



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL JOSE AGURTO
TELLO DE CHOSICA DURANTE LOS MESES DE ENERO 2020 A ABRIL 2021

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

PRESENTADA POR
JENNIFER SAMARY TAPIA GUTIERREZ

ASESORA
DRA. NELLY BORRA TOLEDO

LIMA , PERÚ
2021



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA DURANTE LOS MESES
DE ENERO 2020 A ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JENNIFER SAMARY TAPIA GUTIERREZ**

**ASESORA
DRA. NELLY BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Dr. Manuel Neyra Sotelo

Miembro: M.E. Alberto Cárdenas Venturo

Miembro: Mg. José Villarreal Palomino

DEDICATORIA

A Dios por la oportunidad de hacer real y eficaz el amor y servicio al Perú aquí y ahora.

A mi familia por su amor, apoyo y comprensión en cada año de la carrera. El mérito es de todos.

Jennifer Samary Tapia Gutierrez

AGRADECIMEINTOS

Al Dr. Eisel Pinado Michue, Director Ejecutivo del Hospital José Agurto Tello de Chosica, quien nos brindó su total apoyo para el óptimo retorno al internado médico.

A los asistentes, residentes, co-internos y, en general, a todo el personal que labora en el hospital, con quienes disfrutamos de esta experiencia preprofesional tanto académica como ética.

A los pacientes del Hospital de Chosica y sus familiares, quienes nos permitieron acompañarlos en su enfermedad, conocerlos y conocer sus patologías.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1. Importancia del internado médico	2
2. Expectativa del internado médico	2
3. Logros obtenidos durante el internado médico	2
4. Casos clínicos	3
a. Pediatría	3
b. Medicina interna	6
c. Ginecología y obstetricia	9
d. Cirugía	12
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	15
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
1. Osteomielitis aguda	18

2. Enfermedad de Pompe	20
3. Pancreatitis aguda severa	21
4. Accidente cerebrovascular isquémico	22
5. Muerte fetal tardía	24
6. Quiste ovárico hemorrágico roto	25
7. Apendicitis aguda complicada	26
8. Trauma facial	27
CAPITULO IV. REFLECIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	29
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	36
FIGURAS	41

RESUMEN

El internado médico es un año decisivo en la carrera de Medicina Humana, se trata de un año exclusivo para realizar las prácticas preprofesionales donde los aún alumnos pueden seguir de cerca los casos clínicos, a cargo siempre de un tutor, además de familiarizarse con el sistema de salud.

El presente trabajo tiene por fin dar a conocer las condiciones en las que se desarrolló el internado médico para los internos de la promoción 2020 previo y durante el contexto de la Emergencia Sanitaria Nacional el cual fue una brecha que pudimos superar con éxito gracias al apoyo del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y nuestra casa de estudios, la Universidad San Martín de Porres.

Se explica las condiciones en las que se desenvuelve diariamente el interno de medicina, además de las actividades que realiza en el hospital adjudicado para las rotaciones. Se exponen ocho casos clínicos de interés, dos por rotación realizada, y posteriormente se hace una breve discusión de cada caso comparando el manejo realizado en el hospital con las guías de práctica clínica y otros medios.

Objetivo: Describir las condiciones en las que se desarrolla el interno de medicina para adquirir las habilidades para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano, con base en el desarrollo del Internado Médico en el proceso 2020 – 2021.

Metodología: Colección de experiencias propias, así como de información de medicina basada en evidencias para el desarrollo de actividades académicas y resolución de casos clínicos de interés.

Conclusiones: El interno de Medicina Humana que ha llevado este proceso durante los años 2020 y 2021 ha obtenido recursos diferentes a otros años, cuenta con la capacidad de asumir nuevos retos, adecuarse a nuevos ambientes laborales, y lograr con éxito la adquisición de habilidades para el ejercicio de la profesión médica.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco-obstetricia, Pediatría, COVID-19.

ABSTRACT

The medical internship is a decisive year in Human Medicine career, we are talking about an exclusive year to carry out pre-professional practices where the students can follow closely clinical cases, always in charge of a tutor, in addition to becoming familiar with the health system.

The purpose of this work is to present the conditions in which the medical internship was developed for the students of the 2020 class prior to and during the context of the National Health Emergency, which was a gap that we were able to successfully overcome thanks to the support of the Ministry of Health, the Ministry of Education and San Martín de Porres University.

The conditions in which the student works daily are exposed, in addition to the activities carried out in the hospital assigned for rotations. Eight clinical cases of interest are presented, two per rotation performed, and subsequently a brief discussion of the clinical case will be made, comparing the management of the hospital with the clinical practice guidelines and other means.

Objective: Describe the conditions in which the medical intern develops to acquire the skills to opt for the Professional Title of Surgeon, based on the development of the Medical Internship in the 2020 - 2021 process.

Methodology: Collection of own experiences, as well as evidence-based medicine information for the development of academic activities and resolution of clinical cases of interest.

Conclusions: The Human Medicine intern who has carried out this process during the years 2020 and 2021 has obtained different resources from other years, can take on new challenges, adapt to new work environments, and successfully achieve the acquisition of skills to the exercise of the medical profession.

Key words: Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetrics and gynecology, Pediatrics, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

Sin lugar a duda, el internado médico es el año más importante en la carrera médica por las metas que se alcanzan aplicando los conocimientos adquiridos durante seis años. Como indica el Reglamento de Internado Médico de la Universidad San Martín de Porres (1) entre los objetivos académicos están: desarrollar el interés de investigación científica, habilidad del conocimiento médico, disciplina para el desempeño profesional y responsabilidad en los actos que realiza, esto a través de la inserción a un ambiente médico donde interrelacione para el conocimiento médico integral. Como también se explica en este reglamento se realiza en una sede hospitalaria, el periodo usualmente comprende doce meses, divididos en cuatro trimestres donde se desarrollan las rotaciones de medicina general, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, las actividades se realizan en los servicios de hospitalización, consultorio externo, emergencia o los que cuente la sede. Esto se complementa con las actividades académicas a cargo del tutor de rotación, quién lo designa la universidad, a través de conversatorios clínicos, seminarios, revista de revistas y preparación para el Examen Nacional de Medicina (ENAM).

El internado médico para la promoción 2020 inició al igual que el resto de las promociones, previo al inicio de actividades se dio charlas de inducción donde nos explicaron nuestros derechos y obligaciones en la institución, nuestro horario regular era de ocho horas diario, de lunes a domingos incluido los feriados, las guardias diurnas y nocturnas dependían de cada servicio, siendo un aproximado de 10 guardias al final del mes. Las actividades académicas eran proporcionadas por cada servicio bajo la disponibilidad de los médicos. Aprobando un examen se aplicaba para el estipendio mensual bajo el concepto de propina. El seguro de salud corría por cuenta de cada estudiante. Cada interno conocía la realidad bajo la que se realizaba el internado, aun así

lo asumíamos ya que nos daba la oportunidad de conocer una mayor cantidad de pacientes y casos, adquirir tanto habilidades profesionales como habilidades blandas.

Durante estos primeros meses se escuchaba y leía a través de noticias y revistas sobre una enfermedad respiratoria de etiología desconocida, posteriormente asociada a coronavirus, sin tratamiento específico. Como podemos encontrar en el boletín de la OMS “Nuevo coronavirus – China” (2) el primer grupo de casos fue notificado el 31 de diciembre del 2019, siendo el SARS-CoV2 aislado en laboratorio el 07 de enero del 2020. El primer caso de COVID-19 reportado en Perú se reportó el 6 de marzo, confirmado por el expresidente, Martín Vizcarra, quien precisó que se debía confiar en el Sistema de Salud. (3). Debido al incremento de casos es que el domingo 15 de marzo del 2020 el gobierno decreta cuarentena a nivel nacional y el cierre de fronteras, inicialmente por quince días (4). El internado, al ser una actividad académica, fue suspendido a penas se dio aviso, en ese momento solo llevábamos dos meses y medio de la primera rotación, decidimos aprovechar esos días para estudiar clases teóricas y realizar las evaluaciones para la calificación de la rotación. Sin embargo, este periodo se extendió por otros cinco meses. Para nosotros fue un golpe muy duro ya que nuestras actividades al ser netamente prácticas nos mantenían en paro absoluto. Desde inicios del año 2020 la USMP cuenta con una academia para la preparación del ENAM quienes durante estos meses nos impartieron las clases teóricas, lo cual fue muy significativo para no perder el ritmo.

El 03 de agosto del 2020 el diario El Peruano sacó el decreto de urgencia N°090-2020 (5) que dispone medidas excepcionales y temporales que contribuyan con el aumento de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19. El MINSA dio a conocer el documento técnico: “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020” donde se dispone como requisitos mínimos: seguro de salud, curso sobre prevención ante COVID-19, registro en el sistema de información de recursos humanos en salud e implementos de bioseguridad. Algo que llamó particularmente la atención de los internos era el horario para las prácticas: seis horas diarias por seis días semanales durante quince días al mes con

máximo dos guardias de doce horas al mes, esto representaba la tercera parte de las horas que el interno realizaba previo a la pandemia. Otra disposición fue el retorno exclusivo a áreas “No COVID” por lo que algunos internos continuaron sus actividades en centros nivel I-3 y I-4 ya que sus hospitales de origen eran denominados “Hospitales COVID” como el Hospital Dos de Mayo, Hospital de Ate, etcétera. El regreso a las actividades sería a partir del 15 de agosto del 2020 y de forma paulatina, siempre que las universidades y los hospitales dieran las condiciones mínimas. La USMP realizó durante una semana charlas sobre los temas de la fisiopatología, bioseguridad y prevención de la COVID-19. Al finalizar se tomó un examen que debía ser aprobado para poder iniciar las actividades del internado. Adicionalmente la universidad, a través de la oficina de extensión y proyección, nos ponía al alcance los webinar para las actualizaciones sobre la COVID-19.

Para el 15 de agosto del 2020 la sala situacional para COVID-19 (6) era la siguiente: 535 946 casos confirmados, 26 281 defunciones, con una letalidad de 4.9%. En los primeros meses las regiones más afectadas fueron las del Oriente (Loreto, Ucayali, Madre de Dios) y Lima Metropolitana, por su alta tasa demográfica. Los meses posteriores se le sumaron los departamentos del Norte (Piura, Trujillo). Durante el mes de agosto fueron las regiones del Sur (Arequipa, Tacna, Cusco, Puno) aunque el caos por el colapso del Sistema Sanitario era a nivel nacional. Es en este contexto donde se inicia la reincorporación al internado.

