



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LA REALIDAD DEL INTERNO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPOLITO UNANUE ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA,
ENERO 2020 – ABRIL 2021**

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

**TESSY SAMANTHA CASTAÑEDA TORREJON
JOSEPH LUIS TINOCO MENDOZA**

ASESORA

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

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

**LA REALIDAD DEL INTERNO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPOLITO UNANUE ANTES Y DURANTE LA
PANDEMIA, ENERO 2020 – ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

TESSY SAMANTHA CASTAÑEDA TORREJON

JOSEPH LUIS TINOCO MENDOZA

ASESORA

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: M.C. Mario Heins León Florián

Miembro: Mg. Yanire Paty Macedo Alfaro

Dedicado a mis padres por haber sido mi principal apoyo e inspiración a lo largo de toda mi carrera universitaria. A mis hermanas por siempre estar presentes y brindarme su apoyo moral. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Agradecida con Dios por bendecirme con la vida y la salud a lo largo de este periodo. Gracias a mis padres por su amor, paciencia y apoyo incondicional en todos estos años. A mis hermanas por ser mi apoyo y llenarme de alegría en los momentos más difíciles. Agradecida con todos los docentes y compañeros por las oportunidades y conocimientos brindados en estos siete años.

Tessy Samantha Castañeda Torrejon

Dedicado a mis padres quienes me apoyaron durante toda mi carrera universitaria y que fueron mi motivo de seguir adelante en este gran sueño.

A mis tíos que fueron mi fuerza moral durante todo este camino.

Agradecido a todas las personas que compartieron esta maravillosa etapa, a mis padres, a mi hermana, a mis tíos, por la paciencia y comprensión en todo momento.

A mis residentes de todas las rotaciones, quienes me tuvieron paciencia y me guiaron en el camino del aprendizaje.

Joseph Luis Tinoco Mendoza

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía general	1
1.2 Pediatría	2
1.3 Medicina interna	3
1.4 Gineco obstetricia	3
1.5 Casos clínicos	4
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	30
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	34
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	49
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53

FUENTES DE INFORMACIÓN	54
ANEXOS	63
ANEXO N°1: Puntuación pediátrica para apendicitis aguda	64
ANEXO N°2: Dosis pediátrica de medicamentos antituberculosos	65

RESUMEN

Este trabajo realizado por dos Internos de medicina del Hospital Nacional Hipólito Unanue, refleja dos situaciones totalmente diferentes, una antes de la pandemia, época en la cual el interno no encontraba mayores obstáculos para realizar sus prácticas hospitalarias; y otra situación durante la pandemia, donde el interno con un tiempo limitado en el hospital tiene que aprender a adaptarse a los nuevos reglamentos ordenados por el MINSA y las nuevas limitaciones encontradas dentro del establecimiento de salud.

El interno en ambos escenarios tuvo la obligación de consolidar los conocimientos y habilidades adquiridas en años anteriores en la prevención, identificación, diagnóstico y tratamiento de diversas patologías en las cuatro principales rotaciones.

En este trabajo se comparten diferentes casos clínicos de patologías vistas durante las rotaciones, en las cuales el interno fue partícipe desde el ingreso del paciente, es decir desde la elaboración de su historia clínica, examen físico, plan de trabajo, diagnóstico y tratamiento, así como en el seguimiento de su evolución, hasta el alta médica.

ABSTRACT

This work carried out by two medical interns of the Hipolito Unanue National Hospital, reflects two totally different situations, one before the pandemic, a time in which the intern did not encounter major obstacles to carry out their hospital practices; and another situation during the pandemic, where the inmate with a limited time in the hospital must learn to adapt to the new regulations ordered by the MINSA and the new limitations found within the health facility.

The intern in both scenarios had the obligation to consolidate the knowledge and skills acquired in previous years in the prevention, identification, diagnosis and treatment of various pathologies in the four main rotations.

In this work, different clinical cases of pathologies seen during rotations are shared, in which the intern was a participant from the time the patient was admitted, that is, from the preparation of their medical history, physical examination, work plan, diagnosis and treatment, as well as in the follow-up of their evolution, until medical discharge.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es una de las etapas más significativas que un estudiantede pregrado hace frente, luego del desarrollo de los 6 primeros años de la carrera universitaria, este se dirige a la aplicación del conocimiento tanto conceptual como procedimental en los establecimientos de salud.

El establecimiento de Salud, Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNU), como una sede enfocada en el ámbito del desarrollo de las prácticas preprofesionales, cuenta con múltiples áreas de la salud relacionadas a brindar una atención especializada a la comunidad, familia y persona.

Dentro de la sede hospitalaria, el interno de medicina aprende a reconocer lassituaciones de las distintas áreas de salud, divididas en 4 rotaciones con unaduración de 3 meses cada una: Medicina interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría.

La inducción recibida a finales de diciembre del año 2019 por parte del hospitaly encargado por el Jefe de Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI), está orientada a la realización de las actividades en forma general, yla inducción dada por cada jefe de servicio específica de acuerdo con el manejo dentro de este, siendo las principales:

Atención del paciente hospitalizado, donde el interno tendrá que cumplir con la elaboración de la historia clínica compuesta por la anamnesis y

antecedentes personales y familiares, y el examen físico; además de la evolución de cada paciente, supervisado por un médico asistente durante la

visita médica, quien tendrá la capacidad poner a prueba los conocimientos conceptuales y aplicativos del interno.

Guardias hospitalarias diurnas o nocturnas, que serán divididas en 6 guardias mensuales, antes de la pandemia, dependiendo de la rotación donde se encuentra el interno, ubicadas tanto en el área de emergencia como en área de hospitalización. En la actualidad siendo entre 2 a 3 guardias mensuales en hospitalización y emergencia no COVID19 de cada servicio.

Las actividades académicas dentro del hospital fueron realizadas y organizadas por docentes de cada universidad en coordinación con el jefe de departamento y eran parte de la evaluación.

Rotación de Cirugía general y Gineco-Obstetricia: El interno tendrá el deber de participar en sala de operaciones como ayudante, siendo programado máximo 1 interno por cirugía realizada.

Rotación de Gineco-Obstetricia: El interno tendrá el deber de participar en el área de sala de partos, así como las evoluciones de la gestante desde su ingreso ya sea por emergencia o por consultorio externo.

Así mismo durante la inducción, explicaron las obligaciones, deberes y faltas que tendrá que cumplir en interno de medicina durante todo el año. ~~No obstante~~, el área de Salud Ocupacional realizó una charla acerca de las medidas de bioseguridad y sobre las medidas iniciales que debe realizar el interno si se produjera un accidente en el ámbito hospitalario.

Se recibió charla acerca de la Tuberculosis ya que es una de las patologías vistas más frecuentemente en el HNHU, ya que este cuenta con un área

especial para estos pacientes, durante esta charla se explicó las precauciones y medidas de protección que se debe tener durante la rotación hospitalaria.

Uno de los últimos temas relacionado en la inducción, fue la asignación de las rotaciones del interno de medicina, que fueron seleccionadas de acuerdo con una nota obtenida en un examen sobre conocimientos teóricos básicos dividido en cuatro segmentos con relación a las cuatro rotaciones.

El grupo de Cirugía General, primera rotación de los internos encargados de este trabajo de sustentación profesional, donde llevaron a cabo las actividades previamente señaladas, divididas en 3 servicios, llevando a cabo 1 mes en cada una de ellas, siendo éstas: servicio A, servicio B y área de emergencia.

Por la situación inicial de la pandemia en el país y previa declaración de cuarentena a partir del día 15 de marzo del 2020 por el presidente de la República, cada sede universitaria encargada de velar por el interno de medicina, pronunciaron un comunicado exigiendo la suspensión temporal de las actividades de los internos de los diferentes establecimientos de salud a nivel nacional.

El día 30 de setiembre del año 2020, el Hospital Nacional Hipólito Unanue emite una resolución directoral N°224 relacionada al retorno al internado médico, respetando las pautas que el MINSa proporciona de acuerdo con el Decreto de Urgencia N°090-2020: "Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de internos de ciencia de la salud".

De acuerdo con el artículo 1 de la resolución directoral N°224, se autoriza la reanudación de las actividades de los internos, a partir del día 15 de octubre del 2020, previa aceptación de un consentimiento informado provisto por el hospital y la universidad¹.

Sin embargo, se presentaron inconvenientes respecto al retorno al hospital, siendo una de ellas:

El número de internos de medicina que decidieron regresar al HNHU fue reducido, siendo 62 internos de medicina, de las diferentes universidades, quienes decidieron volver voluntariamente, habiendo sido previo a la pandemia 109 internos aproximadamente¹.

En el mes de octubre, por parte de OADI, comunicó que solo habían aceptado las rotaciones dentro del departamento de Pediatría y Cirugía General¹.

Sin embargo, a mediados de noviembre, el departamento de Medicina Internay Gineco-Obstetricia aprobaron el retorno del interno a sus áreas, con ello sedio la continuación de las rotaciones faltantes.

La rotación por área contó con una duración total de 30 días, estos repartidos durante 2 meses; siendo el grupo total de internos divididos en 2 grupos, cumpliendo los puntos del Decreto de Urgencia N.º 09-2020, sobre el desarrollo de actividades del interno de medicina, del cual, bajo un régimen de 15 días tendrá una asistencia continua al establecimiento de salud, en áreas no COVID, seguidos de 15 días de descanso².

Respecto a la realización de las actividades académicas, al inicio del internado estas se llevaban a cabo según exigencias de cada coordinador de los servicios, siendo en su mayoría exposiciones semanales efectuadas por los internos. Durante la pandemia se vieron afectadas al retorno a la sede hospitalaria, dada la prohibición de aglomeraciones como parte de la prevención del contagio del COVID 19.

En cuanto a la situación actual, desde el retorno de los internos, el hospital se hizo cargo de proveer el equipo de protección personal adecuado y completo, el cual consta de un mandil o ropa descartable diario, mascarilla quirúrgica diaria, mascarilla N95 semanal, gorro descartable diario, además de lentes y protector facial.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es uno de los pasos más importantes e iniciales que debe lograr un estudiante de pregrado para poder alcanzar el objetivo de convertirse en un profesional de la salud.

Durante este período, el interno de medicina aplica los conocimientos teóricos adquiridos durante toda la carrera universitaria en la práctica preprofesional. Así mismo siendo reconocidos como personal del área de salud, tendrá que cumplir con metas y objetivos instaurados por los establecimientos de salud.

Durante esta etapa, el interno de medicina tiene la oportunidad de permanecer en contacto con pacientes de todas las áreas de rotación, lo que le permite reconocer los riesgos, aplicar medidas preventivas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los principales problemas de salud.

El desarrollo de las actividades del interno de medicina dentro del Hospital Nacional Hipólito Unanue, fueron divididas en los cuatro principales departamentos: Cirugía general, Pediatría, Medicina general y Gineco obstetricia.

