEGO HENRY ACOSTA CARDENAS

LUIS FERNANDO AYASTA IBAÑEZ

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento - Sin obra derivada
CC BY-ND**

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO REALIZADO EN
ESTABLECIMIENTOS PERUANOS DEL PRIMER Y TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA Y CALLAO ANTES Y
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 ENTRE LOS AÑOS
2020 Y 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

DIEGO HENRY ACOSTA CARDENAS

LUIS FERNANDO AYASTA IBAÑEZ

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Víctor Hinostróza Barrionuevo

Miembro: M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

Miembro: Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

DEDICATORIA

A mis abuelos Rosa y Lolo por ese amor incondicional que me dieron en vida, y quienes a pesar de no estar físicamente conmigo me acompañaran siempre en cada logro obtenido.

Luis Fernando Ayasta Ibañez

A mis padres Henry y Cruz por cada palabra de aliento, cada consejo y muestra de amor que me ayudan día a día a ser mejor. Sin ustedes no hubiera concluido un gran paso en mi vida.

Diego Henry Acosta Cardenas

AGRADECIMIENTO

A mi madre y a mi hermano por el esfuerzo y los sacrificios innumerables que han tenido que hacer para hacerme llegar a donde estoy. A mi padre por el apoyo y los consejos. A mi tío Willy Ibáñez por la confianza y el apoyo brindado. A la familia Pomalima Carrasco por ser como una segunda familia para mí y haberme apoyado incondicionalmente desde el principio. A mis compañeros, que son lo más valioso que me llevo de mi vida universitaria.

Luis Fernando Ayasta Ibañez

A mis amigos que se convirtieron en una familia dentro y fuera de la universidad. A mis familiares, cada uno de ustedes me apoyaron en los momentos más difíciles donde las lágrimas estuvieron presentes. Y a mis familiares que desde el cielo me seguirán guiando Juanito y Pocholo.

Diego Henry Acosta Cardenas

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	1
1.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	8
1.3 Rotación de Medicina Interna	13
1.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia	18
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	24
2.1 Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	24
2.2 Hospital Sergio E. Bernales	24
2.3 Centro de Salud Leonor Saavedra	25
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
3.1 Rotación de Cirugía	26
3.2 Rotación de Pediatría y Neonatología	31
3.3 Rotación de Medicina Interna	35
3.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia	39
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
4.1 Fase del Internado Hospitalario	43
4.2 Fase del Internado en el primer nivel de atención	46

4.3 Rotación externa en sede hospitalaria	48
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	53
ANEXOS	58
1. Organigrama estructural del HNDAC	59
2. Organigrama estructural HNSEB	60

RESUMEN

El internado medico es el último año formativo de la carrera de medicina humana donde se desarrollan las actividades prácticas obligatorias, en las cuatro especialidades médicas básicas: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia. Este constituye un pilar básico pues es el único año donde los estudiantes perfeccionan sus conocimientos teórico prácticos para su futuro desempeño como médicos. En este informe en especial se describe la experiencia del internado medico mediante la comparación del manejo de diversas patologías observadas durante las prácticas clínicas con la literatura disponible, así mismo se describen las sedes de practica y se hace una reflexión crítica de la experiencia vivida durante el internado antes y durante la pandemia por covid-19.

ABSTRACT

The medical internship is the last formative year of the human medicine career where the mandatory practical activities are developed, in the four basic medical specialties: Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics. This constitutes a basic pillar since it is the only year where students perfect their theoretical and practical knowledge for their future performance as doctors. In this report in particular, the experience of the medical internship is described by comparing the management of various pathologies observed during clinical practices with the available literature, likewise, the practice venues are described and a critical reflection is made of the experience lived during the hospitalized before and during the covid-19 pandemic.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el último año académico de la carrera profesional de medicina humana donde se desarrollan las actividades prácticas obligatorias, y durante el cual los estudiantes de último año participan en rotaciones por las cuatro especialidades básicas que todo médico general debe dominar: Medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía general y pediatría. Este periodo es indispensable para que los estudiantes puedan consolidar los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en los años previos, y así puedan desenvolverse de manera correcta durante su práctica clínica a lo largo de su trayectoria como futuros médicos.

En esta etapa se busca que los estudiantes logren desarrollar nuevas competencias en el terreno de la atención integral de los problemas de salud individuales y colectivos, conociendo las responsabilidades que tiene el médico en el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de esos problemas.

Muchos de los estudiantes llegan al internado con ganas de poder integrar sus conocimientos adquiridos en las rotaciones previas al internado médico, para así al año siguiente poder brindar sus servicios con la mejor calidad a la comunidad en el servicio rural urbano marginal.

El internado médico se desarrolló en un inicio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión ubicado en la ciudad de Lima perteneciente a la región Callao, cuya categoría es III-1(1), este cuenta con 109 consultorios externos y con

una capacidad para el manejo de casos complejos según cada especialidad. Se distribuyó a los internos en grupos de 35 a 40 personas por cada servicio. Los internos tuvieron una capacitación respectiva en el manejo de adecuadas conductas de bioseguridad y el manejo de forma rápida por cada servicio. Es así como se pudo culminar de manera satisfactoria un promedio de dos meses y medio de la primera rotación hasta el inicio del estado de emergencia sanitaria por la pandemia por COVID 19 (2) y a partir del cual los internos tuvieron que ser retirados hasta el mes de octubre, donde la capacidad de estudiantes tuvo que ser reducida y distribuida en grupos que asistirían por 15 días al mes, solo cumpliendo con 6 horas al día y recibiendo una remuneración equivalente un sueldo mínimo más un adecuado equipo de protección personal, según la resolución ministerial N° 622-2020 MINS(3).

El límite de aforos que respetar en todos los nosocomios a nivel nacional implicó una reducción de plazas de internado para los estudiantes, es por eso que se abrieron plazas en centros del primer nivel de atención como es el caso del centro de salud Leonor Saavedra de categoría 1- III, a su vez a estos alumnos se les permitió reforzar sus rotaciones en el primer nivel con rotaciones externas en algunos hospitales de Lima como es el caso del Hospital Sergio Ernesto Bernales de Categoría 3-1(4)

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

En el desarrollo de las actividades teórico- prácticas durante la rotación de cirugía del internado medico los autores debían conseguir desarrollar habilidades para el diagnóstico, prevención y manejo adecuado de patologías quirúrgicas que permitan consolidar su formación como médicos cirujanos. Los autores esperaban rotar dentro de las unidades de traumatología, urología, oftalmología y otorrinolaringología, cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía y cirugía pediátrica. Pero debido a motivos de la crisis sanitaria solo llegaron a desarrollar su aprendizaje enfocado en la unidad de cirugía general.

Los autores si llegaron a desarrollar las competencias que el silabo menciona las cuales son: identificación, aplicación, proponer y juzgar alternativas de soluciones a problemas quirúrgicos y éticos llegando a considerar las actividades de prevención y promoción de la salud.

Dentro de los procedimientos realizados por ambos autores encontramos: Toma de muestras de análisis de gases arteriales, manejo de suturas, etc. También se aprendió el manejo de obstrucción intestinal alta y baja, problemas inflamatorios de abdomen, enfermedades litiásicas biliares. Al igual que el manejo de politraumatizados.

CASO CLÍNICO 1:

Paciente de 55 años edad de sexo femenino con antecedentes de litiasis vesicular de 20 años de evolución, que ingresa a emergencia refiriendo dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo cólico con 2 días de evolución, esto se presentó después de ingesta de comida copiosa. El dolor fue aumentando de intensidad e irradiándose a región lumbar derecha asociándose a náuseas y vómitos.

Funciones Vitales:

Temperatura: 37,2 °C. Frecuencia cardiaca: 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, presión Arterial: 110/80 y saturación de oxígeno: 96%

Al examen físico.

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos.

Sistema Respiratorio: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando poco depresible, dolor en hipogastrio e hipocondrio derecho de moderada intensidad a la palpación. Signo de Murphy positivo.

Genitourinario: Genitales sin alteración. Puño percusión Lumbar Negativa.

Neurológico: Despierta, orientada en espacio, tiempo y persona. Glasgow (15/15). No signos meníngeos, no signos de focalización.

Se le solicita hemograma completo donde se pudo encontrar leucocitosis ($18,9 \times 10^9$), a además se solicitó glucosa, urea y creatinina; los valores estuvieron dentro de la normalidad.

Se solicitó una ecografía abdominal para el apoyo diagnóstico. En el ultrasonido solicitado se evidencia vesícula biliar distendida con paredes engrosadas (9mm), con múltiples litiasis en su interior.

La paciente ingresó con el diagnóstico colecistitis aguda, se le indicó antibioticoterapia, fluidoterapia, analgésicos por vía parenteral y suspensión de vía oral. A las 12 horas del tratamiento se opta por realizar intervención quirúrgica por vía endoscópica debido al aumento de leucocitos en sangre.

Según el reporte operatorio se encontró una vesícula biliar edematosa, de color violáceo en casi toda su totalidad y con un tamaño aumentado. No perforada. Se realizó colecistectomía sin dificultad ni ocurrencia, se evidenció la presencia de abundante cantidad de cálculos.

La paciente tuvo una evolución favorable sin ninguna intercurencia. A las 48 horas del acto quirúrgico se le dio el alta médica. Posteriormente siguió controles por consultorio externo de cirugía. El diagnóstico de egreso de la paciente fue post operado por colecistectomía por colecistitis aguda.

CASO CLÍNICO 2:

Paciente de 25 años de sexo masculino es traído a emergencia por los bomberos por presentar múltiples traumas en cráneo, tórax y abdomen por impacto fronto lateral izquierdo entre dos vehículos livianos mientras iba de pasajero en uno de los mismos.

Se realiza una revisión primaria.

A: Vía aérea permeable

B: Respiración espontánea, tórax simétrico y murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares.

C: Palidez, llenado capilar menor a 2 segundos, pulso de 95 por minuto y presión arterial 110/80 mmHg.

D: Glasgow (14/14). No signos meníngeos, no signos de focalización.

E: Paciente con escoriaciones en región frontal izquierda e hipocondrio y flanco izquierdo.

Se solicita exámenes complementarios. Radiografía de cráneo, Ecografía abdominal, hemograma completo, amilasa, lipasa, examen de orina, radiografía de tórax. Una interconsulta al servicio de neurocirugía.

Se realiza una segunda evaluación. Donde se realiza ampliación de la historia clínica. Paciente niega antecedentes patológicos.

Al examen físico.

Temperatura de 36.8. frecuencia cardiaca de 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, presión arterial de 95/65 mmHg, saturación de oxígeno de 97%.

Cráneo: Normocéfalo, solución de continuidad en región parietal izquierda.

Ojos: Pupilas isocóricas y normoreactivas.

Cuello: Móvil y sin deformidad.

Aparato Cardiovascular: Ruidos Cardíacos Rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Sistema Respiratorio: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares sin estertores.

Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no dolor a la palpación.

Neurológico: despierto, orientado en espacio tiempo persona, Glasgow (15/15)

Al momento se realizó una sutura de la solución de continuidad que el paciente presentaba en el cráneo. Y se esperó los resultados de los exámenes de laboratorio que habían sido solicitados.

La radiografía de tórax se observa aparentemente normal sin alteraciones. Los valores de los exámenes de laboratorio se encuentran sus valores normales. En la ecografía abdominal no se observa presencia de líquido libre. En el examen de orina los valores están normales no se observa presencia de hematuria. Se solicita nuevamente los exámenes de control a la hora y que el paciente quede en observación por un tiempo no menor de 12 horas.

Mientras se espera la respuesta de la interconsulta al servicio de neurocirugía para descartar la posibilidad de traumatismo encéfalo craneano.