La autora realizó ambas etapas del internado médico en el Hospital José Agurto Tello de Chosica, un hospital de mediana complejidad nivel II-2. Previamente conocido como el Hospital Materno – Infantil, se caracterizaba por sus departamentos de gineco-obstetricia y pediatría. Actualmente el hospital cuenta con un área COVID en el ala oeste, y el área No COVID donde el interno de medicina realiza sus prácticas preprofesionales. Los servicios han reducido su tamaño, muchas veces compartiendo ambientes para lograr atender la mayor cantidad de pacientes No COVID. A pesar de ciertas limitaciones por los horarios dispuestos por el MINSA, así como el acceso a ciertas áreas y casos clínicos, se pudo sacar el máximo provecho gracias a los directivos y asistentes de los diferentes servicios quienes en todo momento

se preocuparon por apoyarnos en la formación académica y el perfil profesional que requerimos como médicos-cirujanos.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1. Importancia del internado médico

El séptimo año de la carrera de medicina humana (internado médico) es el periodo más importante de la formación académica de un estudiante de medicina. Tenemos tres años de ciencias básicas donde nuestro contacto con el paciente inicia en las postas médicas (primer nivel de atención), por dos horas semanales, donde aprendemos sobre medicina promocional y preventiva. Posterior a ello existen tres años de etapa clínica donde las clases teóricas se complementan con nuestras visitas a hospitales por cuatro horas diarias, donde la medicina curativa y rehabilitadora priman, los docentes nos permiten pasar visita clínica con ellos, desarrollar los casos clínicos de mayor interés y despejar las dudas que pudieran existir.

En el último año de la carrera nuestras horas teóricas se ven reducidas drásticamente ya que, normalmente, podemos estar entre 8 y 24 horas en el hospital, asumimos ciertas responsabilidades sobre los pacientes, siempre bajo la supervisión del médico asistente y los residentes de medicina. Conocemos a nuestros pacientes, quienes son y qué los aqueja, cómo diagnosticar y tratar con los recursos que nos provee el hospital, realizamos actividades académicas como exposición de casos clínicos donde los doctores nos impulsan a nosotros mismos resolver los casos. También se promueve la medicina preventiva y promocional que es a donde debemos aspirar.

Todo esto nos proporciona las habilidades y conocimiento para ejercer el primer año como médicos cirujanos en el Serums donde muchas veces seremos nosotros los jefes del centro de salud y tendremos que tomar decisiones en favor a nuestros pacientes y de la comunidad, de igual manera

nos orienta a la elección de la especialidad para la residencia médica y nos motiva a mejorar el sistema de salud en el cual nos desarrollamos actualmente.

2. Expectativa del internado médico

Como lo describen Sabás et al. en la investigación de educación médica “Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado” (7) se espera de esta etapa el reforzamiento de los conocimientos obtenidos durante los años anteriores, habilidades para realizar procedimientos médico-quirúrgicos, la habilidad de diagnosticar y tratar, reforzando la capacidad de criterio clínico. Entre otras expectativas está el desarrollo de habilidades blandas para la relación médico-paciente y el trabajo en equipo dentro de una institución.

Ante el retorno a las actividades con un horario reducido y en un contexto de acceso limitado a los pacientes se temía no poder adquirir todos los objetivos; sin embargo, gracias a las gestiones del MINSA, MINEDU y nuestra casa de estudios nuestro regreso fue en condiciones seguras, con el desarrollo de actividades académicas complementarias vía internet y el ejercicio del internado médico.

3. Logros obtenidos durante el internado médico

Tal como se indica en el perfil del graduado de la USMP (8), hemos logrado adquirir las competencias:

- Cognitivas: análisis y síntesis, enfoque sistémico para la adquisición de conocimientos, el pensamiento crítico, el interés en la investigación y aplicación de estrategias metacognitivas.
- Instrumentales: usar las tecnologías actuales para la obtención de información y comunicación, resolver los problemas profesionales y personales, liderar y participar activamente en equipos de trabajo, elaborar y gestionar proyectos.

- Actitudes y valores generales: respetar a cada paciente, reconocer sus derechos y deberes, compromiso ético, integridad, compromiso con la calidad y búsqueda de la excelencia.

4. Casos clínicos

Pediatría

Osteomielitis aguda

Paciente varón de 5 años, sin ningún antecedente de importancia. Madre refiere que 1 semana previo al ingreso presentó golpe en cara externa del brazo derecho, acudió a su centro de salud donde le recetaron analgésicos. Dos días antes del ingreso inicia con sensación de alza térmica, le recetaron antipiréticos sin respuesta por lo que acude al hospital.

Al ingreso presenta temperatura de 38.5°C, resto de signos vitales dentro de los valores normales. El dolor en brazo derecho aún era persistente, padre refiere que lo llevó al “huesero” sin mejoría. Al examen físico se evidencia disminución del rango de movimiento del brazo derecho, signos de flogosis en cara interna y dolor a la palpación.

En los exámenes de laboratorio se observa en el hemograma leucocitosis con desviación a la izquierda y anemia leve, PCR elevado. Se tomó hemocultivo, cuyo resultado salió negativo, cabe resaltar que se tomó posterior al inicio de antibioticoterapia en la sala de observación en emergencias. Examen de orina negativo. La radiografía de miembros superiores muestra fractura única no desplazada en diáfisis de humero derecho.

Se plantea osteomielitis aguda por lo que se decide su hospitalización. Se solicita gammagrafía ósea, tomografía axial computarizada de miembro superior derecho e interconsulta a traumatología e infectología para su evaluación y tratamiento. Se inicia antibioticoterapia empírica con clindamicina y vancomicina por 21 días. Adicionalmente, dieta completa, analgesia y antipiréticos a horario endovenoso, traumatología indica uso permanente de cabestrillo. Al finalizar la primera semana se evidenció mejoría clínica al reducir los signos de flogosis en brazo derecho. La

gammagrafía ósea se realizó durante la segunda semana donde se vio hipercaptación a nivel de la lesión. La TAC de miembro superior derecho se realizó a inicios de la tercera semana, las conclusiones evidenciaron engrosamiento anormal del hueso cortical afectado, cambios escleróticos, y secuestros. A cuatro días de finalizar el tratamiento el paciente inicia con deposiciones líquidas con moco y sangre, cuatro cámaras diarias durante dos días, sin signos de deshidratación, se planteó colitis pseudomembranosa secundario al uso de clindamicina, se decide completar el tratamiento ya que solo restaban dos días para finalizar antibioticoterapia.

Terminado el tratamiento antibiótico el paciente presentaba anemia moderada y leucopenia a predominio de neutrófilos, clínicamente estable. Debido a que en el servicio no se contaba con un área de aislamiento adecuada se decide el alta médica con una referencia por consultorio externo de traumatología al Instituto Nacional de Salud del Niño donde ha sido evaluado, la madre reporta que se realizaron estudios oncológicos dado la poca mejoría clínica que presentaba el paciente, además de la pobre ganancia de peso y persistencia de anemia y leucopenia.

Enfermedad de Pompe

Paciente mujer de 11 meses, con antecedente de infecciones respiratorias a repetición, tres meses antes de su ingreso estuvo en la UCIN pediátrica del Hospital del Niño donde fue diagnosticada con Enfermedad de Pompe.

Acude a emergencias con su madre quien refiere que hace 2 días aproximadamente nota dificultad respiratoria y no puede deglutir alimentos sólidos ni líquidos. Ingresó con saturación de oxígeno al 92% y temperatura en 38.0°C, resto de signos vitales estables. Al examen físico la paciente no tiene control cefálico, presenta hipotonía generalizada, sialorrea, no emite monosílabos, responde a estímulos. Se evidencia moderado tiraje intercostal. Se ausculta sibilantes en ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad. En abdomen se palpa el hígado dos centímetros por debajo del reborde costal. Extremidades hipotónicas, no las moviliza. Reflejos osteotendinosos disminuidos. Neurológicamente alerta, activa.

En los exámenes auxiliares se encontró: hemograma dentro de los parámetros normales, PCR negativo, urocultivo negativo, electrolitos dentro

de los valores normales, lámina periférica con la serie roja, blanca y plaquetas normales, TGO y TGP elevadas (184 y 235 U/L respectivamente), así como LDH en 717 U/L. La radiografía de tórax mostraba infiltrados alveolares difusos en ambos campos pulmonares. No se realizó gasometría arterial.

Se planteó el diagnóstico de neumonía aspirativa ante la sospecha de aspiración de leche materna por hipotonía para la deglución. El plan comprendía hospitalización, nutrición nasoyeyunal, antibioticoterapia empírica con ceftriaxona, nebulizaciones con salbutamol, aspiración de secreciones a horario, oxigenoterapia a demanda y referencia total al Hospital del Niño.

La evolución clínica de la paciente durante los primeros tres días fue estacionaria, se insistió la referencia al Hospital del Niño la cual no tuvo respuesta. Se adicionaron nebulizaciones lo cual mejoró el cuadro clínico de la paciente. Se completó el esquema de la antibioticoterapia por siete días, para ese momento se encontraba afebril, ventilaba espontáneamente, hemodinámicamente estable, con mayor respuesta a estímulos por lo que se decide el alta médica.

A los tres días del alta médica madre acude nuevamente a emergencia refiriendo que hace 30 minutos nota coloración azul en los labios de la paciente, gran dificultad respiratoria y somnolencia. La saturación se encontraba en 80%, no respondía a estímulos, se dio oxigenoterapia a alto flujo sin respuesta por lo que se decidió realizar intubación oro-traqueal. La dificultad en este procedimiento fue la falta de personal capacitado para realizarlo, así como la falta de material para paciente pediátrico, lo asumió el asistente intensivista de turno quien logró realizar el procedimiento con éxito, una vez estabilizada la paciente fue transferida al Hospital del Niño bajo la Ley de Emergencia.