1.1 Cirugía general

El interno de medicina logra alcanzar la capacidad de reconocer las patologías más frecuentes vistas sobre todo en el área de emergencia siendo: apendicitis aguda, cólico biliar, obstrucción intestinal, pacientes politraumatizados, etc. Así como su manejo ya sea en cuanto al tratamiento médico o quirúrgico y su evolución posterior. De igual manera aplicar nuestro conocimiento práctico

sobre el manejo de heridas y quemaduras.

Dentro del área de hospitalización el interno de medicina tendrá la necesidad de observar la evolución del paciente antes y después de la operación hasta su alta. Además de la participación del interno de medicina como ayudante en sala de operaciones.

El interno de medicina tendrá la oportunidad de rotar en el área de cirugía pediátrica como parte de su rotación en emergencia.

Dado que fue la rotación que se pudo llevar antes de la pandemia, se observó gran variedad de las principales patologías quirúrgicas desde su ingreso y evolución hasta el alta. siendo estas principalmente: apendicitis aguda, colecistitis crónica calculosa, obstrucciones intestinales, manejo de politraumatizados, suturas, quemaduras y mordeduras caninas.

La desventaja durante este periodo fue la falta de rotación por el servicio de traumatología y la imposibilidad de terminar aquella rotación luego del retorno al internado.

1.2 Pediatría

El departamento de pediatría del HNHU está dividido en dos áreas, donde el interno de medicina tendrá la obligación de participar de forma activa tanto en la unidad de neonatología como en la unidad de pediatría.

Dentro del área de neonatología el interno de medicina lograra aprender el manejo y cuidado del recién nacido en la unidad de atención inmediata y en alojamiento conjunto.

En el área de pediatría deberá intervenir en el manejo del niño y adolescente en el área de emergencia, en la elaboración de historias clínicas y evoluciones durante la hospitalización ya sea en el área general, unidad de cuidados intermedios y UCI pediátrica.

Por motivos de la pandemia, el número de pacientes pediátricos hospitalizados fue bastante reducido, siendo esta la rotación más afectada en cuanto al aprendizaje sobre el manejo de las patologías más frecuentes ya que sólo se admitía a pacientes cuyo cuadro necesitaba de evaluación constante o de difícil manejo dentro del área de emergencia, en la mayoría de los casos niños menores de 10 años.

1.3 Medicina interna

El departamento de Medicina Interna es el lugar donde el interno de medicina tendrá que aplicar el máximo de conocimientos sobre todo en el marco conceptual como procedimental, esta área abarca múltiples subespecialidades, ya sea Cardiología, Neurología, Nefrología, Neumología, Gastroenterología, Infectología, entre otros.

El interno de medicina será el responsable de recibir al paciente traído de emergencia, realizar una adecuada historia clínica y evolución diaria durante su hospitalización, así como el alta médica.

Durante la rotación en medicina, se observó una amplia variedad de patologías siendo entre ellas las más frecuentes: neumonías, cirrosis hepática, diferentes tipos de cáncer, enfermedades renales, complicaciones de la diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, hemorragias digestivas altas y bajas, entre otros. Además de realizar la curación de úlceras por presión en diferentes grados.

La rotación por el área de emergencia fue bastante limitada, dado que no se rotaba por el área de triaje o box donde se realiza la atención primaria, sino que solo se da apoyo en el área de observación.

1.4 Gineco - obstetricia

El departamento de Ginecología y Obstetricia, donde el interno tendrá la capacidad poner en práctica sus conocimientos y destrezas en la atención de las principales patologías obstétricas y ginecológicas, tendrá a cargo la elaboración o confección de historias clínicas y la evaluación diaria de los pacientes hospitalizados, debiendo informar la evolución a su residente y médicos asistentes.

Además de participar en las cirugías programadas ya sean obstétricas como ginecológicas dentro de esta también en el área de mastología.

Al final de la rotación el interno de medicina deberá ser capaz de dar atención primaria a los pacientes que lleguen por el servicio de emergencia, así como

también en la atención del parto.

Dentro del área de hospitalización se logró participar en el manejo de principales patologías como: miomatosis uterina, cáncer de cérvix, quistes de ovario, infecciones del tracto urinario, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, atonía uterina, diferentes tipos de aborto, así como papilomas ductales, tumor phyllodes, entre otros.

Por la pandemia esta rotación se vio levemente afectada, ya que los internos solo desarrollan sus actividades dentro del área no COVID reduciendo significativamente el número de pacientes con los que se está en contacto, siendo esta más significativa en el área de atención del parto.

1.5 Casos clínicos

• Cirugía general 1

Paciente varón de 25 años, que llega a la emergencia durante la noche (11 pm), con un tiempo de enfermedad de 12 horas, de inicio insidioso caracterizado por dolor localizado en epigastrio tipo punzante de intensidad 3/10, no irradiado, no asociado a náuseas y vómitos, refiere que es la primera vez que presenta este cuadro, refiere haber tomado analgésicos pero que no le calma el dolor.

Antecedente de asma bronquial desde los 12 años.

Funciones vitales: FC: 95 lpm, FR: 17 rpm, PA: 110/90 mmHg, saturación: 98%, FiO₂: 21% temperatura: 35.9°.

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, diaforético. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, RHA (+), leve dolor a la palpación profunda en epigastrio, Murphy (-), McBurney (-), rebote (-), no se palpan masas, no hepatomegalia. Genitourinario: PPL (-) y PRU (-). SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Se cataloga como síndrome doloroso abdominal a descartar pancreatitis aguda vs gastritis crónica. El paciente queda en observación en emergencia, se le indica exámenes de laboratorio: hemograma, electrolitos, amilasa, lipasa, PCR y se le deja el tratamiento: NPO, NaCl 0.9% 1000cc y ranitidina 50 mg por vía EV lento.

Después de 2 horas se reciben exámenes de laboratorio: Hemograma: leucocitos: 12000/mm³, hemoglobina: 13.5 g/dL, hematocrito: 33.6%, plaquetas: 185000/mm³, bandas: 01, amilasa: 70 mg/dl, lipasa: 45 mg/dl y PCR: 0.9 mg/dl Seis horas después se reevalúa, paciente refiere que cuadro no mejora, a su vez refiere que el dolor empieza a irradiarse a fosa iliaca derecha de tipo punzada, intensidad 7/10 asociado a náuseas y vómitos (contenido salival), en el examen físico se encuentra abdomen blando, poco depresible, doloroso a la palpación profunda y superficial en fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), rebote(+), Blumberg (+), Rovsing (+). Con lo que se actualiza los diagnósticos a síndrome doloroso abdominal: apendicitis aguda complicada a descartar peritonitis aguda (de acuerdo con los criterios de Alvarado: 8 puntos). Por lo que se plantea programar para sala de operaciones, se indica: NPO, ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas, metronidazol 500 mg EV cada 8 horas, hioscina 20 mg (1 amp), dimenhidrinato 50mg (1 amp) y NaCl 0.9% 1000cc vía EV. Se le solicita exámenes de laboratorio: grupo sanguíneo y factor, y tiempo de coagulación y sangría, además se solicita ecografía abdominal.

Después de una hora, con los resultados de los exámenes solicitados y la ecografía que evidencia líquido libre en cavidad y dilatación de la pared del apéndice, paciente pasa a sala de operaciones con diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo quirúrgico y con la operación propuesta de laparotomía exploratoria, la cual dura 45 minutos, sin complicaciones, con diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda complicada, durante la operación se coloca un dren Penrose en fosa iliaca derecha.

Dentro de los hallazgos operatorios se encontró a la apertura de la cavidad abdominal líquido purulento de aproximadamente 50cc en fondo parietocólico derecho, apéndice cecal de 10 cm por 1.5 cm de posición paracecal, necrosada en toda su extensión, base en regular estado, parcialmente plastronada en ciego y epiplón.

Paciente pasa a URPA (unidad de recuperación post anestesia), con tratamiento indicado por el médico asistente que incluye NPO, hidratación parenteral con NaCl 0.9% 1000cc (2 frascos), dextrosa 5% 1000 cc + KCl 20% (1 amp) + NaCl 20% (2 amp), ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, metoclopramida 10 mg EV cada 6 horas vía EV, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas. Luego de 3 horas paciente ingresa a pabellón de cirugía general al área de comunes para su hospitalización.

La evolución del paciente durante su estadía fue favorable, sólo el primer día de post-operado estuvo en reposo gástrico, los siguientes días se progresó la dieta, se realizó la curación de la herida diariamente junto con el retiro progresivo del dren Penrose, no presentó ninguna complicación por lo que es dado de alta al sexto día de su hospitalización con tratamiento analgésico por 5 días y se le programa su cita control en 7 días por consultorio de cirugía general.

• Cirugía general 2

Paciente varón de 10 años llega a emergencia, acompañado de su madre, referido del hospital de Huaycán con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, a descartar apendicitis aguda.

Paciente refiere cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de 18 horas de evolución, que inicia en mesogastrio y con las horas se va localizando en cuadrante inferior derecho, de regular intensidad. Asociado a hiporexia, náuseas, vómitos de contenido alimentario (3 oportunidades) y fiebre cuantificada de 38.4° para lo que la madre le administra paracetamol. Niega cuadro de resfrío o diarrea previos.

Sin antecedentes personales y familiares de importancia, cuenta con vacunas completas, niega alergias.

Al examen físico: frecuencia cardiaca 92 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, presión arterial: 100/65 mmHg, temperatura: 37.5°. Saturación de oxígeno: 99%. FiO2: 21%, talla: 128 cm. peso: 32 kg. Paciente en posición antiálgica (flexión del cuerpo sobre el abdomen) con facie dolorosa. Piel tibia, elástica e hidratada, leve palidez, mucosa oral seca, orofaringe no congestiva. Tórax

y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: plano, blando, depresible, doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho, ruidos hidroaéreos (+), McBurney (+), Murphy (-), rebote (-), psoas (+), no masas, no visceromegalia. Sistema nervioso central: escala de Glasgow 15/15, lúcido, orientado en las 3 esferas.

Presenta resultados de exámenes de laboratorio: hemograma hemoglobina: 12.3 gr/dL, plaquetas: 230000/mm³, leucocitos: 9800/mm³, sin desviación a la izquierda. PCR: 1.5 mg/dl. Perfil coagulación sin alteraciones, examen de orina sin alteración. Grupo sanguíneo y factor: O+. Ecografía abdominal sin alteraciones.

Se hace diagnóstico de apendicitis aguda (según puntuación para apendicitis pediátrica se obtiene 6 puntos) (ver Anexo 1) por lo que el paciente es programado para apendicectomía laparoscópica. Dentro de los hallazgos quirúrgicos se encuentra: apéndice vermiforme con base en buen estado, no líquido en cavidad. Clasificándose como una apendicitis aguda no complicada.