Se vuelven a repetir los exámenes de laboratorio en los que no se observó alteración de los valores normales. El diagnóstico del paciente fue al ingreso Politraumatismo: descartar traumatismo encéfalo craneano, descartar traumatismo abdominal cerrado.

El diagnóstico del paciente al egreso del servicio de cirugía de emergencia fue de Policontuso

CASO CLÍNICO 3:

Paciente varón de 29 años, natural de Lima y procedente de Carabayllo, acude a Emergencia del Hospital Nacional Sergio Bernales. El paciente refiere presentar dolor abdominal tipo cólico de intensidad 7/10 en región de epigastrio que se irradia hacia flanco derecho desde hace aproximadamente 24 horas que se asocia a sensación de alza térmica y náuseas con 3 episodios de vómitos. Niega otros síntomas. Niega automedicación.

Paciente no refiere antecedentes de importancia, niega reacciones alérgicas medicamentosas.

Funciones Vitales: Temperatura de 38,2 °C, frecuencia respiratoria de 17 por minuto, frecuencia cardiaca de 115 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 98% y presión arterial de 115/80 mm Hg

Al examen físico:

Piel y Mucosas: Tibias, Hidratadas, Elásticas. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Amplexación conservada.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Abdomen globuloso, doloroso a palpación profunda en hipogastrio, epigastrio, fosas iliacas izquierda y derecha. Se encuentra punto de

MacBurney positivo, signo de Rosving positivo y Signo de Blomberg positivo. Ruidos Hidroaéreos disminuidos.

Genito Urinario: Puño percusión lumbar negativa, genitales sin alteraciones.

Sistema Nervioso Central: Paciente orientado en tiempo, espacio, y persona. Glasgow (15/15). No presenta signos meníngeos. No presenta signos de focalización.

Se solicito un hemograma completo, examen de orina, y perfil de coagulación.

En los exámenes de laboratorio no se encontraron alteraciones en el examen de orina y el perfil de coagulación, pero se evidenció leucocitosis de 17.000 células/mm³ con predominio de neutrófilos (15.640 células/mm³ - 91%). Ante la alta sospecha clínica y habiendo obtenido un puntaje en la escala de Alvarado de 9 puntos sobre 10 se omitieron los exámenes de imágenes y se programó al paciente para sala de operaciones.

Se le indico NPO, e hidratación endovenosa previo a la cirugía. Asimismo, profilaxis antibiótica con Ceftriaxona y Metronidazol.

Se realizó una apendicectomía con incisión en el punto de McBurney, y se encontró Apéndice cecal de 8x 1.5 cm necrosada en toda su extensión, de posición retrocecal (a nivel de musculo psoas), base apendicular friable, meso apendicular friable y trombosada, liquido inflamatorio +- 100cc.

Paciente continuó con cobertura antibiótica y analgésica hasta su P02 donde fue dado de alta con indicaciones médicas.

CASO CLÍNICO 4:

Paciente varón de 62 años de edad acude al tópico de emergencia de Cirugía General del Hospital Sergio E. Bernales con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 7 días, de inicio insidioso curso progresivo. Refiere presentar dolor abdominal de intensidad 6/10 de forma difusa, y no poder evacuar deposiciones; 1 día antes del ingreso se agregan nauseas con 9 episodios de vómitos motivo por el cual decide acercarse al nosocomio.

Paciente no refiere antecedentes de importancia, niega reacciones alérgicas medicamentosas.

Funciones Vitales: Temperatura de 37.5 °C, frecuencia respiratoria de 14 por minuto, frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 98% y presión arterial de 100/80 mm Hg

Al examen físico:

Piel y Mucosas: Tibias, Hidratadas, Elásticas. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Amplexación conservada.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Distendido, poco depresible. Doloroso a la palpación superficial y profunda de manera difusa. Ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia, pero aumentados en todo.

Genito Urinario: Puño percusión lumbar negativa, genitales sin alteraciones.

Sistema Nervioso Central: Paciente orientado en tiempo, espacio, y persona. Glasgow (15/15). No presenta signos meníngeos. No presenta signos de focalización.

Previo a la solicitud de exámenes se indicó NPO, Hidratación endovenosa, colocación de sonda nasogástrica, colocación de sonda Foley y control de funciones vitales cada 4 horas

Se solicitaron los siguientes exámenes de laboratorio Hemograma: Hgb. 11.5 gr /dl Hcto: 32.9% Leucocitos=9,400 Abastionados 7; Segmentados: 60; Linfocitos. 28; Monocitos: 5; Plaquetas: 516,000 x mm³; Orina completa: No Patológico Grupo S: O Rh: (+)

Glicemia: 98 mgr/dl; Creatinina: 0.98; Electrolitos séricos: Na + 142 mEq/Lt; Cl: 115 mEq/Lt.

La radiografía simple de abdomen mostró una dilatación marcada del marco colónico, mientras que la ecografía abdominal reportó gran meteorismo intestinal sugerente de una suboclusión intestinal.

Debido a la clínica y al apoyo al diagnóstico con los exámenes de imagen se planteó el diagnóstico de abdomen agudo obstructivo y se realizó una laparotomía exploratoria, y se realizó una colectomía más una colostomía de tipo Hartman.

Reposición de líquidos y electrolitos vía parenteral los primeros 5 días. Dieta hipercalórica, hiperproteica, se mantuvo con analgesia y además recibió cobertura antibiótica para anaerobios y enterobacterias con Ceftriaxona y Metronidazol hasta su alta con indicaciones en su día postoperatorio número nueve, se le indicó seguimiento por el servicio para futuro cierre de colostomía.

1.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

En el desarrollo de las actividades teórico- prácticas durante la rotación de pediatría del internado médico los autores debían conseguir desarrollar habilidades para el diagnóstico, prevención y manejo adecuado de patologías de pediatría y neonatología que permitan consolidar su formación como médicos cirujanos. Las rotaciones se dieron por las unidades de problemas del recién nacido, problemas de salud del niño y adolescente, también se desarrollaron actividades en urgencia, emergencia, promoción y prevención de salud en pediatría. Permitiendo consolidar las competencias del sílabo.

Dentro de las actividades y procedimientos realizados por ambos autores fueron: manejo adecuado en problemas del recién nacido entre ellos reanimación cardiopulmonar, hipoglicemia, problemas de dificultad respiratoria. También manejos de urgencias y emergencias pediátricas como deshidratación, intoxicaciones, dolor abdominal agudo y otros.

CASO CLÍNICO 5:

Paciente recién nacido de sexo femenino con 24 horas de vida extrauterina, con los siguientes antecedentes perinatales de: madre de 25 años, ama de casa; Gesta 1, cesárea (actual), abortos 0; Solo contó con 2 controles perinatales. Madre acudió a emergencia por infección de tracto urinario a las 28 semanas de gestación por ecografía del primer trimestre. Horas después

de ingreso refiere pérdida de líquido. Ingresando a unidad de embarazo patológico. Fue hospitalizada por ruptura prematura de membranas de 2 horas. Se le indica manejo conservado, reposo absoluto, antibiótico terapia y manejo de glucocorticoides (dexametasona 6mg intramuscular cada 12 horas, 4 dosis)

Se realizó cesárea por ruptura prematura de membranas de larga evolución más riesgo de infección. Se tuvo como resultado: Producto único vivo de sexo femenino de 29 semanas de edad gestacional, en presentación pélvica.

Al nacimiento: Flácida, cianótica con pobre esfuerzo respiratorio y bradicardia. Realizándose maniobras de reanimación neonatal con estimulación táctil y administración de O₂ sin mejoría. Se dio apoyo con bolsa de ventilación con mascarilla, mejorando la frecuencia cardíaca (100 latidos por minuto) así como también su coloración. Se calculó un valor de 4 al minuto y 7 a los 5 minutos según escala de APGAR y un valor de 6 según escala de SILVERMAN-ANDERSON.

Al examen físico

Temperatura: 37.3°C, frecuencia cardíaca de 112 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 25 por minuto.

Cara: Aleteo nasal presente.

Piel: Lisa con ligera cianosis periférica.

Tórax: Tirajes intercostales.

Sistema Respiratorio: Presencia de estertores bilaterales a la auscultación.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos.

Muscular: Hipoactividad y flacidez.

Extremidades: Hipotróficas, llenado capilar 2 segundos.

Genitales externos: labios mayores no cubren menores.

Continua con dificultad respiratoria importante e hipoventilación generalizada. Por lo que es intubado e ingresa a unidad de cuidados intensivos neonatales.

Se le indica una radiografía de tórax y gasometría. Radiografía de tórax: se observa la cánula en posición adecuada, campos pulmonares con infiltrado reticulogranular difuso (imagen en vidrio esmerilado), broncograma aéreo bilateral. Gasometría: Ph: 7.2, PCO₂: 60 mm Hg, PO₂: 45 mm Hg, HCO₃: 12 mEq/l

Se le administra un 2° esquema de surfactante, con una respuesta satisfactoria. A las 24 horas paciente muestra mejoría ventilatoria con valor de 1 en la escala de SILVERMAN-ANDERSON. El diagnóstico del recién nacido fue Síndrome de dificultad Respiratoria del Recién Nacido tipo 1 – Enfermedad de Membrana Hialina

CASO CLÍNICO 6:

Recién nacido pretérmino de 24 horas de vida, tembloroso, con succión débil al seno materno. Antecedente de parto eutócico, pesando 2800 gramos. Un peso adecuado para 36 semanas de edad. Madre con diabetes pregestacional controlada.

Funciones Vitales:

- Temperatura: 37.5 °C.
- Frecuencia cardíaca: 154 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 50 respiraciones por minuto.
- Tolerancia oral: Mala
- Deposiciones: 1 vez. Orina: si
- Estado general: Regular Estado General.

A las 4 horas de nacido se realiza el examen físico:

Piel: Rosada, tibia, elástica. Llenado capilar menor a dos segundos.

Cabeza: Normocéfalo.

Fontanela: Fontanela anterior normotensa.

Cara: Simétrica.

Ojos: No secreciones.

Nariz: Fosas nasales permeables.

Boca y paladar: Sin lesiones e íntegro.

Orejas: Normoinsertas.

Cuello: Simétrico cilíndrico.

Torax: Simétrico.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos y pulsos periféricos presentes.

Abdomen y Cordón Umbilical: Blando/ depresible, ruidos hidroaéreos presentes, cordón umbilical clampado.

Locomotor: Sin alteraciones. Columna vertebral: integra. Caderas: Barlow y Ortolani: Negativo.

Genitales y ano: Genitales femeninos y ano permeable.

Neurológico y conciencia: Flácido, Hipotónico y poco reactivo a estímulo.

Se le toma una muestra sanguínea para determinar niveles de glucosa, el cual fue 40 mg/dl. Por lo que se comenzó una alimentación con intervalos de 20 minutos y se continuó evaluando la glucosa antes de la toma del alimento. La evaluación este escenario se mantuvo en 1 hora donde el valor de glucosa en la última toma fue de 52mg/dl por lo que se consideró como diagnóstico transitorio.

El diagnóstico establecido en el paciente fue de hipoglicemia neonatal.

CASO CLÍNICO 7:

Madre acude con su menor hijo de 6 años refiriendo que desde que cambio de vivienda hace aproximadamente 2 semanas presenta prurito en brazos, pecho y piernas. Además, refiere que su niño presenta picazón severa que se intensifica durante horas de la noche.

Funciones Vitales: Temperatura de 36,7 °C, frecuencia respiratoria de 24 por minuto, frecuencia cardiaca de 86 latidos por minuto, y saturación de oxígeno de 99%.