Medicina interna

Pancreatitis aguda severa

Paciente varón de 37 años, con antecedente de obesidad mórbida, esquizofrenia en tratamiento con risperidona más valproato, sin familiares

directos quienes se hicieran cargo de él. Acude a emergencia refiriendo que dos días antes presenta dolor abdominal en epigastrio que se irradia a región lumbar, asociado a náuseas y vómitos, sin sensación de alza térmica. Los signos vitales al ingreso son estables. Al examen físico se encuentra dolor a la palpación superficial en epigastrio de intensidad 8/10, se irradia a la región lumbar, ruidos hidroaéreos disminuidos, timpanismo aumentado, resto de sistemas sin alteraciones.

Se solicita amilasa y lipasa sérica con valores 322 y 240 U/L (elevado por tres veces los valores normales de nuestro laboratorio), hemograma con leucocitos en 14 500 y PCR en 7, examen de orina, análisis de gases arteriales y radiografía de tórax sin alteraciones. Se solicita ecografía abdominal que no se pudo realizar ya que ese día no estaba disponible el servicio y se realiza trámite de referencia para tomografía axial computarizada abdominal con contraste. Presenta un Apache de 8, Ramson de 4 a la admisión, Bisap en 0 y Marshall 0. Se plantea pancreatitis aguda, se decide su hospitalización y el plan fue suspender alimentación por vía oral, fluidoterapia, analgésicos endovenosos y protectores gástricos. Durante los dos siguientes días se ve cierta mejoría clínica, inició tolerancia oral con dieta líquida que no tuvo inconvenientes.

Al tercer día se registra temperatura de 38.5°C que cede a antipiréticos endovenosos, clínicamente presenta náuseas y vómitos por lo que se amplió su estancia hospitalaria. Se realiza control de hemograma que evidencia aumento de leucocitos a 18 000 a predominio de neutrófilos, PCR en 152 U/L. Se realizó ecografía abdominal completa que muestra pared de vesícula biliar de 5mm, no se encuentran cálculos. Al cuarto día se realiza la tomografía axial computarizada abdominal con contraste que demuestra una colección líquida además de un aproximado de 60% de necrosis lo que daba un índice de severidad tomográfica con mal pronóstico. Para entonces presenta Apache de 8, Bisap de 1 (por efusión pleural) y Marshall 1 (PaO₂/FiO₂: 350). Se inicia antibioticoterapia con carbapenem y se realiza interconsulta a UCI quienes disponen asumir el caso, inician soporte nutricional enteral con sonda nasoyeyunal.

Dos días después es dado de alta del servicio de UCI y es pasado a hospitalización de medicina interna para finalizar su tratamiento con

meropenem. Al día del alta el paciente tolera dieta blanda, está afebril, ventila espontáneamente, hemodinámica-mente estable, hemograma y PCR dentro de los valores normales, asintomático por lo que se decide su alta médica.

Accidente cerebrovascular isquémico

Paciente mujer de 43 años, hace dos semanas ingresó por emergencia por cetoacidosis diabética donde le diagnosticaron diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con metformina. Ingresó con presión arterial de 130/79, resto de signos vitales dentro de valores normales. Es traída a emergencia por familiar quien refiere que desde la mañana nota que la paciente no puede gesticular ni hablar, además que no puede movilizarse, su estado basal es totalmente independiente. Al examen físico se encuentra despierta, escala de coma de Glasgow 13/15 obedece algunas órdenes, afasia mixta, hemiparesia derecha faciobraquiocrural directa, pupilas CIRLA, resto de sistemas sin alteraciones. El diagnóstico inicial fue déficit focal agudo, a descartar accidente cerebrovascular isquémico vs hemorrágico, se inicia fluidoterapia endovenosa, captopril 35mg sublingual, atorvastatina 40mg vía oral asistida, cabecera a 30 grados y hemoglucotest cada 8 horas. Se solicita hemograma, electrolitos, glucosa, urea, creatinina, electrocardiograma y tomografía axial computarizada cerebral. Se encuentra anemia moderada, glucosa en 134 mg/d, hemoglobina glicosilada se encontró en valor de 11.2%, resto de valores dentro de parámetros normales. EKG con ritmo sinusal, sin isquemia. Se continúa con monitoreo neurológico y se realiza interconsulta a neurología, pasa al servicio de hospitalización.

En el primer día hospitalario registra presión arterial en 190/70, se indicó captopril sublingual y se deja losartán en horario además de antiagregación plaquetaria. Neurología respondió la interconsulta, al examen físico la encuentra despierta, obedece órdenes simples parcialmente, presenta afasia transcortical motora, hemiplejía derecha y signo de Babinski positivo en el lado derecho, analiza la TEM cerebral sin contraste donde encuentra hipodensidad subinfundibular del lado izquierdo con compromiso de capsula interna izquierda del brazo posterior dando por diagnóstico infarto cerebral, deja como sugerencias seguir con la antiagregación y continuar evaluación por consultorio externo de neurología.

Las siguientes 48 horas la paciente permanece con signos vitales estables, los valores de hemoglucotest permanecen por debajo de 130 mg/dL, recupera parcialmente la movilidad de brazo derecho, aún presenta la afasia motora. Debido a que se encuentra hemodinámicamente estable, sin mayores complicaciones posteriores a su ingreso se decide el alta médica para realizar los exámenes auxiliares y las terapias de rehabilitación física de manera ambulatoria, se continúa el tratamiento antihipertensivo y de antiagregación plaquetaria por vía oral.

Ginecología y obstetricia

Muerte fetal tardía

Paciente mujer de 35 años, gestante de 28 semanas por ecografía del primer trimestre, cuenta con 03 controles prenatales en su centro de salud sin interurrencias. Antecedentes: G3P0020, 2 abortos incompletos a las 14 y 20 semanas que requirieron legrado uterino hace cinco años. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de tres horas caracterizado por pérdida de líquido amniótico de regular cantidad, leve sangrado vaginal rojo rutilante, no refiere dolor tipo contracciones uterinas. Signos vitales estables. Al examen ginecológico se evidencia sangrado activo de escasa cantidad a través de canal vaginal, orificio cervical interno abierto 2 cm aproximadamente, cuello firme, borramiento 0% y membranas rotas, no se palpa encajamiento. Altura uterina de 25 cm, posición transversa derecha, latidos cardiacos fetales en 135 por minuto. Se solicita ecografía obstétrica que evidencia gestación única activa de 28 semanas, ILA 2cm aprox. Se solicita perfil biofísico fetal que muestra disminución del tono fetal, los movimientos fetales y el movimiento respiratorio. Ante el planteamiento de un aborto inevitable se indica la hospitalización y monitoreo fetal estricto.

Al día siguiente del ingreso la paciente registra temperatura de 38.5°C que cede a antipiréticos, hemograma muestra leucocitosis con anemia moderada. Se realiza junta médica donde se determina proponer a la paciente finalizar la gestación, ella se niega por motivos personales. Durante las siguientes seis horas se realiza test no estresante donde se encuentra

frecuencia cardiaca fetal entre 100-120 latidos por minuto, variabilidad de 10 latidos y no se evidencian aceleraciones.

Se procede a la maduración del cuello con misoprostol intrarrectal, oxitocina endovenosa para las contracciones uterinas y se le explica a la madre que nos tendrá que apoyar para la expulsión del feto. Logrado un bishop de 10 puntos y contracciones adecuadas (3 cada 10 minutos, intensidad ++/+++) se decide iniciar el periodo expulsivo el cual tardó 30 minutos debido a la falta de contracciones uterinas, para lo que se apoyó con aumento de goteo de oxitocina.

El producto fue un óbito femenino de 28 semanas según Capurro B con facie dismórfica. Se procedió con la identificación y reporte de la defunción según la ley. Se le indicó a la paciente analgésicos endovenosos y antibioticoterapia profiláctica, tuvo una evolución clínica favorable, afebril, hemodinámicamente estable, sin signos de hemorragia activa, dos días después se indicó el alta médica.

Quiste ovárico hemorrágico roto

Paciente mujer de 21 años, nuligesta, sin uso de métodos anticonceptivos, sin ningún antecedente de importancia, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de dos días refiriendo dolor difuso que posteriormente se ubica en cuadrante inferior derecho, náuseas e hiporexia. Trae ecografía abdominal que muestra líquido libre en la cavidad de poca cantidad, apéndice con diámetro transversal de 8mm. Ingresar con temperatura de 37.8°C, resto de signos vitales dentro de valores normales. Al examen físico se encuentra dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho, intensidad 9/10, signo de McBurney positivo, Blumberg positivo, Rovsing positivo, resto de sistemas sin alteraciones.

Se solicita hemograma que muestra leucocitosis, examen de orina sin alteraciones. Con una puntuación para la Escala de Alvarado de 8 se plantea apendicitis aguda. Se solicitan los exámenes prequirúrgicos e interconsulta con ginecología para descartar otras patologías. Al examen ginecológico se descartó patología anexial.

En sala de operaciones se encuentra hemoperitoneo de 80cc aproximadamente y la presencia de un quiste roto a nivel ovárico por lo que

se hace el llamado al asistente de ginecología, se evidencia quiste ovárico derecho roto de 4x3 cm en polo inferior, se realiza aspiración de hemoperitoneo, hemostasia, quistectomía y apendicectomía profiláctica. En el postoperatorio solo se indicó analgésicos, la evolución fue favorable y se le dio el alta a las 72 horas tanto del servicio de cirugía como ginecología.

Cirugía

Apendicitis aguda perforada

Paciente varón de 25 años, sin antecedentes patológicos, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 36 horas caracterizado por dolor abdominal en epigastrio que se acompaña de vómitos, náuseas y sensación de alza térmica, un día previo al ingreso el dolor migra a fosa iliaca derecha. Al ingreso signos vitales estable. En el examen clínico se encontró signo de Murphy positivo, Blumberg positivo, Rovsing positivo, resto de sistemas sin alteraciones.

Se solicita hemograma, se encuentra leucocitosis con desviación a la izquierda. Con un puntaje en la escala de Alvarado de ocho se plantea apendicitis aguda. Se solicita ecografía la cual tiene signos compatibles con el diagnóstico. Se solicitan los exámenes prequirúrgicos: perfil de coagulación, examen de orina, urea y creatinina dentro de los valores normales, glucosa en 135mg/dL exámenes serológicos negativos.