Post cirugía se indica hidratación parenteral, antibioticoterapia profiláctica y analgesia, luego de 8 horas del postoperatorio inicio de tolerancia oral y deambulación. Paciente pasa a pabellón de cirugía pediátrica para observar evolución. Paciente tolera bien la vía oral, deambula, realiza deposiciones, herida operatoria limpia sin signos de flogosis. Evolución satisfactoria del paciente por lo que se da el alta a las 48 horas.

• Cirugía general 3

Paciente varón de 55 años acompañado por familiar ingresa por emergencia durante la noche por presentar, desde hace 4 horas aproximadamente, cuadro de inicio insidioso caracterizado por dolor en abdomen de tipo difuso, de intensidad 5/10 tipo cólico, asociado a 2 episodios de vómitos de contenido fecaloideo 3 horas antes del ingreso, sin presencia de náuseas, refiere no emitir flatos, niega realizar deposiciones desde hace 2 días, niega sensación

de alza térmica. Con antecedente de hipertensión arterial, desde hace 10 años con tratamiento regular, tuberculosis pulmonar con tratamiento completo hace 15 años, estreñimiento crónico desde hace 3 años. Refiere que presentó cuadro similar hace una semana atrás pero que calmo con analgésicos, familiar menciona que paciente presenta pérdida de peso 2 kg en 2 meses. Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 84 lpm, FR: 19 rpm, saturación: 97%, temperatura: 36.9°, FiO₂: 21%.

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, palidez en piel y mucosas +/-, no edemas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: poco depresible, globuloso, RHA (+) aumentados, timpánico, rebote (+), no masas, no visceromegalia. Genitourinario: puntos renoureterales (-) y puño percusión lumbar (-). Sistema nervioso central: lucido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Se cataloga como un síndrome doloroso abdominal: obstrucción intestinal, a descartar vólvulo sigmoides. El paciente se queda en observación durante 24 horas en emergencia, se le solicita exámenes de laboratorio: hemograma, electrolitos séricos, urea y creatinina en sangre, perfil hepático, perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor, PCR y una radiografía de abdomen de pie. Y se deja de tratamiento al momento: NPO, NaCl 0.9% 1000 cc, hioscina 10 mg EV, ranitidina 50 mg EV, metamizol 1gr EV y se solicita la colocación de sonda rectal para descompresión.

Después de 2 horas se reciben exámenes de laboratorio: Hemograma: leucocitos: 18.000/mm³, hemoglobina: 9.5 gr/dL, plaquetas: 220.000/mm³, bandas: 0; electrolitos séricos: Na⁺: 130 mEq/L, K⁺: 2.5 mEq/L, Cl⁻: 101 mEq/L; perfil de coagulación: valores normales, grupo sanguíneo y factor: O+, PCR: 6.9 mg/dl y creatinina en sangre: dentro de lo normal, perfil hepático: albúmina: 2.8 gr/dl, bilirrubina total: 0.9 mg/dl; en la radiografía de abdomen de pie se evidencia el signo de grano de café, abdomen se encuentra distendido aun con la sonda rectal. Paciente con los diagnósticos nuevamente planteados: Abdomen agudo quirúrgico: vólvulo de sigmoides; trastorno hidroelectrolítico: hiponatremia y anemia leve.

Es programado para sala de operaciones, con el diagnóstico preoperatorio de Abdomen agudo quirúrgico: vólvulo de sigmoides y como operación propuesta: laparotomía exploratoria, operación duró 1 hora y 20 minutos, sin complicaciones durante la operación, el diagnóstico postoperatorio fue vólvulo de sigmoides con signos de estrangulamiento y la operación efectuada fue una laparotomía exploratoria más colectomía y colostomía tipo Hartman.

Paciente pasa estable a la unidad de recuperación, con tratamiento indicado por medico asistente: reposo gástrico, NaCl 0.9% 1000cc, dextrosa al 5% 1000cc + NaCl20% (2 amp) + KCl 20% (1 amp), ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas + metronidazol 500 mg EV cada 8 horas, metamizol 1gr EV cada 8 horas, tramadol 50 mg subcutáneo condicional a dolor intenso, hioscina 20 mg EV cada 12 horas, metoclopramida 10 mg EV cada 6 horas, ketoprofeno 100 mgEV cada 8 horas y omeprazol 40 mg EV cada 24 horas. Luego de 3 horas paciente pasa al pabellón de cirugía general hacia el área de comunes, durante su estadía, el paciente estuvo 2 días en NPO, después se fue probando con tolerancia oral, para pasar a dieta líquida amplia más líquidos a voluntad y finalmente a una dieta blanda, no presentó incidencias, con un gasto de la colostomía entre los rangos normales sin presentar signos de infección alrededor del estoma, con evolución favorable paciente sale de alta hospitalaria sexto día, con analgésicos y cita por consultorio externo de cirugía general en 7 días.

• Cirugía general 4

Paciente mujer de 49 años con tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 años refiere inicio de cuadro caracterizado por dolor en hipocondrio derecho tipo cólico de intensidad 3/10 asociado a distensión abdominal no asociado a otros síntomas, que inicia post ingesta copiosa de alimentos, por lo cual acude a centro de salud donde se sugiere tratamiento con antiespasmódico y ecografía abdominal. Paciente refiere que una semana después acude al gastroenterólogo donde se le realizan los estudios ecográficos evidenciándose pólipo vesicular de 9mm, por lo que se le sugiere controles

periódicos (cada 6 meses). Refiere que dicho dolor se presenta en diferentes oportunidades y en las cuales usa la misma medicación.

Un mes antes del ingreso se realiza una nueva ecografía donde se observa que el pólipo vesicular aumento de tamaño, midiendo 17mm x 12mm, por lo que la paciente es referida al consultorio externo de cirugía general para manejo quirúrgico. Paciente niega pérdida de peso durante los últimos 2 años. No antecedentes personales ni familiares de importancia.

Al examen físico: frecuencia cardiaca: 68 lpm, frecuencia respiratoria: 17 rpm, presión arterial: 110/70 mmHg, SatO₂: 98%, FiO₂: 21%. Temperatura: 36.8°C. Piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosas húmedas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), leve dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. McBurney (-), Murphy (-), rebote (-), no masas, no visceromegalia. Neurológico: despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares: hemograma: hemoglobina: 13.3 gr/dL, leucocitos: 7000/mm³, plaquetas: 232000/mm³. PCR: 0.7 mg/dl, perfil hepático y de coagulación dentro de los valores normales. Grupo sanguíneo y factor: B+. VIH, sífilis y hepatitis B negativos. Ecografía abdominal: imagen polipoide de base estrecha hiperecogénica sin sombra acústica posterior de 17mm x 12mm ubicado en cuerpo vesicular. No litiasis.

Por lo cual se programa a la paciente para una colecistectomía laparoscópica. Hallazgo operatorio: vesícula biliar de 6 x 3 cm de paredes delgadas con contenido bilioso (no se apertura vesícula), colédoco de 3mm, vías biliares nodilatadas. Se envía pieza operatoria para estudio anatomopatológico.

Se indica reposo gástrico, hidratación parenteral, antibioticoterapia profiláctica con ceftriaxona 2 gr EV al momento, inicio de tolerancia oral a las 8 horas. Paciente pasaa pabellón de cirugía donde evoluciona de manera favorable y es dada de alta a las 48 horas post cirugía. A los 5 días regresa para resultado de estudio anatomopatológico donde se informa pólipo colosterolósico.

• **Pediatría 1**

Neonato (mujer) de 4 días es traída por su madre quien refiere que al alta postparto neonatólogo le sugiere acudir por emergencia a las 48 horas para control de peso del recién nacido ya que la recién nacida presentaba bajo peso al nacer (3010 gr), niega cualquier otro signo o síntoma de alarma.

Al examen físico: frecuencia cardíaca: 125 lpm, frecuencia respiratoria: 30 rpm, temperatura: 37.3°C (rectal), FiO₂:21%. Peso: 2980 gr. Talla: 50 cm. Normocéfalo. Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, ictericia ++/+++ hasta muslos. Mucosas húmedas. No edemas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardíacos regulares rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos (+). Neurológico: despierto, activo y reactivo a los estímulos externos. Locomotor: moviliza 4 extremidades.

Antecedentes: nacido por parto eutócico, sin complicaciones. Peso: 3010 gr. Talla 50 cm. Apgar 9¹- 9⁵. Antecedentes familiares sin alteraciones.

Al revisar la ficha CLAP del neonato, se observa grupo sanguíneo materno: O+, grupo sanguíneo del recién nacido: A+. Pensando en la incompatibilidad ABO se solicita hemograma y bilirrubinas.

Se recibe resultados de laboratorio donde se observa: hemoglobina: 13 gr/dL, plaquetas 300000/mm³, leucocitos: 8000/mm³, bilirrubina total: 17.4 mg/dl.

Con los resultados, se llama al neonatólogo para reevaluación, quien decide hospitalización para fototerapia.

• **Pediatría 2**

Lactante mujer de 2 meses de edad es traída por su padre, refiriendo que desde hace una semana paciente se torna irritable presentando llanto durante la noche generalmente entre las 10 pm y 3 am, asociado a eliminación de flatos, observando que toma una posición de flexión de la rodilla contra el

pecho. Además, el padre refiere que la lactante estuvo presentando deposiciones líquidas.

Antecedentes: parto distócico (por cesárea previa) de 38 semanas, peso al nacer 3175 gr, talla 49 cm, Apgar 9 - 9. Madre cumplió con los controles prenatales (más de 6). Inmunizaciones completas hasta el primer mes según cartilla de vacunación (BCG y HVB). Niega otros antecedentes de importancia. Lactancia materna exclusiva.

Al examen físico: frecuencia cardiaca: 176 lpm, frecuencia respiratoria: 45 rpm, temperatura: 36.8°C, saturación: 98%, FiO:21%. Peso: 4860 gr. Talla: 56cm. Piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no ictericia. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacosrítmicos regulares de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), no visceromegalia, no doloroso a la palpación. Locomotor: moviliza todas las extremidades. Neurológico: despierto, activo y reactivo a estímulos externos.

Por lo descrito por el padre de familia y al no encontrarse mayor sintomatología, se diagnostica como un cólico del lactante, por lo que se brinda información al familiar y se receta paracetamol y simeticona vía oral condicional a cuadro clínico.

• **Pediatría 3**

Paciente varón de 2 años traído por su madre llega a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días, ingresó por presentar desde hace 3 días fiebre cuantificada por la madre de 38.9°C (axilar) que cede momentáneamente cuando le administra paracetamol en gotas, asociado a deposiciones líquidas sin presencia de sangre de varios episodios al día (madre refiere 3 veces al día) desde hace 4 días, presenta 2 episodios de vómitos de contenido alimentario, siendo el último 8 horas antes del ingresar a emergencia, madre refiere que paciente bebe poca agua. Con antecedente de haber presentado un cuadro respiratorio hace 1 semana, madre comenta que paciente no cuenta con vacunas completas.