Al examen físico:

Piel y Mucosas: Tibias, Hidratadas, Elásticas. Llenado capilar menor a 2 segundos. Presencia de múltiples vesículas perladas que afectan cara anterior de miembros superiores, región abdominal, torácica y cara posterior de miembros inferiores. Se observa presencia de surco acarino en lesiones que afectan cara anterior del brazo.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. No se observan tirajes.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos Hidroaéreos presentes.

Genito Urinario: Testículos en bolsas escrotales.

Sistema Nervioso Central: Paciente orientado en tiempo, espacio, y persona. Glasgow (15/15). No presenta signos meníngeos. No presenta signos de focalización.

Al menor se le diagnostico como una Escabiosis, se le indico Benzoato de Bencilo al 25% en loción para ser aplicado todas las noches por 3 días seguidos, y se le indico acudir en 7 días para control de las lesiones. Paciente no acude a la reevaluación.

CASO CLÍNICO 8:

Madre acude con su menor hijo de 3 años para su Control de Crecimiento y Desarrollo, donde el personal de enfermería le realiza un control de hemoglobina, dando como resultado 10.1 mg/dL, por lo que se le traspasa al área de Medicina General para manejo.

Funciones Vitales: Temperatura de 36,7 °C, frecuencia respiratoria de 28 por minuto, frecuencia cardiaca de 96 latidos por minuto, y saturación de oxígeno de 99%.

Al examen físico:

Peso: 16.5 Kg Talla:98cm

Piel y Mucosas: Tibias, Hidratadas, Elásticas. Llenado capilar mayor a 2 segundos. Palidez (+/+++).

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. No se observan tirajes.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos Hidroaéreos presentes.

Genito Urinario: Testículos en bolsas escrotales.

Sistema Nervioso Central: Paciente orientado en tiempo, espacio, y persona. Glasgow (15/15). No presenta signos meníngeos. No presenta signos de focalización.

El menor fue diagnosticado con una Anemia por deficiencia de Hierro, se le indicó Sulfato Ferroso en Jarabe a una dosis de 17ml por día por un mes y se le indico acudir a control en un mes.

1.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

En el desarrollo de las actividades teórico- prácticas durante la rotación de medicina del internado medico los autores debían conseguir desarrollar habilidades para el diagnóstico, prevención y manejo adecuado de patologías que permitan consolidar su formación como médicos cirujanos.

En el silabo se menciona unidas de aprendizajes en problemas infecciosos, respiratorios, cardiovascular, digestivos, sistema nervios, metabólico, hormonal, problemas renales, de la piel, sangre y coagulación, así como

medicina legal y ética. Como ambos autores comenzaron el internado médico rotando por medicina y en una situación previo a la crisis sanitaria en el Perú se cumplió lo que el sílabo menciona pudiendo consolidar todas las competencias.

Dentro de las actividades y procedimientos realizados por ambos autores fueron todos los relacionados a las unidades de aprendizajes mencionadas.

CASO CLÍNICO 9:

Paciente mujer de 42 años de edad acude por emergencia al tópico de Medicina General del Centro de Salud Leonor Saavedra con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 30 minutos de inicio brusco y curso progresivo. Refiere de manera textual: “Me han salido ronchas y me pica demasiado” además refiere presentar inflamación de región peribucal posterior a ingesta de ceviche mixto en una carretilla de la zona. Paciente no refiere antecedentes de importancia, niega reacciones alérgicas medicamentosas.

Funciones Vitales: Temperatura de 37.5 °C, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, frecuencia cardíaca de 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 95% y presión arterial de 110/75mm Hg

Al examen físico:

Piel y Mucosas: Tibias, Hidratadas, Elásticas. Llenado capilar menor a 2 segundos. Edema en región peri oral (+/+++). Presencia de eritema generalizado y habones a predominio de región torácica, abdominal y miembros inferiores.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Amplexación conservada.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos Hidroaéreos presentes.

Genito Urinario: Puño percusión lumbar negativa, genitales sin alteraciones.

Sistema Nervioso Central: Paciente orientado en tiempo, espacio, y persona. Glasgow (15/15). No presenta signos meníngeos. No presenta signos de focalización.

La paciente fue manejada con el diagnóstico de Urticaria por el personal de salud del Centro de salud, se le indicó una ampolla de Dexametasona de 4mg junto a una ampolla de Clorfenamina de 10mg de manera intramuscular en región glútea, y observación en el tópico de medicina general.

Mientras se coordinaba con farmacia la entrega de medicamentos la paciente cursa con somnolencia, dificultad respiratoria (evidenciada por una saturación de oxígeno de 90% y estridor laríngeo), caída de la presión arterial a 90/5, aumento de la frecuencia respiratoria a 110 por minuto y aumento de la frecuencia respiratoria a 32 por minuto; además se agrega angioedema que afecta párpados y lengua. Se le administra una ampolla de Dexametasona de 4mg junto a una ampolla de Clorfenamina de 10mg de manera intramuscular en región glútea y se le refiere al Hospital María Auxiliadora ante la sospecha de un shock anafiláctico mediante un vehículo particular y en compañía de un personal de salud centro, puesto que no se cuenta con una ambulancia.

CASO CLÍNICO 10:

Paciente de 64 años de sexo masculino es traído emergencia por familiares tras presentar dos episodios de hematemesis una hora antes de su ingreso y pérdida de conciencia. Como antecedente de paciente refiere sufrir de dolores constantes por lo que suele tomar aines con frecuencia. Niega ser hipertenso y diabético. Tiene antecedente de gastritis crónica hace 1 año.

Al examen físico:

Temperatura: 36.2 °C, frecuencia cardíaca de 112 latidos por minutos, frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto, presión arterial: 100/90 mmHg y saturación de oxígeno de 95%.

Piel y mucosas: Pálida, tibia, hidratada, elástica y llenado capilar mayor de 2 segundos.

Sistema Respiratorio: Torax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos acelerados, buena intensidad no soplos

Abdomen: Plano, ruido hidro aéreos presentes, blando depresible, leve dolor a la palpación profunda.

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, genitales sin alteraciones.

Neurológico: Despierto, orientado en espacio, tiempo y persona.

Al momento se hidrata al paciente por vía parenteral y se administra dos ampollas de omeprazol de manera inmediata. Se solicita examen hemograma, endoscopia y se realiza una interconsulta al servicio de gastroenterología. Se obtiene resultado de hemoglobina en un valor de 6 g/dl. Se le deja órdenes para 2 paquetes globulares. Gastroenterología responde la interconsulta pasándolo a su servicio para el manejo. El diagnóstico del paciente fue de hemorragia digestiva alta por consumo de aines y anemia severa sintomática.

CASO CLÍNICO 11:

Paciente de 40 años de sexo masculino acude a emergencia refiriendo dolor intenso en pierna derecha, aumento de tamaño y sensación de alza térmica desde hace 6 días. Paciente no refiere antecedentes.

Al examen físico:

Funciones Vitales: Temperatura de 38.2 °C, frecuencia respiratoria de 12 por minuto, frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 97% y presión arterial de 135/95mm Hg

Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada y llenado capilar menor de 2 segundos.

Tejido celular subcutáneo: Signos de flogosis indurada en miembro inferior derecho e hiperpigmentación en tercio distal.

Sistema Respiratorio: Torax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No estertores.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Plano, blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativa no alteraciones en genitales.

Neurológico: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow (15/15)

Se le solita exámenes complementarios dentro de ellos hemograma completo, urea, glucosa, creatinina, proteína c reactiva. Se obtienen los resultados donde los valores de leucocitos se encuentran aumentado al igual que el de proteína c reactiva, los otros exámenes sus valores se encuentra dentro de rango de normalidad. Se indica tratamiento antibiótico empírico, analgésico y antipirético. El manejo se da en forma ambulatoria. Citándolo dentro de una semana para control. El diagnóstico del paciente fue de celulitis de miembro inferior derecho.

CASO CLÍNICO 12:

Paciente mujer de 72 años de edad acude por emergencia al tópico de Medicina General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 días de inicio insidioso y curso progresivo. Refiere presentar tos con expectoración verdosa, sensación de alza térmica, y dolor de pecho que se exacerba con la tos.

No refiere antecedentes patológicos, niega reacciones adversas a medicamentos.

Funciones Vitales: Temperatura de 38.2 °C, frecuencia respiratoria de 19 por minuto, frecuencia cardiaca de 105 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 93% y presión arterial de 105/65mm Hg

Al examen físico:

Piel y Mucosas: Tibias, Hidratadas, Elásticas. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho. Se auscultan crepitantes en base de hemitórax derecho. Amplexación conservada, no se observan tirajes.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos Hidroaéreos presentes.

Genito Urinario: Puño percusión lumbar negativa, Puntos Renoureterales negativos. Genitales sin alteraciones.

Sistema Nervioso Central: Paciente orientado en tiempo, espacio, y persona. Glasgow (15/15). No presenta signos meníngeos. No presenta signos de focalización.

Se ordena una radiografía de Torax simple la cual no puede ser tomada por falla en el equipo, también se ordena un hemograma donde se observa leucocitosis con desviación hacia la izquierda, urea y creatinina en valores normales.

Es por eso que se hospitaliza a la paciente, y se le coloca oxígeno a 3 litros por minuto por cánula binasal. Así mismo se le inicia antibioticoterapia endovenosa con Ceftriaxona 1g cada 24 horas y Azitromicina 500mg vía oral cada 12 horas. La paciente es dada de alta a los 5 días de tratamiento antibiótico.

1.4 ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

En el desarrollo de las actividades teórico- prácticas durante la rotación de ginecología y obstetricia del internado medico los autores debían conseguir desarrollar habilidades para el diagnóstico, prevención y manejo adecuado de patologías ginecológicas y obstétricas que permitan consolidar su formación como médicos cirujanos. Por los motivos de la crisis sanitaria en el Perú el tiempo de aprendizaje se vio reducido para ambos autores en las unidades de aprendizaje en problemas ginecológicos, obstétricos, actividades de prevención y promoción en ginecoobstetricia. Permitiendo consolidar las competencias planteadas en silabo con las acciones complementarias tomada por la universidad como la resolución de seminarios virtuales.

Dentro de los procedimientos realizados por ambos autores fueron: manejar las patologías de las gestantes entre ellos retardo de crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membrana, hipertensión en el embarazo, manejo de infecciones de tracto urinario, realizar un adecuado control prenatal, hemorragias de la primera mitad del embarazo y de la segunda mitad del embarazo. Y el adecuado actuar ético ante situaciones de aborto y violencia.

CASO CLÍNICO 13:

Paciente de 18 años de edad quien acude a tópico de medicina general refiriendo presentar desde hace aproximante 2 años aumento de peso (aproximadamente 15 kilos), aumento de bello facial y acné facial. Además, refiere presentar ciclos menstruales de aproximadamente 55 días y sangrado escaso al momento de reglar.

Funciones Vitales: Temperatura de 37.2 °C, frecuencia respiratoria de 15 por minuto, frecuencia cardiaca de 95 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 97% y presión arterial de 115/85mm Hg

Al examen físico:

Piel: Tibia, Elástica, Hidratada. Presencia de bello facial en región facial, torácica y dorsal. Presencia de comedones cerrados y abiertos en región facial.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Amplexación conservada.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos Hidroaéreos presentes.

Genito Urinario: Puño percusión lumbar negativa, Puntos Renoureterales negativos. Genitales sin alteraciones.

Sistema Nervioso Central: Paciente orientado en tiempo, espacio, y persona. Glasgow (15/15). No presenta signos meníngeos. No presenta signos de focalización.

Al contar el centro de salud con un ecógrafo se realizó una ecografía transvaginal donde se observó incremento de volumen ovárico y presencia de aproximadamente 18 folículos antrales de entre 7 a 9 mm. La paciente es diagnosticada con Síndrome de Ovario Poliquístico. Se coordina una telenconsulta con el servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora para coordinar tratamiento, aún se mantiene a la espera de respuesta por el servicio.