El paciente ingresa a sala de operaciones 12 horas después de su ingreso, se realiza una apendicectomía convencional. En los hallazgos operatorios se encuentra: apéndice cecal 12x2x2cm, de posición paracecal interna, necrosado en su tercio distal, resto flemoso, base indemne, subseroso en tercio proximal, mesoapéndice edematoso, secreción inflamatoria escasa. Se determina apendicitis aguda complicada basada en los hallazgos.

En URPA no presenta complicaciones por lo que pasa a hospitalización donde se indicó fluidoterapia, antibioticoterapia con ceftriaxona más metronidazol y analgésicos endovenosos. Con una evolución clínica favorable, se da el alta médica a las 72 horas. Para el alta se dejan como indicaciones continuar antibioticoterapia por vía oral, control por consultorio externo de cirugía y retiro de puntos en 07 días.

Trauma facial

Paciente mujer de 45 años es traída por ambulancia producto de un accidente de tránsito en carretera, signos vitales estables, presenta lesiones con sangrado activo en cara y herida en antebrazo derecho. El familiar reporta que una hora antes del ingreso tuvieron un choque automovilístico frontal con un cerro donde la paciente iba de copiloto sin cinturón.

Al examen clínico, escala de Glasgow en 14 (apertura ocular 4, respuesta verbal 4, respuesta motora 6), alerta, orientada en espacio y persona mas no en tiempo. Se evidencia lesiones múltiples en cara de diversas longitudes a predominio de región nasal y perioral, con hemorragia activa en regular cantidad, en antebrazo derecho se evidencia herida de 4 cm de longitud por 0.5 cm de profundidad aproximadamente con leve sangrado. Inmediatamente se prioriza permeabilización de vía aérea, fijación con collarín, se realiza limpieza de las heridas, hemostasia con puntos de sutura. Se solicita radiografía de cabeza, columna vertebral completa, tórax, antebrazo derecho y ecografía abdominal completa. La radiografía de cabeza muestra fractura bilateral del hueso maxilar en dirección horizontal, compatible con una clasificación LeFort I para lo cual se solicita tomografía helicoidal multicorte e interconsulta con cirugía de cabeza y cuello, se realizan las referencias respectivas a un centro de mayor complejidad. El análisis de gases arteriales mostró lactato en 2.1 y PaO₂/FiO₂ en 351. El hemograma, examen de orina y glucosa, urea y creatinina mostraba valores normales.

Durante 36 horas la paciente se encontraba con signos vitales estables, con apoyo ventilatorio por cánula binasal a 0.5 litros para asegurar ventilación, analgesia endovenosa con ketoprofeno, antibioticoterapia profiláctica. Tuvo dos episodios de hematemesis asociado a la deglución de sangrado nasal posterior, se hizo evidente la equimosis periorbitaria y en región perioral. En todo momento se trató de efectivizar las referencias a un hospital de mayor complejidad las cuales requerían de la denuncia policial para proceder con el SOAT. A las 48 horas después del ingreso se logró la referencia total de la paciente al Hospital Hipólito Unanue.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de mediana complejidad José Agurto Tello de Chosica es un centro de salud nivel II-2 ubicado en el centro de Lurigancho Chosica, es el hospital de referencia para los pacientes que se encuentran entre La Oroya-Junín y Huaycán-Lima. La misión del hospital es “brindar una atención integral en salud con énfasis en la medicina recuperativa para contribuir a una mejor calidad de vida a la población chosicana y aledaños”, su visión al 2023 es ser el nosocomio referencial por excelencia para todo Lima Este, que cuente con equipos médicos de última tecnología, así como con los recursos humanos y administrativos capacitados.

Siguiendo como referencia la cartera de servicios para el periodo 2014-2019 (9) presenta entre las unidades productoras de servicio de salud (UPSS) consulta externa de diferentes especialidades de medicina interna y cirugía así como pediatría y gineco-obstetricia, emergencia de cada servicio, centro obstétrico, centro quirúrgico, hospitalización, cuidados intensivos, patología clínica, diagnóstico por imágenes, medicina de rehabilitación, nutrición y dietética, centro de hemoterapia y banco de sangre, farmacia y la central de esterilización. Al ser un establecimiento de capacidad resolutive intermedia podemos ver casos clínicos de interés académico, así como los más sencillos, esto nos permite obtener los conocimientos y las habilidades mínimas requeridas para el servicio rural.

El sistema de referencias y contrarreferencias apoya sustancialmente a la institución ya que al tener una infraestructura y equipos bastante limitados se requiere muchas veces el traslado de los pacientes a centros de mayor complejidad, así como retornar a los pacientes cuya atención puede continuar en centros de salud nivel I. Principalmente las referencias se realizan para el apoyo al diagnóstico, un ejemplo muy común son las tomografías

computarizadas que a inicios del año pasado requería de más de hora y media de traslado ya que la referencia solía ser al hospital Hipólito Unanue, que era el único de Lima Este con esta capacidad, o en hospitales de Lima Centro; sin embargo, desde mediados del año pasado el Hospital de Huaycán, a pesar de ser un hospital II-1, cuenta con este equipo lo cual nos ayuda mucho en tiempo tanto de espera como de traslado.

Como lo dice en su reseña histórica el hospital fue creado el 30 de diciembre de 1986 cuya implementación fue gradual y progresiva, en marzo de 1987 se produjeron deslizamientos por los huaicos que afectaron en gran medida a la población de Lurigancho – Chosica donde la cantidad de heridos y defunciones determinaron el funcionamiento inmediato el 10 de marzo de 1987. Este tipo de desastres naturales se repiten cada 3 o 5 años, para lo que el hospital siempre cuenta con los protocolos para la atención de estos pacientes, así como también visita de Defensa Civil quienes orientan sobre las medidas de seguridad y evacuación ante desastres. Durante el año pasado se sumó una nueva preocupación, ante la Emergencia Sanitaria de la COVID-19 se tuvo que crear un área exclusiva para la atención de estos pacientes en solo días, era un reto considerando que la infraestructura del hospital solo se divide en dos alas y nuestros servicios de hospitalización son pequeños, propios de un nivel II.

Es en esta situación que nace el “Área COVID” ubicada en el ala oeste del hospital. El triaje de esta área se encuentra en carpas ubicadas en la misma avenida Arequipa, al exterior del hospital, el servicio de observación, con una capacidad para 10 pacientes se ubica donde previamente estaban los consultorios externos, el área de hospitalización cuenta con máximo 20 camas, se ubica en dos carpas ubicadas, al igual que el triaje, fuera del hospital y el área de UCI-COVID, ubicada en el anterior servicio de emergencias, que contaba con 2 camas hasta hace una semana, cuando el hospital recibe por parte del MINSA 2 kits de cuidados intensivos que consta de cama, ventilador, monitor y aspirador de secreciones.

Debido a esta reorganización de espacios los servicios se ajustaron. El servicio que cuenta con la mayor cantidad de camas es el de gineco-obstetricia quienes tuvieron que reducir la permanencia de las puérperas, con lo cual el uso máximo de camas era de doce, las camas restantes (cuatro)

fueron dispuestas a los pacientes de cirugía, traumatología y pediatría quienes también tuvieron que recortar las estancias hospitalarias y en caso de los pacientes pediátricos optar por los tratamientos vía oral y priorizar la teleconsulta para su seguimiento. Actualmente cada servicio se encuentra en su espacio original, a excepción de pediatría, en el servicio de emergencias No-COVID ya se cuenta con la cantidad original de camas para observación y se ha reestablecido el área de cirugía. Un dato muy importante es el número reducido de horas con los que contamos con asistentes por especialidad como neurología, cardiología, dermatología, oftalmología, etc. Estos acuden entre una o dos veces por semana a los consultorios externos donde aprovechamos de realizar las interconsultas de los servicios de hospitalización.

Otra de las problemáticas de nuestra institución es que al quedar a la altura del kilómetro 38 de la carretera central estamos constantemente expuestos a los imprevistos que generan las manifestaciones y paros, los cuales muchas veces retrasan la llegada del personal de salud y, como sucedió en la última manifestación, se tuvo que recurrir al uso de ambulancias y helicópteros para el llenado de los balones de oxígeno (10), ya que ni nuestra institución ni en todo el distrito de Lurigancho se cuenta con plantas de oxígeno.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo desarrollaremos la discusión sobre el manejo de los ocho casos clínicos previamente descritos según las guías clínicas del MINSA y otros medios de información como UpToDate al cual tenemos libre acceso gracias al convenio que tiene la USMP.

1. Osteomielitis aguda

Como lo mencionan A. Gigante et al en su revisión sistemática (11) la osteomielitis es la inflamación del hueso, usualmente causada por bacterias u otros microorganismos que se asocian con destrucción de este. Suelen ser de difícil tratamiento en el niño y pueden dejar secuelas importantes. Entre los patógenos más importantes de transmisión hematógena se encuentran el *Estafilococo aureus*, seguido de los estreptococos del grupo A. También está asociado a fracturas expuestas que requieren reducción quirúrgica, así como prótesis, heridas por mordeduras y heridas punzantes. En la clínica es característico el dolor, signos de flogosis, fiebre y disminución del rango del movimiento. En el caso del paciente tuvo una fractura no desplazada, presentaba un hemocultivo negativo por lo que no se pudo determinar la etiología, más cumplía con toda la clínica previamente descrita.

En el artículo “Osteomielitis hematógena en niños: clínica y complicaciones” del autor Paul Krogstad (12) en los exámenes de laboratorio se puede encontrar que los leucocitos en la osteomielitis son variables y no específicos, en el caso de este paciente se evidenciaba leucocitosis. La tasa de sedimentación eritrocitaria y el PCR se elevan en el 90 y 81% de los pacientes respectivamente, como en el caso del paciente.

La radiografía es el examen de imagen inicial donde encontraremos inflamación de los tejidos blandos, reacción perióstica (sugestiva de edema

reactivo) y elevación perióstica. En la radiografía inicial del paciente solo se observaba la fractura lineal no desplazada en tercio medio del húmero derecho. Las características propias de la osteomielitis fueron encontradas en una radiografía control a los 15 días.

Teniendo como referencia el artículo "Osteomielitis y artritis séptica" de T. Hernandez et al (13) la gammagrafía ósea es la técnica más sensible más debe realizarse entre las primeras 48-72 horas. Se detecta una hipercaptación de la zona afectada ya que hay una mayor perfusión, inflamación local activa e hipermetabolismo óseo. El paciente se realizó la gammagrafía ósea con tecnecio 99 trece días después de ser solicitado encontrando en la imagen la hipercaptación (Figura 1).