Funciones vitales: frecuencia cardiaca: 89 lpm, frecuencia respiratoria: 17 rpm, temperatura: 36.8°C (axilar), FiO₂:21%, peso: 29 kg, talla: 123 cm.

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, mucosa oral seca, no palidez, no edemas. Cabeza y cuello: normocéfalo, ojos levemente hundidos, cuello cilíndrico, simétrico. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, no masas, no hepatomegalia. Genitourinario: puño percusión lumbar (-), puntos renouretrales (-). Neurológico: despierto, irritable.

Se plantea el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda con deshidratación moderada. El paciente queda en observación, se le indica a la madre probar tolerancia oral con pequeñas tomas de agua purificada espaciadas en un tiempo de 3 horas, para ver si el paciente lo tolera. Se le indica exámenes de laboratorio: reacción inflamatoria en heces, hemograma y prueba rápida COVID 19.

Paciente es evaluado después de 4 horas, madre refiere que paciente tolero las tomas de agua, niega presentar vómitos, se recibe hemograma: leucocitos: 11000/mm³ hemoglobina: 12.5 gr/dL, plaquetas: 345000/mm³ y bandas: 0; reacción inflamatoria en heces: leucocitos: 60-55 por campo, y la prueba rápida COVID 19 negativo.

Paciente con evolución favorable es dado de alta, se le explica a la madre los signos de alarma y se le indica la toma de paracetamol en jarabe condicional a la fiebre.

• **Pediatría 4**

Paciente mujer de 14 años acompañada de su madre llega a emergencia durante la mañana, con un tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por tos productiva, sudoración por las noches, sensación de alza térmica durante las mañanas y pérdida de peso en las últimas 2 semanas, 3 horas antes del ingreso paciente refiere presentar tos exigente que se acompaña de sangrado por la boca de escasa cantidad. Paciente

niega haber tenido contacto con familiar con tuberculosis. Niega haber presentado episodio respiratorio anteriormente, refiere haber tomado paracetamol para la fiebre que solo calma la sintomatología momentáneamente. Paciente al llegar a la emergencia presenta de nuevo un episodio de hemoptisis, niega presentar pérdida de conocimiento, madre nota que paciente se torna pálida.

Funciones vitales: PA: 100/60 mmHg, FC: 65 lpm, FR 17 rpm, temperatura: 36.6°C (axilar), FiO₂: 21%, peso: 38 kg, talla: 163 cm.

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, poco elástica, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, palidez en piel y mucosas +/-+++, no edemas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa disminuido en 2/3 posteriores de hemitórax derecho, presencia de subcrépitos finos en hemitórax derecho, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, panículo adiposo disminuido, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, no masas, no hepatomegalia. Aparato genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Puntos renoureterales (-). Neurológico: despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Se plantea el diagnóstico probable de una TBC pulmonar. La paciente queda en observación en emergencia, se le solicita exámenes de laboratorio: hemograma, grupo sanguíneo y factor, perfil de coagulación, BK en esputo, radiografía de tórax y prueba molecular COVID 19. El plan propuesto fue dejar a la paciente en NPO, administrar hidratación endovenosa y codeína intramuscular 30mg cada 6 horas.

Después de 2 horas de observación, paciente refiere no presentar tos, por lo que se decide tomar el BK en esputo, aún pendiente los resultados de laboratorio así como de la prueba molecular COVID 19, se reciben exámenes de laboratorio: hemograma: leucocitos: 18000/mm³, hemoglobina: 9.9 gr/dL, plaquetas: 178.000/mm³, bandas: 0: perfil de coagulación: sin alteraciones, grupo sanguíneo y factor: O+, radiografía de tórax se ve calcificaciones ubicadas en hemitórax derecho en el 2/3 posteriores además de aumento de la trama vascular de aquella zona.

Se decide la hospitalización de la paciente en el área de aislamiento de

pediatría, luego de 4 horas, se recibe BK en esputo con resultado positivo, se plantea el diagnóstico definitivo de una TBC pulmonar, la madre de la paciente comenta que, dentro de su casa, vive un familiar el cual tuvo TBC pulmonar hace 2 meses con tratamiento completo.

Al día siguiente se recibe prueba molecular COVID 19 negativo. Al segundo día se inicia el esquema sensible anti-tuberculosis a dosis pediátrica (ver Anexo 2), previa realización de interconsulta a neumología, recibiendo autorización de dicho servicio. Cursa con buena evolución, sin presentar interurrencias, es dada de alta al quinto día de hospitalización, siguiendo las pautas de continuar su tratamiento anti TBC sensible de forma ambulatoria y controlada por centro de salud más cercano.

• **Medicina interna 1**

Paciente varón de 45 años que ingresa emergencia traído en ambulancia y acompañado de un familiar (hijo), con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, refiere que durante su viaje desde Cerro de Pasco a la ciudad de Huancayo, presenta cefalea tipo compresiva de intensidad 7/10, no irradiado, a predominio de zona frontal asociada a mareos y 2 episodio de vómitos, niega presentar pérdida de conocimiento, por lo que decide ir a una centro de salud donde refiere que le dan un antiemético "Gravol" que le calma sintomatología momentáneamente.

Cinco días después de llegar a Huancayo, refiere que empieza a presentar debilidad en los miembros inferiores, cefalea de tipo pulsátil esta vez localizado a nivel de zona occipital asociado a visión borrosa por lo que es llevado por su familiar a una clínica de la ciudad donde le indican que se realice una resonancia magnética cerebral, según refiere el paciente el médico de la clínica no visualiza ninguna lesión y le sugiere que vaya a Lima para que realizarse más estudios, refiere haber tomado de nuevo el "Gravol" más diclofenaco pero que no le calma malestar.

Paciente llega a lima 6 días después del evento, refiere que la cefalea se vuelve más intensa 8/10, asociándose pérdida de la fuerza, sensación de alza térmica no cuantificada refiriendo múltiples episodios vómitos no precedidos por náuseas, familiar refiere que paciente pierde la conciencia,

niega que haya presentado convulsiones.

Paciente refiere que es primer episodio Niega presentar antecedentes personales y familiares al momento de realizar la historia clínica. Niega haber tenido un cuadro infeccioso digestivo o respiratorio

Funciones vitales: presión arterial: 115/75 mmHg, frecuencia cardiaca: 78 lpm, frecuencia respiratoria: 17 rpm, saturación: 96% FiO₂: 21% y temperatura: 38.8°C (axilar).

Examen físico: Piel tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no palidez, escleras levemente ictéricas, no edemas. Cabeza y cuello: normocéfalo, pupilas centrales isocóricas y reactivas a la luz, cuello cilíndrico y simétrico, no se palpan adenopatías. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, leves crépitos en ambas bases, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, no masas, no hepatomegalia. Aparato genitourinario: puño percusión lumbar negativo y puntos renoureterales negativos. Aparato locomotor: fuerza muscular en miembros inferiores 3/5, fuerza muscular de miembros superiores 4/5. Neurológico: no orientado en tiempo ni en lugar, pero si en persona, despierto, somnoliento, Kerning (-), Brudzinski (-), E. Glasgow: respuesta ocular: 3/4, respuesta verbal: 4/5, respuesta motora: 3/6 siendo el puntaje total de 10/15.

Se plantea en la emergencia el diagnóstico probable de síndrome confusional agudo: a descartar encefalitis viral. Paciente queda hospitalizado en el área de emergencia, se le instaura un plan terapéutico: NPO, hidratación parenteral con NaCl 0.9% 1000 (1), metamizol 1gr EV, dimenhidrinato 50 mg EV, dextrosa al 5% 1000cc + KCl 20% (1 amp) y NaCl 20% (1 amp), aciclovir EV cada 6 horas. Se indica los siguientes exámenes de laboratorio: hemograma, perfil de coagulación, electrolitos séricos, glucosa, urea y creatinina en sangre, perfil hepático, 2 análisis de gases arteriales (AGA) de control uno al ingreso y otro a las 24 horas, medición de glucosa con tiras reactivas, prueba molecular COVID-19 y nueva resonancia magnética cerebral.

Paciente durante su hospitalización en emergencia, refiere que la debilidad en ambas piernas ha mejorado levemente y los vómitos han cedido, sin

embargo, aún presenta cefalea ahora holocraneana de intensidad 6/10. Se reciben exámenes de laboratorio: hemograma: leucocitos: 8000/mm³, hemoglobina: 12.5g/dL, plaquetas: 237000/mm³; perfil de coagulación sin alteraciones; perfil hepático: bilirrubina total: 0.9 mg/dl, albúmina: 3.7 g/dl, resto de parámetros sin alteraciones, urea: 35 mg/dl, creatinina: 0.7 mg/dl, glucosa en sangre: 89 mg/dl, el primer AGA muestra alcalosis metabólica compensada con un lactato normal y el segundo AGA muestra acidosis respiratoria compensada con lactato elevado, prueba COVID-19 negativa. En la nueva resonancia magnética se observa múltiples lesiones hipointensas a nivel del lóbulo frontotemporal.

El cuadro clínico del paciente no mejora, es hospitalizado en pabellón de medicina interna, para ampliar los estudios. Durante su estadía, aún continúa con el tratamiento con aciclovir, no refiere que haya mejoría notoria, la cefalea sigue presente asociada a episodios de vómitos durante la noche, aumenta ladebilidad de miembros inferiores y mareos impidiendo la deambulaci3n. Durante el pase de visita, el m3dico asistente sugiere hacerle pruebas serol3gicas contra hepatitis B, sifilis y VIH, adem3s indica realizarle una punci3n lumbar para estudio citoqu3mico, ADA, tinta china, tinci3n Gram y cultivo.

Se realiza la punci3n lumbar encontr3ndose una presi3n de apertura 48 cm de H₂O, se observa salida de l3quido turbio y se env3a muestra obtenida para estudio. Al d3a siguiente se recibe resultado de las pruebas serol3gicas, Hepatitis B negativo, Sifilis (RPR y VDRL) negativo y VIH positivo, adem3s prueba de tinta china positiva. Con lo que se plantea el diagn3stico de neurocriptococosis asociado a infecci3n por VIH, se env3a interconsulta a infectolog3a solicitando el inicio de tratamiento con anfotericina B y Unidad de Cuidados Intensivos para la colocaci3n de cat3ter venoso central, para la administraci3n del medicamento.

Al paciente se le administra anfotericina B al 3er d3a de hospitalizaci3n, cursa con evoluci3n fluctuante, se le realiza punciones lumbares descompresivas en varias oportunidades debido a la persistencia de la cefalea y v3mitos. Despu3s de una semana de tratamiento presenta mejor3a, se decide hacer nueva interconsulta a infectolog3a para pase a su servicio.

