



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN PANDEMIA POR
EL VIRUS SARS-CoV-2 EN HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.**

ENERO 2020 – ABRIL 2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

SANDRA MELISSA LOZANO CHUQUILLANQUI

ROSMERY IVETTE PINTO VELAOCHAGA

ASESOR

DR. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN PANDEMIA POR
EL VIRUS SARS-CoV-2 EN HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.
ENERO 2020 – ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**SANDRA MELISSA LOZANO CHUQUILLANQUI
ROSMERY IVETTE PINTO VELAOCHAGA**

ASESOR

DR. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Giselle Vásquez Donayre

Miembro: Mg. Edgar Rolando Ruiz Semba

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de suficiencia profesional a nuestros padres y familiares, quienes han sabido formarnos con buenos hábitos y valores morales; y a la vez habernos apoyado incondicionalmente en todo momento para poder lograr finalmente uno de nuestros más valiosos objetivos en la vida profesional.

Sandra Melissa Lozano Chuquillanqui

Rosmery Ivette Pinto Velaochaga

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, gracias a Dios por habernos guiado siempre por el buen camino de la superación profesional y habernos dado fortaleza para no flaquear aún en los momentos más tórpidos.

A mis padres, familia, amigos y docentes por la formación obtenida y soporte emocional durante todo este trayecto formativo logrando un crecimiento intelectual, moral y humano para seguir en vías de la superación personal con el máximo beneficio hacia el prójimo.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	13
1.1 Rotación de Cirugía	15
1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia	19
1.3 Rotación de Pediatría	24
1.4 Rotación de Medicina Interna	28
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	33
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	35
3.1 Rotación de Cirugía	35
3.2 Rotación Ginecología y Obstetricia	41
3.3 Rotación de Pediatría	46
3.4 Rotación Medicina Interna	51

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERENCIA	56
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	61
FUENTES DE INFORMACIÓN	62

RESUMEN

El Internado Médico como etapa formativa pre profesional tiene como objetivo poner en práctica conocimientos teóricos y simulados, adquiridos durante los seis primeros años de la carrera de Medicina Humana, así como participar estrechamente en las actividades y procedimientos en el hospital elegido como sede de prácticas.

Otro de los objetivos del internado es orientar al interno sobre el manejo de patologías que se verán y serán manejadas en el futuro en el primer nivel de atención de salud. También brinda experiencia y orienta al interno sobre la futura elección de la especialidad médica.

La importancia del Internado Médico es el desenvolvimiento intelectual, físico y moral simultáneamente con aras de generar el máximo beneficio del paciente con la constante supervisión y capacitación del médico tutor.

El Internado Médico ha sido realizado durante el periodo de enero de 2020 hasta abril del año 2021, y trajo consigo la capacitación del interno de medicina al manejo clínico y quirúrgico de la patología médica.

Como conclusión del trabajo definimos que si bien es cierto que el conocimiento teórico médico es base y principio clave para conocer la fisiopatología y manejo de la enfermedad; la práctica clínica en el Internado Médico que realiza el interno de medicina como último año de carrera trae como consecuencia el desenvolvimiento del futuro médico, enlaza simultáneamente ese conocimiento adquirido previamente con el manejo hospitalario dentro de los beneficios, limitaciones, demandas y oferta en recursos humanos y materiales.

Palabras claves: Internado médico; pandemia; infección por coronavirus.

ABSTRACT

The medical internship as a formative stage has as purpose put into practice all the theoretical and simulated knowledge acquired during the first six years of the degree of the college career, as well as to actively participate in the activities and procedures in the hospital chosen as the place of medical practices.

Other of the objectives of the internship is to teach us the pathologies we will see and handle at the first level of health care. It also helped the interns in the decision of the future specialty to pursue,

The importance of the internship is due to the intellectual, physical and moral development simultaneously with the maximum benefit of the patient, always with the constant supervision and training of the guardian doctor.

The internship has been carried out during the first period January of 2020 to April 2021, and it offered the training of the intern on to get knowledge and experience in the clinical and surgical field of medical pathology.

As a conclusion of this work, we define that it is true that the theoretical knowledge is the base and the principal key to get to know the physiopathology and the management of the illness; the clinical practice that the medicine student do in the last year of the career brings as consequence the development of the future doctor, links simultaneously the knowledge acquired previously with the hospitalary management inside the benefits, limitations, supply and demand in the human resources and materials.

Key words: medical internship; pandemic; coronavirus infection.

INTRODUCCIÓN

La carrera de Medicina Humana requiere de una exigencia continua y progresiva, con logros académicos y humanitarios. La misión de esta carrera con fines de asistencia social y humanitaria es formar un profesional con la más alta realización personal, donde pueda llevar los conocimientos ya obtenidos hacia la práctica clínica. Capaz de tomar sus propias decisiones ante situaciones no esperadas con el máximo beneficio para su paciente y a la vez distribuir de la mejor manera el recurso material y humano que están a su alcance.

La facultad de Medicina Humana en la Universidad San Martín de Porres cuenta con una malla curricular que consta de 7 años de estudios, donde el último año se pone en práctica conocimientos teóricos y simulados adquiridos durante el desarrollo de la carrera. Este último año es denominado: Internado Médico y consta de 4 áreas de rotación: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General.

El Internado Médico es una etapa formativa donde se realizan prácticas preprofesionales, estas prácticas se realizan bajo la tutoría de un docente médico y de la Universidad correspondiente. Y se lleva a cabo en centros de salud que abarcan los hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales de EsSalud, centros médicos de las Fuerzas Armadas del Perú y clínicas.

Es así como se realizó el Internado Médico en el Hospital María Auxiliadora de nivel de atención III-1 competente de la Dirección de Redes Integradas

Lima Sur (DIRIS Lima Sur); que a su vez pertenece al Ministerio de Salud (MINSA).

El desarrollo de este Internado Médico fue, a diferencia de los anteriores, distinto puesto que luego de muchos años se presentó una crisis sanitaria a nivel mundial con repercusiones tanto en las entidades públicas como privadas, lo cual evidenció la realidad del Sistema de Salud Nacional, y no solo la afectación en el campo de la salud, sino también en el ámbito económico y político a nivel nacional.

En el Hospital María Auxiliadora las labores de los internos de medicina se vieron afectadas por la emergencia sanitaria, ya que a casi 3 meses de la llegada del caso cero al país (6 de marzo del 2020) se emitió una resolución viceministerial 081-2020 que fue acatada por la Asociación Nacional de facultades de medicina (ASPEFAM) en el cual los internos de medicina tenían que permanecer en sus casas acatando el aislamiento social (1).

Durante el desarrollo del Estado de Emergencia, el gobierno ordenó una ampliación indefinida del aislamiento social hasta por casi 6 meses.

Luego en el mes de agosto de 2020, se emitió un Decreto de Urgencia N° 90-2020 – “Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19” el cual fue promulgado por el Estado para la reanudación del internado en ciencias de la salud a los hospitales de la Policía Nacional del Perú, Fuerzas Armadas, del Seguro Social de Salud – EsSalud y establecimientos públicos de los gobiernos regionales. En este decreto se ofrecía una remuneración mínima vital, seguros de vida y salud, así como equipos de protección personal para los Internos de Medicina (2).

Así también, los estudios realizados sobre el virus SARS-CoV-2 dieron a conocer los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad severa del COVID 19, entre los factores de riesgo se encuentra la edad avanzada que según estudios la edad media va de 49 a 56 años, algunas comorbilidades también se han asociado al desarrollo de la enfermedad severa, entre ellas se encuentran: enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad obstructiva crónica y otras enfermedades pulmonares, cáncer en especial

neoplasias hematológicas, cáncer de pulmón y enfermedad metastásicas, enfermedad renal crónica, fumar, obesidad (2).

En ese contexto, y considerando que algunos de los internos tenían estos factores de riesgo, el retorno fue voluntario. Por lo que se dio alternativas por parte de la universidad: i) realizar el internado en centros de primer nivel, ii) realizar el internado en las sedes hospitalarias donde veníamos realizando nuestras prácticas antes de la pandemia y iii) retiro voluntario del internado.

Asimismo, algunos hospitales y clínicas no continuaron siendo sedes de internado médico, tales como el caso de los hospitales de EsSalud y algunas clínicas privadas. Y hubo un grupo mayoritario que optó por continuar con sus prácticas clínicas en atención primaria.

En el proceso de reincorporación de los internos a las sedes hospitalarias hubo desacuerdos por parte del gremio estudiantil y de las diversas instituciones hospitalarias que eran sedes de prácticas clínicas.

Algunos de esos desacuerdos fueron:

- Con respecto al horario, antes de la afectación mundial por el virus SARS COV 2 los internos no tenían un horario fijo de salida de las prácticas clínicas puesto que eran responsables de efectivizar el plan médico y manejo del paciente. Después de la reincorporación, según los lineamientos planteados por el Ministerio de Salud, los internos contaban con un horario de ingreso y salida establecidos que tenía que respetarse generando como consecuencia la limitación del aprendizaje y desenvolvimiento práctico.
- El uso del equipo de protección personal (EPP), fue una medida obligatoria como parte del regreso al internado médico porque se demostró según estudios que el contagio se reducía considerablemente porque actuaba como una barrera física entre la persona y el virus. Este equipo de protección personal consta del uso del traje de protección con capucha o mameluco, guantes, bata, mandil, mascarillas o respiradores con filtro, protector facial o lentes de protección.

- Reducción del aforo, la pandemia trajo consigo nuevos protocolos con fines de evitar la propagación del virus SARS-CoV-2, por lo que se dispuso que en los establecimientos de salud se redujera el aforo: en ascensores, comedores, espacio de descanso, todo esto con el fin de respetar la distancia mínima establecida.
- El Ministerio de Salud nos habilitó el Seguro Integral de Salud (SIS), con el cual cubría la necesidad de atención ante la infección por el virus SARS COV2. Según decreto de Urgencia N° 090-2020
- En cuanto al ámbito formativo académico, este fue el más afectado por la pandemia siendo los internos los principales afectados ya que se redujeron las horas de aprendizaje teórico y.

Esta situación de estado de emergencia sanitaria ha develado que todavía el sistema de salud nacional se encuentra desarticulado entre sus entes administradoras: Ministerio de Salud, Es Salud, fuerzas armadas y Policía Nacional, y no es descentralizado.

La importancia de estar en primera línea de combate ante este virus por parte del personal médico es única ya que se evidenció una falta de recurso humano exacerbada por la pandemia y necesitada en los diferentes hospitales.

Varios médicos fallecieron dada la demanda que superó la oferta del recurso humano trayendo como consecuencia de que el personal médico realice más horas de trabajo, más turnos laborables y con ello mayor tiempo de exposición al virus y mayor riesgo de contagio.

El internado médico tiene como objetivo principal la aplicación del conocimiento teórico y simulado adquirido en el desarrollo de la carrera de Medicina Humana a la la práctica clínica durante el periodo laborado del Internado Médico con el fin de obtener experiencia, habilidad y destreza.

Otro de los objetivos de este año práctico de la carrera es orientar al interno sobre el manejo de patologías vistas en el primer nivel de atención de salud. También brinda herramientas capaces de ayudar al momento de la toma de decisión de la futura especialidad a seguir, promoviendo la superación a nivel personal y profesional.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El Internado Médico es el último año de pregrado de la carrera Medicina Humana, este último año es una etapa de consolidación y formación preprofesional. Es un año obligatorio y necesario en la formación médica, este año consta de 4 rotaciones médicas en donde se pondrán en práctica los conocimientos clínicos. Estas áreas son Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General.

Esta es la etapa donde los estudiantes de medicina participan enérgica y diligentemente dentro de los centros de salud y tienen a su cargo pacientes. Los internos de medicina tienen obligaciones que cumplir y están presentes en todo lo que compete a la evolución del paciente dentro del hospital, participando activamente en las visitas médicas, efectivizando procedimientos médicos y poniendo en práctica todo lo aprendido los años anteriores, dirigiendo todo ese conocimiento en las patologías y en el paciente que tienen a su cargo (3).