CASO CLÍNICO 14:

Paciente de 68 años de sexo femenino que refiere tener sangrado por vía vaginal aproximadamente hace 2 semanas. Paciente post menopáusica hace 20 años.

Funciones Vitales: Temperatura de 36.5 °C, frecuencia respiratoria de 14 por minuto, frecuencia cardiaca de 71 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 96% y presión arterial de 105/65mm Hg.

Al examen físico:

Piel y Mucosas: Tibias, Hidratadas, Elásticas. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Amplexación conservada.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.

Genital: Escaso sangrado vaginal.

Neurológico: Lucida, orientado en espacio, tiempo y persona. Glasgow (15/15)

Se le solicita exámenes complementarios hemograma completo, ecografía transvaginal, papanicolaou y biopsia. Se reciben resultados de hemograma donde el valor alterado era el de hemoglobina 7 g/dl. En la ecografía se observa aumento de la pared uterina.

Se le indica transfusión de dos paquetes globulares. La paciente ingresa al servicio con el diagnóstico de: anemia severa sintomática, hemorragia uterina anormal: A descartar adenomiosis.

A los 3 días se recibe el resultado de Papanicolau donde el resultado describe lesión escamosa intraepitelial de alto grado. En el resultado de la biopsia se describe lesión intraepitelial de alto grado (NIC 3).

Se realiza interconsulta a cirugía oncológica quienes dan pase para manejo por su servicio.

El diagnóstico de la paciente fue de: anemia moderada asintomática y hemorragia uterina anormal: descartar adenomiosis.

CASO CLÍNICO 15:

Paciente de 21 años primigesta de 38 semanas 5 días contando con controles prenatales completos acude a emergencia refiriendo contracciones uterinas, niega sangrado, refiere pérdida de líquido desde hace 3 horas y percibe movimientos fetales.

Al examen físico, tiene una altura uterina de 30 cm y posición longitudinal cefálico derecho, latidos cardiacos fetales 140 latidos por minuto y al tacto vaginal dilatación de 9 cm, incorporación 90% y altura de presentación +1. Por lo que es conducida inmediatamente a centro obstétrico donde antes de la hora de su ingreso tiene parto eutócico más alumbramiento dirigido completo.

En el puerperio inmediato se controla la presión arterial con valores de presión arterial sistólica máxima de 160 y diastólica máxima de 100 mmHg.

En el servicio de hospitalización se le solicita exámenes de proteínas en 24 horas, hemograma, deshidrogenasa láctica y perfil hepático. Por lo que la paciente se le indica anti hematínicos, antihipertensivos condicionales y

analgésicos orales. A las 48 horas de su ingreso al servicio se obtiene los valores los cuales se encuentran dentro del rango de la normalidad.

Por lo que se le da el alta médica y se le cita por consultorio externo para controles. El diagnóstico de egreso de la paciente fue de puérpera post parto eutócico más alumbramiento completo dirigido y enfermedad hipertensiva del embarazo: Preclamsia sin criterios de severidad.

CASO CLÍNICO 16:

Primigesta de 32 3/7 semanas de 22 años de edad referida del consultorio de obstetricia, por examen de orina patológico. Al interrogatorio la paciente refiere ardor y dolor al momento de la micción, niega fiebre, niega náuseas, y vómitos.

Funciones Vitales: Temperatura de 37.5 °C, frecuencia respiratoria de 17 por minuto, frecuencia cardíaca de 98 latidos por minuto, saturación de oxígeno de 98% y presión arterial de 100/60mm Hg.

Formula Obstétrica: G1P0000. Latidos Cardiacos Fetales: 135pm. Controles Prenatales hasta la fecha: 06 controles.

Al examen físico:

Piel y Mucosas: Tibias, Hidratadas, Elásticas. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Amplexación conservada.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, No soplos audibles.

Abdomen: Altura Uterina: 31cm. Situación/Presentación/Posición: Longitudinal Cefálico Derecho. Movimientos Fetales presentes. Dinámica Uterina: Ausente

Genito Urinario: Puño percusión lumbar negativa. Puntos Renoureterales negativos. No se observa salida de líquido amniótico por la vagina.

Sistema Nervioso Central: Paciente orientado en tiempo, espacio, y persona. Glasgow (15/15). No presenta signos meníngeos. No presenta signos de focalización.

Examen de Orina:

Color: Amarillo.

Aspecto: Turbio.

Células Epiteliales: Regular Cantidad.

Leucocitos: 12 – 15 por campo.

Hematíes: 2 – 5 por campo.

Bacterias: ++/+++

Por la clínica de la gestante y los resultados de laboratorio se sospechó de una cistitis aguda, y se le prescribió tratamiento antibiótico con Nitrofurantoina de 100mg por vía oral cada 6 horas por 7 días, se le indico que asista a su próxima cita control con el servicio de obstetricia y se le dio una orden de laboratorio para ser tomada posterior al tratamiento antibiótico. La gestante acudió 10 días después, con examen de orina no patológico y refiriendo mejoría de los síntomas.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

El hospital Daniel Alcides Carrión es un establecimiento de salud del tercer nivel con categoría III-1, ubicado en la Avenida Guardia Chalaca 2176 en el distrito de Bellavista en la provincia constitucional del Callao. Tiene como población objetiva principalmente a los pobladores de la Pavuncia Constitucional del Callao y también de los distritos de San Martín de Porres, Puente Piedra y San Miguel. Así mismo pertenece al sistema de referencias nacionales del sistema integrado de salud y es también considerado como sede docente para la formación de estudiantes de Pre Grado, Post Grado y especialidad médica de estudiantes de ciencias de la salud. Actualmente el nosocomio de 565 camas para hospitalización distribuidas en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Ginecología y Obstetricia, además de contar con consultorios externos para todas las subespecialidades (Ver anexo 1). Es el principal Hospital de Referencia de la Región Callao(5).

2.2 HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

El hospital Sergio E. Bernales es un establecimiento de salud del tercer nivel con categoría III-1, está ubicado en la Avenida Tupac Amaru N° 8000 en el distrito de Comas, en el cono norte de la provincia de Lima. Tiene como población objetivo fundamentalmente a los pobladores de los distritos de

Comas y Carabayllo; así como también a la población de los distritos de Los Olivos, Puente Piedra, Independencia y la provincia de Canta. Así mismo pertenece al sistema de referencias nacionales del sistema integrado de salud y es también considerado como sede docente para la formación de estudiantes de Pre Grado, Post Grado y especialidad médica de estudiantes de ciencias de la salud (6).

El hospital ocupa un área de 153,425.00 metros cuadrados, donde cuenta con 353 camas funcionales distribuidas en las 4 especialidades: Departamento de Medicina Interna con 79 camas, Departamento de Cirugía con 99 camas, Departamento de Pediatría con 80 camas y el Departamento de Ginecología y Obstetricia con 95 camas. Además, cuenta con 51 consultorios físicos y 76 funcionales en las diferentes especialidades (Ver Anexo 2).

El hospital es un establecimiento de referencia de las Microredes Santa Luzmila, Collique III, y Carabayllo, recibiendo así referencias de 16 centros de salud y 15 puestos de salud. Asimismo, al pertenecer al sistema nacional de referencias del seguro integral de salud refiere pacientes que requieran un manejo complejo hacia otros hospitales a nivel de Lima Metropolitana y que no se pueda ser realizado por el hospital, así como para la toma de estudios de imágenes o estudios de laboratorio.

2.3 CENTRO DE SALUD LEONOR SAAVEDRA

El centro de Salud Leonor Saavedra es un establecimiento de salud categoría I-3 perteneciente a la Micro Red Leonor Saavedra y ubicado en la Av. Torres Paz 1 esq. Av. Los Héroes en el distrito de San Juan de Miraflores, en la provincia de Lima, y cuya jefa actual es la MC. Manuela Rosalina Lázaro Calderón. La población objetiva de este centro de salud son los pobladores de Ciudad de Dios (Pamplona Baja) y Pamplona Alta del distrito de San Juan de Miraflores. Este centro de salud tiene un horario de atención de 24 horas y cuenta con los servicios de Medicina General (que incluye un tópico de emergencias) , Enfermería, Odontología, Obstetricia, Odontología, Rayos X y ecografía (7).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso Clínico 1: Colecistitis Aguda

La vesícula biliar se encarga del almacenamiento de la bilis producida por el hígado para la emulsificación de la grasa en el duodeno, pero en ciertas ocasiones se forman cálculos en la vesícula biliar. Los cálculos pueden o no generar síntomas, cuya presencia se le denomina cólico biliar. Los cuales se presentan en una molestia intensa en hipocondrio derecho, pocas veces en epigastrio o dolor que se irradia a la espalda, que suele ir acompañado por diaforesis, náuseas y vómitos (8,9).

La complicación del cuadro descrito es la colecistitis aguda, la cual refiere al dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis asociado a la inflamación de la vesícula biliar.

El abordaje es por medio de la guía del hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el cual se hace un manejo por medio de examen físico, laboratorio (hemograma donde los valores de leucocitos se encuentran elevados, amilasa y lipasa estos nos ayudaran a descartar una enfermedad pancreática), radiológico (ecografía abdominal donde se observara focos ecogénicos que proyectan sombra acústica como también un aumento de las paredes en la vesícula biliar) y electrocardiograma (para valor factores de riesgo como para descartar infarto agudo de miocardio que raras veces suele presentar un dolor similar).

En el caso presentado la paciente tenía antecedentes de colelitiasis, el manejo mediante el complemento de un adecuado examen físico y los exámenes auxiliares de laboratorio e imágenes, mientras el paciente se encuentra en observación solo es indicativo la fluidoterapia debido a la indicación de no consumo de alimentos, los antibióticos indicados son de forma profiláctica previo al acto quirúrgico que debe volverse a administrar en caso la indicación antibiótica hubiese sido por una infección de tracto biliar (10). También se menciona que previo al acto quirúrgico de colecistectomía se debe considerar realizar Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para asegurarnos la no presencia de cálculos en el conducto biliar común que podrían llegar a generar un problema a nivel del páncreas.

Caso Clínico 2: Politraumatismo

Politraumatizado es todo paciente que presente una o más lesiones traumáticas y que generen un riesgo vital para el accidentado, en su mayoría son de sexo masculino comprendidos entre edades de 20 a 45 años sobre todo suelen ocurrir en zonas urbanas. Dentro de los mecanismos más frecuentes de traumas son los accidentes de tránsito como se puede apreciar en el caso mencionado, también heridas por armas de fuego y caídas de alturas. Existen también factores que aumentan el riesgo de accidentes de tránsito como es el consumo de alcohol y estupefacientes que a su vez están relacionados con agresiones por armas de fuego.

El manejo de este tipo de paciente se base en las guías de soporte vital avanzado en trauma (ATLS, según siglas en ingles), que consta de 6 etapas:

- Valoración primaria y resucitación.
- Valoración primaria.
- Valoración secundaria.
- Categorización y triaje.
- Derivación y transporte.
- Reevaluación continúa.
- Cuidados definitivos

Para la ayuda diagnóstica se utilizará exámenes auxiliares, los valores de hematocrito y grupo sanguíneo serán de suficiente ayuda, si el paciente

estuviera inestable y tendría que entrar a una laparotomía exploratoria, también se deberá considerar pruebas cruzadas si hubiera necesidad de transfusión sanguínea. En caso el paciente se encuentre estable se deberá solicitar un hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, grupo sanguíneo y perfil de coagulación.

En los pacientes estables las radiografías y ecografías según el órgano afectado serán necesarias ser realizadas, en los pacientes inestables solo la ecografía FAST. Las tomografías son empleadas para evaluar lesiones específicas en pacientes hemodinámicamente estables.