Paciente con evoluci3n favorable es transferido del pabell3n de medicina

interna al pabellón de infectología para continuar tratamiento.

• Medicina interna 2

Paciente mujer de 67 años que ingresa a emergencia acompañado por su hija, con un tiempo de enfermedad de 4 días presentando dolor en abdomen tipo pesadez, de forma difusa de intensidad 7/10 no asociado a la ingesta de alimentos, fiebre cuantificada por paciente de 38.6°C, niega haber tomado medicamentos para malestar y sólo refiere uso de medios físicos, refiere episodios de vómitos de contenido alimentario, siendo el último vómito 3 horas antes de ingresar por emergencia, refiere episodios de deposiciones líquidas desde hace 3 días, elimina flatos en menor frecuencia.

Paciente con antecedente de cirrosis hepática desde hace 5 años con tratamiento irregular, hipertensión arterial desde hace 10 años sin tratamiento. Antecedentes de hospitalizaciones previas: hace 2 años por hemorragia digestiva alta asociada a rotura de varices esofágicas, hace 1 año atrás por cuadro de peritonitis bacteriana espontánea.

Funciones vitales: presión arterial: 125/75 mmHg, frecuencia cardíaca: 82 lpm, frecuencia respiratoria: 16 rpm, saturación: 95%, FiO₂: 21% y temperatura: 36.9°C (axilar).

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, ictericia en piel y mucosas +/+++ , presencia de edema en miembros inferiores +/+++ . Cabeza y cuello: normocéfalo, pupilas céntricas, isocóricas y reactivas a la luz, escleras ictéricas, presencia de telangiectasia en cara distribuida en forma asimétrica a predominio de zona nasogeniana, cuello cilíndrico y simétrico, no adenopatías. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos audibles. Abdomen: presencia de circulación colateral, blando, poco depresible, globuloso, ruidos hidroaéreos presente pero disminuidos en intensidad, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, signo de la oleada positiva, matidez desplazable, rebote positivo. Aparato genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos. Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades.

Neurológico: despierta, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Se plantea en la emergencia el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal agudo a descartar peritonitis bacteriana espontánea, y cirrosis hepática descompensada. Paciente queda hospitalizada en el área de emergencia. Se le indica exámenes de laboratorio: hemograma, perfil de coagulación, perfil hepático, electrolitos séricos, PCR; urea, creatinina y glucosa en sangre, prueba molecular COVID-19 y paracentesis diagnóstica. Siendo el plan de tratamiento: reposo gástrico, NaCl 0.9% 1000cc en infusión lenta, ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas, metamizol 1 gr EV y dimenhidrinato 50 mg EV.

En emergencia, después 12 horas, el paciente presenta leve mejoría del cuadro, niega presentar vómitos, se encuentra afebril, se reciben exámenes de laboratorio: Hemograma: leucocitos: 15000/mm³, hemoglobina: 11.7 gr/dL, plaquetas: 154.000/mm³, perfil de coagulación: tiempo de sangría: 4 seg, tiempo de protrombina: 12 seg, INR: 1.1, tiempo de trombina: 28 seg y fibrinógeno: 345mg/dl; perfil hepático: bilirrubina total: 1.7 mg/dl a predominio indirecto (0.9 mg/dl), TGO: 157 U/L, TGP: 104 U/L, fosfatasa alcalina: 178 U/L, albúmina: 2.5 gr/dl y proteínas totales: 5.7 gr/dl, Eletrólitos séricos: Na⁺: 130 mEq/l, K⁺: 4.1 mEq/l y Cl: 101 mEq/l. PCR: 1.2 mg/dl; urea y creatinina dentro de los valores normales, glucosa: 94 mg/dl. Prueba COVID-19 negativa. Paracentesis diagnóstica: líquido turbio, leucocitos: 780 mm³, glucosa: 65 mg/dl, proteínas: 1 gr/dl, albúmina: 1.9 gr/dl, gradiente albúmina sérica/líquido ascítico: 1.31.

Paciente es hospitalizado para continuar con su tratamiento antibiótico. Durante su estadía se cambia el antibiótico de ceftriaxona a cefotaxima completándolo por 7 días, se le realizó en una paracentesis diagnóstica al quinto día, sin alteraciones el líquido ascítico. Con buena evolución y recibiendo su última dosis de antibiótico y con una dieta normoproteica, hiposódica, es dada de alta al octavo día.

• Medicina interna 3

Paciente mujer de 76 años ingresa por emergencia. traída por su hija, con un tiempo de enfermedad de 5 días, familiar refiere que al llegar a su casa

encuentra a la paciente desorientada, no reconoce a sus familiares, no articula bien las palabras, además se percata que la paciente “arrastra” el miembro inferior derecho; por lo que es llevada a centro médico cercano donde se le sugiere realizar una tomografía cerebral para descartar un accidente cerebro vascular, pero al no contar con los medios económicos deciden no realizar el examen. Tres días antes del ingreso cuadro se asocia a cefalea frontal de regular intensidad. El día del ingreso al hospital paciente cursa con relajación de esfínteres y mayor decaimiento.

Paciente refiere hospitalización previa, en el Hospital Loayza, hace 4 meses por cuadro de disnea, donde se le realizó toracocentesis refiriendo haber tenido resultados “normales”, y COVID 19 (+). Antecedente de TBC pulmonar en tratamiento, segunda fase de esquema sensible. Niega otras patologías. Estado basal: independiente.

Al examen físico: frecuencia cardíaca: 82 lpm, frecuencia respiratoria: 16 rpm, presión arterial: 110/60 mmHg saturación: 94%, FiO₂: 21% temperatura: 37.6°C. Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, palidez +/+++ . Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa adecuado en ambos hemitórax, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de regular intensidad, no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Locomotor: moviliza las 4 extremidades, fuerza motora disminuida en miembro inferior derecho (1/5). Neurológico: despierta, orientada en persona, escala de Glasgow: 13/15, disartria, no signos meníngeos.

En la emergencia se solicita hemograma, glucosa, perfil de hepático y de coagulación, BK en esputo, VIH y tomografía cerebral sin contraste. Se indica tratamiento con dexametasona EV. En la tomografía cerebral se observa encefalomalacia, leve dilatación de ventrículos laterales. Hemograma: hemoglobina: 11.5 g/dl, plaquetas 180000/mm³, leucocitos: 9500/mm³. Glucosa: 84 gr/dl. BK en esputo (-). VIH negativo.

Paciente es evaluado con resultados, se sugiere realizar una punción lumbar para descarte de meningitis bacteriana vs viral. Se realiza la punción lumbar observando líquido claro y presión de apertura de 30 mmH₂O y se envía

muestra para estudios.

En hospitalización se observa mejoría de la paciente, articula mejor las palabras llegando a ser comprensibles, además de recuperación de la fuerza motora en el miembro inferior derecho (3/5). Se recibe resultado de punción lumbar encontrándose leucocitos 90/mm³, glucosa 19 mg/gl, proteínas 97 mg/dl, ADA: 72, tinta china (-).

Motivo por el cual se inicia esquema para TBC sistémica, además de mantener el corticoide. El paciente presenta mejoría y es dada de alta a los siete días. Se le indica continuar con su tratamiento en el centro de salud más cercano.

• Medicina interna 4

Paciente varón de 73 años acude por emergencia ingresa por emergencia, acompañado por personal de enfermería del albergue, con un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por aumento de volumen de miembro inferior izquierdo que llega hasta la rodilla, asociado a dolor a la deambulaci3n. Antecedente de hipotiroidismo sin tratamiento. Tabaquismo por 20 a1os, 15 cigarros al d1a, hasta hace 5 a1os.

Al examen f1sico: frecuencia cardiaca: 70 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, presi3n arterial: 120/80 mmHg, saturaci3n: 96%, temperatura: 36.2°C, FiO₂:21%. Piel tibias, el1stica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis. T3rax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, subcr3pitos bibasales, no tiraje. Cardiovascular: ruidos cardiacosr1tmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroa3reos (+), no doloroso a la palpaci3n, rebote (-), Murphy (-). Genitourinario: puntos renoureterales (-), pu1o percusi3n lumbar (-). Miembro inferior izquierdo: aumento de volumen hasta por debajo de la rodilla, asociado a eritema y calor, leve dolora la presi3n a predominio de zona maleolar, no evidencian lesiones.

Se plantea como diagn3sticos probables: celulitis de miembro inferior izquierdo vs trombosis venosa profunda, motivo por el cual se solicita hemograma; perfil hep1tico, lip1dico y tiroideo; examen de orina, PCR y ecograf1a Doppler de miembro inferior izquierdo.

Exámenes de laboratorio: hemograma: leucocitos: 5300/mm³, hemoglobina: 13.4 gr/dL. plaquetas: 338000/mm³; electrolitos, perfil hepático y lipídico dentro de los valores normales, PCR: 1.6, examen de orina: leucocitos: 3 – 5 por campos, gérmenes: 1+, nitritos (-), cetonas (-), Perfil tiroideo: TSH: 1.7 U/ml, T4: 8 ng/ml, T3: 1.3 ng/ml. Ecografía Doppler de miembro inferior izquierdo: no presencia de trombosis venosa superficial ni profunda.

Se diagnostica como celulitis de miembro inferior izquierdo por lo que se indica tratamiento con clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y oxacilina 2 gr EV cada 6 horas, con lo cual se evidencia mejoría clínica y es dado de alta al cuarto día, cambiando medicación a vía oral por 3 días.

• Gineco obstetricia 1

Paciente mujer de 21 años acude por emergencia refiriendo sangrado vaginal de 12 horas de evolución de regular cantidad (cambio de 3 toallas femeninas) asociado a dolor pélvico tipo cólico de moderada intensidad. Niega náuseas y vómitos. Niega sensación de alza térmica. No descarta la posibilidad de estar gestando.

Antecedentes: fecha de última menstruación: hace 2 meses aproximadamente, la cual la paciente refiere ~~como~~ que no fue como una menstruación normal sino como manchas. Régimen catamenial: 4/30. Inicio de relaciones sexuales: 18 años. Niega el uso de métodos anticonceptivos. Al examen físico: frecuencia cardíaca: 94 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, presión arterial: 90/60 mmHg, temperatura: 37°C, saturación: 98%, FiO₂: 21%.

Paciente en posición antiálgica. Piel fría, elástica, hidratada, palidez ++/+++, no ictericia. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos regulares de regular intensidad, no soplos audibles. Abdomen plano, blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+), doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, rebote (-), McBurney (-), Murphy (-). Genitales externos: sin alteraciones, se evidencia sangrado vaginal. Especuloscopia: orificio cervical externo cerrado sin evidencia de

sangrado. Tacto vaginal: útero anteroversoflexo, orificio cervical externo cerrado, no doloroso a la palpación bimanual. Genitourinario: puntos renoureterales (-) puño percusión lumbar (-). Neurológico: despierta, lucida orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos de irritación cortical.