Otro examen de imagen complementario es tomografía computarizada donde se halla aumento de la densidad de la médula ósea, destrucción cortical, reacción perióstica y secuestro. Este examen se le realizó al paciente quince días después donde se encontraron estos hallazgos. Tanto la gammagrafía ósea como la tomografía demoraron en ser tomados debido a que las referencias fueron respondidas tardíamente. Posterior a ello se realizó una radiografía de control donde se evidenció la destrucción cortical (Figura 2).

El tratamiento se basa en la antibioticoterapia, para lo cual nos guiamos del hemocultivo. En este caso la muestra se tomó posterior al inicio de antibioticoterapia por un error en la indicación. Se inició de clindamicina 210mg cada 6 horas, posteriormente acudió infectología quien agregó vancomicina 210mg cada 6 horas, ambos por 21 días. Se logró culminar ambos, aunque se tuvo como intercurrentia una posible colitis pseudomembranosa, mas no se suspendió la clindamicina ya que solo faltaban 3 días para concluir el tratamiento.

2. Enfermedad de Pompe

Según J. Lawrence, como lo expone en el artículo "Deficiencia de ácido alfa-glucosidasa" subido en UpToDate (14), esta se encuentra dentro de la clasificación de enfermedades raras. La patogenia se basa en que la deficiencia de esta enzima conduce a la acumulación de glucógeno en los lisosomas y en el citoplasma lo que destruye los tejidos. En la forma infantil

la clínica se puede presentar en los primeros meses de vida, se caracteriza por miocardiopatía e hipotonía muscular generalizada grave. Recordando el caso expuesto, la paciente de 11 meses no tenía control cefálico ni torácico, además de cardiomegalia en la radiografía torácica con un índice de 0.6. Esta se acompaña de debilidad muscular, así como dificultad para la respiración y la alimentación lo que propició el cuadro actual de neumonía aspirativa.

Como se expone en el artículo “Diagnóstico y tratamiento en la enfermedad de Pompe” de Bravo A. et al (15) la actividad enzimática de la GAA medida en fibroblastos es considerada la prueba de oro ya que los fibroblastos cultivados de la piel tienen mayor actividad de GAA y muy poca actividad de la alfa glucosidasa neutra. La paciente se realizó este examen durante su estancia en el Hospital de Niño donde el valor fue bajo, compatible con Enfermedad de Pompe (Figura 3).

La enfermedad de Pompe no tiene un tratamiento definitivo, incluso se habla que la forma infantil tiene una esperanza de vida hasta el primer año. El episodio actual de la paciente es una neumonía aspirativa para lo cual nos regiremos de la guía de práctica clínica del MINSA (16) donde se indica que para el segundo nivel de atención la antibioticoterapia se basa en ampicilina, cloranfenicol o penicilina G sódica por 7 días, sin embargo, la paciente recibió ceftriaxona a 75mg por kilogramo por día por 7 días, aunque la guía lo indique a partir del III nivel de atención, esto se dio por el antecedente previo de ingreso a UCIN pediátrica por neumonía previa. La paciente tuvo una buena respuesta a partir del tercer día, culminando con éxito los 7 días previstos y dándole de alta médica.

Para el alta se recomienda explicar a la madre el acrónimo “FALTAN”: antipiréticos para la fiebre, alimentación regular, líquidos, evitar antitusígenos, evaluar los signos de alarma y limpiar las secreciones nasales. Sin embargo, durante la estancia hospitalaria se pudo observar la falta de interés de la madre por continuar con las indicaciones, se realizó interconsulta con la asistente social quien determinó que al no encontrarse el padre es la madre quien debe encargarse de la niña.

3. Pancreatitis aguda severa

Como vemos en el artículo “Manejo de la pancreatitis aguda” redactado por S. Swaroop (17) la pancreatitis aguda es el proceso inflamatorio agudo de la pancreatitis. De acuerdo con la severidad se puede dividir en: leve, donde se caracteriza por la ausencia de falla de órgano y complicaciones, moderado donde hay falla de órgano transitoria y complicaciones locales y la severa donde se evidencia falla de órgano persistente y puede ser de uno o varios órganos. En el caso expuesto el paciente en su permanencia en hospitalización presentó PaO₂/FiO₂ en 350, en UCI de igual manera permaneció entre 300 y 350 a pesar del soporte ventilatorio por lo que se determinó pancreatitis aguda severa.

Según el Colegio Americano de Radiología (18) los exámenes iniciales a realizar dependen de la situación en la cual nos proponen dos:

- Ante una sospecha de pancreatitis con presentación por primera vez con cuadro clínico y exámenes de laboratorio sugerentes es recomendable realizar una ecografía abdominal completa para determinar la etiología, donde la litiasis vesicular es una de las principales causas.
- Ante un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica donde se tengan índices de severidad altos, con una evolución de más de 48 horas se solicita una tomografía abdominal y pélvica con contraste.

En el caso del paciente se encontró una colección líquida más una extensión de 60% de necrosis (Figura 4), lo que daba un índice de severidad alto cuyo manejo corresponde a UCI.

Según la guía del MINSA para pancreatitis aguda (19) el manejo inicial es suspender la alimentación vía oral, iniciar fluidoterapia y se realiza control hemodinámico, se coadyuva con analgesia endovenosa y se habla de antibioticoterapia profiláctica a partir del día 14, previo cultivo. También expone que, en caso de necrosis pancreática demostrada, como en este paciente que cuenta con tomografía compatible, se puede prescribir meropenem 500mg cada ocho horas durante 14 días, fluoroquinolonas o metronidazol.

De acuerdo con la guía de la Sociedad Internacional de Cirugía de Emergencia (20) el tratamiento en UCI no es específico a excepción del soporte orgánico y nutrición. Con respecto a la nutrición se comparó la alimentación temprana por sonda nasointestinal dentro de las primeras 24

horas versus una dieta oral iniciada 72 horas después del ingreso a UCI con pancreatitis necrotizante, esta última fue tolerada por el 70% de los pacientes y no hubo diferencia en la tasa de infección o muerte. El paciente requirió el uso de sonda nasogástrica.

4. Accidente cerebrovascular isquémico

Para el desarrollo de este caso clínico tomaremos como referencia la guía NICE publicada en mayo del 2019 (21) que lo estructura en diagnóstico clínico, diagnóstico por imágenes, farmacoterapia, nutrición y posición óptima.

- El primer punto es el rápido reconocimiento de los síntomas a través de una herramienta validada como el FAST (*Face Arm Speech Time*), así como excluir otras patologías como hipoglucemia. Para pacientes que se encuentran en el departamento de emergencia se puede hacer uso de la escala de ROSIER.
- En el manejo inicial debemos recordar que la prioridad es la vía aérea, la respiración y la circulación, posteriormente se realiza la anamnesis y la evaluación neurológica.
- Tratamiento farmacológico: se recomienda usar alteplase lo más pronto posible dentro de un servicio bien organizado. Adicionalmente se brinda aspirina 300mg vía oral si no presenta disfagia o rectal si lo presenta. También se puede adicional inhibidor de la bomba de protones en adición a la aspirina. No se recomienda el uso inmediato de estatinas a no ser que previamente las haya recibido.
- Entre los controles basales se encuentra el hemoglucotest, el control de la presión arterial, así como la terapia suplementaria de oxígeno de requerirlo.
- Se recomienda una posición adecuada, así como la movilización temprana para el pronto retorno a su estado basal.

Como se indica en el artículo de revisión "Manejo inicial del *stroke* agudo" de J. Oliveira et al (22) lo primero a solicitar es una tomografía cerebral sin contraste la cual demoró 24 horas en ser realizada, se realiza hemoglucotest el cual se encontraba dentro de los valores normales y se realiza seguimiento estricto de los signos vitales. Otros exámenes complementarios son el

electrocardiograma, que en la paciente salió sin alteraciones, así como un hemograma, troponina, protrombina e INR, todos con resultados negativos. En la neuroimagen se solicita TEM cerebral sin contraste que nos ayuda a diferenciar si el daño se debe a un proceso isquémico o hemorrágico, además de determinar la ubicación y extensión de la lesión. En el caso de nuestra paciente se encontró una hipodensidad subinfundibular del lado izquierdo con compromiso de la cápsula interna izquierda del brazo posterior. El manejo final de estos pacientes suele concluir con rehabilitación física que, debido a la escasez de disponibilidad de personal, se realiza de forma ambulatoria una vez que el paciente se encuentre estable.

5. Muerte fetal tardía

La gestante de 28 semanas llegó a emergencias por rotura prematura de membranas que posteriormente evolucionó a corioamnionitis y finalizó con la muerte fetal. Tomando como referencia la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas del MINSA (23) vemos que en los criterios de diagnóstico se basa en la historia clínica, el examen físico y los hallazgos de laboratorio y ecografía: la paciente llegó refiriendo pérdida de líquido, al examen ecográfico se evidencia disminución del líquido amniótico. Como exámenes auxiliares se solicitó test de FERN el cual presentaba el aspecto de hojas de helecho. De acuerdo con nuestro establecimiento, la guía indica hospitalización, reposo absoluto, antibioticoterapia ampicilina 2g EV, se solicitan exámenes auxiliares como hemograma, un examen obstétrico evitando que sean repetitivos, realizar prueba de bienestar fetal e iniciar maduración pulmonar, es así como lo hizo la institución. En las pruebas de bienestar fetal se tomó una prueba no estresante donde se encontró disminución de los latidos cardiacos fetales entre 100 y 120 por minuto, una variabilidad de 10 latidos y no se evidenciaban ascensos. Posteriormente se realizó un perfil biofísico fetal que muestra ausencia de los movimientos respiratorios y corporales, disminución del tono fetal y líquido amniótico con un pozo mayor de 2cm. Es por ello por lo que con un score de cuatro se le explicó a la madre que el feto presentaba sufrimiento fetal agudo por lo que se debía culminar el embarazo y que dada la edad gestacional las probabilidades de que pudiera sobrevivir eran pocas.