El internado médico enseña y da la oportunidad de realizar procedimientos médicos básicos que en el futuro realizarán como médicos generales y que serán de mucho valor en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

También es cierto que durante los 6 años de carrera los internos han ido poco a poco aprendiendo y realizando estos procedimientos de manera teórica, así como de manera simulada, es en el internado donde existe la oportunidad de

poner en práctica el conocimiento ganado y poderlo realizar en reiteradas ocasiones, en su mayoría siendo observados e inspeccionados para que sean realizados correctamente, hasta que puedan manejar estos procedimientos de manera adecuada y sin necesidad de supervisión.

Otro punto muy importante que el internado médico y su realización brinda es: el sentido de responsabilidad y cómo manejar y afrontar nuevas situaciones y experiencias. Es en este año donde conoce la pérdida de una vida humana, donde se siente frustrado, donde se siente cansado físicamente por las extensas horas de trabajo y por el estrés que trae consigo ser un interno de medicina, es en este año donde se llena de incógnitas, desafía sus miedos y reconoce sus debilidades en relación con el conocimiento. Es en esta etapa donde el Interno de Medicina vive intensamente y se llena de experiencia de la Medicina Humana como tal.

Por la emergencia sanitaria causada por la pandemia del virus SARS-CoV-2 el internado fue suspendido por alrededor de 6 meses, el motivo fue que los internos al ser estudiantes no contaban con seguros y equipos de protección personal (1).

Es por ello que el 15 de agosto del año 2020, luego de aproximadamente 5 meses sin retornar el internado se promulgó un decreto de urgencia N° 090-2020 que proponía la reincorporación de los internos a sus actividades debido a la necesidad de recursos humanos contra la pandemia. Dicho decreto dispuso derechos provisionales para los internos como una remuneración mínima vital de 930 soles, equipos de protección personal y un seguro de vida y salud (1).

Lo que se quería era cumplir con los objetivos del desarrollo de un internado médico, poner en práctica todo lo aprendido, ganar nuevos conocimientos tanto teóricos como prácticos principalmente. Poder tener a cargo pacientes y poder participar activamente en su recuperación. Así como ganar experiencia, aprender a sobrellevar situaciones atípicas.

También se esperaba del internado médico que, con la participación activa en las diferentes áreas del hospital, así como con las experiencias y situaciones vividas dentro del mismo, se disiparan las dudas y se encontrara el servicio o área donde realizar la especialidad.

Al empezar el séptimo y último año de carrera se esperaba tener un internado médico convencional, pero la pandemia cambio los planes, es cierto que se pudo poner en práctica los conocimientos, así como ganar experiencia y poder realizar procedimientos médicos, pero no en la magnitud que un internado médico pre pandemia ofrecía. Estuvo en cada persona utilizar y aprovechar todas las oportunidades ofrecidas en este nuevo tipo de internado para así cumplir con los objetivos de aprendizaje.

A pesar de las circunstancias y de realizar un internado médico en medio de una pandemia se dio la oportunidad de retornar a la sede hospitalaria original y a pesar del temor al contagio, y de que no iban a cumplir con todo lo descrito en el decreto de Urgencia N° 090-2020, se decidió aceptar retornar porque el hospital contaba con las cuatro áreas de rotación y había mayor posibilidad de participar activamente en muchos procedimientos médicos y conocer diversos y nuevos casos clínicos.

A continuación, se detallarán casos clínicos, cuatro por cada especialidad vistos en los 3 meses de internado pre pandemia, así como casos clínicos vistos en los últimos 6 meses.

1.1 Rotación de Cirugía

CASO CLÍNICO 1

Paciente mujer de 23 años de edad sin antecedentes de importancia, ingresa por consultorio externo con un tiempo de enfermedad de aproximadamente de 2 años.

Paciente refirió que desde hace 2 años presenta dolor en cuadrante superior derecho luego de ingesta de comida rica en grasas, dolor no se irradia a flancos, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimenticio que calmaba con la ingesta de analgésicos. Desde hace medio año por persistencia de sintomatología ingresa por consultorio externo de cirugía general donde una ecografía pedida por el servicio evidencia litiasis vesicular, se le prepara sus

pre quirúrgicos.

El último cuadro fue también luego de ingesta de comida copiosa, inició con dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho de elevada intensidad que no se irradia, asociado a náuseas, sin vómitos. Este último cuadro fue 2 meses antes de la hospitalización.

Al examen físico paciente en adecuado estado nutricional, adecuado estado de hidratación y adecuado estado general.

Al examen físico preferencial: a nivel abdominal se evidencia abdomen globuloso por panículo adiposo, no distendido blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación profunda en cuadrante superior derecho, Murphy (-), no signos peritoneales.

Se le pide nueva ecografía: Vesícula biliar de 6.4cm x 2.7cm. Pared de 3.2mm. Cálculo único de 1cm.

Se le pide también un hemograma que no evidencia alteración. Leucocitos: 6.26, Hb: 11.8 mg/dl. FA: 86 U/l, GGT: 19 U/l. En conclusión, serología en rangos normales.

CASO CLÍNICO 2

Paciente varón de 27 años sin antecedentes de importancia que ingresa por emergencia por un tiempo de enfermedad de aproximadamente 12 horas.

Paciente refiere que desde hace 12 horas inicia con un dolor en epigastrio que luego migra a fosa iliaca derecha, el dolor es de alta intensidad, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario en 1 oportunidad, a esto se le agrega fiebre cuantificada de 38° e hiporexia.

Al examen físico paciente en regular estado general, regular estado nutricional, regular estado de hidratación. Temperatura de 38°

Al examen físico preferencial, el abdomen es plano, no distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes de regular intensidad, doloroso a la palpación superficial y a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc

Burney (+), Rovsing (+), Blumberg (-)

Genitourinario: PPL derecho e izquierdo (-)

Se le pide un hemograma, examen completo de orina y una ecografía de abdomen superior, el hemograma evidencia leucocitosis con desviación izquierda, sin ninguna otra alteración. Leucocitos en 19.600/ul y 6% de abastionados. Hemoglobina de 13.2 mg/dl

El examen completo de orina ausencia de hematíes, leucocitos y tampoco bacterias.

Se le pide también una ecografía que evidencia un proceso inflamatorio apendicular, no liquido libre.

Teniendo estos datos podemos calcular el Alvarado para determinar sise trata o no de una apendicitis aguda. El puntaje de Alvarado en estapaciente es de 9 puntos por lo que lo indicado es una apendicectomia de emergencia.

CASO CLÍNICO 3

Paciente varón de 69 años de edad acude por consultorio externo de Cirugía General con un tiempo de enfermedad de 6 años.

Inicio de enfermedad: insidioso. Curso: progresivo. Principales síntomas: dolor en región inguinal derecha y tumoración que no se reduce espontáneamente en región inguinal derecha.

Paciente refiere que desde hace 6 años aproximadamente presenta dolor tipo opresivo en región inguinal derecha de leve intensidad que progresa y se incrementa a esfuerzos físicos y calma al reposo. Posteriormente, el dolor se asocia a protrusión de una masa que aumenta de volumen en el transcurso de los años, que no se reduce espontáneamente al reposo por lo que acude a consultorio externo. Al ingreso el paciente niega constipación, náuseas ni vómitos. Cuenta conuna ecografía del 27 de febrero de 2021: hernia inguinal derecha indirecta, reductible casi en su totalidad. Cuenta con examen de orina: no patológico.

Antecedentes personales: Nacido de parto eutócico. Desarrollo psicomotor adecuado. Hábitos nocivos: alcohol esporádicamente, niega tabaco, marihuana: hace 30 años y pasta básica de cocaína hace 30 años.

Patológicos: Niega patologías. Niega alergias. Niega transfusiones sanguíneas. Tumoración renal izquierda con metástasis pulmonar derecho.

Antecedentes quirúrgicos:

Prostatectomía radical transuretral: octubre 2020 en el Hospital María Auxiliadora.

Cirugía de reparación de meniscos lado derecho hace 10 años en clínica particular.

Al examen físico general: PA:110/80, FC:86 por minuto, FR: 18 por minuto, peso: 78 kg., talla:1,65 m. IMC: 28,8 (sobrepeso). SatO₂:98%.

Al examen físico preferencial, el abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, defecto herniario umbilical aproximadamente 5,5 cm sin contenido.

Región inguinal derecha: tumoración sin cambio de coloración, sin dolor a la palpación.

Se le solicitó exámenes auxiliares laboratoriales: hemoglobina: 15.5 g/L, hematocrito: 45%, glucosa: 107 mg/dL, creatinina: 0,8 mg/dL, abastones:0%, leucocitos: 4,49/uL.

CASO CLÍNICO 4

Paciente varón de 37 años de edad acude por tópico de emergencia de Cirugía General con referencia de Centro Materno Infantil Tablada de Lurín con diagnóstico de apendicitis aguda a descartar peritonitis, procedente de Villa María del Triunfo con tiempo de enfermedad de 2 días.

Inicio de enfermedad: insidioso. Curso: progresivo. Principales síntomas: fiebre 38°C, dolor abdominal tipo, hiporexia, náuseas y vómitos, sensación de alza térmica no cuantificada y constipación.

Paciente refiere dolor intenso tipo cólico hace 2 días en epigastrio asociado a escalofríos y fiebre 38°C. Hace 1 día, el dolor se intensifica y migra a fosa iliaca derecha, por lo que acude al Centro Materno Infantil donde le administran hioscina y metamizol. También le solicitan exámenes laboratoriales y ecográfico y tras los resultados, refieren al paciente al Hospital María Auxiliadora. Además, presenta sensación de alza térmica no cuantificable y vómitos de contenido alimenticio.

Antecedentes personales: TBC (+) hace 7 años con tto completo. Vitiligo en tratamiento. Niega otras patologías. Niega alergias.

Niega antecedente quirúrgico. Antecedentes familiares: Padre y madre aparentemente sanos.

Al examen físico general: PA:110/70, FC:94 por minuto, FR: 19 por minuto, peso: 86 kg., talla:1,68 m. IMC: 30,4 (obeso tipo I). T° 37°C. SatO2: 98%.

Al examen clínico preferencial, abdomen: distendido, RHA disminuidos, poco blando, poco depresible, doloroso a la palpación superficial y profundo a predominio en cuadrante inferior derecho, resistencia muscular involuntaria (+), rebote (+).

A los diagnósticos presuntivos: descartar apendicitis aguda complicada.

Se le solicitó exámenes auxiliares:

Hematología: leucocitos: 21,620/uL, bastonados:0%, segmentados: 81%, hemoglobina:15,1 mg/dL, hematocrito:44%, plaquetas: 20200, glucosa: 145 mg/dL, úrea: 19 mg/dL, creatinina: 0,93 mg/dL.

Bioquímica: Bilirrubinas totales: 2,45 mg/dL, bilirrubina indirecta: 1,67 mg/dL, bilirrubina directa: 0,78 mg/dL. PCR:36 mg/dL.

1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia

CASO CLÍNICO 1

Gestante de 30 años acude a emergencia por presentar dolor tipo contracción

que no se detiene, refiere sangrado vaginal desde hace aproximadamente 1 hora antes de su ingreso, niega síntomas premonitorios de eclampsia, niega pérdida de líquido amniótico y percibe movimientos fetales.

Viene con ecografía de segundo trimestre de embarazo que indica 36 semanas de gestación.

Sin antecedentes patológicos de importancia. Niega hipertensión arterial, niega diabetes. Niega cirugías pélvicas.

Antecedentes obstétricos: G2 P1001. Primera gestación a término hace 1 año, peso de 3000 gramos, eutócico.

No recuerda la fecha de última regla.

Al examen físico aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

Al examen de abdomen: AU: 27cm, LCF: 140 latidos por minuto, DU: útero hipertónico que no se relaja +++/+++. Movimientos fetales:

++/+++, SPP: LCI. Sangrado vaginal rojo oscuro a la especuloscopia, no cambios cervicales.