Manejar al paciente con una valoración primaria con los parámetros: vías aéreas y control cervical, ventilación, control de circulación y hemorragias, valoración neurológica y un manejo del entorno (ABCDE, según siglas en inglés). Muchas de estas primeras evaluaciones son desarrolladas por personas capacitadas, en el caso clínico mencionado los bomberos realizaron esta primera evaluación. De todas formas, a la llegada del paciente a la emergencia se le reevaluó.

Al asegurarnos que el paciente este estable realizamos una evaluación secundaria, este es el mejor momento para que el paciente se realice los exámenes radiológicos y pruebas complementarias ya mencionadas. En el desarrollo de la historia clínica debemos tener el conocimiento de cómo fue el mecanismo de lesión y conocer los antecedentes del paciente entre ellos debemos incluir alergias, patologías previas, medicación que suele usar y últimos alimentos ingeridos.

En el examen físico debemos ser minuciosos en cada región. En cabeza y cara se debe realizar una adecuada palpación e inspección del cuero cabelludo, cráneo y cara para poder encontrar lesiones externas, fracturas y sangrados activos el cual al ser detectado se procederá a cohibir la hemorragia como se efectuó en el caso clínico.

En la región de cuello y columna cervical debemos suponer una posible lesión cervical inestable en todo paciente politraumatizado, sin descartar una lesión cervical pese a no haber un déficit neurológico.

Al inspeccionar la región torácica se debe hacer de completa tanto en zona anterior y posterior, de esta manera percatarnos la presencia de heridas. También se evalúan los movimientos del tórax, a su vez realizan la auscultación cardiopulmonar y percusión en ambos hemitórax esto nos ayudara a la detección de la presencia de neumotórax, un posible hemotórax y contusión pulmonar.

Al inspeccionar el abdomen es importante la reevaluación frecuente, para no descartar la posibilidad de un trauma cerrado. Buscar la presencia de dolor o defensa al momento de la palpación, auscultar y percudir el abdomen para buscar ruidos de ausencia. En los pacientes inestables la mejor elección es la ecografía FAST, sin embargo, en los pacientes estables o con discreta estabilidad se puede optar por una tomografía.

En cuanto a las extremidades el manejo es mediante la observación de deformidades anatómicas, fracturas o luxaciones, etc. Palpar las extremidades nos ayudara a corroborar la presencia o ausencia de pulso, también las zonas dolorosas.

La reevaluación neurológica se realizará en el paciente mediante la escala de Glasgow.

Las reevaluaciones constantes de las funciones vitales serán de suma importancia para la valorar la evolución del paciente. A partir de todo el examen físico mencionado y la ayuda de los exámenes auxiliares se evaluará si cumple criterios de hospitalización o pase a unidad de cuidados intensivos (11).

En el caso presentado se siguen las mismas recomendaciones por el ATLS, pero al no encontrar alteraciones en las evaluaciones se denomina que es un paciente policontuso. De todas formas, por el riesgo de posible infección por COVID-19 el paciente debe cumplir como mínimo 24 horas en observación.

Caso Clínico 3: Apendicitis Aguda

La guía de práctica clínica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión define a la apendicitis aguda como una inflamación del apéndice, la cual es iniciada por una obstrucción de la luz apendicular, que trae como consecuencias el

incremento de la luz apendicular, la proliferación de bacterias y un proceso de isquemia que la llevan hacia la perforación. El cuadro clínico clásico implica el siguiente dolor en epigastrio con migración hacia la fosa iliaca derecha, anorexia, náuseas, vómitos, fiebre mayor a 38° punto de McBurney positivo, e Hipersensibilidad al rebote (en apendicitis complicadas). Se sugiere ayuda diagnóstica laboratorial que demuestre la presencia de leucocitosis, aunque la ausencia de esta no descarta la enfermedad

El manejo definitivo es la intervención quirúrgica de urgencia, y el manejo preoperatorio incluye hidratación endovenosa, antibioticoterapia para cubrir gram negativos y anaerobios, y si nos encontramos frente a la presencia de una apendicitis complicada con peritonitis debemos adicionar la colocación de sonda nasogastrica y colocación de sonda vesical. La analgesia está indicada una vez decidida la intervención y siempre y cuando esta se vaya a realizar en la próxima hora, para lo cual emplearemos Metamizol endovenoso. El procedimiento quirúrgico de elección es la apendicetomía a través de cirugía abierta o laparoscópica. Y el manejo postoperatorio incluye medidas higiénicas, fluidoterapia, analgesia, antibioticoterapia con Ciprofloxacino y Metronidazol por vía endovenosa para apendicitis complicadas como fue el caso del paciente mencionado en el caso clínico, por lo que afirmamos que el paciente siguió un manejo al estricto cumplimiento de la guía del nosocomio donde fue atendido(12)

Caso Clínico 4: Obstrucción Intestinal

El vólvulo se refiere a la torsión de un segmento del tracto digestivo, y es la primera causa de obstrucción de intestino grueso. La localización por frecuencia de estos es: Sigmoides, Ciego, Transverso y Angulo Esplénico. Esta entidad tiene una clínica de obstrucción baja caracterizada por dolor abdominal tipo cólico, vómitos tardíos o fecaloideos, distensión abdominal y ruidos hidroaéreos de timbre metálico. Uptodate define como manejo inicial preoperatorio la colocación de una sonda nasogastrica (esto como medida descompresiva), así mismo refiere hidratación endovenosa enérgica (para corregir la deshidratación por los vómitos). El tratamiento definitivo puede

realizarse mediante la descompresión vía colonoscopia o mediante un abordaje quirúrgico de acuerdo a la gravedad de esta, en pacientes no complicados se realizará una colostomía junto con una anastomosis primaria y en pacientes complicados se realizará una colectomía sumada a una anastomosis a lo Hartman, como fue el caso del paciente mencionado en el caso clínico (13)

3.2 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Caso Clínico 5: Enfermedad de Membrana Hialina

La enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria idiopática (SDRI) o SDR tipo I, forma parte de un cuadro de dificultad respiratoria severa que se presenta de forma temprana, en neonatos particularmente prematuros, esta patología está asociada a la inmadurez pulmonar. Este proceso es causado por la deficiencia de surfactante que disminuye la presión que se necesita para evitar el colapso alveolar manteniendo su estabilidad (14). Los signos que suelen presentarse son gruñidos (actúan previendo el colapso alveolar en la parte final de la espiración), aleteo nasal (esto reduce la resistencia nasal reflejándose un mayor uso de los músculos accesorios que participan en la respiración), retracción intercostal y subcostal (causado porque la distensibilidad pulmonar disminuye y la pared torácica se encuentra altamente dócil), se efectiviza el cuadro clínico mediante el Test de Silverman- Anderson.

El diagnóstico se basa en el desarrollo de una buena historia clínica donde se tendrá la información sobre la edad gestacional, el parto, factores de riesgo, dentro de los factores de riesgo está la prematuridad que aumenta a medida que disminuye la edad gestacional. Se presenta en su mayoría en bebés de madres no diabéticas de edad gestacional similar (15). También el diagnóstico va acompañado por una radiografía de tórax donde se observan hallazgos radiológicos de una apariencia difusa, retículo-granular con aspecto de vidrio esmerilado y presencia de broncograma aéreo con bajo volumen pulmonar.

La Guía Técnica: Guía Práctica Para la Atención del Recién Nacido en MINSA, nos indica que el manejo se debe brindar según el nivel de complejidad y

capacidad resolutoria del establecimiento, pero en todos se deberá administrar corticoterapia en gestantes que se encuentran en trabajo de parto en curso. Se deberá administrar Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis o Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis en gestantes cuyos productos estén entre las 24 a 32 semanas gestación. El manejo de estos pacientes se brindará en una unidad de cuidados intensivos por lo que serán referidos de todo establecimiento de salud inferior a la categoría III, siempre con los adecuados manejos de una incubadora de transporte o método canguro.

En la unidad de cuidados intensivos se debe mantener una adecuada temperatura, un equilibrio hidroelectrolítico, mantener un equilibrio ácido-base. El tratamiento específico es la terapia con surfactante 4 ml/Kg de peso por vía endotraqueal dosis que suelen repetirse según la evolución. Acompañado de la oxigenoterapia según fases:

Fase I: Ajuste de la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) para mantener la presión arterial de oxígeno (PaO_2) entre 50 -70 mmHg.

Fase II: Manejo con presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP, siglas en inglés) indicado en general para recién nacidos con peso menor a 1500 gr.

Fase III: Manejo vía ventilación mecánica. (16)

El manejo aplicado en el caso clínico fue el adecuado pues se inició mediante la maduración pulmonar por medio de corticoterapia al ingreso de la madre a la unidad de embarazo patológico, completando las dosis de dexametasona, posterior a la cesaría comenzó el manejo por parte del servicio de neonatología donde se realizó las evaluaciones mediante el Test de Silverman- Anderson y su manejo en la unidad de cuidados intensivos neonatales donde se confirma el diagnóstico por la radiografía y se maneja mediante la administración de surfactante y oxigenoterapia. También se corrige la acidosis metabólica que presentaba el recién nacido.

Caso Clínico 6: Hipoglicemia Neonatal

La hipoglicemia neonatal es el trastorno metabólico más frecuente en presentarse recién nacidos, se presenta como un reflejo al darse la adaptación en la vida extrauterina, pero si este trastorno persiste genera un deterioro cognitivo y daño cerebral que pueden ser irreparables (17), los recién nacidos con bajas concentraciones de glucosa suelen ser asintomáticos. Generalmente su detección se dará por los valores de glucosa en sangre de los pacientes que tienen riesgo o como un hallazgo de forma incidental en laboratorio.

Los síntomas se clasifican en dos grupos: neurogénico (temblores, transpiración, irritabilidad, taquipnea) y neuroglucopénicos (mala succión, hipotonía, letargo, llanto débil). Los pacientes que presentan más riesgos son los que se encuentran en los extremos de peso para edad gestacional (grandes para edad gestacional y pequeños para edad gestacional), prematuros, bebés que experimentaron estrés perinatal (causado por asfixia, síndrome de aspiración meconial, preeclampsia, policitemia) e hijos de madres diabéticas.

La Guía Técnica: Guía Práctica Para la Atención del Recién Nacido en MINSA, indica que el manejo parte del diagnóstico a través de la valoración de glicemia con 2 valores consecutivos < 40 mg/dl.

Su manejo en establecimientos de salud con categoría menor a I-4 será de cuidados primarios que se basan en asegurar una lactancia materna y precoz en recién nacidos dentro de la población de riesgo y referir con un adecuado transporte neonatal. En establecimientos con categoría I-4 se debe actuar de forma preventiva, asegurando la lactancia materna y precoz, monitoreo de glicemia a través de tiras reactivas o glucosa sérica, y también se dará el tratamiento específico. En los pacientes con glicemia menor de 40 mg/dl y son asintomáticos solo brindar aporte de leche materna y monitoreo de glicemia a las 2 horas; los que son sintomáticos y persiste la hipoglicemia pese al aporte de leche materna se dará un bolo de dextrosa al 10% endovenosa 2 ml/ Kg a una velocidad entre 10 a 15 minutos, continuando con velocidad de infusión de glucosa (VIG) de 6 a 8 mg/Kg/minuto seguido del dosaje de glucosa a la hora de inicio de tratamiento. Si los valores se van regulando se debe ir

disminuyendo el VIG caso contrario se debe realizar la referencia a establecimiento de salud de mayor complejidad.

En los establecimientos que cuenten con unidades de cuidados esenciales e intensivos, se debe administrar un segundo bolo de dextrosa al 10% y aumentar VIG 2 mg/Kg/minuto hasta la normalización de la glicemia o hasta un máximo, en el caso que se requiera mayor VIG o dextrosa mayor a 12,5% se utilizara una vía central. También se evaluará el poner iniciar tratamiento con hidrocortisona intravenosa y descartar otras posibles causas ya sean trastornos endocrinos o metabólicos.