El día posterior al ingreso presenta fiebre, en sospecha de una corioamnionitis se agrega gentamicina 80mg EV y un antipirético. La guía de emergencias obstétricas del MINSA nos proporciona un flujograma que es de gran ayuda en estos casos (Figura 5). La conducta obstétrica varía según la edad gestacional, cuando es menor de 31 semanas se toma una conducta expectante y manejo multidisciplinario.

En el artículo de revisión de N. Zacharias “Moralidad Perinatal” (24) se define que la muerte fetal ocurre antes de la expulsión completa del feto o a través de la extracción de la madre, independientemente de la duración del embarazo, que no es una interrupción inducida. Esta se determina por la ausencia de signos de vida después del parto (latidos del cordón umbilical, ausencia de esfuerzo respiratorio o tono fetal). Se divide en temprana y tardía, la primera comprende desde las 20 hasta las 27 semanas y la tardía de las 28 semanas en adelante. Luego de 48 horas del ingreso el feto no presentaba latidos cardiacos, se realiza una prueba de bienestar fetal donde se evidenció ausencia de tono fetal, movimientos corporales, movimientos respiratorios y reactividad cardiaca, por lo que se indicó inicio del trabajo de parto para la expulsión del producto, el cual tuvo un aproximado de 28 semanas por Capurro B, midió 35 cm de longitud y pesaba 850 gramos.

6. Quiste ovárico hemorrágico roto

En el artículo “Evaluación y manejo de la ruptura de quiste ovárico” de H. Sharp (25) vemos que la ruptura del quiste ovárico da como resultado la liberación de líquido o sangre del quiste que puede irritar la cavidad peritoneal, por lo general el tratamiento es quirúrgico. En el caso de la paciente llegó con signos de irritación peritoneal como dolor al rebote, además de dolor en cuadrante inferior derecho, lo que en triaje lo consideraron como patología quirúrgica y fue asignada al servicio de cirugía, donde al examen físico y laboratorio lo diagnosticaron en un primer momento como apendicitis aguda.

Según A. Rivera et al. en su artículo “Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente” (26) tenemos la ecografía abdominal como técnica de evaluación inicial donde evalúa tanto las causas ginecológicas como diagnósticos diferenciales (Figura 6). En este caso se encuentra

hemoperitoneo de origen ginecológico, disminución del hematocrito y una prueba gestación negativo la cual descarta rotura de embarazo ectópico. Se puede pedir también tomografía computarizada para ver la extensión del proceso o posibles complicaciones, así como resonancia magnética la cual es de gran utilidad para caracterizar las masas anexiales. Sin embargo, nuestro hospital no cuenta con estos servicios, inclusive las ecografías solo están disponibles interdiario.

La actitud generalmente es autolimitada, se resuelven entre seis y ocho semanas de forma espontánea, si la paciente está inestable hemodinámicamente se realiza laparoscopia o laparotomía exploratoria. En este caso la paciente ya se encontraba en sala de operaciones por lo que se hizo el llamado respectivo al ginecólogo de turno quien verificó la hemostasia y describió los hallazgos operatorios. Las recomendaciones de seguimiento de la Sociedad de radiólogos en la conferencia consensuada de ultrasonido dependen de la edad de la mujer, así como en el tamaño del quiste, ubicándonos en este caso particularmente la paciente se encuentra en edad reproductiva y el quiste hallado era entre 3 y 5cm lo que requiere describirlo en el informe, mas no hacer seguimiento.

7. Apendicitis aguda complicada

Tal como dice la revisión de Ronal Martin en el artículo "Apendicitis aguda en adultos: manifestaciones clínicas y diagnósticos diferenciales" (28) la apendicitis es la inflamación del apéndice vermiforme vestigial, es una de las causas más comunes de abdomen agudo quirúrgico a nivel mundial. Durante las primeras 24 horas de la evolución de la enfermedad podemos observar las fases: catarral, flemonosa y hasta gangrenosa o necrosada. En el caso del paciente expuesto acudió a emergencias con un tiempo de enfermedad de dos días, lo que suele ser muy común ya que usualmente atribuyen el dolor a otras causas y las tratan con remedios caseros o automedicándose. Para el diagnóstico y tratamiento nos guiaremos de la revisión de Di Saverio S. et al: "Diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda: actualización del 2020 de la guía Jerusalén de la Sociedad Internacional de Cirugía de Emergencia" (28). En el diagnóstico la estratificación del riesgo de la sospecha de apendicitis aguda mediante los sistemas de puntuación clínica,

en este caso la escala de Alvarado puede orientar a reducir ingresos, optimizar la utilidad de imágenes y prevenir exploraciones quirúrgicas. Sin embargo, estas escalas no sirven para diferenciar los estadios complicados de los no complicados. La ecografía en el punto de atención demuestra ser una herramienta de diagnóstico inicial muy importante con una sensibilidad del 76% y una especificidad del 95%.

La apendicectomía laparoscópica brinda mayores ventajas en comparación que la convencional en términos de dolor, infección de sitio operatorio, estancia hospitalaria, costos generales y calidad de vida. En nuestra institución el equipo laparoscópico no se encuentra disponible desde el año pasado, realizamos apendicectomías convencionales los cuales han sido exitosos teniendo solo un caso de infección de sitio operatorio durante toda la rotación.

8. Trauma facial

Según la revisión de Mayersak R. en “Evaluación inicial y manejo de trauma facial en adultos” en manejo prehospitalario (29) debe prevalecer el ABC: vía aérea, respiración y circulación. Hay que identificar lesiones en la orofaringe o parte inferior de la cara que puedan comprometer las vías respiratorias o dificultar la respiración, además del control de la hemostasia, en este caso la paciente presentaba ventilación espontánea, con hemorragia nasal activa, así como heridas en región nasal sangrantes. Otro punto importante el examen neurológico detallado, en el caso de la paciente presentaba una valoración de 14 en la escala de coma del Glasgow, pupilas reactivas, orientada en lugar y persona.

La elección de imagen para las fracturas faciales depende de la estabilidad hemodinámica del paciente. El examen ideal es la tomografía computarizada de cabeza y cuello, esta es aún mejor en tres dimensiones. Las radiografías simples solo son útiles para detectar traumatismos faciales menores, carecen de sensibilidad para lesiones óseas y de tejidos blandos. En nuestro contexto solo se pudo solicitar radiografía que mostraba fractura bilateral del hueso maxilar superior (Figura 7). Sospechando de una lesión Le Fort I se realizó

la referencia para realizar una tomografía computarizada ya que no contamos con el equipo.

Como encontramos en el artículo “Traumatología máxilo facial: diagnóstico y tratamiento” de Marcelo M. et al (30) el manejo inicial de las fracturas tipo Le Fort I se realiza con arcos metálicos en el hueso maxilar y mandibular para realizar un bloqueo intermaxilar con elásticos, lo que permite recuperar la oclusión. El manejo definitivo es quirúrgico donde se reposiciona y fija el maxilar. Para este manejo tanto inicial como definitivo se requería de un especialista en cabeza y cuello por lo que se realizó la referencia total de la paciente a un nivel III.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Este séptimo año fue una experiencia muy fructífera, tuvimos que afrontar los propios retos que supone el internado médico adicionando el contexto de la pandemia por la que aún seguimos atravesando.

El inicio del internado no tuvo otro particular, al igual que años anteriores se realizó una adjudicación a las plazas ofertadas por la USMP de acuerdo con el orden de mérito, solo diez compañeras ingresamos a un nivel II-2 como lo era el Hospital de Chosica, teníamos ciertas expectativas ya que lo usual es realizar este periodo en un nivel III. Se pudo ver la calidad del departamento de docencia e investigación desde el primer día de inducción quienes nos hicieron parte de la familia institucional, fueron muy claros con nuestras obligaciones y derechos como aún estudiantes de medicina.

Entre los meses de enero y marzo la autora llevó a cabo la rotación de pediatría en el Hospital de Chosica, previamente conocido como el Materno Infantil, que se caracteriza por su departamento de gineco-obstetricia y pediatría. La afluencia de pacientes siempre se encontraba un poco por encima de la capacidad de recursos humanos, es así como contábamos con uno o dos pediatras de turno, un residente y diez internos. Se repetía que el número de internos era excesivo, sin embargo, se demostró que nuestra estancia era de gran ayuda. Entre las actividades que realizábamos estaba la previa evaluación diaria del paciente, participar de las visitas médicas, realizar las evoluciones, solicitar los exámenes de laboratorio e imágenes y redactar las altas médicas, siempre bajo la supervisión del asistente de turno, acompañábamos a los pacientes en sus referencias y en el transcurso de esto podíamos desarrollar nuestra relación médico-paciente.

Adicionalmente a nuestras actividades prácticas se desarrollaban las actividades académicas, entre una o dos horas interdiarias para el abordaje de patologías comunes, discusión de casos clínicos, revista de revista, etc. Se aprovechaba también de ver el desempeño de cada interno en su servicio,

así como también promover el trabajo en equipo para la comunicación entre áreas, así como asumir nuevos retos.

Durante los meses de confinamiento la realidad que nos comentaban nuestros maestros era muy dura, sobre todo porque eran ellos quienes se encontraban en la gloriosa primera línea. Nos recomendaban no regresar ya que la situación por temas de espacio e infectividad ocasionarían contagios masivos en nosotros, quienes entonces aún no contábamos con seguro de salud. Fueron más de cinco meses que estuvimos con la incertidumbre de si en algún momento volveríamos a nuestras rotaciones respectivas, otros compañeros optaron por no volver ya que el compromiso de cuidar a sus familiares vulnerables era más grande.

Al retornar a las actividades varios compañeros no pudieron regresar a sus hospitales de origen. En el caso de la autora logró retornar al Hospital José Agurto Tello viendo que la realidad era como se presentaba en las noticias, un sistema de salud que luchaba a cada momento contra la falta de recursos humanos, equipos médicos, una infraestructura limitada y tantas cosas más. Hasta el momento una de las necesidades más fuertes es el apoyo al diagnóstico por imágenes donde las ecografías están disponibles solo tres veces a la semana y no contamos con tomógrafo.