Se plantean los diagnósticos de gestante de 36 semanas por última regla y hemorragia del tercer trimestre: DPP y periodo intergenésico corto.

CASO CLÍNICO 2

Gestante de 27 años ingresa por emergencia por dolor tipo contracción, refiere que presenta contracciones esporádicas, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal, niega signos premonitorios de eclampsia y percibe movimientos fetales.

Antecedentes patológicos: Niega HTA, niega diabetes mellitus. Antecedentes obstétricos: Cuatro controles prenatales, G3P1010, primera gestación fue un aborto incompleto de 10 semanas, la segunda gestación fue una cesárea segmentaria por feto transverso de 37 semanas de edad gestacional. No recuerda la FUR, cuenta con ecografía del primer trimestre.

Al examen físico, paciente con aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación. Examen de abdomen: AU: 35cm, LCF:140 latido por minuto, movimientos fetales ++/+++ , SPP: LCD, dinámica uterina: esporádica.

Tacto vaginal: dilatación 4 cm, incorporación 70%, altura de presentación: encajado. No se evidencia pérdida de líquido, pérdida de tapón mucoso. Pelvis ginecoide.

Se pide hemograma, glucosa, examen completo de orina. El hemograma no evidencia proceso infeccioso, hemoglobina de 11.3 mg/dl, examen completo de orina no patológico.

Diagnósticos: Segundigesta nulípara de 38 semanas por ECO primer trimestre, fase activa de labor de parto y cesárea anterior 1 vez.

Paciente sube a centro obstétrico, se abre partograma, monitoreo materno fetal, control de funciones vitales más observación de signos de alarma.

CASO CLÍNICO 3

Paciente mujer de 30 años de edad acude por tópicico de emergencia de Ginecología con un tiempo de enfermedad de 2 días.

Inicio de enfermedad: súbito. Curso: progresivo. Principales síntomas: dolor en región inguinal derecho y tumoración en región inguinal derecho.

Paciente gestante de 23 6/7 semanas (por ecografía de I trimestre), acude con dolor intenso tipo opresivo en región lumbar a predominio del lado izquierdo que se irradia a flanco izquierdo. Percibe movimientos fetales, niega pérdida de sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico. Asimismo, refiere haber presentado un episodio de vómito de contenido alimentario. Refiere que le administran el día de ayer analgésico intramuscular en centro materno infantil.

Trae consigo una ecografía del día 01 de abril de 2021 del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui: gestación única activa de 22 4/7 semanas por biometría fetal.

Antecedentes personales: Niega alergias. Niega patologías. No consumo de medicamentos habituales. Niega transfusiones sanguíneas.

Antecedentes familiares: Padre fallece de infarto agudo de miocardio por hipertensión arterial. Madre sana aparentemente.

Antecedentes quirúrgicos: cesárea (02 veces). Primera cesárea en 2009(G1) y la segunda (G2), en 2012. G3: aborto.

Antecedentes gineco obstétricos: menarquia: 15 años, régimen catamenial: 5/30 días, inicio de relaciones sexuales: 16 años, número de parejas sexuales: 01, método anticonceptivo: ampolla mensual, ultimo Papanicolaou: 2017 (-). No recuerda fecha de última regla. G4P2012. G1: hace 11 años cesárea por distocia de cordón 3300 gramos. G2: hace 3 años cesárea por feto podálico peso 2900 gramos.G3: aborto hace 1 año: legrado. G4: actual.

Al examen físico general: PA: 120/70, FC:72 por minuto, FR: 16 por minuto, peso: 65 kg., talla:1,64 m. SatO2: 98%.

Al examen regional preferencial, las mamas eran blandas, no secretoras. El Abdomen: altura uterina: 24 cm. Movimientos fetales: presente. Latidos cardiacos fetales: 152 por minuto. Se palpa útero grávido ocupado por feto único vivo. Se palpa masa en anexo izquierdo de aproximadamente 6 cm., rebote (-). Dolor en flanco izquierdo.

Tacto vaginal: cérvix cerrado posterior.

Se le solicitó exámenes auxiliares como grupo y factor, glucosa, úrea, creatinina, examen de orina y una ecografía obstétrica.

Ecografía: quiste ovárico bilobulado 100x 69 mm. Izquierdo. Gestación única 25ss por ecografía.

Bioquímica: Bilirrubina total: 0,11 mg/dl, Transaminasa glutamato oxalacética 17 U/l, Transaminasa glutamato pirúvica 10 U/l, glucosa 85 mg/dl, grupo sanguíneo y RH O +.

Hematología: Leucocitos: 6,17/ul, Hemoglobina 11,7 g/dl, Hematocrito 34%, plaquetas 229/ul, linfocitos 24% o 1481/mm³, neutrófilos segmentados 72% o 4442/mm³.

Examen de orina: células epiteliales en regular cantidad, leucocitos: 4-6 por

campo, hematíes: 0-1 por campo.

CASO CLÍNICO 4

Paciente mujer con iniciales ROLP de 21 años de edad acude por tópicos de emergencia de ginecología con referencia de Centro MaternoInfantil San Pablo II Tablada de Lurín con diagnóstico de aborto incompleto infectado. Procedente de Pucusana con tiempo de enfermedad de 1 día. Niega SAT.

Inicio de enfermedad: insidioso. Curso: progresivo. Principales síntomas: dolor abdominal tipo cólico, hiporexia, náuseas y vómitos, SAT y constipación.

Paciente refiere sangrado vaginal desde hace 1 día asociado a dolor abdominal en hipogastrio. Niega sensación de alza térmica cuantificada.

Antecedentes personales: Niega patologías. Niega alergias.

Niega antecedente quirúrgico. No recuerda fecha de última regla. Gestante 0 paridad 0.

Antecedentes familiares: Padre y madre aparentemente sanos.

Antecedentes gineco obstétricos: menarquia: no se acuerda régimen catamenial: irregular, inicio de relaciones sexuales: 15 años, número de parejas sexuales: 06, método anticonceptivo: no usa, último Papanicolaou: no se hizo. No recuerda fecha de última regla. G0P0.

Al examen físico general: PA:100/70, FC:99 por minuto, FR: 20 por minuto, peso: 86 kg., talla:1,68 m. IMC: 30,4 (obeso tipo I). T° 36,5°C. SatO2: 99%.

Examen regional preferencial, mamas: blandas, no secretoras. Abdomen: distendido, depresible, leve dolor a la palpación en hipogastrio. Tacto vaginal: cérvix abierto, útero anteversoflexo aprox. 9 cm, sangrado escaso sin mal olor, no masas anexiales, no dolor a la movilización de cérvix.

Se le solicitó exámenes auxiliares:

Hematología: leucocitos: 25,34/ul, abastionados:2%, segmentados: 87%, hemoglobina:10,2 mg/dl, hematocrito:44%, plaquetas: 520000/ul, glucosa: 85 mg/dl, urea: 17 mg/dl, creatinina: 0,47 mg/dl, gruposanguíneo: O+.

Ecografía transvaginal: aborto incompleto. Línea endometrial 21 mm heterogéneo, OCI y OCE abiertos.

1.3 Rotación de Pediatría

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo femenino de 4 años de edad, que ingresa poremergencia con un tiempo de enfermedad de 10 días.

La paciente 10 días antes del ingreso presenta disuria y polaquiuria, 6 días antes del ingreso hematuria en 1 oportunidad por ese motivo su madre le realiza exámenes de forma particular. El examen completo de orina evidencia leucocitosis > 100 por campo, el urocultivo evidencia *E.coli*.

Dos días antes del ingreso presentó temperatura de 40 grados, cuantificada por la madre, así como náuseas y vómitos por lo que la lleva al centro de salud más cercano, donde es referida al hospital María Auxiliadora.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Niega enfermedades, niega hospitalizaciones, niega RAM

EXÁMEN FÍSICO PREFERENCIAL: Paciente conectada con el entorno, ojos no hundidos, mucosas húmedas, despierta y reactiva a estímulos. FC: 108 x', FR: 30x', T° 40, SatO2: 98%

CABEZA: conducto auditivo externo permeable, odio medio sin signos de inflamación.

TÓRAX Y PULMONES: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

GASTROINTESTINAL: abdomen no globuloso, blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación profunda en ningún cuadrante.

GU: PPL derecha (+), PPL izquierda (-)

La impresión diagnóstica es infección del tracto urinario a descartar pielonefritis.

Se le pide en la emergencia nuevas exámenes de laboratorio. El examen completo de orina muestra 30 a 40 leucocitos por campo. El hemograma evidencia leucocitosis con desviación izquierda. Lo demás en valores dentro del rango normal.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino de 4 meses de edad, que ingresa a emergencia traído por su madre por lesión eritematosa en región balanoprepucial y área de pañal de 4 días de evolución.

Madre refiere que 4 días antes del ingreso al hospital el menor inicia con lesión eritematosa en hipogastrio y por ese motivo le administra crema Hipoglos (óxido de zinc + nistatina), 2 días antes del ingreso la lesión eritematosa se extiende a el área del pañal y a esto se le agrega inflamación a nivel del prepucio. Por este motivo madre decide llevar al menor al hospital Casimiro Ulloa donde le indican antibioticoterapia (oxacilina 250mg cada 6 horas) y lo refieren al Hospital María Auxiliadora.

Al examen paciente está irritable, no hay signos de deshidratación, buena succión. A la inspección se evidencia placas eritematosas y descamativas en zona de pañal, además de leve aumento de volumen y eritema en zona balano prepucial. Resto del examen no contributorio.

EXÁMENES AUXILIARES: Se pide hemograma que no muestra alteraciones, se evidencia hemoglobina de 11.5, leucocitos de 10.27.

La clínica asociada al examen físico nos hace plantear los siguientes diagnósticos: Dermatitis de pañal y balanitis.

CASO CLÍNICO 3

Paciente de 4 años de edad acude por tóxico de emergencia procedente de Villa El Salvador con tiempo de enfermedad de 7 días.

Inicio de enfermedad: insidioso. Curso: progresivo. Principales síntomas: dolor abdominal tipo cólico, hiporexia, náuseas y vómitos, SAT y constipación.

Paciente traído por madre quien refiere que menor presenta fiebre cuantificada 38°C hace 7 días en varias ocasiones durante el día. Asimismo, refiere formación de tumoración en área axilar izquierda asociado a náuseas y vómitos en 1 ocasión. Niega diarrea. Madre refiere que tiene 2 gatos como mascota.

Funciones biológicas: sed: conservada. Apetito: disminuido. Sueño: conservada. Orina: conservada. Deposiciones: conservado.

Antecedentes prenatales: Nació por parto vaginal con 2,4 kg y edad gestacional 40 semanas. Controles prenatales: 8. Apgar:8-8. Alojamiento y altas conjuntas.

Antecedentes fisiológicos: Lactancia materna exclusiva: 6 meses. Inmunizaciones completas para la edad.

Antecedentes familiares: TBC: niega. COVID: toda la familia expuesta en julio de 2020.

Antecedentes patológicos: niega hospitalizaciones, niega cirugías, niega alergias. Contacto COVID julio de 2020.

Antecedente epidemiológico: crianza de 02 gatos. Niega viajes, contacto COVID julio 2020. Niega contacto TBC.

Al examen físico general: Peso: 12 kg., FC:104 por minuto, FR: 21 por minuto, peso: 86 kg., talla:1, 68 m. IMC: 30,4 (obeso tipo I). T° 37°C. SatO2: 97%.

Al examen clínico preferencial:

- Axila: tumoración 2 cm x 2 cm, no herida, no dolor a la palpación, blando sin signos de flogosis.
- Piel y faneras: presenta piel tibia, húmeda y elástica. Llenado capilar <2",

- Sistema nervioso central: activo y reactivo a estímulos.

Se le piden exámenes: hemograma, glucosa, urea, creatinina, grupo sanguíneo y factor, hematocrito, perfil hepático y ecografía axilar izquierda.

RT-LAMP SARS COV2: negativo.