En este caso clínico mediante el examen físico se pudo determinar que el paciente se encontraba con hipotonía y como pertenecía a una población de riesgo por ser prematuro se evaluó mediante tira reactiva de glucosa pudiendo llegar al diagnóstico de hipoglicemia cabe precisar que en el hospital se maneja un valor de glucosa menor a 40 mg/dl para su diagnóstico, en otros guías según la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica se maneja valores menores de 50 mg/dl para su diagnóstico pero este valor suele estar en debate (18,19)

En cuanto al tratamiento fue el adecuado porque el paciente por medio de una alimentación materna adecuada y precoz pudo normalizar los valores de glicemia. Pudiendo haberse mantenido los valores inferiores de glucosa se hubiera realizado su hospitalización en cuidados intermedios de neonatología

Caso Clínico 7: Escabiosis

La escabiosis es una infestación de la piel producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, esta se manifiesta de manera clásica como una erupción pruriginosa con una distribución característica que afecta principalmente la región interdigital de manos, axilas, areolas y genitales; el prurito es el resultado de una reacción de hipersensibilidad por los ácaros y sus huevos, y tiende a empeorar durante horas de la noche. El diagnóstico de este se confirma mediante la detección del ácaro, huevos o heces en la microscopia(20–22)

Brisso y Candiotti manifiestan que el tratamiento está basado en el uso de escabicidas tópicos (Permetrina al 5% y Benzoato de Bencilo al 25%) los

cuales serán aplicados del cuello para abajo en todo el cuerpo incluso sobre áreas no infestadas, esta aplicación deberá realizarse en horas de la noche antes de acostarse y en todos los habitantes de la casa al mismo tiempo. El manejo utilizado en el centro de salud utilizando Benzoato de Bencilo en emulsión al 25% durante 3 noches seguidas fue el adecuado sin embargo solo se brindó tratamiento individual para el menor infestado y no para todos los miembros de su hogar, asimismo no se le brindó información sobre otro tipo de medidas como educación sanitaria y mejora del saneamiento ambiental (23).

Caso Clínico 8: Anemia

La norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia define anemia ante el hallazgo de una hemoglobina menor a 11.0 mg/dL. Asimismo, divide la anemia en grados: Leve (10.0 a 10.9), Moderada (7.0 a 9.9) y Severa (menor a 7.0). Asimismo, indica tratamiento mediante Hierro Polimaltosado en gotas, y Sulfato Ferroso en jarabe y gotas. El manejo para un niño como el del caso clínico mencionado constaría de la administración de 3mg/kg/día por aproximadamente 6 meses, asimismo este niño entra a un seguimiento continuo para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Además, la guía refiere que también se puede indicar tratamiento preventivo, pero con dosis de 2mg/kg/día (24,25)

3.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso Clínico 9: Anafilaxia

La anafilaxia es una patología potencialmente mortal y es la forma más severa de una reacción alérgica, es producida por una activación alérgica o no alérgica de mastocitos, basófilos, vías respiratorias o ambos. Esta vendría a ser una reacción de hipersensibilidad severa desencadenada por fármacos o por el contacto sustancias desencadenantes (26)

Para el manejo, Uptodate menciona que el diagnóstico de esta condición es netamente clínico y que los signos y síntomas más comunes vendrían a ser los cutáneos: Urticaria generalizada, angioedema, prurito, etc. Así mismo menciona como signos de peligro, que indican una progresión rápida de esta

entidad, los siguientes: Dificultad respiratoria, náuseas, vómitos, dolor abdominal, hipotensión, etc. Asimismo, refiere que el manejo de elección y el más importante es la administración intramuscular de 0.3 a 0.5mg de epinefrina vía intramuscular, la cual puede ser reaplicada en intervalos de hasta 15 minutos en caso no hubiera respuesta e incluso puede posteriormente administrarse vía endovenosa mediante infusión si no tuviéramos respuesta con la vía intramuscular. A la par se debe brindar oxígeno al paciente con concentraciones de entre 8 a 10 litros, y administrar fluidoterapia de manera enérgica con infusiones de entre 1 a 2 litros de solución salina.

El tratamiento brindado en el establecimiento de salud 1 - 3 responde a terapias complementarias para esta patología según Uptodate, y solo ayuda a disminuir la urticaria y la picazón. Sin embargo, este fue aplicado ante la falta de stock de epinefrina en la farmacia del establecimiento. Por lo que la decisión de referir rápidamente a la paciente al Hospital María Auxiliadora fue la más acertada (27,28)

Caso Clínico 10: Hemorragia Digestiva Alta

La hemorragia digestiva alta es definida como cualquier hemorragia que se produce en el tubo digestivo cuyo origen es superior al ligamento de Treitz (29). El diagnóstico de esta patología se suele realizar en los servicios de emergencia. Teniendo como principal causa la úlcera péptica cuya frecuencia suele ser gástrica en adultos y duodenal en niños (30).

También puede ser producida por un agente patológico infeccioso, la *Helicobacter pylori* que disminuye la producción de moco duodenal y genera un daño directo a la mucosa a través de la ureasa inhibiendo el crecimiento de las células epiteliales y síntesis proteica.

En las úlceras inducidas por Anti inflamatorios no esteroideos el principal factor es la inhibición de ciclooxigenasa, inhibiendo la síntesis de prostaglandinas las cuales protegen la mucosa gástrica a través de la estimulación de producción de moco y bicarbonato e incrementando el flujo sanguíneo.

Dentro de las características clínicas comúnmente encontramos hematemesis y o melenas, pudiendo estar asociadas a ortatismo, taquicardia, hipotensión dependiendo de la magnitud de pérdida sanguínea. También palidez marcada, mareos y debilidad.

Para su manejo se utiliza Guía de Práctica Clínica para Hemorragia Digestiva Alta no Variceal, se debe realizar una valoración del estado hemodinámico y resucitación en caso de gravedad del paciente. Las medidas de reanimación tendrán que ser realizadas en todos los pacientes con inestabilidad hemodinámica lo que nos indica ante un estado shock, pérdida de hematocrito menos de 6% o requerimiento de más de 2 unidades de sangre tota, o sangrado activo. Todo deberá ser realizado dentro de una unidad de trauma shock. La colocación de 2 catéteres venosos periféricos de gran calibre o catéter venoso central deberían colocarse para la posible administración de cristaloides o expansores plasmáticos.

El tratamiento específico que se indica es el uso omeprazol intravenoso a dosis de 2 ampollas de 40 mg endovenoso STAT y luego cada 12 horas por 72 horas. El manejo deberá ser por medio de endoscopia terapéutica, manejado por el servicio de gastroenterología (31).

En el caso clínico presentado se aborda al paciente por antecedentes de consumo de AINES, donde la primera medida es el tratamiento con omeprazol y estabilización hemodinámica y consecuentemente la continuación del manejo por parte de los médicos gastroenterólogos del hospital.

Caso Clínico 11: Celulitis

La celulitis hace referencia a una inflamación que puede ser profunda siendo no necesariamente de causa contagiosa. No es precisamente definido por un relato anatomo patológico claro y hay una ausencia de una definición de bordes. Suele acompañarse por un cuadro febril, bacteriemia y/o abscesos locales. En la mayoría de los casos el agente etiológico es *Streptococcus pyogenes*.

El cuadro clínico que suele acompañar es una inflamación a nivel cutáneo de límites no precisos, inicio agudo y asociado a fiebre en ocasiones, por lo que no se puede dejar de pensar en erisipela.

El manejo hospitalario fue tomado en base a las actualizaciones de UpToDate donde nos indican que al ser un cuadro de celulitis no purulenta el tratamiento indicado es una terapia empírica que cubra a estreptococos beta-hemolíticos y *Staphylococcus aureus* sensible a penicilina, el cual incluye antibióticos como Amoxicilina, Cefalexina, Clindamicina, entre otros.

Debido a que el paciente no tiene complicación alguna para recibir tratamiento por vía oral, tiene ausencia de signos sistémicos de toxicidad y proximidad de las lesiones a un dispositivo médico permanente.

Caso Clínico 12: Neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía es una inflamación aguda del parénquima pulmonar de causa multicausal y que es manifestada por signos de infección sistémica y cambios radiológicos. Los principales agentes etiológicos son *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, etc. UpToDate divide el manejo de estos pacientes en extrahospitalario e intrahospitalario. En el manejo intrahospitalario da como pauta terapéutica el uso de Macrólidos como la Azitromicina para pacientes sin factores de riesgo y la combinación de Betalactámicos (como Amoxicilina-Clavulánico) y Macrólidos (Como la Azitromicina). Mientras que para el manejo hospitalario como es el caso de la paciente mencionada, la pauta terapéutica son dos esquemas, uno es la combinación de un Betalactámico (Ceftriaxona) junto con un Macrólido (Azitromicina) el cual fue el utilizado para el manejo de la paciente mencionada en el caso clínico o la monoterapia con una fluoroquinolona respiratoria (Levofloxacino o Moxifloxacino).

3.4 ROTACIÓN DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Caso Clínico 13: Síndrome de ovario poliquístico

El síndrome de ovario poliquístico es una causa importante de irregularidad menstrual y exceso de andrógenos en las mujeres, este tiene un origen fisiopatológico diverso, por lo que es difícil su diagnóstico y manejo. A pesar de que aún no existe un consenso universal con alta aceptación para su diagnóstico los criterios más utilizados son los Criterios propuestos en el consenso de Rotterdam, donde se tienen que cumplir 2 de los siguientes 3 criterios: Hiperandrogenismo clínica (hirsutismo, acné, pérdida de cabello de patrón masculino) o mediante pruebas de laboratorio, Oligo-anovulación y la presencia de ovario poliquístico en la ecografía, asimismo con la exclusión de otras patologías (32)

El tratamiento es global, incluyendo mejoras en el estilo de vida que contribuyan a disminuir de peso a la paciente, y se divide de acuerdo al deseo de concebir de la paciente. Si esta no desea concebir se podría utilizar anticonceptivos orales combinados (Estradiol y Progesterona), si la paciente es obesa o tiene factores de riesgo para el uso de anticonceptivos orales combinados se puede utilizar Medroxiprogesterona, y si no mejorara incluso se podría añadir Espironolactona o Ciproterona. Si la paciente refiere deseos de concebir tendríamos que usar inductores de la ovulación como Clomifeno (en pacientes no obesas) y Letrozole (en pacientes obesas) (33)

Caso Clínico 14: Hemorragia uterina anormal

El sangrado post menopaúsico se refiere a cualquier sangrado uterino presente en una mujer menopaúsica (34). Todas las pacientes posmenopáusicas con hemorragia uterina anormal deben ser evaluadas por la alta posibilidad de carcinoma endometrial (35). A este sangrado se le atribuye la fuente a nivel intrauterino, pero también puede surgir del cuello uterino, vagina o trompas de Falopio. Dentro de las posibles causas están: atrofia, cáncer, adenomiosis, pólipos, etc.

El manejo en el servicio de gineco-obstetricia se basa en las Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Ginecología. Donde el abordaje parte por una adecuada historia clínica y examen físico los cuales nos ayudaran a orientar la cantidad de sangrada, el inicio de este y si ha generado perdida sanguínea significativas.

También se realizará el apoyo por medio de exámenes auxiliares, la hemoglobina y hematocrito nos ayudaran a cuantificar la cantidad de sangrado. Las imágenes por medio de ecografía nos ayudaran a evidenciar posibles masas y determinar el grosor endometrial. Tomografía y resonancia serán utiles ante la sospecha de tumores malignos, estas imágenes nos ayudarán a evaluar localización y posible extensión.