Pensando en el diagnóstico de hemorragia uterina anormal, a descartar aborto retenido vs miomatosis uterina, se decide realizar una ecografía transvaginal donde se observa útero y ovarios de características conservadas. No encontrándose evidencia de masas ni saco gestacional.

Se pregunta a la paciente fecha de última relación sexual, luego de 12 horas de su ingreso, paciente refiere que el sangrado vaginal se presentó después de la relación sexual, con esta información se decide reevaluar encontrándose a la especuloscopia solución de continuidad de la mucosa vaginal de 3 x 2 cm en ambas paredes laterales. Con ello haciéndose el diagnóstico de desgarro vaginal en ambas paredes laterales.

Se solicita hemograma, tiempo de coagulación y sangría, grupo sanguíneo y factor, HCG cualitativa, VIH, sífilis, hepatitis B y prueba COVID 19. Se permeabiliza vía endovenosa para hidratación parenteral, analgesia y antibioticoterapia profiláctica con cefazolina.

Se recibe exámenes de laboratorio: hemograma: leucocitos 5600/mm³, hemoglobina: 10 g/dL, plaquetas 180000/mm³. Grupo sanguíneo y factor: O+. tiempo de coagulación y sangría dentro de los valores adecuados, HCG negativo. Pendiente resultado COVID 19.

Con lo que paciente se hospitaliza en área COVID, para sutura de paredes vaginales en sala de operaciones. Luego del procedimiento queda en observación. Al no presentar complicaciones es dada de alta dentro de las 24 horas.

• Gineco obstetricia 2

Paciente mujer de 29 años, gestante de 32 semanas, acude por emergencia durante la noche (10:30 pm) refiriendo pérdida de líquido claro que moja ropa

interior desde hace aproximadamente 16 horas, asociado a contracciones uterinas esporádicas de leve intensidad, niega pérdida de sangre por vía vaginal. Percibe movimientos fetales. Niega cefalea, no náuseas y vómitos, nisisensación de alza térmica.

Antecedentes: Fecha de última regla: 11/08/20, fecha probable de parto: 18/05/21, régimen catamenial: 5/30, edad de inicio de relaciones sexuales: 19 años, andrías:2, P2 G1001, G1: 2017, parto eutócico, 39 semanas, peso: 3150 gr, sin complicaciones. G2 actual. Niega hipertensión arterial, diabetes mellitus, TBC pulmonar.

Examen físico: frecuencia cardíaca: 86 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, presión arterial: 110/65 mmHg, temperatura: 37.2°C, saturación: 98%. FIO2: 21%. Piel tibia,elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, mucosas hidratadas, no edemas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos regulares de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: globuloso ocupado por útero grávido con feto único, altura uterina: 27cm, Situación, posición y presentación: longitudinal cefálico izquierdo, movimientos fetales presentes. Tacto vaginal: cérvix blando central, dilatación: dehiscente dos dígitos, incorporación 30%, altura de presentación -4 / fuera de pelvis, membranas ovulares rotas. Dinámica uterina esporádica. Genitales externos: se observa pérdida de líquido amniótico a la maniobra de Valsalva. Genitourinario: puntos renoureterales (-), puno percusión lumbar (-). Neurológico: despierta, lucida orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow: 15/15, no signos de irritación cortical.

Se plantea el diagnóstico de ruptura prematura de membrana, se le realiza ecografía obstétrica donde se observa gestación única activa de 32.4 semanas, placenta corporal anterior grado 1, peso fetal: percentil 85 (2040 gr), oligohidramnios (poso mayor 15 mm).

Por lo que se indica hospitalización, reposo absoluto, se inicia antibioticoterapia profiláctica con ampicilina y gentamicina, además se inicia corticoterapia con betametasona 12 mg IM cada 24 horas (2 dosis) y neuro protección con sulfato de magnesio 20% EV. Se solicita hemograma, perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor, PCR, prueba rápida para VIH,sífilis

y COVID 19, y examen de orina. Paciente pasa al pabellón de obstetricia, a la unidad de ARO A (alto riesgo obstétrico).

Durante la evaluación diurna se encuentra a la paciente con frecuencia cardiaca de 110 lpm, frecuencia cardiaca: 20 rpm, presión arterial: 110/70 mmHg. Latidos cardiacos fetales: 115 lpm. Paciente refiere contracciones uterinas esporádicas durante la noche. Enfermería reporta un pico febril durante la madrugada (38.4°C). Se recibe resultados de laboratorio donde se evidencia: hemoglobina 12.8 g/dL, plaquetas 220000/mm³, leucocitos: 10000/mm³ sin desviación a la izquierda, PCR: 9.6 mg/dl. Examen de orina: leucocitos: 5 - 6 por campo, gérmenes escasos, hematíes: 0 - 1 por campo, nitritos (+), cetonas (-). Perfil de coagulación sin alteraciones. Grupo sanguíneo O +, VIH (-), sífilis (-).

Al encontrarse signos sugestivos de corioamnionitis se sugiere terminar la gestación por lo que se informa a la paciente, se realiza interconsulta con neonatología y se programa para cesárea.

• Gineco obstetricia 3

Paciente mujer de 30 años, primigesta de 9 semanas, que ingresa en la madrugada (1:00 am) por emergencia acompañada por esposo con tiempo de enfermedad de 2 horas caracterizado por dolor en fosa iliaca derecha tipo punzante que se irradia hacia zona inguinal de intensidad 7/10 que empeora a la deambulacion, asociado a náuseas y un episodio de vómito de contenido alimentario, niega presentar sangrado vaginal, refiere ser la primera vez que le sucede, niega presentar molestias urinarias, no sensación de alza térmica. Con antecedentes: Asma bronquial desde los 12 años, niega presentar hospitalizaciones previas.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: fecha de última regla: 15/01/21, fecha probable de parto: 22/10/21, régimen catamenial: 4/28 días, edad de inicio de relaciones sexuales: 17 años, andría: 2, G1 P0000, uso de métodos anticonceptivos de barrera.

Funciones vitales: presión arterial: 105/65 mmHg, frecuencia cardiaca: 75 lpm, frecuencia respiratoria: 17 rpm, temperatura: 37.6°C, FiO₂:21%

Al examen físico: piel tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menos de 2

segundos, palidez +/+++ , no edemas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: blando, depresible, panículo adiposo aumentado en área abdominal, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, rebote positivo, no se palpan masas. Tacto vaginal: dolor a la movilización de anexo derecho. Aparato Genitourinario: puño percusión lumbar negativo y puntos renoureterales negativos. Sistema nervioso central: despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15.

Se presenta los siguientes diagnósticos: Primigesta de 9 semanas por fecha de ultima regla, Síndrome doloroso abdominal: d/c Quiste a pedículo torcido derecho.

Gestante queda en observación en emergencia, se le solicita exámenes de laboratorio: hemograma, grupo sanguíneo y factor, perfil de coagulación, prueba molecular COVID-19 y ecografía transvaginal. Se propone plan terapéutico: reposo gástrico, NaCl 0.9% 1000cc más ranitidina 50 mg EV (1 amp).

Se le realiza la ecografía transvaginal con la siguiente descripción: gestación de 9 semanas 2 días, presencia de quiste anexial derecho torcido con ausencia de flujo Doppler.

Se reciben resultados de exámenes de laboratorio: Hemograma: leucocitos: 14000/mm³, hemoglobina: 12.1 gr/dL, plaquetas: 220000/mm³, grupo sanguíneo y factor: O+, perfil de coagulación: sin alteraciones. Pendiente aún la prueba molecular COVID-19.

Paciente es preparada en la madrugada (3:00 am) para ingresar a sala de operaciones con los diagnósticos planteados, siendo la operación propuesta: laparotomía exploratoria.

Después de 30 minutos, paciente sale de sala de operaciones, no presenta complicaciones, la operación efectuada fue la anexectomía derecha, siendo los hallazgos operatorios: quiste de 6x5 cm de borde definidos, necrosado con pedículo torcido en dos vueltas. Paciente pasa a la unidad de recuperación, después de 2 horas pasa a pabellón de Ginecología y

Obstetricia.

Paciente presenta una evolución adecuada, no presentando interurrencias, por lo que es dada de alta al cuarto día.

• **Gineco obstetricia 4**

Paciente mujer de 32 años, segundigesta de 39 semanas, ingresa a emergencia (9:00 PM) referida del Hospital de Huaycán, traída en ambulancia por personal de salud y acompañada por esposo, con un tiempo de enfermedad de 12 horas caracterizado por contracciones uterinas de moderada intensidad esporádicas que van incrementando en intensidad al paso de las horas, refiere presentar pérdida de sangrado vaginal 7 horas antes de acudir por emergencia, no percibe movimiento fetales desde hace 1 hora, refiere que su abdomen se pone duro, motivo por el cual se dirige hacia el Hospital de Huaycán, donde la evalúan y se explica a familiar que no se encuentra actividad fetal y que la paciente se encuentra en peligro inminente, dado que aquel hospital no cuenta con cama de Unidad de Cuidados Gineco-Obstétricos es necesaria la referencia al HNHU para manejo de cuadro.

Dentro del HNHU en el área de emergencia, paciente presentó los siguientes síntomas: Dolor abdominal intenso y en hipocondrio derecho de intensidad 8/10, refiere no percibir movimientos fetales, presenta sangrado vaginal de escasa cantidad rojo oscuro.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: fecha de última regla: 01/06/20, fecha probable de parto: 08/03/21, régimen catamenial: 5/30 días, edad de inicio de relaciones sexuales: 17 años, andría: 3, G2 P1001, uso de métodos anticonceptivos: ampolla trimestral (mayo del 2020). Niega presentar hipertensión arterial, diabetes mellitus. No reacción alérgica a medicamentos.

Funciones vitales: presión arterial: 100/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 105 lpm, frecuencia respiratoria: 24 rpm, saturación: 95%, FiO₂: 21%, temperatura: 37.4°C.

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, palidez marcada ++/+++, edema en miembros inferiores +/+++. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa disminuido en

bases, presencia de subcrépitos finos bibasales, taquipnea, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de intensidad aumentada, no soplos audibles. Abdomen: globuloso ocupado por útero grávido con feto único, rígido no depresible, ruidos hidroaéreos presentes de intensidad disminuida, útero contraído, altura uterina de 38 cm, doloroso a la palpación superficial, latidoscardiacos fetales ausentes, no se perciben movimientos fetales, Situación, posición y presentación: longitudinal cefálico derecho. Tacto vaginal: cérvix blando, posterior y corto, orificio cervical externo abierto, membranas ovulares: rotas, dilatación: 1 cm, AP: -4, incorporación: 30%. Sistema nervioso central: somnolienta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 11/15.