Hematología: leucocitos: 12, 50/IL, neutrófilos abastados:0%, segmentados: 80%, hemoglobina:12,1 mg/dl, hematocrito:35%, plaquetas: 370000/ul, glucosa:110mg/dl.

Bioquímica: Bilirrubinas totales: 0, 87 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0, 61 mg/dl, bilirrubina directa: 0,26 mg/dl, creatinina:0,41, urea: 31 mg/dl, fosfata alcalina: 218U/l, Transaminasa glutamato oxalacética: 36 U/l, Transaminasa glutamato pirúvica 31 U/l.

Ecografía axilar: adenopatía de aspecto abscedado en región axilar izquierda.

CASO CLÍNICO 4

Paciente mujer de 1 año y meses ingresa por emergencia de Pediatría traída por su madre quien refiere que hace aproximadamente 4 días la menor inicia deposiciones diarreicas con líneas de sangre motivo por el cual acudió a emergencia del este hospital y fue dada de alta con azitromicina vía oral. El día que lo trae por segunda vez al hospital refiere que presenta deposiciones con sangre en regular cantidad y persistencia de deposiciones diarreicas asociado a dolor en cuadrante inferior derecho.

Antecedente perinatal: parto: cesárea por sufrimiento fetal agudo, edad gestacional: 41 semanas, controles prenatales: >6, peso al nacer: 3,525kg.

Reacciones adversas a medicamentos: niega. Inmunizaciones completas.

Antecedentes patológicos: ninguno.

Al examen físico general: Peso: 12,5 kg., FC:104 por minuto, FR: 21 por minuto, peso: 86 kg., talla:87 cm. T° 37°C. SatO2: 97%.

Al examen clínico preferencial: Abdomen: ruidos hidroaéreos presente, blando, depresible, dolor a la palpación a nivel del cuadrante inferior derecho. No signo

rebote.

Se le piden exámenes:

RT-LAMP SARS COV2: negativo.

Hematología: leucocitos: 16, 53/ul, neutrófilos abastados:4%, segmentados: 36%, hemoglobina:13,7 mg/dl, hematocrito:37%, plaquetas: 327000/ul, INR 0,86.

Bioquímica: creatinina:0,37 mg/dl, urea: 80 mg/dl.

Ecografía abdominal: no se observa signos de proceso inflamatorio apendicular ni imagen sugerente de invaginación intestinal al momento del examen.

Es evaluada por Gastroenterología con resultados de exámenes de laboratorio: solicitan coprocultivo y tratamiento antibiótico: posibilidad de cambio a ceftriaxona. Diagnóstico: diarrea disentérica.

1.4 Rotación de Medicina Interna

CASO CLÍNICO 1

Paciente varón de 27 años ingresa por emergencia refiere que desde hace aproximadamente 1 semana inicia con tos con expectoración y sangrado al toser. A esto se le agrega sudoración, además refiere que ha notado baja significativa de peso, pero que no le dio importancia. Refiere que el sangrado al toser es menor de 10 centímetros cúbicos en un día.

Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial diagnosticada hace un año que trata con losartan, niega otras enfermedades. Paciente niega contacto con persona con diagnóstico de tuberculosis o con personas con tos persistente, paciente también niega contacto COVID.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, aparente regular

estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición. Signos vitales: PA:110/70, FC:90 x minuto, FR: 18 x minuto, SatO2: 98%.

La piel no evidencia signos de palidez, a la auscultación de los pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Se plantea el diagnóstico de hemoptisis no amenazante a descartar tuberculosis pulmonar.

Se le indica al paciente ácido tranexámico 250mg cada 8 horas por 7 días, codeína en jarabe 5cc cada 8 horas por 7 días. Y se le explica al paciente que estos medicamentos son solo para mejorar la sintomatología, pero no para curar lo que está causándolos. Se le indica que debe acercarse a la posta más cercana a su vivienda para realizarse la prueba de BK en esputo y así iniciar el tratamiento respectivo.

CASO CLÍNICO 2

Paciente mujer que ingresa por emergencia por un tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 horas, con antecedente de litiasis vesicular desde hace medio año, ingresa a emergencia porque luego de ingesta de comida copiosa empieza con dolor súbito tipo cólico en hipocondrio derecho que no se irradia, dolor de regular intensidad, a este dolor se le asocia náuseas y vómitos en 2 oportunidades de contenido bilioso, niega sensación de alza térmica, niega otra sintomatología.

Refiere que hace medio año por mismo cuadro, se tomó una ecografía abdominal que evidenció litiasis vesicular.

Al examen físico preferencial, el abdomen es globuloso por panículo adiposo, no distendido, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en cuadrante superior derecho, Murphy (-), no signos peritoneales.

Se pide hemograma y una nueva ecografía abdominal para descartar que sea una colecistitis aguda y no un simple cólico.

El hemograma no evidencia proceso inflamatorio: Leucocitos en 6.05, no hay

desviación izquierda. Hemoglobina de 13 mg/dl. La ecografía evidencia litiasis vesicular, más no un proceso inflamatorio. Pared vesicular < 4mm y no hay signo de doble pared.

Asociando la clínica con la que llega la paciente con el examen físico se hace el diagnóstico de cólico vesicular por litiasis vesicular.

CASO CLÍNICO 3

Paciente mujer de 57 años ingresa por emergencia y refiere que desde hace aproximadamente 2 semanas pisó un clavo y luego de varios días el pie comienza a cambiar de color, se vuelve eritematoso, doloroso y caliente al tacto, refiere además haber ido a consultorio particular donde la evalúan y encuentran glucosa en 416 mg/dl por lo que acude a emergencias de este hospital. Niega presentar mareos, escotomas. Niega presentar disuria, polaquiuria.

Antecedentes patológicos: Diabetes mellitus diagnosticado en 2020 sin tratamiento. Paciente niega contacto con persona con tuberculosis, niega contacto COVID.

Antecedente quirúrgico: fibroma uterino por lo cual le realizaron una histerectomía en 2017.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición. Signos vitales: PA:100/60, FC:85 x minuto, FR: 20 x minuto, SatO₂: 98%.

En el examen preferencial, sistema osteomuscular: pie derecho con solución de continuidad en planta con secreción sanguino purulenta.

Se plantea el diagnóstico a descartar celulitis abscedada y diabetes mellitus descompensada.

Se le indica al paciente cloruro de sodio 0,9% 1000cc en 3 administraciones.

Se le solicita exámenes: RT-LAMP SARS COV2: negativo.

Hematología: leucocitos: 19, 84/ul, neutrófilos abastados:0%,

segmentados: 87%, hemoglobina:12,6 mg/dl, hematocrito:38%, plaquetas: 388000/ul.

Bioquímica: creatinina:1,15 mg/dl, urea: 28 mg/dl, glucosa 511 mg/dl, albumina: 3,7 g/dl.

AGA: pH:7,37, Na:140, glucosa: 520 mg/dl, lactato: 1,52mmol.

CASO CLÍNICO 4

Paciente mujer de 45 años con antecedente de litiasis renal derecha, la cual fue diagnosticada de manera particular en clínica hace 1 mes y refiere que hace 15 días aproximadamente empieza a presentar disuria, polaquiuria y dolor abdominal bajo a nivel de hipogastrio razón por la cual hace 3 días acude a emergencias de este hospital donde le dieron tratamiento antibiótico con gentamicina sin remisión del cuadro.

Antecedentes patológicos: litiasis renal diagnosticada hace 1 mes. Paciente niega contacto con persona con tuberculoso, niega contacto COVID.

Antecedente quirúrgico: niega.

Paciente en aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

Signos vitales: PA:110/80, FC:106 x minuto, FR: 21 x minuto, SatO₂:98% T° 36,5°C.

Al examen físico preferencial: sistema genitourinario: PPL (+), PRU (+).

Se plantea el diagnóstico de lumbalgia, descartar infección de tracto urinario complicada y litiasis renal por historia clínica.

Se le solicita exámenes:

RT-LAMP SARS COV2: negativo.

Hematología: leucocitos: 5, 83 ul, neutrófilos abastados:0%, segmentados: 88%, hemoglobina:12,7 mg/dl, hematocrito:39%, plaquetas: 493000/ul.

Bioquímica: creatinina:0,67 mg/dl, urea: 10 mg/dl, glucosa 153 mg/dl.

Examen completo de orina: leucocitos:>50 por campo, hematíes: 10-15 por campo.

Ecografía renal vesical: litiasis renal que asocia dilatación de sistema colector. Hallazgos en relación a pionefrosis derecha. Residuo post micción 26%.

Se le evalúa con resultados de exámenes, se le administra piperacilina/tazobactam 4,5 mg 1 ampolla cada 6 horas endovenoso lento y se le indica hospitalización para continuar con manejo antibiótico endovenoso.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital María Auxiliadora está integrado a la Red de Salud de la DISA II Lima Sur; que a su vez pertenece al Ministerio de Salud. Está ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores y es el único hospital nivel III-1 del llamado cono sur de Lima Metropolitana quien está constituido por 13 distritos, ocupando una extensión territorial de 891.03 km². Es un hospital conformado por 5 sectores, 4 de hospitalización y un sector central de 7 pisos. Atiende a la población del cono sur de Lima Metropolitana y zona sur Perú. Este hospital brinda una atención integrada de los problemas de salud por etapa de vida del ser humano.

Por ser un hospital de referencia de atención inmediata de los distritos de Lima Sur y región sur de Perú, tiene una población demandante de 3 millones de habitantes inscritos a su jurisdicción.

Para el año 2019, la población referencial estimada fue de 2,415,264 habitantes lo cual representaba un 25,5% del total de población en Lima Metropolitana. Los distritos que concentran el mayor número de habitantes (87.4%) de la población estimada fueron: San Juan de Miraflores (39%), Villa María del Triunfo (26%), Chorrillos (11%), Villa El Salvador (8%) y Santiago de Surco (6%), Lurín (1%) y Pachacamac (1%)(4).

La totalidad de atenciones por parte del equipo de salud para el año 2018 fue de 598330 personas.

También podemos mencionar que, en los últimos años, se ha visto un incremento de atenciones por parte de la población adulta mayor (mayor de 60 años) y una disminución de la población joven a niños y simultáneamente a esto un ascenso constante en la población adulta comprendida entre 30 a 59 años (4).

Existen 3 tipos de categorías, donde categoría es el tipo de establecimiento de salud que comparte funciones, características y niveles de complejidad comunes, donde se debe considerar el tamaño, nivel tecnológico, y la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta; las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

La categoría III-1 es un establecimiento de Salud del tercer nivel de atención. Es responsable de brindar atención integral ambulatoria, de emergencia y hospitalaria especializada en daños de resolución de alta complejidad; con la disponibilidad de ofrecer recuperación de la salud y rehabilitación especializada de los problemas de salud y satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria por parte de las unidades productoras de servicio de salud médico quirúrgico. Es un centro de referencia de mayor complejidad a nivel nacional y regional (5).

Los establecimientos de salud que pertenecen a esta categoría deben contar con un equipo de salud que garantice el funcionamiento de las unidades productoras de servicios correspondientes, constituido principalmente por médicos especialistas, licenciados en: enfermería, psicología, trabajo social, nutrición; tecnólogo médico, otros profesionales como Profesional de la salud con post grado en epidemiología y Otros Técnicos: Técnicos especialistas en Informática (5).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Cirugía

CASO CLÍNICO 1

El diagnóstico en este caso clínico es de litiasis vesicular que se manifiesta con cólicos vesiculares o dolor en hipocondrio derecho, en algunos casos en epigastrio. Es un dolor que puede ceder solo, o con la ayuda de antiespasmódicos. Dura por lo menos 30 minutos, mejora a la hora, o va disminuyendo y el cuadro de dolor completo dura menos de 6 horas. Este dolor es causado por la contracción de la vesícula que se produce por estimulación hormonal o neural, porque el cálculo bloquea la salida de bilis hay un aumento de la presión dentro de la vesícula. Este dolor se produce post ingesta de comida rica en grasas como en el caso de la paciente del caso clínico. Cuando la vesícula se relaja el dolor cede (6).