El apoyo por anatomía patológica que se debe realizar si la paciente es mayor de 40 años. El Papanicolaou para descartar displasias o neoplasias cervicales.

El manejo en el caso clínico relato se dio acorde a las guías, siendo la paciente hospitalizada para el manejo de la transfusión sanguínea, pero debido a los resultados obtenidos por anatomía patológica continuo con el manejo por medio del servicio de cirugía oncológica y el servicio de oncología

Caso Clínico 15: Preeclampsia sin criterios de severidad

La enfermedad hipertensiva del embarazo es la alteración de la presión de arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg en dos tomas consecutivas con un intervalo de 4 horas entre toma. Clasificados en: Hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia - eclampsia y preeclampsia - eclampsia sobre agregado a hipertensión crónica.

El manejo de estas pacientes en el hospital se basa en la Guía de Práctica Clínica elaborada por el Departamento de Ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Lo primero es definir cuál es la clasificación a la que pertenece la paciente, por ende, si la paciente era hipertensa antes del inicio de la gestación o previo a la semana 20 de gestación se define como hipertensa crónica.

La hipertensión gestacional se diagnosticará si se da posterior a las 20 semanas de gestación o primera vez en el puerperio en ausencia de proteinuria.

La preeclampsia se da posterior a las 20 semana donde se encuentra la hipertensión asociado a proteinuria, haciéndose también el diagnóstico por la presencia de trombocitopenia, creatinina sérica con su valor mayor de 1.1 mg/dl, elevación del doble de transaminasa, edema agudo de pulmón, síntomas visuales o cerebrales.

También puede ser un cuadro de preeclampsia sin criterios de severidad donde la presión arterial sistólica será mayor o igual de 160 mmHg y la presión arterial diastólica mayor o igual de 110 mmHg sin afección de órgano blanco.

La hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada son los pacientes quienes luego de 20 semanas de gestación presenta proteinuria y compromiso de órgano blanco.

La eclampsia se presenta en paciente con previo cuadro de preclamsia donde la paciente comienza a tener convulsiones tipo tónico clónicas generalizadas o coma no atribuible a otras causas.

En el caso de la paciente presentada se menciona que tuvo un aumento de la presión arterial en el puerperio inmediato registrando valores mayores de presión arterial sistólica máxima de 160 mmHg y la presión arterial diastólica máxima de 100 mmHg por lo que, al realizar exámenes auxiliares para descartar los posibles criterios de severidad de una preclamsia, donde os resultados al estar dentro de sus valores de normalidad solo se le indica antihipertensivos de forma condicional (36).

Caso Clínico 16: Infección urinaria en la gestante.

La cistitis es una infección de la vejiga caracterizada por síntomas como disuria y polaquiuria, además se observan de manera frecuente hematuria y piuria en el examen simple de orina. La sospecha de esta patología debe plantearse ante la presencia de los síntomas ya mencionados, y el diagnóstico definitivo se hace mediante la confirmación del crecimiento bacteriano en el cultivo de orina. Los principales agentes etiológicos son E. coli, Klebsiella y Enterobacterias.

El tratamiento antibiótico de la cistitis aguda es empírico y debe administrarse a penas la paciente refiera síntomas urinarios, pero luego este debe ser adaptado al patrón de susceptibilidad del organismo aislado en el cultivo de orina el cual debe ser tomado previo a iniciar el tratamiento. Para la elección del antibiótico adecuado se debe tener en cuenta los antecedentes de la gestante, y la seguridad del fármaco frente al embarazo. Los más usados son Amoxicilina Clavulánico, fosfomicina, así mismo también puede utilizarse Nitrofurantoina durante el segundo o tercer trimestre. Aunque el manejo utilizado en el centro de salud fue el adecuado al iniciar tratamiento antibiótico vía oral con Nitrofurantoina de 100mg cada 12 horas, no se realizó un cultivo de orina previo al inicio del tratamiento, ni para control 7 días posteriores a la culminación de este (37)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

4.1 FASE DEL INTERNADO HOSPITALARIO

En la fase hospitalaria del internado médico los autores notaron que uno de los aspectos importantes del internado es la adaptación al ritmo de trabajo con el que se maneja el hospital a contraluz con la experiencia de las prácticas hospitalarias de cuarto, quinto y sexto año; supone una mayor carga de trabajo y un mayor nivel de estrés; esto además implicaba que los internos tengan una hora de entrada establecida de acuerdo al servicio donde estaban rotando, más no una hora de salida específica. Las rotaciones se realizan mediante la conformación de grupos de alumnos de diferentes universidades, lo que permite conocer la realidad de otros estudiantes y de sus casas de estudio; y hace posible que se desarrollen cualidades individuales para cada estudiante como el liderazgo, la tolerancia y cualidades colectivas como el trabajo en equipo. En algunos casos las relaciones entre los miembros del grupo pasan a no solo ser de índole netamente profesional también se forjaron amistades.

Es bien conocido que durante el internado médico el alumno agudiza en lo posible, la capacidad semiológica para llegar a diagnósticos acertados y así tomar decisiones correctas. Y es por esto que durante la estancia hospitalaria la primera persona con la que se relaciona el paciente desde su ingreso al hospital es el interno de medicina quien es el encargado de realizar en su

mayoría de veces las historias clínicas de los pacientes que ingresan al servicio; esto hace que el alumno gane experiencia en el campo clínico lo cual es fundamental en su formación.

Las visitas médicas son el aspecto clave de cada rotación hospitalaria durante el internado, estas son la actividad académica más importante y en la cual el interno de medicina participara de manera diaria desde el inicio hasta el fin este proceso. La discusión con los médicos asistentes y con los médicos residentes sobre las historias clínicas, las decisiones a tomarse y los errores que se pudieran haber cometido hacen que la visita hospitalaria sea un proceso educativo dinámico y constante para el estudiante.

Ambos autores del siguiente informe participaron en la rotación de Medicina Interna de diciembre de 2019 en el Hospital Daniel Alcides Carrión como sede hospitalaria hasta que se decretó cuarentena obligatoria por la pandemia Covid-19 y los internos de medicina fueron retirados de todas las sedes hospitalarias a nivel nacional hasta nuevo aviso. Las patologías más frecuentes observadas en esta rotación fueron: Diabetes Mellitus Tipo 2 Descompensada y sus complicaciones tardías, Accidente Cerebrovascular, Hemorragia Digestiva Alta a pesar de que esta rotación en su mayoría es netamente clínica, y el aspecto más importante en esta rotación es perfeccionar la capacidad de diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías; así como conocer a la perfección su fisiopatología, se pudieron realizar procedimientos como paracentesis, toracocentesis, artrocentesis, curación de escaras, cambio de sondas nasogástricas, cambio de sondas Folley, etc. La actividad académica fue complementada con exposiciones diarias que eran presentadas por un interno hacia sus demás compañeros y el equipo médico del servicio. Las guardias diurnas y nocturnas en el servicio de emergencia acrecentaron la capacidad de tomar decisiones de manera rápida y acertada de cada alumno.

En octubre del 2020 se abrieron nuevamente las sedes hospitalarias a las cuales los internos de medicina podrían retornar de manera voluntaria; uno de los autores continuó desarrollando su internado médico en el Hospital Daniel Alcides Carrión, mientras que el otro fue retirado de manera definitiva a causa

del recorte de plazas por el tema de aforo hospitalario. El internado médico se reprogramó para que este culmine en el mes de marzo del 2021 y así se puedan realizar rotaciones en dos grupos de alumnos que se alternarían cada 15 días para rotar dos meses por cada especialidad restante. Asimismo, los internos pasaron a tener en su totalidad una remuneración mínima vital de 930 soles, y otros beneficios laborales. Del mismo modo los estudiantes no podían realizar prácticas en ambientes Covid 19, ni pacientes sintomáticos respiratorios.

El retorno al campo clínico de los internos supuso un encuentro con una nueva normalidad. Era obligatorio el uso de equipos de protección personal y en su mayoría se redujo el número de camas de cada servicio, se fusionaron varios de estos en un solo ambiente, se redujeron los tiempos para el pase de visita hospitalaria, y horas de práctica clínica para los internos para así disminuir su exposición al virus. A pesar de haber sido un retorno voluntario, el miedo al contagio se convirtió en un constante factor estresante para todos los estudiantes. Se implementó un horario de salida fijo para todos internos independiente del servicio el cual era a las 13:00 horas; lo que permitió tener un mayor número de horas libres para la revisión de las patologías que padecían los pacientes que se encontraban en los servicios, continuar con la preparación para el examen nacional de medicina, y el avance de los proyectos de tesis.

Debido al conocimiento de los procesos de logística del hospital, el periodo de adaptación fue corto a comparación de los primeros meses de internado. La rotación en el servicio de cirugía se vio afectada con la disminución del número de camas del servicio, lo que implicaba tener un menor número de patologías para investigar y estudiar. Asimismo, solo se realizaban procedimientos quirúrgicos de emergencia. Las patologías quirúrgicas vistas con mayor frecuencia fueron la apendicitis aguda, las heridas por proyectil de arma de fuego, y las hernias estranguladas. A pesar de que el número de procedimientos quirúrgicos se redujo en un porcentaje alto la mayoría de los estudiantes pudieron participar en ellos de diversas maneras, ya sea como ayudantes, circulantes o instrumentistas. Las guardias en el tópic de emergencia desarrollaron habilidades básicas en el estudiante como el

manejo de todo tipo de suturas, además de la correcta diferenciación entre casos que si necesitaban un manejo quirúrgico de emergencia y de otras que necesitaban un manejo conservador. Se complemento la práctica clínica con clases dictadas de manera virtual por los docentes de la universidad asi mismo con la resolución de cuestionarios.

En el servicio de gineco-obstetricia las hospitalizaciones fueron por emergencia debido al cierre de consultorio externo. La principal población que se manejó, fueron gestantes las cuales necesitaban atención en la unidad de embarazo patológico y centro de parto. Es asi que los internos pudieron atender partos y realizar episiorrafias, así como también ingresar a sala de operación para instrumentar cuando se realizaban cesáreas. En cuanto al primer nivel de atención solo se pudieron realizar labores de prevención y promoción junto al área de obstetricia, pero todo fue complementado mediante la impartición de seminarios virtuales por la universidad.

La rotación en el servicio de pediatría en el Hospital Daniel Alcides Carrión se dividió en 2 segmentos, una rotación de 15 días en neonatología, en unidad de cuidados intermedios neonatales y alojamiento conjunto, y otros 15 días en emergencia pediátrica y hospitalización. La poca demanda de pacientes debido a la alerta de la segunda ola de COVID-19, influyó en el proceso de aprendizaje en esta área dentro del hospital por lo que los médicos residentes y asistentes del servicio de pediatría desarrollaron actividades académicas de manera virtual para complementar las practicas hospitalarias.

4.2 FASE DEL INTERNADO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Los estudiantes que fueron retirados de sus sedes hospitalarias formaron a ser parte del primer nivel de atención, es así como uno de los autores empezó el internado en el Centro de Salud Leonor Saavedra a comienzo de noviembre del 2021. La diferencia en cuanto a la complejidad del manejo de los pacientes pudo resultar algo desalentador para el estudiante acostumbrado al gran nivel de complejidad que tienen las sedes hospitalarias de donde procedían, sin embargo, el colapso de estas supuso que los centros de primer nivel se adecuaran a manejar patologías que debían ser manejadas de manera

hospitalarias lo que fue positivo para los estudiantes. Otro aspecto importante para los internos de medicina fue familiarizarse con la logística de funcionamiento de un centro de primer nivel de atención los que les daba una ventaja para poder adaptarse con mayor rapidez al funcionamiento de los centros de salud donde vayan a ser asignados para realizar su servicio rural urbano marginal que realizan la mayoría de médicos peruanos en su primer año de egresados como médicos cirujanos.