Nuestra promoción de 40 compañeros en el hospital se redujo a 36, distribuyéndose en dos grupos para ambas quincenas como lo dispuso el ministerio de salud. El primer día nos presentamos cuatro compañeros por departamento, dado que los servicios habían reducido su tamaño el doctor a cargo de la docencia vio por conveniente dividir los turnos en mañana y tarde, siendo así solo dos internos por rotación. Pasar de ser diez internos por rotación a dos significó una mayor cantidad de pacientes a nuestro cargo, teníamos bajo nuestra supervisión entre 5 a 8 camas por interno. Más allá de significar una carga laboral lo tomamos como una oportunidad para poder conocer la mayor cantidad de pacientes, quienes son, cuales son las realidades en las que viven, saber a fondo el curso de su enfermedad, estudiar las guías de manejo y ver nuevas posibilidades ante la escasez de servicios que presentábamos.

En el departamento de medicina interna uno de los principales problemas al que nos enfrentamos fue la COVID-19, nosotros como internos no teníamos

acceso a estos casos, el hospital se encargó de redirigirlos desde triaje a un área especial, adicionalmente a todo paciente que pasaba a observación se le tomaba una prueba rápida para descartar. Sin embargo, en el transcurso de los 45 días en los que se estuvo en el servicio de emergencia se pudieron observar patologías no respiratorias que resultaron positivas para SARS-CoV2 lo que nos demostró que a pesar de no pertenecer al área COVID no podíamos perder las normas de bioseguridad que fueron expuestas en la inducción. Otra preocupación era el no poder observar patologías respiratorias ya que todas inicialmente pasan por el área de triaje de COVID, sin embargo, grata fue nuestra sorpresa al pasar al servicio de hospitalización donde encontramos casos de neumonías adquiridas en la comunidad, tuberculosis pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial aguda, asma bronquial, etcétera.

En el departamento de ginecología la mayor desventaja fue la escasa cantidad de pacientes, a diferencia del de obstetricia. Es de este modo que se aprovechó el mayor tiempo posible para practicar la atención del parto eutócico, así como el manejo de diferentes casos clínicos de aborto. Cabe resaltar que entre los procedimientos ginecológicos pudimos participar de cesáreas de emergencia, mas no en las electivas ya que está cancelado mientras dure el estado de emergencia. Las actividades académicas no se vieron interrumpidas teniendo una discusión de caso clínico semanal, también los asistentes de turno nos explicaban los casos clínicos y nos incentivaban a investigar sobre las guías de manejo. En esta área debemos resaltar también el apoyo de las obstetras quienes cooperaron con nuestra formación en la práctica de atención de parto desde el ingreso, pasando por la monitorización de la labor de parto, el periodo expulsivo, el alumbramiento y finalizando con el monitoreo en puerperio, todo esto de gran importancia para el Serums.

Finalmente, en el departamento de cirugía una de las mayores desventajas fue que todas las cirugías electivas fueron canceladas ya que el oxígeno destinado para sala de operaciones solo rendía para un paciente a la vez. Otro inconveniente fue que el equipo de laparoscopia se encontraba defectuoso desde el año pasado por lo que solo se pudieron observar procedimientos convencionales. Esto implicó un aproximado de asistencias

a cirugías de tres a cuatro por mes. Para poder participar en una mayor cantidad de procedimientos se conversó con el jefe del departamento, así como con los asistentes de turno para poder realizar turnos dobles y así estar una mayor cantidad de horas en el tópico de cirugía realizando suturas y procedimientos menores, así como participar de una mayor variedad de procedimientos quirúrgicos, siempre procurando guardar las medidas dispuestas por el MINSA.

CONCLUSIONES

1. El presente trabajo de suficiencia se ha dedicado a mostrar las condiciones en las que el interno de medicina se desenvuelve en su último año de la carrera, en el caso de la promoción 2020 en el contexto previo a la Emergencia Sanitaria, así como durante este periodo.
2. En este trabajo se pudo demostrar que una correcta gestión tanto del Ministerio de Salud como de las universidades pueden crear condiciones dignas para el desempeño del estudiante, como lo fueron los lineamientos para la reincorporación al internado en agosto del 2020, entre ellos la proporción de contratos, equipos de protección personal, seguro de salud, un estipendio mensual e incluso la vacunación contra la COVID-19.
3. El poder realizar el internado médico en un hospital nivel II-2 proporcionó casos clínicos variados, tanto como los que veremos en el primer nivel de atención donde realizaremos el Serums, así como manejo inicial de casos que posteriormente fueron derivados a hospitales de mayor complejidad.
4. La posibilidad de poder realizar el seguimiento a cada paciente nos permite comprender mejor la fisiopatología, así como el curso de la enfermedad, además de poder desarrollar las habilidades blandas con nuestros pacientes.
5. Recordando que aún somos estudiantes, nuestros docentes nos acompañaron a través de las actividades académicas y discusiones de casos clínicos donde las dudas y consultas siempre fueron respondidas. Esto nos permite seguir reforzando la parte teórica de este último año académico.

RECOMENDACIONES

1. El desarrollo de este trabajo permite a cada interno exponer la situación en la que se desarrolla. Se sugiere replicar con promociones posteriores ya que es importante que se visualicen las condiciones a fin de poder subsanar los errores, así como reforzar las fortalezas.
2. Continuar con las gestiones conjuntas de los ministerios y nuestra casa de estudios en favor del interno de medicina, quien dedica un año de su carrera y vida a disposición de los pacientes, para que tenga las condiciones ideales para el desarrollo de sus prácticas.
3. Es importante que prevalezca el desarrollo del internado médico en niveles de atención II y III, ya que es el único año donde se pueden realizar las cuatro rotaciones y así desempeñarnos adecuadamente en nuestro primer año como médicos cirujanos.
4. Las actividades académicas deben continuar desarrollándose de manera virtual, ya que ha demostrado un mayor aforo de participantes debido a que no existe la brecha de distancia a nuestra facultad, además de evitar contagios por la COVID-19.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Internado Médico O. Reglamento de internado médico - 2017 [Internet]. Edu.pe. [citado el 12 de abril del 2021]. Disponible en: http://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/departamentos/internado/REGLAMENTO_DE_INTERNADO_2017_2.PDF
2. OMS | Nuevo coronavirus - China. 2020 [citado el 12 de abril del 2021]; Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/es/>
3. Redacción EC. Coronavirus en Perú: "Vamos a mantener la calma y confiar en el sistema de salud", dice Martín Vizcarra [Internet]. El Comercio Perú. 2020 [citado el 12 de abril del 2021]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/coronavirus-en-peru-martin-vizcarra-confirma-primer-caso-del-covid-19-en-el-pais-nndc-noticia/>
4. Coronavirus: Perú decreta cuarentena general en el país y el cierre de fronteras durante 15 días ante la pandemia de covid-19. BBC [Internet]. 2020 Mar 16 [citado el 12 de abril del 2021]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51902989>
5. El Peruano [Internet]. Elperuano.pe. [citado el 12 de abril del 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
6. Covid 19 en el Perú - Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 12 de abril del 2021]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
7. Valadez-Nava S, Heshiki-Nakandakari L, Osornio-Castillo L, Domínguez-Álvarez E, Tagle Herrera RS. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. Investigación en educación médica. 2014;3(12):193–7.

8. Super User. Facultad de Medicina Humana [Internet]. Edu.pe. [citado el 13 de abril del 2021]. Disponible en: <https://medicina.usmp.edu.pe/academico/pregrado/perfil-del-graduado.html>
9. Resolución directoral del 24 de octubre del 2019 del Ministerio de Salud, por la que aprueba la actualización de la cartera de servicios de salud del Hospital José Agurto Tello de Chosica categoría II-2. Código RENIPRESS N°000058477. [Citado el 13 de abril del 2021]. Disponible en: http://www.dirislimaeste.gob.pe/virtual2/Publicaciones/CarteraServiciosSalud/CarteraServiciosSalud_HospChosica_2019.PDF
10. Redacción. Chosica: trasladan balones de oxígeno en ambulancias para poder pasar bloqueos de los transportistas [Internet]. RPP. 2021 [citado el 13 de abril del 2021]. Disponible en: <https://rpp.pe/lima/actualidad/chosica-trasladan-balones-de-oxigeno-en-ambulancias-para-poder-pasar-bloqueos-de-los-transportistas-video-noticia-1326568?ref=rpp>
11. A. Gigante et al. Acute osteomyelitis and septic arthritis in children: a systematic review of systematic reviews [Internet]. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2019; 23 (2 Suppl): 145-158 [citado el 13 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.europeanreview.org/article/article/17484>
12. P. Krogstad. Hematogenous osteomyelitis in children: Clinical features and complications. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (citado el 13 de abril del 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hematogenous-osteomyelitis-in-children-clinical-features-and-complications?search=osteomielitis&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
13. Hernandez T. et al. Osteomieliti y artritis séptica. Prtocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: infectología pediátrica. [Citado el 13 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/osteomielitis.pdf>
14. J. Lawrence Merritt. Lysosomal acid Alpha-glucosidase deficiency (Pompe disease, glycogen storage disease II, acid maltase deficiency). En UpToDate. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (citado el 13 de

- abril del 2021). Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/lysosomal-acid-alpha-glucosidase-deficiency-pompe-disease-glycogen-storage-disease-ii-acid-maltase-deficiency?search=enfermedad%20de%20pompe&source=search_result&selectedTitle=1~34&usage_type=default&display_rank=1#H14
15. A. Bravo et al. Diagnóstico y tratamiento en la enfermedad de Pompe. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(5):536. (citado el 13 de abril del 2021). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135i.pdf>
16. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños [Internet]. 1era edición: diciembre 2019. (citado 13 de abril del 2021). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
17. S. Swaroop. Management of acute pancreatitis. En UpToDate. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (citado el 13 de abril del 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda%20severa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
18. Porter K et al. ACR appropriateness criterio in acute pancreatitis. *J Am Coll Radiol.* 2019 Nov;16(11S):S316-S330. doi: 10.1016/j.jacr.2019.05.017. PMID: 31685100 (citado el 13 de abril del 2021). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31685100/>
19. Resolución directoral del 16 de octubre del Ministerio de Salud, por la que aprueba las guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de sepsis, intento de suicidio, depresión y pancreatitis aguda. [Citado el 13 de abril del 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-PANCREATITIS-AGUDA.pdf>
20. Leppäniemi A et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg.* 2019;14(1):27. Disponible en: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-019-0247-0>
21. NICE guideline. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management [Internet]. Org.uk. [citado el 14 de abril del 2021]. Disponible en:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/resources/stroke-and-transient-ischaeamic-attack-in-over-16s-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141665603269>

22. Oliveira J. Initial assessment and management of acute stroke. En UpToDate. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (citado el 14 de abril del 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke?search=accidente%20cerebrovascular%20isqu%C3%A9mico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H94773002
23. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive [Internet]. 1era edición: 2007. 978-9972-776-22-9. (citado 14 de abril del 2021). Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
24. Zacharias N. Perinatal mortality. En UpToDate. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (citado el 14 de abril del 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/perinatal-mortality?search=muerte%20fetal%20tardia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H4
25. Sharp H. Evaluation and management of ruptured ovarian cyst. En UpToDate. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (citado el 14 de abril del 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-ruptured-ovarian-cyst?search=quiste%20ovarico%20hemorragico%20roto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H13
26. Rivera A, et al. Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente. Radiología. 2017;59(2):115–27. Disponible en: https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/2_mayo/esp/dolor_esp.pdf
27. Martin R. Acute appendicitis in adults: clinical manifestations and differential diagnosis. En UpToDate. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (citado el 15 de abril del 2021). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical->

- manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda%20necrosada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
28. Di Saverio S, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):27(citado el 15 de abril del 2021). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32295644/>
29. Mayersak R. Initial evaluation and management of facial trauma in adults. En *UpToDate*. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (citado el 15 de abril del 2021). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-facial-trauma-in-adults?search=trauma%20facial%20de%20emergencia&source=search_result&selectedTitle=1~114&usage_type=default&display_rank=1#H4
30. Marcelo M. et al. Traumatología máxilo facial: diagnóstico y tratamiento. *Rev médica Clín Las Condes.* 2011;22(5):607–16. (citado el 15 de abril del 2021). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-traumatologia-maxilo-facial-diagnostico-tratamiento-S0716864011704722>

FIGURAS

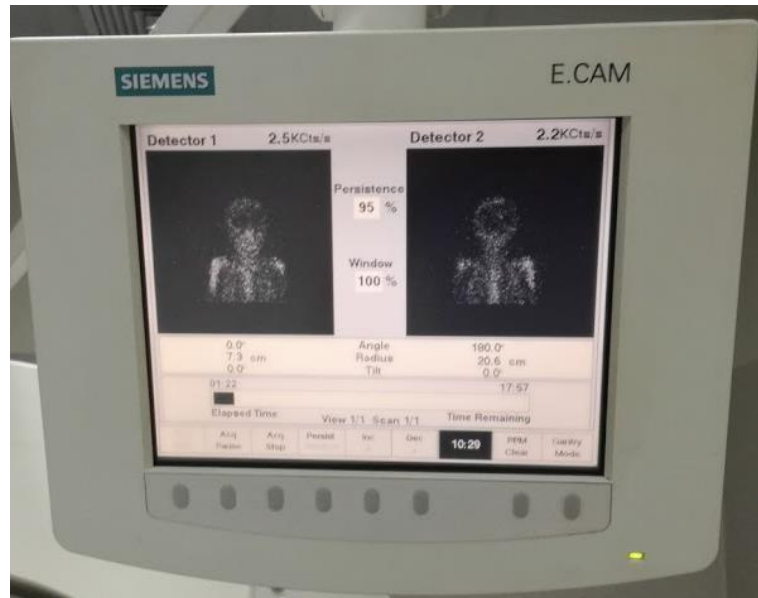


Figura 1. Gammagrafía ósea de paciente masculino de 5 años con diagnóstico de osteomielitis aguda donde se evidencia hipercaptación en tercio proximal de brazo derecho



Figura 2. Radiografía de húmero derecho. A nivel del tercio proximal se evidencia solución de continuidad con formación de callo óseo y focos de sequestro.

Greenwood Genetic Center
 BIOCHEMICAL LABORATORY

106 Gregor Mendel Circle
 Greenwood, SC 29645
 Phone: (800)-473-8411
 FAX: 803-941-5133

Patient: [REDACTED]
 Date of birth: 2/24/2019
 Type of Specimen: Blood Spot
 Test Requested: Alpha-Glucosidase
 Requested by: Dr. Viviana Granados-Alzamora

Study #: 20-00305BAGU
 Referral ID #: 1352 N/A 91236453
 Sample Collection Date: 1/2/2020
 Sample Received: 1/9/2020
 Test Request Received: 1/9/2020
 Date Reported: 1/16/2020

	nmol/mL blood/hr	Normal	Note
Alpha-glucosidase with acarbose	0.53	1.29 - 25.7	Low

Comment: Alpha-glucosidase activity is low and is within the range consistent with a diagnosis of Pompe disease (0-0.679 nmol/mL blood/hr). The activities of other enzymes are within normal limits suggesting acceptable sample integrity.

Molecular analysis of the GAA gene is suggested to determine the clinical significance of this result and rule out pseudodeficiency.

Reviewed and electronically signed by
 Laura Pollard, Ph.D., FACMG
 Associate Director, Biochemical Diagnostic Laboratory

Figura 2. Resultado de examen de la actividad enzimática de la alfa-glucosidasa ácida donde el valor se encuentra bajo, compatible con enfermedad de Pompe



Figura 3. Balthazar D: colección única líquida peripancreática por detrás de la cola pancreática

ROTURA PREMATURA MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS

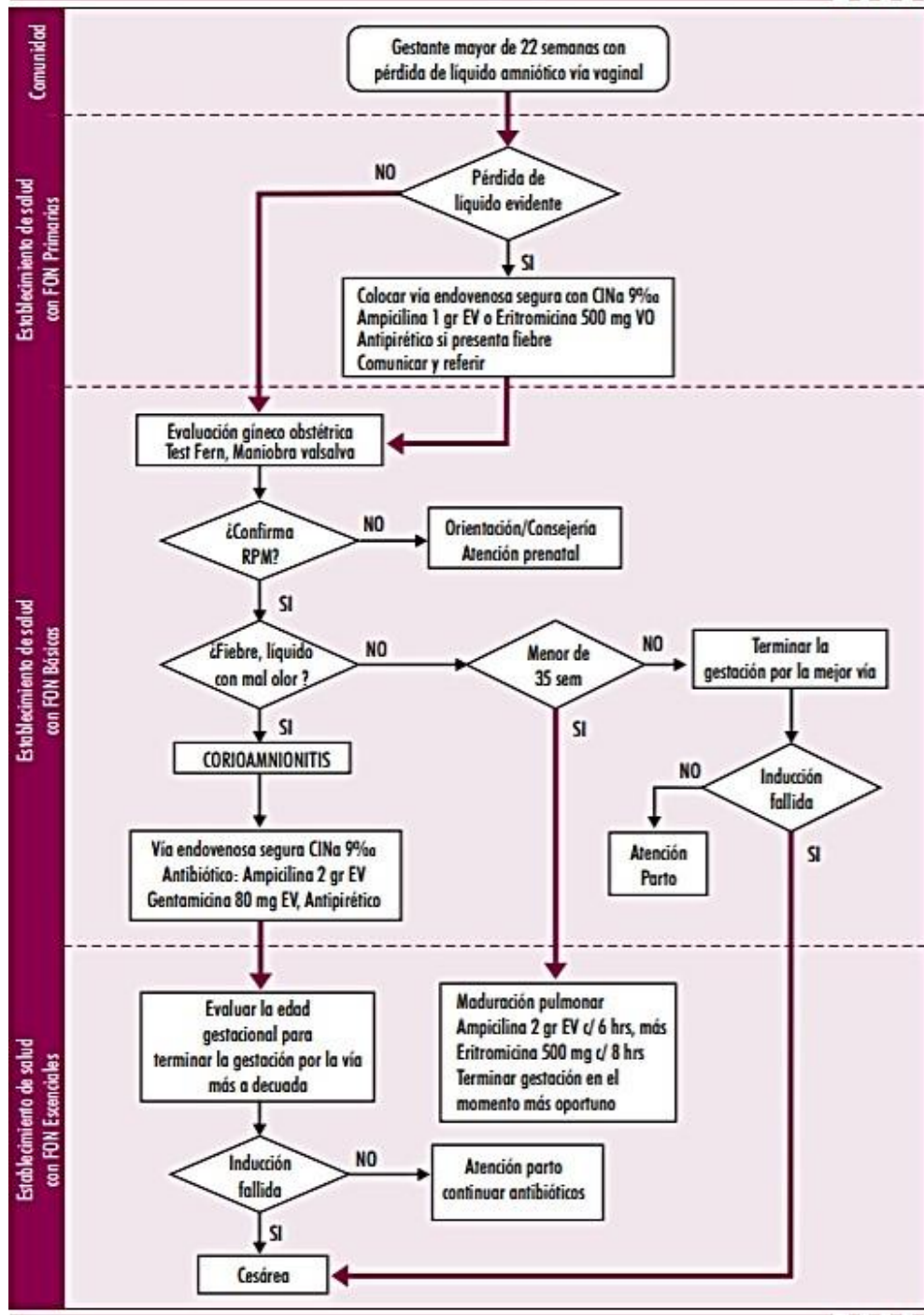


Figura 4. Flujograma para la rotura prematura de membranas y corioamnionitis obtenidos de la guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas.

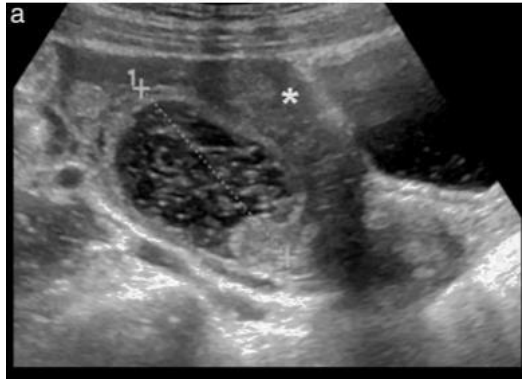


Figura 5. Ecografía corte longitudinal. Quiste hemorrágico con apariencia típica en “red de pescar” y líquido libre complejo (hemoperitoneo). Imagen tomada del artículo “Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente” por A. Rivera et al.



Figura 6. Paciente mujer de 45 años con fractura horizontal bilateral del hueso maxilar superior. No se evidencian otras lesiones.