Los resultados de los exámenes de laboratorio como hemograma completo, bilirrubina, fosfatasa alcalina, amilasa, lipasa, transaminasas si se trata de una litiasis vesicular se deben encontrar en valores normales, como en el caso de la paciente.

El manejo de la litiasis vesicular es la colecistectomía electiva, que se indica para prevenir nuevos casos de cólicos biliares y complicaciones producidas por su presencia. Su realización es por vía laparoscópica con más frecuencia, pero también se realiza con una incisión a nivel de cuadrante superior derecho. Se

prefiere la colecistectomía laparoscópica por la corta duración de la estancia en el hospital, rápida recuperación, pero hay un mayor riesgo de lesión de la vía biliar común.

Las principales complicaciones de la colecistectomía son hemorragia, formación de abscesos, salida de bilis, lesión de vía biliar y lesión intestinal.

REPORTE OPERATORIO DEL CASO CLÍNICO: La operación realizada fue una colecistectomía Laparoscópica por litiasis vesicular.

Los hallazgos fueron: se encontró una vesícula biliar de 8 x 4 cm. Concálculo único en su interior de 0.8 cm. Conducto cístico normal, arteria cística posterior y única.

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA: paciente hemo dinámicamente estable, ventila espontáneamente, afebril. No refiere molestias, heridas quirúrgicas sin signos de inflamación. Tolera vía oral, no náuseas ni vómitos. Hemograma control en valores normales.

CASO CLÍNICO 2

TRATAMIENTO PREOPERATORIO: Se administró tratamiento profiláctico con cefazolina 1 gramo por vía endovenosa. Se colocó una dosis antes de la anestesia, otra dosis durante la cirugía y una última dosis en sala de recuperación.

REPORTE OPERATORIO: Se realizó una apendicectomía laparoscópica, encontrándose un apéndice retrocecal flemonoso en toda su extensión, es decir una apendicitis no complicada, sin líquido libre en cavidad, base y ciego sin alteraciones. Se envía pieza a anatomía patológica.

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA: paciente hemo dinámicamente estable, ventila espontáneamente, afebril. Refiere leve dolor abdominal debido a la misma cirugía, heridas quirúrgicas sin signos de flogosis. Tolera vía oral, no náuseas ni vómitos. Hemograma control en valores normales.

El colegio americano de cirujanos, la sociedad estadounidense de cirujanos gastrointestinales y endoscópicos, así como la asociación europea de cirugía endoscópica recomiendan la apendicectomía como tratamiento de elección para aquellos pacientes que cursen con una apendicitis no complicada, dejando de lado la teoría que el solo uso antibiótico mejoraría el cuadro de apendicitis (7).

Los antibióticos profilácticos previenen la infección de la herida y la formación de abscesos intraabdominales post cirugía. La flora bacteriana es la misma que la del colon es decir aerobios y anaerobios gram negativos. Se recomienda que se inicie con la profilaxis antibiótica por lo menos 60 minutos antes de hacer la primera incisión. Es correcto una sola dosis de antibiótico antes de la operación.

Entre los antibióticos recomendados tenemos cefoxitina dosis única de 2 gramos EV o la combinación de cefazolina 2 gramos más metronidazol 500 mg EV. Y en el caso de pacientes alérgicos a penicilinas y cefalosporinas se recomienda el uso de clindamicina más uno de los siguientes antibióticos: gentamicina, ciprofloxacino, levofloxacino. Se ha determinado que en el caso de una apendicectomía por una apendicitis no perforada o no complicada los antibióticos post cirugía son innecesarios o sin mayor beneficio (7).

CASO CLÍNICO 3

El diagnóstico fue hernia inguinal derecha incoercible, donde el paciente era sintomático pues tenía un dolor tipo opresivo en región inguinal derecha de leve intensidad que se incrementaba a esfuerzos físicos y calmaba al reposo que posteriormente se asoció a protrusión de una masa inguinal derecha que aumentaba de volumen en el transcurso de los años y que no se reducía espontáneamente al reposo. Era una hernia incoercible puesto que no se quedaba reducida a la digitopresión y según la clasificación de Nyhus era tipo I.

Según guías europeas, las hernias inguinales sintomáticas deberían tratarse quirúrgicamente, para ello se debería seleccionar una técnica quirúrgica

basado en la experiencia del cirujano y las de mejor resultados o menos recidivas. La toma de la técnica más adecuada es todo un reto ya que la técnica quirúrgica ideal debería tener bajo riesgo de complicaciones tales como dolor crónico, recidivas y menor tiempo de hospitalización. Así fue el caso de este paciente, pues se le realizó una hernioplastia con técnica de Lichtenstein donde esta operación se basa en la colocación de una malla anterior (llamada así porque se coloca delante de la fascia transversalis). Asimismo, la tasa de recidiva de la reparación quirúrgica sin malla es muy superior a la reparación tisular con tensión llámese las técnicas Bassini, Mc Vay o Shouldice.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO: Se administró tratamiento profiláctico con cefazolina 2 gramos por vía endovenosa cada 24 horas. También ranitidina 50 mg vía oral cada 8 horas.

REPORTE OPERATORIO:

Se realiza una hernioplastia con técnica de Lichtenstein. El diagnóstico preoperatorio fue hernia inguinal derecha incoercible. El diagnóstico postoperatorio fue: hernia inguinal directa derecha. En los hallazgos se encontró: Región inguinal derecha: debilidad de pared posterior de aproximadamente 8 cm., con salida de saco herniario de aproximadamente 15x10 cm, contenido epiplón. Sin complicaciones.

Paciente tolera operación y pasa a recuperación. Después pasa al servicio de cirugía general.

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA: paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, afebril. Se le da de alta con indicaciones al día de hospitalización 2. Refiere leve dolor en sitio de operación, heridas quirúrgicas sin signos de flogosis. Tolerancia vía oral, no náuseas ni vómitos. Hemograma control en valores normales.

Las hernias inguinales primarias o recurrentes directas o indirectas con un defecto mayor de 3,5 cm de diámetro son de abordaje quirúrgico. Según la guía internacional europea del 2019, para el manejo de la hernia inguinal tiene como recomendación alta el uso de malla quirúrgica para los pacientes con hernia inguinal como primera opción, ya sea mediante cirugía abierta o mediante técnica laparoscópica. La técnica de Lichtenstein o reparación

laparoscópica anterior es la mejor alternativa ya que concluimos que, muchas otras técnicas como el abordaje preperitoneal abierto y los tipos especiales de malla quirúrgica, requieren una evaluación más exhaustiva y aun así no son mejores que la técnica de Lichtenstein.

Para llegar a este diagnóstico nos basamos en el examen clínico confirmándolo con una ecografía como fue el caso. También, se sugiere el uso un sistema de clasificación para las hernias inguinales como en este caso fue la clasificación Nyhus con el fin de investigar y ajustar los tratamientos.

CASO CLÍNICO 4

En el manejo del caso clínico 4 de cirugía general donde el diagnóstico sugerente tras el examen físico que es lo más importante y el estudio ecográfico fue de una apendicitis aguda complicada puesto que tenía 2 días de evolución y se encontraba febril con síntomas de perforación pues tenía signos de peritonismo como signo de rebote positivo.

El manejo es quirúrgico por la laparotomía exploratoria por apendicectomía con DRP, razón por la cual se requiere la hospitalización del paciente.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO: A la paciente se le administra ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas, metamizol 500 mg endovenoso cada 8 horas y ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas. Al cabo de 1 hora, el paciente pasa a sala de operaciones.

REPORTE OPERATORIO: Se realiza una laparotomía exploratoria: apendicectomía con DPR. El diagnóstico pre operatorio fue abdomen agudo quirúrgico: descartar apendicitis aguda complicada. El diagnóstico post operatorio fue: apendicitis aguda perforada con peritonitis focal. Razón por la cual le realizan una incisión mediana supra infraumbilical aproximadamente 20 cm. En hallazgos encontraron: apéndice cecal de posición retrocecal ascendente, perforado en tercio proximal hasta 1 cm en su base. Base y ciego congestivos. Secreción purulenta de aproximadamente 80 cc en parietocolico derecho.

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA: Paciente hemo dinámicamente estable, ventila espontáneamente, afebril, refiere eliminar flatos. Se le realiza curación de herida: se retira bolsa de colostomía con contenido serohemático aprox 40 cc sin coágulos y se moviliza dren 2 cm. Paciente tolera procedimiento. Refiere leve dolor a la palpación profunda en región operatoria, heridas quirúrgicas sin signos de flogosis. Tolerancia vía oral, no náuseas ni vómitos. Hemograma control en valores normales.

Es primordial estratificar a los pacientes complicados y no complicados y de acuerdo a esto tomar una decisión. En este caso clínico, se decidió entrar a sala de operaciones por una laparotomía exploratoria donde el diagnóstico post operatorio fue apendicitis aguda perforada con peritonitis focal. Hoy en día se ha propuesto que existen diversos grados de afección del órgano sin importar el tiempo, capaces de producir complicaciones como isquemia, necrosis y perforación del órgano.

Entre los exámenes solicitados, se ha visto que una cifra mayor a 50 mg/dl de proteína C reactiva se asocia, de manera independiente, a un aumento en el riesgo de perforación, al igual que la leucocitosis y en este caso el paciente contaba con un PCR de 36 mg/dl.

Según un artículo de revisión titulado "Apendicitis aguda: Manejo quirúrgico y no quirúrgico del 2015", el abordaje quirúrgico para apendicitis complicada y no complicada es lo usual, pero estos han evolucionado en los últimos años siendo así la laparoscopia una herramienta útil y eficaz para el manejo de apendicitis con menos tasa de infección operatoria y reduce el tiempo de estadía de hospitalización. Así también, en el estudio realizado por Sauderland et al. se recomienda que la laparoscopia debe utilizarse solo en casos de apendicitis no complicada y, en caso de complicación, la cirugía abierta es la elección que fue lo que ocurrió en el caso de este paciente.

Asimismo, en relación al tiempo de inicio de antibiótico y su duración, se recomienda que todo paciente con apendicitis debe recibir antibióticos de amplio espectro de forma preoperatoria (30 a 60 minutos antes de la incisión) manteniendo el tratamiento solo en casos de complicación como ocurrió en este caso clínico al iniciarle tratamiento antibiótico profiláctico y también, la suspensión de estos dependerá de resultados clínicos y bioquímicos

específicos de los pacientes ya que su uso se ha visto relacionado a una disminución en la tasa de infección de herida quirúrgica y en la formación de abscesos intraabdominales. El manejo post operatorio de los antibióticos se recomienda el uso de los mismos durante 3-5 días o de acuerdo a su sintomatología: suspender cuando ya no haya fiebre, ya no haya dolor, tolere la deambulación y/o vía oral (9).

3.2 Rotación Ginecología y Obstetricia

CASO CLÍNICO 1

Se controla funciones vitales y se observan signos de alarma, cruzar 1 paquete globular, perfil de toxemia, preparar para cesárea segmentaria transversa primaria (CSTP).

Se pide hemograma, grupo y factor, perfil de toxemia. El hemograma no evidencia leucocitosis, hemoglobina de 9.5 mg/dl. Perfil de toxemia sin alteración por lo que se descarta que el DPP haya sido producido por una enfermedad hipertensiva del embarazo.

La CSTP confirma los diagnósticos de gestante de 36 semanas de gestación y desprendimiento prematuro de placenta (DPP). Cirugía sin complicaciones, los hallazgos fueron un recién nacido vivo de sexo femenino, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Placenta con coágulo retro placentario, líquido amniótico claro y de volumen adecuado, cordón umbilical con 2 arterias y 1 vena.

Post cirugía se colocó 800 mg de misoprostol en vagina, NPO, NaCl 0.9% 1000cc + oxitocina 30UI, dextrosa 5% 1000cc + oxitocina 20UI, NaCl 20% 1 amp + KCl 20% 1 amp, cefazolina 1 gramo EV cada 8

horas completando 4 dosis, ranitidina 50mg EV cada 8 horas, tramadol 100cc SC PRN dolor, hemograma control, nuevo perfil de toxemia.