El internado se estructuró para culminarse en el mes de abril de 2021, y al igual en las sedes hospitalarias los alumnos de cada sede se alternarían cada 15 días para rotar en su sede, asimismo los alumnos de los centros de primer de atención pasaron a tener un sueldo equivalente a una remuneración mínima y beneficios laborales. Además, fue acordado de que los internos de medicina estaban prohibidos de realizar practicar en ambientes Covid y con pacientes sintomáticos respiratorios.

A pesar de que se asignó un orden para las rotaciones restantes, este no pudo cumplirse en su totalidad debido a que el centro de primer nivel no contaba con división por servicios en cuanto al área de medicina, por lo que durante todo el periodo de practica en ese establecimiento se vieron pacientes de diversas especialidades incluso sin estar rotando durante ellas. La carga de trabajo en comparación a la de un hospital no se vio reducida, esto básicamente por la saturación del sistema de salud que obligaba a los usuarios a acudir en primera instancia a su centro de primer nivel, para posteriormente ser referidos únicamente por emergencia o para poder coordinarse el seguimiento de su caso mediante una tele consulta que era realizada por el médico general del establecimiento con un especialista del hospital de referencia de la zona vía zoom.

Las practicas se realizaron bajo el modelo donde el interno de medicina hacia la vez del médico general, y su tutor era el encargado de supervisar la practica con el paciente, orientarlo en algunas veces hacia el diagnóstico y la terapéutica, y corregir los errores que este tuviera tener durante la consulta médica; este modelo de practica era consultado previamente con el paciente y era realizado solo si este estaba conforme. Los casos en su mayoría vistos

en el centro de primer nivel de atención fueron casos de medicina interna como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, anemia por deficiencia de hierro, problemas osteomusculares, etc.

En cuanto a los casos correspondientes al tópico de cirugía general, el interno aprendió a reconocer patologías quirúrgicas como apendicitis y obstrucciones intestinales las cuales fueron referidas de emergencia hacia el hospital de mayor complejidad de la jurisdicción. También se desarrollaron las habilidades quirúrgicas básicas de los internos mediante suturas.

Al ser el Centro de Salud Leonor Saavedra un establecimiento nivel I – 3 este no contaba con atención de partos, lo cual fue un aspecto negativo para los estudiantes pues no pudieron desarrollar este aspecto durante sus prácticas y que es de suma importancia para su práctica médica y un tema importante que todo médico general debe saber manejar. Sin embargo, el centro de salud contaba con un ecógrafo por lo que los internos fueron capacitados para realizar ecografías de control gineco obstétrico durante toda su estadía en el centro; asimismo en conjunto con el departamento de obstetricia se realizaron labores de prevención y promoción primaria en las gestantes. En el aspecto ginecológico, se abordaron casos claves como infecciones urinarias en la gestante, e infecciones de trasmisión sexual en la mujer.

4.3 ROTACIÓN EXTERNA EN SEDE HOSPITALARIA

La universidad de San Martín de Porres abrió la posibilidad de que los internos de medicina puedan tener rotaciones externas en un hospital, uno de los autores del siguiente informe tuvo la oportunidad de poder realizar una rotación externa en el servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Sergio E Bernales. A pesar de no ser parte del grupo de interno inicial, los estudiantes de la sede demostraron compañerismo e hicieron que el periodo de adaptación al hospital y a su forma de trabajo se reduzca al mínimo para así poder sacar provecho de las actividades académicas, de la práctica clínica con el paciente, las visitas médicas y las guardias en el servicio de emergencia. Los 15 días de rotación fueron divididos en 7 días para el servicio de Neonatología y 7 días para el servicio de Pediatría. Uno de los aspectos

claves en esta rotación fue el gran entrenamiento adquirido en el área de recepción inmediata del recién nacido, así mismo como la evaluación de recién nacidos en el área de puerperio y el manejo de recién nacidos con patologías en los ambientes de intermedios y UCI neonatal. En la rotación de pediatría, las guardias en emergencia fueron de mayor provecho que en el piso de hospitalización debido a que tenía más afluencia de pacientes.

CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades generadas por la coyuntura actual debido a la pandemia por Covid 19, el internado médico se pudo reanudar garantizando el correcto aprendizaje de los estudiantes de último año; quienes perciben esta etapa de la carrera como la última oportunidad para perfeccionar su práctica clínica, para así poder desempeñarse de manera correcta con sus futuros pacientes y contribuir de forma positiva en la salud pública de este país.

RECOMENDACIONES

- Es indispensable que, desde la fecha, todo interno de medicina sea considerado como personal de salud y, por ende, se respeten sus derechos laborales como estipendio mensual, seguro de salud, seguro de vida, etc.
- La población en general, debe conocer sobre el internado en ciencias de la salud, y el impacto que tiene este sobre la salud pública; para que así colaboren con la práctica clínica de los estudiantes de último año.
- Los lineamientos que respaldan a los internos de medicina deben ser respetados por cada hospital, y por lo tanto deben ser respetados por los médicos asistentes y residentes para que así no exista ningún tipo de abuso de parte de estos.
- Las plazas de internado medico a nivel nacional deberían ser ofertadas mediante un concurso vía examen de conocimientos, para que así no exista ningún tipo de favorecimiento por afinidad de las autoridades hacia una universidad en especifica.

- Las rotaciones hospitalarias en los servicios de pediatría, neonatología, ginecología y obstetricia deben obligatorias para todo interno de medicina, pues esta representa a la población con la que más van a interactuar en el servicio rural urbano marginal.
- El internado medico debe ser netamente académico en su mayoría, por lo que es necesario que se limiten las tareas administrativas para los internos y así dispongan de más tiempo para sus prácticas clínicas.
- Todo estudiante de medicina de último año debe cumplir con un récord de partos atendidos antes de culminar con el internado médico.
- Es importante que todo interno de medicina tengo un mínimo de horas de entrenamiento en atención inmediata del recién nacido.
- Es indispensable que se haga énfasis en el manejo de las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en Perú, mediante talleres y seminarios.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Visión y Misión [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/acerca-de-nosotros/vision-y-mision.html>
2. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19-DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
3. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
4. HOSPITAL SERGIO BERNALES RECIBE CATEGORIZACIÓN NIVEL III – 1 [Internet]. DIRIS. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.dirislmanorte.gob.pe/hospital-sergio-bernales-recibe-categorizacion-nivel-iii-1/>
5. Historia [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/acerca-de-nosotros/historia.html>

6. Nuestra Historia – Hospital Nacional Sergio E. Bernales [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.hnseb.gob.pe/resena-historica/>
7. RIS SAN JUAN DE MIRAFLORES [Internet]. DIRIS LIMA SUR. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/sjm/>
8. Diehl AK, Sugarek NJ, Todd KH. Clinical evaluation for gallstone disease: usefulness of symptoms and signs in diagnosis. *Am J Med.* julio de 1990;89(1):29-33.
9. Lund J. Surgical Indications in Cholelithiasis: Prophylactic Cholecystectomy Elucidated on the Basis of Long-term Follow up on 526 Nonoperated Cases. *Ann Surg.* febrero de 1960;151(2):153-62.
10. Hawser SP, Bouchillon SK, Hoban DJ, Badal RE. In vitro susceptibilities of aerobic and facultative anaerobic Gram-negative bacilli from patients with intra-abdominal infections worldwide from 2005-2007: results from the SMART study. *Int J Antimicrob Agents.* diciembre de 2009;34(6):585-8.
11. Advanced Trauma Life Support [Internet]. American College of Surgeons. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.facs.org/quality-programs/trauma/atls>
12. Departamento de Cirugía - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-cirug%C3%ADa.html>
13. Resumen de Medline ® para la referencia 6 de «Resumen de la dificultad respiratoria neonatal: trastornos de la transición» - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-neonatal-respiratory-distress-disorders-of-transition/abstract/6>

14. Avery ME. Surfactant deficiency in hyaline membrane disease: the story of discovery. *Am J Respir Crit Care Med.* abril de 2000;161(4 Pt 1):1074-5.
15. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Shankaran S, Laptook AR, Walsh MC, et al. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics.* septiembre de 2010;126(3):443-56.
16. Recursos de Información Digital para el SERUMS MINSA [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/serumsbvs/>
17. Thompson-Branch A, Havranek T. Neonatal Hypoglycemia. *Pediatr Rev.* abril de 2017;38(4):147-57.
18. Thornton PS, Stanley CA, De Leon DD, Harris D, Haymond MW, Hussain K, et al. Recommendations from the Pediatric Endocrine Society for Evaluation and Management of Persistent Hypoglycemia in Neonates, Infants, and Children. *J Pediatr.* agosto de 2015;167(2):238-45.
19. Committee on Fetus and Newborn, Adamkin DH. Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics.* marzo de 2011;127(3):575-9.
20. Resumen de Medline ® para la referencia 11 de «Sarna: epidemiología, características clínicas y diagnóstico» - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis/abstract/11>
21. Medline ® Abstract for Reference 33 de «Sarna: epidemiología, características clínicas y diagnóstico» - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis/abstract/33>

22. Resumen de Medline ® para la referencia 32 de «Sarna: epidemiología, características clínicas y diagnóstico» - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis/abstract/32>
23. Biblioteca Virtual en Salud - Instituto Nacional de Salud [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://bvs.ins.gob.pe/bvs_wp/?vhl_collection=junio-2014
24. Suplementación con sulfato ferroso en gotas para niños menores de 6 meses de edad | Anemia [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/suplementacion-con-sulfato-ferroso-en-gotas-para-ninos-menores-de-6-meses-de-edad>
25. Tratamiento en niños | Anemia [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/tratamiento-en-ninos>
26. Anafilaxia y anafiláctico – Revista Chilena de Anestesia [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv50n01-04/>
27. Campbell RL, Bellolio MF, Knutson BD, Bellamkonda VR, Fedko MG, Nestler DM, et al. Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and overdose after administration of intravenous bolus epinephrine compared with intramuscular epinephrine. *J Allergy Clin Immunol Pract.* febrero de 2015;3(1):76-80.
28. Kawano T, Scheuermeyer FX, Stenstrom R, Rowe BH, Grafstein E, Grunau B. Epinephrine use in older patients with anaphylaxis: Clinical outcomes and cardiovascular complications. *Resuscitation.* marzo de 2017;112:53-8.
29. DeLaney M, Greene CJ. Emergency Department Evaluation And Management Of Patients With Upper Gastrointestinal Bleeding. *Emerg Med Pract.* abril de 2015;17(4):1-18; quiz 19.

30. Nable JV, Graham AC. Gastrointestinal Bleeding. *Emerg Med Clin North Am.* mayo de 2016;34(2):309-25.
31. Departamento de Medicina - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-medicina.html>
32. Vanhauwaert PS. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de marzo de 2021;32(2):166-72.
33. Moran LJ, Hutchison SK, Norman RJ, Teede HJ. Lifestyle changes in women with polycystic ovary syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 de febrero de 2011;(2):CD007506.
34. Moodley M, Roberts C. Clinical pathway for the evaluation of postmenopausal bleeding with an emphasis on endometrial cancer detection. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* octubre de 2004;24(7):736-41.
35. Prendergast EN, Misch E, Chou Y-A, Roston A, Patel A. Insufficient Endometrial Biopsy Results in Women With Abnormal Uterine Bleeding. *Obstet Gynecol.* mayo de 2014;123:180S.
36. Departamento de Gineco Obstetricia - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-gineco-obstetricia.html>
37. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis.* 1 de marzo de 2011;52(5):e103-20.

ANEXOS

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL