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es la separación parcial o

total de la placenta de su lugar de implantación luego de las 21 semanas de gestación. Es desconocida la etiología, pero se relaciona con la enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes mellitus, así como traumatismos externos. Diagnóstico es principalmente clínico, pero pueden usarse los hallazgos de estudios patológicos por imágenes, de laboratorio y postparto

Algoritmo de DPP: Embarazo > 21 semanas con sangrado escaso, rojo oscuro, útero contracturado, no relaja, ausencia de movimientos fetales, LCF dudosos o ausentes se coloca vía, cruzar paquete, dosaje de fibrinógeno, tiempo de coagulación y sangría. Histerectomía de urgencia independientemente de vida fetal o tiempo de embarazo. Si el útero está infiltrado > 50% y no relaja se realiza histerectomía, en caso contrario cierre de histerotomía y prevención de atonía (10).

CASO CLÍNICO 2

Manejo preparto: colocación de vía salinizada. Se detuvo dilatación por lo que se procedió a utilizar la maniobra de Ferguson para secreción de oxitocina y masaje en fondo uterino para producir contracciones y que de esa manera avance trabajo de parto, sin necesidad de usar oxitocina.

A las 5 horas sin complicaciones se produjo el parto, producto de sexo femenino, 3 015 gramos, talla 50 cm, Apgar 9 al minuto y también a los 5 minutos. Se realizó episiotomía, clampaje tardío de cordón, contacto piel a piel con la madre.

Las indicaciones post parto fueron NPO por 2 horas, dieta completa + líquidos a voluntad, CI Na 0.9% 1000cc + oxitocina 30UI (goteo: 30 gotas), sulfato ferroso 300mg cada 24 horas, paracetamol 500mg VO PRN dolor, masaje uterino, aseo perineal, deambulacion precoz, lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto.

Durante el puerperio, mamas turgentes secretoras de calostro, útero contraído 2cm debajo de cicatriz umbilical, episiorrafia sin signos de flogosis, loquios

hemáticos escasos sin mal olor. Por lo que la paciente es dada de alta a las 24 horas.

Existe la aprobación de que las mujeres en fase activa de labor de parto sean admitidas. Diagnóstico de fase activa de labor de parto son la presencia de contracciones regulares, borramiento mayor de 80%, dilatación de 4 a 5 cm (11).

Los factores a tomar en cuenta al elegir un parto en una gestante con cesárea previa son: solo una cesárea anterior, porque mayor a dos triplica la posibilidad de rotura uterina. El motivo de la cesárea anterior importante, no se realizará parto vaginal si la cesárea anterior fue producto de un DPP por pelvis estrecha. Tampoco se realizará si la cesárea anterior fue corporal o clásica (12).

Indicaciones en una gestante con cesárea anterior: Vigilancia estrecha y continua durante el trabajo de parto, vigilar AU, FCF, movimientos fetales. Tener un control absoluto de la dinámica uterina. El uso de oxitocina no es una contraindicación absoluta para el manejo activo del trabajo de parto. Evacuación vesical. Realizar episiotomía amplia.

Las complicaciones en el caso clínico pudieron ser la rotura uterina, que es de 1% en quienes intentan parto vaginal luego de una cesárea previa con incisión transversa baja. Y la muerte materna que es una complicación rara.

CASO CLÍNICO 3

Ante los resultados de este caso clínico, el manejo es quirúrgico por laparotomía exploratoria, razón por el cual se requiere la hospitalización del paciente. Se explica al familiar el alto riesgo de mortalidad fetal por consecuencia de laparotomía exploratoria. El factor más importante utilizado para determinar la sospecha clínica de malignidad de una masa anexial es la evidencia de la masa en exámenes auxiliares de imágenes. La ecografía transvaginal es el estudio preferido. Y en este caso, según datos ecográficos, el quiste era bilobulado 100x69 mm que es compatible con riesgo intermedio, donde se realiza un abordaje laparoscópico.

TRATAMIENTO PRE OPERATORIO:

Se le administra ranitidina 50 mg y metoclopramida 10 mg endovenosolento. Al cabo de 1 hora, la paciente pasa a sala de operaciones.

REPORTE OPERATORIO:

Se realiza una laparotomía exploratoria más quistectomía izquierda. El diagnóstico pre operatorio fue gestante 23 semanas, no labor de parto, cesárea anterior 2 veces, quiste anexial complicado. El diagnóstico postoperatorio fue: gestante 23 semanas, no labor de parto, cesárea anterior 2 veces, quiste anexial complicado más síndrome adherencial. En los hallazgos se encontró: quiste para tubárico izquierdo aproximadamente 8x9 cm. retro uterino torcido 1 vuelta sobre su eje, útero grávido, síndrome adherencial de epiplón a peritoneo y útero pared anterior.

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA: paciente hemo dinámicamente estable, ventila espontáneamente, afebril. Refiere leve dolor en sitio operatorio, herida quirúrgica sin signos de flogosis. Tolera vía oral, no náuseas ni vómitos. Hemograma control en valores normales. Se le da de alta con indicaciones, observación y control de signos de alarma y progesterona micronizada 200 mg vía oral cada 12 horas por 10 días.

Se trata de una gestante de 23 6/7 semanas con región lumbar intenso tipo opresivo, a quien se le interviene quirúrgicamente a consecuencia de diagnosticarle un quiste anexial ecográficamente y a pesar de su estado fisiológico se decide la intervención quirúrgica y se le realiza una laparotomía exploratoria más quistectomía izquierda.

Según una revista de manejo de masa anexial, los pacientes que presentan dolor agudo y una masa ovárica deben ser evaluados precozmente y pueden requerir una intervención urgente. Asimismo, el tratamiento de una masa anexial va a depender del tipo de masa, la urgencia de la presentación y el grado de sospecha de que la masa es maligna. Existen 3 opciones para el manejo de una masa anexial: quirúrgico, la vigilancia continua y el manejo expectante. Así entonces la elección va a depender de las condiciones del paciente, la ubicación y etiología de la masa. La exploración quirúrgica de una masa anexial se puede realizar por vía laparoscópica o mediante una

laparotomía. La elección del abordaje quirúrgico depende del grado de sospecha de malignidad. Si hay una sospecha baja o moderada de malignidad como en este caso, se preferirá un abordaje laparoscópico. Asimismo, la laparoscopia se asocia con una corta recuperación y una menor morbilidad perioperatoria en relación a la laparotomía. Las masas ováricas u otras masas anexiales en pacientes embarazadas se tratan con los mismos principios que en otras pacientes, aunque la elección del tratamiento depende de riesgos materno fetales (13).

CASO CLÍNICO 4

Se trataba de una paciente adulta joven con diagnóstico de aborto incompleto infectado, tenía varios factores de riesgo para un embarazo no deseado y aunque no se reveló la causa del aborto se presume que fue inducido y sin evaluación previa al procedimiento. Para esto la elección del tipo de procedimiento depende de la edad gestacional, condiciones del paciente, experiencia médica y la disponibilidad de recursos materiales. Una de las causas de la hemorragia post aborto puede ser una atonía uterina, tejido retenido, laceración del canal uterino, coagulopatías e infección. El tratamiento de la hemorragia post aborto es similar al de la hemorragia posparto después de un parto vaginal. Es decir, en el caso de la paciente se hizo tacto vaginal en el cual se evidenciaba un cérvix abierto, una ecografía con evidencia de aborto incompleto y un hemograma con presencia de aumento de leucocitos. Ante la evidencia de tejido retenido en cavidad uterina, se debe considerar un legrado por succión, en este caso ya que contaba con menos de 12 semanas de gestación, para completar la evacuación del útero que fue lo que se realizó en este caso clínico donde el manejo fue hospitalizarla con el fin de realizarle una aspiración manual endouterina e iniciar antibioticoterapia.

TRATAMIENTO PRE OPERATORIO:

Se le administra clindamicina 900 mg endovenoso cada 8 horas y gentamicina 80 mg endovenoso cada 8 horas.

REPORTE OPERATORIO:

Se realiza aspiración manual endouterina por aborto incompleto infectado. Se encontró restos de regular cantidad.

EVOLUCIÓN POST OPERATORIA:

Paciente cursa hemo dinámicamente estable, afebril, ventilando espontáneamente, elimina flatos. Refiere leve dolor a la palpación en abdomen inferior. Tolera vía oral, no náuseas ni vómitos. Hemograma control en valores normales (14).

3.3 Rotación de Pediatría

CASO CLÍNICO 1

La impresión diagnóstica es infección del tracto urinario a descartar pielonefritis.

Se le pide en la emergencia nuevas exámenes de laboratorio. El examen completo de orina muestra 30 a 40 leucocitos por campo. El hemograma evidencia leucocitosis con desviación izquierda. Lo demás en valores dentro del rango normal.

Se inicia con el manejo que es por vía endovenosa, Amikacina 300mg cada 24 horas por 5 días, paracetamol 300mg por vía oral.

De no ser tratada una ITU puede causar una urosepsis, pielonefritis, hipertensión, cicatrización renal, deterioro del crecimiento y deterioro de la función renal.

Las indicaciones para hospitalización de una ITU, así como de inicio de terapia parenteral son:

- Edad menor de 2 meses
- Que tenga clínica de urosepsis como apariencia tóxica, hipotensión, llenado capilar >2 segundos
- Inmunosupresión

- Vómitos o intolerancia de la medicación oral
- Falta de seguimiento en casa adecuado
- Falta de respuesta a la terapia ambulatoria

La paciente del caso clínico tenía un cuadro clínico de 10 días de evolución y sin tratamiento, a un día del ingreso se le agrego vómitos que son una indicación para su hospitalización. El inicio de terapia antibiótica debe ser inmediato y se inicia junto después de la recolección adecuada de orina para exámenes de laboratorio.

La principal causa bacteriana es la *Escherichia coli* que representa alrededor del 80% de las infecciones urinarias en niños. Como en el caso de la menor que en un examen se aisló la bacteria. Cerca del 50% de *E. coli* es resistente a amoxicilina o ampicilina (15).

Estudios indican que hay tasas crecientes de resistencia de *E.coli* a cefalosporinas de primera generación como cefalexina, entre los factores de riesgo de resistencia tenemos falta de circuncisión, disfunción intestinal y de vejiga, administración de antibióticos los 6 meses anteriores (15).

Por ende, la segunda o tercera generación de cefalosporinas como cefuroxima, cefixima, cefotaxima, ceftriaxona; así como aminoglucósidos como gentamicina y gentamicina son agentes de primera línea adecuados para el tratamiento empírico de la infección del tracto urinario, en especial los que tienen mayor riesgo de un riñón afectado (fiebre >39°C) (16).

CASO CLÍNICO 2

La dermatitis de pañal se produce por un aumento de la humedad en la zona del pañal por una combinación de la oclusión que produce el mismo y la presencia de desechos urinarios y heces lo que genera rotura del estrato corneo de la piel.

Las bacterias que se encuentran en las heces interactúan con la orina y aumentan el pH debajo del pañal. Este aumento de pH activa las enzimas de las heces como las proteasas y lipasas que irritan la piel, generando

inflamación. Además, que el pH elevado hace que la piel este más propensa a colonización por los organismos propios de la superficie de la piel como el *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y de organismo que se encuentran en las heces como *Candida albicans* (17).

Para la dermatitis de pañal como la principal causa asociada es candidase indica antifúngicos como nistatina, clotrimazol, miconazol como terapias tópicas (17).

Si estamos frente a una balanitis infecciosa como en el caso del paciente se inicia con tratamiento empírico como cefradoxilo 30- 50mg/kg/día cada 12 horas por 7 a 10 días. Si existe alergia a betalactámicos se indica eritromicina 40mg/kg/día en 3 dosis por 7 a 10días o azitromicina 10mg/kg/día por 5 días (18).

En el hospital se manejó la dermatitis de pañal con limpieza luego de cada cambio de pañal, así como la aplicación de nistatina + oxido de zinc. Esto más oxacilina 315 mg EV cada 6 horas para manejar la balanopostitis. Paracetamol 130 mg vía oral si temperatura es mayor de 38 grados.

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE: paciente hemo dinámicamente estable, ventila espontáneamente, afebril, tolera vía oral, se evidenciad desaparición progresiva de las placas eritematosas ubicadas en zona de pañal, así como disminución evidente de volumen y eritema en zonaprepucial, por este motivo se plantea el alta

El paciente es dado de alta al tercer día de hospitalización con el antibiótico dicloxacilina de 250mg/5ml, dar 2 ml vía oral cada 6 horas por 10 días. Esto junto con la crema de nistatina + óxido de zinc en cada cambio de pañal. Y una cita por consultorio externo de pediatría.

CASO CLÍNICO 3

Se indica a madre que el paciente tiene que hospitalizarse para estudioporque se necesita descartar enfermedad por arañazo de gato ante la sintomatología referida de linfadenopatía evidenciada por una tumoración en área axilar

izquierda. Se indica: clindamicina 160 mg endovenoso cada 8 horas, azitromicina 120 mg vía oral y paracetamol 180 mg vía oral condicional a dolor cada 24 horas.

En hospitalización, paciente se encuentra en evolución estacionaria. Ventila espontáneamente, persiste afebril, tolera bien vía oral. Se encontró en estudio para descarte de *Bartonella henselae* vs. TBC. Recibe su 1er día efectivo de clindamicina y 2do día efectivo de azitromicina. Se solicitó radiografía de tórax y ecografía de abdomen superior y se envía serología por epidemiología para descarte de *Bartonella henselae* por Instituto Nacional de Salud.

A los días, paciente presentó pico febril (T° 38,3°C). Al examen físico: sistema linfático: adenopatía axilar izquierda de 2x2 cm. sin signos de flogosis, indurada, adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación. Fue evaluado por cirugía pediátrica quienes indican que no es manejo quirúrgico al momento y que continúe con tratamiento antibiótico. Lesión no disminuyó de tamaño.

Radiografía de tórax: no hay evidencia de compromiso pulmonar. Ecografía abdominal: hallazgos ecográficos en relación a microabscesos hepático y esplénico. Recibe 1era dosis de rifampicina. Su evolución fue favorable post administración de rifampicina y no presentó cuadro febril.

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa que generalmente se caracteriza por una linfadenopatía regional autolimitada. Así pues, se sugiere la administración de terapia antimicrobiana a los pacientes con enfermedad por arañazo de gato con linfadenitis ya que según un estudio retrospectivo, la duración media de la enfermedad fue de 2,8 semanas para 89 pacientes tratados con rifampicina, ciprofloxacina, trimetoprimina, sulfametoxazol, ofloxacina. Asimismo, se sugiere la monoterapia a los pacientes con linfadenitis como única manifestación clínica, mientras que para aquellos que tengan afectación de órgano como hepática, ocular y neurológica se recomienda el uso de una terapia combinada que incluya rifampicina. Se justifica corticosteroides en pacientes con neuroretinitis y linfadenopatía refractaria. En otro ensayo prospectivo aleatorizado controlado con placebo de pacientes inmunocompetentes con enfermedad de arañazo de gato típica sugiere un ciclo de azitromicina de 5 días ya que tuvo una disminución del 80%

de volumen del ganglio linfático. Se sugiere, si es alérgico a la azitromicina, administrar un ciclo de 7 a 10 días de claritromicina, rifampicina o trimetoprim-sulfametoxazol.

Si bien es cierto, la administración en primera instancia de azitromicina con clindamicina, no tuvo mejoría en el cuadro clínico del paciente pues tenía compromiso visceral hepático, la asociación de rifampicina tuvo remisión del cuadro clínico, cayendo la fiebre y evolución favorable (19).

CASO CLÍNICO 4

La indicación en este caso ante recidiva de cuadro clínico y de manejo ambulatorio fue hospitalización para recibir antibioticoterapia endovenosa.

Durante la hospitalización, la paciente es evaluada por el servicio de cirugía pediátrica con ecografía abdominal de control y se decide que paciente no es tributario de manejo quirúrgico al momento. Paciente en evolución estacionaria. Ventila espontáneamente, persiste afebril, tolera bien vía oral. Recibe ceftriaxona 950 mg endovenoso cada 24 horas con soporte salino. Se manda muestra para coprocultivo donde las deposiciones tenían menos cantidad de sangre y de color a predominio amarillo.

El tratamiento de la diarrea disintérica incluye medidas de apoyo, rehabilitación nutricional y farmacoterapia. Aunque la rehabilitación nutricional es eficaz por sí sola, especialmente cuando hay asociación de diarrea con restos de sangre en niños, está indicado el tratamiento con antibióticos específicos para patógenos entéricos como *Shigella*, *Campylobacter* o parásitos.

Los niños con diarrea sanguinolenta pueden tener una infección por *Shigella* o *Campylobacter* y pueden tratarse empíricamente como en este caso clínico donde en la primera vez de ingreso se le recetó azitromicina vía oral pero no hubo mejoría del cuadro clínico. La terapia empírica generalmente debe dirigirse contra *Shigella con cepas locales*. Se ha demostrado que la ciprofloxacina, ceftriaxona y el pivmecilinam son generalmente eficaces. Si no se observa mejoría en dos días, el tratamiento debe cambiarse por otro agente

que se sepa que es eficaz contra las cepas locales de *Shigella*. En este caso, la administración de ceftriaxona trajo mejoría de la enfermedad. Asimismo, la terapia antimicrobiana para *Campylobacter*, como los macrólidos solo está indicado en pacientes con mayor riesgo o enfermedad grave, con heces sanguinolentas, fiebre alta o síntomas que duran más de una semana. En este contexto, la primera vez al paciente se le recetó azitromicina que es un macrólido que no cubre a *Shigella* como agente patógeno asociado.

3.4 Rotación Medicina Interna

CASO CLÍNICO 1

Se plantea el diagnóstico de hemoptisis no amenazante a descartar tuberculosis pulmonar.

Se le indica al paciente ácido tranexámico 250mg cada 8 horas por 7 días, codeína en jarabe 5cc cada 8 horas por 7 días. Y se le explica al paciente que estos medicamentos son solo para mejorar la sintomatología, mas no para curar la causante de esto. Se le indica que debe acercarse a su posta más cercana a su vivienda para realizarse la prueba de BK en esputo y así iniciar el tratamiento respectivo.

Ante la llegada de un caso con probable hemoptisis se debe determinar que el paciente no esté presentando compromiso respiratorio o que la hemoptisis sea potencialmente mortal es decir que venga acompañada de cianosis, taquipnea, taquicardia, uso de musculatura accesoria (20).

Hay 2 tipos de hemoptisis la amenazante y la no amenazante, es amenazante cuando compromete la vida del paciente, y se le considere amenazante cuando es mayor a 500 ml en 24 horas o cuando supera los 100ml por hora. La urgencia con la que se realiza el estudio diagnóstico de la causa de la hemoptisis depende mucho de la gravedad de la hemorragia. Si la hemoptisis es no amenazante el diagnóstico etiológico se realiza de forma ambulatoria (21).

El tratamiento también depende de la gravedad de la hemoptisis, es leve cuando el sangrado es menor de 20-30 ml en 24 horas y el paciente está estable y con buen estado general, el tratamiento es ambulatorio, se le recomienda reposo relativo, no consumo de tabaco, antitusígenos en caso de que la tos sea muy molesta o si agrava la hemoptisis y tratamiento antibiótico si se sospecha de infección (21).

No hay evidencia de si el ácido tranexámico, un fibrinolítico, sea útil ante un cuadro de hemoptisis, pero se cree que acorta la duración de la hemoptisis.

CASO CLÍNICO 2

Se manejó el cólico vesicular con hioscina 20mg ampolla, dimenhidrinato 50mg ampolla, tramadol 50 mg ampolla que se pasa en un cloruro de sodio al 0.9% de 100cc.

A la reevaluación paciente refiere remisión de la sintomatología por lo que se le da de alta con transferencia al servicio de cirugía general y se le explica que para el cese definitivo de estos cuadros de cólicos biliares es necesario la evaluación por cirugía general para la resección de la vesícula biliar por cirugía electiva.

Se usa ketorolaco para los pacientes que acuden al servicio de emergencia por un cólico biliar. Los síntomas mejoran a los 10 a 30 minutos. Luego se le indica AINES por vía oral como el ibuprofeno para los posteriores cuadros mientras el paciente espera la colecistectomía (22).

Se ha demostrado según un metaanálisis de 11 ensayos que comparó el uso de AINES como ketorolaco, tenoxicam, flurbiprofeno, diclofenaco y ketoprofeno con otros tratamientos o ninguno, los AINES tienen mayor probabilidad de mejorar el dolor producido en un cólico biliar que antiespasmódicos y placebo. También se demostró con este metaanálisis que no hay diferencias en el manejo del dolor con AINES y opiodes (6).

CASO CLÍNICO 3

Ante este caso clínico de complicación tardía de la enfermedad basal que fue diabetes mellitus sin tratamiento, se le explica que su manejo es hospitalario pues se encontraba descompensado y necesitaba más exámenes de estudio y evaluación por la unidad de pie diabético.

Es hospitalizada y se le piden más exámenes como hemoglobina glicosilada, se inicia tratamiento antibiótico con meropenem y vancomicina, y solicitan ecografía doppler de miembro inferior derecho.

Ecografía ecodoppler arterial: moderada ateromatosis a predominio de sus ejes infrapoplíteos se asocia placa estable cálcica en arteria femoral común. Estenosis del 50% en arteria tibial posterior. Es manejado por la unidad de pie diabético para las curaciones diarias del miembro inferior afectado, se le realiza extracción de un orleteo de pie derecho. Se sugiere que con tratamiento antibiótico y manejo de enfermedad de fondo se resuelva cuadro infeccioso.

El diagnóstico final fue diabetes mellitus con complicaciones tardías: pie diabético infectado W3T3B con celulitis de pie derecho resuelto.

El primer paso en el manejo de las úlceras del pie diabético es evaluar y clasificar la úlcera. La clasificación se basa en la evaluación clínica de la extensión y profundidad de la úlcera y la presencia de infección o isquemia, que determinan la naturaleza y la intensidad del tratamiento. La clasificación de Wagner es una clasificación temprana, está basada en la evaluación clínica de la profundidad de la úlcera y necrosis, pero no toma en cuenta el estado vascular del pie.

- Grado 1: úlcera superficial - piel y tejido subcutáneo solamente
- Grado 2: úlcera profunda en tendón, músculo, cápsula articular o hueso
- Grado 3: úlcera profunda con absceso, osteomielitis o tendinitis
- Grado 4: gangrena parcial del pie
- Grado 5: gangrena de todo el pie

Las úlceras infectadas del pie diabético incluyen terapia antimicrobiana y desbridamiento quirúrgico como en este caso clínico fue evaluado todos los días por la unidad de pie diabético quien le realizaba curaciones diarias con retiro de tejido desvitalizado. Así también, depende de la gravedad y

profundidad de la infección para elegir el antibiótico y su duración. El desbridamiento del tejido necrótico es importante para la cicatrización de la úlcera. Un estudio reveló que el cuidado crónico y diario de una úlcera prevalece sobre la cicatrización más que el tipo de desbridamiento. Los organismos infecciosos más comunes en las naciones occidentales incluyen cocos grampositivos aeróbicos. La terapia antimicrobiana empírica debe seleccionarse en función de la gravedad de la infección y la probabilidad de organismos resistentes. La terapia con antibióticos posterior debe adaptarse a los resultados del cultivo de la herida y la susceptibilidad; la paciente recibía meropenem y vancomicina que cubren el espectro de bacterias gram positivas, negativas y microorganismos anaerobios (23).

CASO CLÍNICO 4

La infección del tracto urinario alto como es la pielonefritis aguda puede complicarse por la progresión de la infección del tracto urinario superior a absceso cortical medular renal, absceso perirrenal, pielonefritis enfisematosa o necrosis papilar. Los factores de riesgo para tales complicaciones incluyen obstrucción del tracto urinario y diabetes mellitus. En este caso clínica, la paciente tenía antecedente de litiasis renal.

El enfoque para el tratamiento del absceso renal y perirrenal, como se evidenciaba piodrosis derecha en la ecografía de la paciente en mención incluye la terapia antimicrobiana junto con el drenaje percutáneo. Para los abscesos renales <5 cm de diámetro, la terapia antimicrobiana sola (sin drenaje) es el tratamiento inicial apropiado. Si los síntomas clínicos y los hallazgos radiográficos persisten después de varios días de tratamiento antimicrobiano, se debe considerar el drenaje percutáneo de abscesos <5 cm, si es técnicamente posible. La elección de la terapia antibiótica empírica depende de la patogenia sospechada del absceso. En el contexto de un absceso asociado con pielonefritis, la terapia empírica debe dirigirse contra *Enterobacteriaceae*. Por el contrario, para un absceso asociado con bacteriemia estafilocócica, la terapia debe dirigirse contra este patógeno. El régimen antibiótico empírico inicial debe adaptarse a los resultados del cultivo

y la susceptibilidad una vez que estén disponibles. Siendo en primer lugar, el antibiótico empírico parenteral de 1era línea la piperacilina- tazobactam 3.375 g cada 4 horas o 4.5 g cada 6 horas. que fue el antibiótico administrado al paciente del caso clínico en mención (24).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERENCIA

Se inició el internado médico oficialmente el 1ero de Enero del año 2020 en el Hospital María Auxiliadora, por alrededor de 2 meses y medio hasta que se inició la cuarentena (13 de marzo del 2020), día en que los internos de medicina regresaron a sus hogares para acatar el aislamiento social.

Antes de la pandemia, la rotación de cirugía general fue dividida en 4 rotaciones: Lado A, Lado B, Emergencia y especialidades. Especialidades se subdividía en 4 áreas: cirugía plástica, urología, traumatología, neurocirugía.

Antes de la llegada del primer caso al país, las actividades académicas se desarrollaban con normalidad, se participaba de procedimientos debido a la cantidad de pacientes que ingresaban a los diferentes servicios, siempre con supervisión de los residentes y asistentes. Fueron meses académicos donde se exponía diariamente, se presentaban casos clínicos, y en una visita médica estaban presentes médicos asistentes, residentes a cargo del piso de hospitalización, personal de farmacia, personal de nutrición e incluso internos de esas áreas. Se realizaban guardias nocturnas, había días con turnos de hasta 36 horas. Había acceso a sala de operaciones con el paciente a tu cargo, ya sea para cirugías electivas como por ejemplo colecistectomías laparoscópicas, cirugías de hernias; así como cirugías de emergencia como apendicectomías, laparotomías exploratorias.

El interno participó activamente en la evolución del paciente y era responsable de que efectivicen y se realicen todos los procedimientos planteados en visita, esto siempre supervisado por un residente de primer año.

El retorno a la rotación de cirugía general en pandemia, se dividió en 2 servicios: hospitalización y emergencia. El área de hospitalización no recibió cirugías electivas, solo cirugías de emergencia. Se asistían 15 días al hospital con 15 días de descanso. Por la pandemia no se permitió el acceso a sala de operaciones a los internos. Muy a pesar de la limitación en tiempo y en el acceso a algunos servicios, se pudo aprender y a la vez poner en práctica conocimientos.

La rotación de ginecología y obstetricia antes de la pandemia fue dividida en 4 áreas: centro obstétrico, hospitalización de ginecología, hospitalización de embarazos patológicos y emergencia. Se tenía pacientes a cargo, se podía acceder a las cesáreas, cirugías programadas o de emergencia. Se realizaron guardias nocturnas y al término de estas se contaba con descanso post guardia inmediata. El hospital contaba con el servicio de consultorio de ginecología, por lo que el interno participó y/o observó varios procedimientos ginecológicos como la realización de Papanicolau, colposcopias.

En pandemia la rotación de ginecología fue dividida en 4 servicios: emergencia, hospitalización, centro obstétrico y consultorio externo de obstetricia. No permanecemos en el servicio por más de 3 días, lo que no nos permitió participar activamente en procedimientos, ni tampoco en la evolución del paciente.

Solo hubo consultorio de Obstetricia, ahí las gestantes no asistían a sus controles prenatales por temor al virus, por lo que el interno observó máximo 4 pacientes en un día de consultorio. El examen físico se realizaba solo si se consideraba necesario en cada consulta. Esto limitó la realización de procedimientos por parte del interno.

A esto se le agrega que el hospital dejó de atender casos ginecológicos por consultorio externo, solo se atendían casos ginecológicos si llegaban como emergencia como el caso de una hemorragia uterina anormal con anemia severa. Exceptuando estos casos ginecológicos la rotación por el servicio de ginecología-obstetricia fue enteramente obstétrica.

En centro obstétrico se podía observar las consecuencias del cierre del servicio llamado planificación familiar por la pandemia, embarazos

adolescentes, embarazos con un periodo intergenésico corto, embarazos no deseados. En centro obstétrico por la cantidad de casos el interno participó en la atención preparto, intraparto y en algunos casos post parto de la paciente.

En el área de hospitalización no se tuvo un paciente a cargo, por lo que no se participaba activamente en su recuperación, pero sí se participaba de la visita médica y se podía estar al tanto de manejo que se daba a cada paciente. En este servicio no se permaneció más de 2 días seguidos, lo que hacía difícil conocer el manejo y la respuesta al manejo de la paciente.

Se rotaba por el servicio de emergencia solo cuando tenías programadas guardias diurnas, que por decreto eran 2 guardias por mes.

En general, a pesar de algunas limitaciones, la mayoría de ellas producto de la pandemia, el interno de medicina fue capaz de participar de muchos procedimientos, participar activamente en la recuperación del paciente en las 4 rotaciones, así como ganar experiencia.

CONCLUSIONES

1. Este internado fue diferente pues, tuvimos un cese en el periodo de su duración habitual. A pesar de esta circunstancia, pudimos lograr los objetivos planteados como internos de medicina y como futuros médicos pues adquirimos experiencia con el manejo de las diversas patologías que veremos más adelante en el primer nivel de atención, sumamos conocimiento al ya obtenido hasta ese momento, adquirimos valores morales y éticos hacia nuestros pacientes y hacia el prójimo.
2. Velamos por el máximo bienestar, no maleficencia, justicia y autonomía del paciente, sabiendo que la salud no es solamente la ausencia de su dolencia por la enfermedad, sino que abarcamos el equilibrio de su salud mental y social siendo empáticos con ellos y su familia.
3. También nos dio herramientas para la toma de decisiones en diferentes situaciones de salud como, por ejemplo, la pandemia del virus SARS COV2 pues si bien es cierto no estuvimos en primera línea luchando contra esta enfermedad, sí estuvimos en contacto con pacientes asintomáticos que llegaban a emergencia del hospital para solucionar su problema de salud.
4. El desarrollo psicomotriz y desenvolvimiento con supervisión en todo momento del médico tutor fue otro concepto clave a la hora de manejar una patología.
5. Definitivamente, no somos los mismos estudiantes de séptimo año de

la carrera de medicina que empezaron su internado médico en el hospital porque carecíamos de experiencia en el contacto directo con el paciente, en el manejo de su enfermedad, en recomendaciones y toma de decisiones.

6. La experiencia que nos entregó este internado médico fue único y valorable pues todos tenemos un caso médico que nos generó una autoexigencia para el manejo óptimo y resolución de su enfermedad.

RECOMENDACIONES

Un hito en el manejo de los pacientes es la toma de decisiones: si es una patología clínica o quirúrgica. Dentro de esto también está el uso adecuado de medicamentos, las restricciones de acuerdo a la patología, los exámenes y el tipo de examen a solicitar en el momento adecuado, valorar con escalas o score el diagnóstico del paciente, clasificar los tipos dentro de una patología, y todo esto lleva a la revisión continua de guías de manejo, recomendaciones según estudios y estar a la vanguardia de la actualización de estudios porque todo ello conlleva a la toma de decisiones adecuada por eso una recomendación válida es implementar una evaluación continua de los casos vistos con el fin de reforzar errores y/o debilidades para un manejo óptimo futuro.

También, el hecho de limitarnos la práctica clínica por la restricción de evitar el contagio por el virus SARS COV 2 trajo como consecuencia la reducción de horas de revisión de casos clínicos y esto nos trae un llamado para poder tener a futuro un esquema sistemático de prácticas clínicas con horas teóricas dado por parte de los médicos a cargo a los internos de medicina pues esto se vio afectado por las nuevas indicaciones del Ministerio de Salud. Entonces, se plantearía un esquema más elaborado de prácticas clínicas donde se sume horas de desarrollo de casos clínicos y horas de teórico- prácticas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 13 de noviembre de 2020;37(3):504-9.
2. Herrera-Añazco P, J. Toro-Huamanchumo C, Herrera-Añazco P, J. Toro-Huamanchumo C. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. *Acta Médica Peruana*. abril de 2020;37(2):169-75.
3. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014 [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003
4. 104.pdf [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/transparencia/transparencia/104.pdf>
5. nn24.pdf [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: http://socienee.com/wp-content/uploads/n_nacionales/nn24.pdf
6. Basurto Oña X, Robles Perea L. Antiinflamatorios para el cólico biliar:

- revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos. *Gastroenterol Hepatol.* 1 de enero de 2008;31(1):1- 7.
7. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Rev.méd.sinerg.* 1 de diciembre de 2019;4(12):e316.
 8. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia.* febrero de 2018;22(1):1-165.
 9. Souza-Gallardo LM, Martínez-Ordaz JL. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y noquirúrgico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* :6.
 10. Ruiz DOC. GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS. :337.
 11. Kauffman E, Souter VL, Katon JG, Sitcov K. Cervical Dilation on Admission in Term Spontaneous Labor and Maternal and Newborn Outcomes. *Obstetrics & Gynecology.* marzo de 2016;127(3):481-8.
 12. 3319-1.pdf [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3319-1.pdf>
 13. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Gynecologic Oncology.* diciembre de 1994;55(3):S4-14.
 14. Prata N, Sreenivas A, Vahidnia F, Potts M. Saving maternal lives in resource-poor settings: Facing reality. *Health Policy.* febrero de 2009;89(2):131-48.
 15. Ardila M, Rojas M, Santisteban G, Gamero A, Torres A. Infección urinaria en pediatría. *Repert Med Cir.* 1 de junio de 2015;24(2):113-22.

16. Strohmeier Y, Hodson EM, Willis NS, Webster AC, Craig JC. Antibiotics for acute pyelonephritis in children. Cochrane Kidney and Transplant Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 28 de julio de 2014 [citado 15 de abril de 2021]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003772.pub4>
17. Sáez-de-Ocariz M, Orozco-Covarrubias L, Greenawalt-Rodríguez S. Abordaje clínico y manejo integral de la dermatitis irritativa por pañal. *Acta Pediatr Mex.* 13 de noviembre de 2017;38(6):427.
18. Guía-ABE - balanitis [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-balanitis>
19. What do we (not) know about the human bartonellosis? [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702003000100001
20. Corder R. Hemoptysis. *Emergency Medicine Clinics of North America.* mayo de 2003;21(2):421-35.
21. López PG, Otero MÁP, González MC. Manejo del paciente con hemoptisis. :7.
22. Basurto Oña X, Robles Perea L. Antiinflamatorios para el cólico biliar: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos. *Gastroenterol Hepatol.* 1 de enero de 2008;31(1):1- 7.
23. Introduction. *Diabetes Care.* 1 de enero de 2015;38(Supplement_1):S1-2.
24. Yen DH-T, Hu S-C, Tsai J, Kao W-F, Chern C-H, Wang L-M, et al. Renal abscess: Early diagnosis and treatment. *The American Journal of Emergency Medicine.* marzo de 1999;17(2):192-7.