Se plantea el diagnóstico: Segundigesta de 39 semanas por FUR, desprendimiento prematuro de placenta, óbito fetal. Paciente hemodinámicamente inestable. Se activa la clave roja. Es atendida en la unidad de trauma shock.

Paciente viene con resultados de exámenes de laboratorio del Hospital de Huaycán. Hemograma: leucocitos: 12000/mm³, hemoglobina: 9.5 gr/dL, plaquetas: 92000/mm³, grupo sanguíneo y factor: O+; perfil de coagulación: tiempo desangría: 5 seg, tiempo de protrombina: 12 seg, tiempo de trombina: 35 seg, INR: 1.2 y fibrinógeno: 380 mg/dl; perfil hepático: bilirrubina total: 1.1 mg/dl a predominio indirecto (0.7 mg/dl), TGO: 55 U/L, TGP: 64 U/L, fosfatasa alcalina: 242 U/L, albúmina: 3.8 g/dl, DHL: 230 mg/dl, urea: 49 mg/dl y creatinina: 0.9 mg/dl.

Se programa para sala de operaciones de emergencia, ingresando a las 9:45 pm aproximadamente. La operación dura 1 hora y 30 minutos, siendo el diagnóstico postoperatorio: Segundigesta de 39 semanas, desprendimiento prematuro de placenta grado III, óbito fetal. Operación efectuada: laparotomía exploratoria más histerectomía subtotal. Dentro de los hallazgos operatorios se encuentra a la apertura de la cavidad abdominal líquido ascítico de aproximadamente 100 cc, útero de 45 cm x 35 cm x 25 cm, anteversoflexo con múltiples signos de isquemia en el miometrio, feto mujer muerto de 38 semanas, peso de 2.460 gr, con perímetro cefálico de 49 cm, perímetro abdominal de 34 cm, presencia de líquido amniótico serosanguinolento, se

observa en hígado hematoma subcapsular, se cuantifica la pérdida de sangrado 1100 cc aproximadamente. No se presentan complicaciones durante la operación, se transfunde 2 paquetes globulares y 4 paquetes de plaquetas en sala de operaciones.

Paciente pasa estable a URPA, donde el médico asistente de la operación le deja las indicaciones terapéuticas y exámenes de laboratorio de control. Después de 2 horas, es transferida a la Unidad de Cuidados Gineco-Obstétricos (UCEGO).

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), es un establecimiento de salud III-1 de alta complejidad, ubicado en el distrito del Agustino, exactamente en la Avenida César Vallejo N°1390³.

Cuya extensión del área es de 15 161m². Se encuentra en una zona estratégica cuya jurisdicción está en relación con la Dirección de Red Integrada (DIRIS) Lima - Este, que ofrece la atención en salud a los distritos de Ate, Cieneguilla, Chaclacayo, La Molina, Lurigancho, Santa Anita, San Juan de Lurigancho y propiamente El Agustino³.

El HNHU brinda la prestación de servicios enfocados en la salud, ya sea en laprevención, protección, recuperación y rehabilitación de los pacientes que seencuentran en la jurisdicción de la DIRIS correspondiente, teniendo en cuenta a los que ingresan a las áreas de emergencias, hospitalización, consultorio externo y pacientes de referencia de otros hospitales, de acuerdo con el documento de Cartera de Servicio del HNHU 2019.

Cifras del año 2019, describen una población 2 662 586 habitantes, que se encuentran en los 8 distritos, de los cuales el 37% son adultos, 24% jóvenes, 20% niños, 11% adolescentes y 9% adultos mayores³.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, cuenta con diferentes unidades prestadoras de servicio (UPSS) como ejemplo las más utilizadas antes del inicio de la pandemia, fueron la UPSS de emergencia, UPSS consultorio externo, UPSS centro obstétrico, UPSS centro quirúrgico, UPSS diagnóstico

por imágenes y UPSS farmacia³.

Igualmente presenta un gran recurso humano, de acuerdo con la cifras de marzo del 2019, contó con 2783 personas, una agrupación entre personal nombrado (69.7%), C.A.S (12%) y bajo la contratación de terceros (18%)³.

El HNHU es una sede donde se desarrolla las prácticas clínicas de los múltiples estudiantes e internos de medicina de las diferentes universidades de lima (UNFV, USMP, URP, USJB y UPeU), además de otras carreras de la salud como enfermería, odontología, obstetricia, nutrición, psicología y tecnología médica³.

Antes del inicio de la pandemia, el hospital ofertaba la prestación de servicios en salud de manera colectiva hacia la población del área, cumpliendo el funcionamiento de UPSS; sin embargo, en el transcurso de los meses empezando desde abril hasta el día de hoy, el hospital ha sufrido un cambio que afectó al recurso humano, infraestructura y de procesos.

El Hospital a mediados de marzo del 2020, tuvo la obligación de crear un espacio de aislamiento, para la hospitalización de los pacientes confirmados con COVID 19, en el estacionamiento como medida de las medidas de contingencia, además de la creación un área de triaje COVID 19 ubicado en la puerta de entrada de emergencia, esto debido a la alta demanda de pacientes a partir de los meses de abril y mayo del 2020.

Los pabellones de las especialidades médicas sufrieron una reducción del aforo de pacientes al 50% de su capacidad, limitando el ingreso solo a pacientes cuyo manejo era de larga instancia o que no podría ser manejado en emergencias.

A mediados del mes de noviembre la demanda de pacientes ya sea casos sospechosos como confirmados, superaron a la oferta, limitando los espacio correspondiente al área de aislamiento y de triaje. Motivo por el cual se tuvieron que crear más áreas dentro del hospital, sin embargo, esto no fue suficiente dado que algunos pabellones como, por ejemplo: el pabellón de pediatría, cirugía pediátrica y de cirugía de tórax y cardiovascular tuvieron que

convertirse en áreas COVID, desplegando estas especialidades hacia otras áreas.

Durante la pandemia, varias UPSS fueron suspendidas siendo las UPSS de consultorio externos la más afectada fundamentalmente a partir del mes de abril del 2020, limitándose solo a hacer tele consulta por llamada telefónica. Múltiples actividades de promoción y prevención de la salud que se llevaban a cabo en los ambientes de hospitalización y de consultorio externo también fueron suspendidos.

Sin embargo, a partir de los meses de enero del 2021, se empezaron a reanudar algunas especialidades de consultorio externo.

Las UPSS de emergencias, de diagnóstico por imagen y de cuidado intensivos tuvieron la mayor demanda, sobre todo en áreas COVID durante los meses restantes del 2020.

El área de emergencia que recibía a las especialidades de medicina, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia, tuvieron que convertirse en áreas de cuidados intermedios COVID, derivando estas especialidades hacia la zona de consultorios externos.

También se vio la necesidad de aceptar solo a pacientes que cumplan un nivel de urgencia que pongan en amenaza la vida. Por disposiciones del hospital atodo paciente aceptado en emergencia se le haría una prueba molecular COVID 19, si el resultado saliese positivo, sería llevado al área COVID de emergencia para su manejo individualizado y posteriormente si era hospitalizado, al área de aislamiento.

Otro problema encontrado en el hospital fue el déficit de recurso humano para la alta carga de pacientes que venían por sintomatología respiratoria ya sea como caso sospechoso de COVID-19. El hospital, tuvo la obligación de delegar a los profesionales de la salud de distintas especialidades a las áreas COVID, no obstante, sería retribuido de manera económica.

Cuando el interno de medicina regresó al hospital durante esta pandemia, tuvo la realidad de encontrar una gran limitación en la práctica debido a que al inicio

solo aceptaron el regreso a las áreas de pediatría y cirugía general con las siguientes indicaciones: el interno debe limitarse a realizar sus labores en áreas no COVID, deberá respetar los horarios de prácticas (máximo 6 horas diarias), las actividades académicas presenciales fueron omitidas, sólo tendrá obligación de cumplir con guardias diurnas, eliminándose las guardias nocturnas, uso obligatorio del equipo de protección personal entregado por cada área de rotación y respetar las rotaciones de 15 días por mes. El número de interno que decidió retornar voluntariamente al hospital fue reducido.

El interno de medicina encontró desventajas al retornar al lugar de trabajo, un ejemplo: en el área de Pediatría: la disminución de pacientes pediátricos hospitalizados lo cual limitó las prácticas del interno. En el área de cirugía general: hubo una gran limitación en la observación de pacientes postoperados debido a que la mayoría contaba con resultado positivo en la prueba molecular para COVID 19, siendo derivado a otras instalaciones.

Respecto a las rotaciones de Medicina Interna y Gineco-Obstetricia, los jefes de departamento aceptaron el regreso a estas áreas a mediados de noviembre, igualmente se encontraron limitaciones respecto a los pacientes hospitalizados.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

• Cirugía general 1

De acuerdo CON la historia clínica, paciente varón de 25 años que ingresa a emergencia por cuadro de 12 horas relacionado a un dolor que empieza en epigastrio tipo punzante, planteando erróneamente una Gastritis aguda, que luego de 6 horas se va localizando en fosa iliaca derecha, lo que nos indicaría la sospecha de una apendicitis aguda, estudios han reportado cuadros similares en un 50 a 60% al igual que después de iniciado el dolor FID se empieza a asociar con náuseas y vómitos⁴.

Paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente se le da un tratamiento de antibioticoterapia profiláctica con ceftriaxona y metronidazol, un manejo muy utilizado ante la sospecha de una apendicitis aguda no perforada, algunos autores recomiendan la utilización de otras alternativas respecto a la ceftriaxona como son cefoxitina, cefotetan⁵.

No obstante, la asociación del uso de analgésico como metamizol y hioscina, pueden enmascarar los signos de apendicitis aguda y su indicación solo estará dada una vez tomado una decisión de entrar a sala de operación⁶.

Al paciente se le somete intervención quirúrgica o cirugía con un diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda complicado, se le realiza una laparotomía exploratoria más colocación de dren pen rose, esta técnica utilizada estudios citan como un factor de protección debido a que reduce la estancia hospitalaria, así como las complicaciones postoperatorias⁷. Sin embargo, su

uso drenaje pen rose sólo debería ser limitado a casos seleccionados donde existe más probabilidad de la formación de colecciones intraabdominales y abscesos⁸.

• Cirugía general 2

Paciente pediátrico con sintomatología típica de un cuadro de apendicitis caracterizado por dolor inicialmente en mesogastrio que migra a cuadrante inferior derecho asociado a hiporexia, fiebre, náuseas y vómitos, sin embargo, los exámenes del laboratorio e imágenes no muestran una alteración significativa que apoye el diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda, solo se observa un incremento del PCR. Por lo que se aplica el score pediátrico para apendicitis⁹ según el cual se obtiene un puntaje de 6 puntos el cual indicaría riesgo moderado de apendicitis aguda, siguiendo los algoritmos nos sugiere estudio de imágenes ya sea ecografía o tomografía abdominal⁹, que en este caso en la ecografía abdominal no se encuentran signos sugestivos de apendicitis, siendo la realidad muy difícil para la realización de una tomografía abdominal por un diagnóstico presuntivo de apendicitis.

Sin embargo, posterior a la evaluación por el cirujano pediatra quien teniendo en cuenta la sintomatología fuertemente sugestiva de apendicitis aguda, se decide programar al paciente para sala de operaciones.

Se realiza una apendicectomía laparoscópica, ya que este procedimiento se asocia a una recuperación más rápida y a una menor estadía hospitalaria¹⁰. Previa cirugía se recomienda hidratación parenteral y profilaxis antibiótica con ceftriaxona 50 mg/kg/d por 1 día, aunque también según autores revisados también recomiendan el uso de cefoxitina o gentamicina asociados a metronidazol¹⁰.

Indicaciones post quirúrgicas incluyen analgesia usualmente se usa un AINE (paracetamol o ibuprofeno) ¹⁰, hidratación con NaCl hasta el inicio de tolerancia oral, la cual debe ser precoz siendo 8 horas post cirugía lo usualmente recomendado en el HNHU.

• Cirugía general 3

De acuerdo con la historia clínica: Paciente varón de 55 años de ingresa emergencia con un cuadro inicial de dolor abdominal tipo cólico difuso, distensión abdominal, vómitos de contenido fecaloide, no eliminación de flatos y estreñimiento desde hace 2 días, nos indicaría la presencia una obstrucción intestinal baja.

Se plantea inicialmente como un síndrome doloroso abdominal, a descartar vólvulo de sigmoides, se solicita exámenes de laboratorio y una radiografía de abdomen de pie observando el signo de grano de café, el paciente aparentemente hemodinámicamente estable pero con signos peritoneales (rebote positivo generalizado al examen físico), se programa para sala de operación, Autores hablan que una vez confirmado el diagnóstico, el manejo en estos casos es quirúrgico, sometiéndose a la resección del intestino en la posición volvulada¹¹, sin embargo al paciente mientras estuvo en emergenciam se le puso una sonda rectal con la posibilidad de realizar una descompresión colónica, que no mejora cuadro.

Durante la intervención quirúrgica, se evidenció signos de isquemia y necrosis en colon transversal (zona de ángulo esplénico) y colon descendente en su parte distal llegando hacia el recto, por lo que se sugirió resección intestinal asociado a una colostomía tipo Hartman. Una técnica que dependerá del estado físico del paciente, el compromiso intestinal del área afectada, un buen suministro de albúmina sérica, así como el tiempo transcurrido desde su ingreso al hospital hasta su llegada a sala de operaciones¹². Sin embargo, esta técnica, suele presentar complicaciones postoperatorias siendo la principal sepsis, seguido de la infección de sitio operatorio, necrosis del estoma y dehiscencia de la anastomosis¹².

La evolución del paciente en pabellón de cirugía general, quien no presentó ninguna de estas complicaciones, salió de alta portando la colostomía para posteriormente ser programado para una restitución del tránsito intestinal.

• Cirugía general 4

Paciente que presenta cuadro clínico compatible con litiasis vesicular caracterizado por dolor en hipocondrio derecho tipo cólico asociado a ingesta copiosa de alimentos pero que al realizarse estudios de imágenes se observa imagen compatible con pólipo vesicular. Siendo esta patología generalmente un hallazgo incidental, que rara vez ocasionan síntomas pero que son similares a los causados por los cálculos vesiculares¹³.

Inicialmente el pólipo vesicular media 9mm por lo que se sugiere control ecográfico cada 6 meses lo cual coincide con la recomendación de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal quienes recomiendan seguimiento ecográfico cada 6 meses durante un año y si este se mantiene estable, el control debería ser anual¹⁴.

Al observarse el incremento del pólipo a un tamaño mayor de 10mm se decide realizar colecistectomía laparoscópica por el riesgo de malignidad¹³, dado que por imágenes no se puede observar las características del pólipo siendo necesario un estudio anatomopatológico para conocer la etiología de dicho pólipo. Esta patología usualmente benigna, siendo el 60% de origen colosterolósico¹³.

Se realiza colecistectomía laparoscópica ya que con esta técnica disminuye la estancia hospitalaria y el riesgo de complicaciones¹⁵, se indica la tolerancia oral y deambulación precoz, por lo que el paciente es dado de alta dentro de las 48 horas.

• Pediatría 1

Neonato de 4 días que es traída por la madre para control por supuesto bajo peso al nacer (3010 gr), sin embargo, al revisar ficha CLAP se encuentra incompatibilidad de grupo ABO, madre O + y neonato B +, donde la madre produce anticuerpos anti-B que atravesaron la placenta y se unieron a los glóbulos rojos causando su degradación lo que se manifiesta en la pigmentación icterica de la piel y faneras¹⁶.

Al examen físico se evidencia ictericia que llega hasta muslos. Dado que esta patología suele ser asintomática, algunos recién nacidos presentan anemia leve y generalmente desarrollan hiperbilirrubinemia¹⁷, por ello en la atención en emergencia se decide solicitar hemograma y bilirrubina, para así decidir si el paciente necesita fototerapia o de ser un caso grave la necesidad de exanguinotransfusión. Así como para prevenir alguna complicación severa que podría acontecer por los niveles elevados de bilirrubina.

Con los resultados de laboratorio obtenidos en este caso, se observa un nivel de bilirrubina total de 17.4 mg/dL, haciendo el uso de la calculadora para evaluación de hiperbilirrubinemia se observa que para la edad del paciente la indicación de fototerapia se da desde niveles de bilirrubina de 17.08 mg/dL, e indicación para exanguinotransfusión desde 22.43mg/dL¹⁸. Por lo cual la conducta seguida en la emergencia fue hospitalizar al neonato para fototerapia.

• **Pediatría 2**

Lactante con cuadro caracterizado por llanto nocturno, asociado a posición deflexión de rodilla contra el pecho y eliminación de flatos lo cual nos lleva a pensar principalmente a un cólico del lactante el cual se caracteriza por llanto sin razón aparente que dura aproximadamente 3 horas al día por 3 o más días a la semana en lactantes menores de 3 meses aparentemente sanos¹⁹. En el caso se observa que a la evaluación física no hay alteraciones que sugieran alguna patología infecciosa o viral.

El manejo está basado principalmente en dar educación a los padres, explicar que el bebé no está enfermo y que el cólico es un síntoma común que suele resolverse de manera espontánea entre los 3 y 4 meses de edad, además sugerir técnicas para calmar, así como cambios en la técnica de alimentación del bebé; y brindar apoyo reconociendo el agotamiento o frustración que puede ocasionar en ellos. El uso de simeticona no está indicado en el tratamiento dado que no hay evidencia suficiente que apoye su uso, sin embargo, en la emergencia se indicó este medicamento condicional a sintomatología²⁰.

• **Pediatría 3**

Un paciente pediátrico de 2 años que ingresa a emergencia con los siguientes síntomas: diarrea sin presencia de sangre desde hace 4 días, fiebre desde hace 3 días, presencia de 2 episodios de vómitos, con antecedente de presentar un cuadro respiratorio. Se planteó el diagnóstico de una enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación moderada (de acuerdo con el examen físico)

De acuerdo con la guía práctica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica en niños del MINSA, sugiere realizar un tratamiento de acuerdo con el estado de deshidratación, dividiéndose en 3 planes, A, B y C²¹.

En este caso el paciente se requería en el plan B, que sugiere la utilización de sales de rehidratación oral (SRO) dentro del establecimiento de salud con una duración de al menos 4 horas, administrándoles como mínimo de 3 a 4 tazas de agua (equivalente cada taza a 200 ml), si el paciente tolera el plan B y los signos de deshidratación desaparecen, el paciente pasa al plan A, es decir manejo en casa, utilizando el método ACREZ (A: aumenten los líquidos apropiados en mayor cantidad, C: continuar con alimentación habitual, R: Reconocimiento de los signos de deshidratación y de alarma por la madre, E: Enseñar a evitar futuros casos diarrea, Z: Suplementación con zinc)²¹.

Al paciente, se le solicitó prueba de exámenes de laboratorio: reacción inflamatoria en heces, con resultado de alto leucocitos por campo. Aunque la guía del MINSA menciona que no se recomienda utilizar exámenes auxiliares debido a que la gran parte son originados por causa viral²¹. Solo se encontraría justificado si el paciente presenta diarrea con moco y sangre o ante la sospecha de sepsis²².

• **Pediatría 4**

Una paciente mujer de 14 años que ingresa a emergencia con cuadro de 1

semana asociado a tos productiva, sudoración nocturna, sudoración en la mañanas, con pérdida de peso no cuantificada en 2 semanas y un episodio de hemoptisis 3 horas antes de su ingreso al hospital, con antecedente de haber tenido contacto con familiar con TBC sensible y tratamiento completo. Al examen físico: se ausculta los pulmones encontrando en hemitórax derecho murmullo vesicular pasa disminuido en $\frac{2}{3}$ posteriores y subcrépitos finos. Se plantea el diagnóstico de TBC pulmonar. Se le solicita BK en esputo y una radiografía de tórax.

En el área de emergencia paciente recibe codeína, un antitusígeno, como medida prevención para evitar aparición de un nuevo episodio de hemoptisis, de acuerdo con la norma técnica de salud para el control de tuberculosis, se indica a partir de un volumen de 50cc de hemoptisis en 24 horas, evaluando el riesgo y beneficio del paciente²³.

Paciente es hospitalizada en el área de aislamiento del pabellón de pediatría, se recibe la placa de tórax donde se visualiza una calcificación en los $\frac{2}{3}$ de hemitórax derecho y el BK en esputo (positivo), de acuerdo con los criterios de Stegen y Toledo con un puntaje de 13, se le inicia tratamiento anti TBC esquema sensible.

De acuerdo con la norma técnica en salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, previo al tratamiento se realizará una prueba rápida de sensibilidad a isoniacida y rifampicina, una vez descartada la resistencia, se manejará con un esquema sensible de 6 meses dividido en los primeros 2 meses con la toma diaria de (H) Isoniacida, (R) Rifampicina, (E) Etambutol, (Z) Pirazinamida y luego 4 meses con Isoniacida y Rifampicina 3 veces por semana²⁴.

• Medicina interna 1

Paciente varón de 45 años que ingresa por emergencia por presentar con tiempo de enfermedad de 2 semanas que inicia con cuadro de cefalea inicialmente en zona frontal que luego se vuelve holocraneana de intensidad de 6/10, asociado a debilidad en miembros inferiores, sensación de alza térmica durante varios días, vómitos no precedidos por náuseas. Paciente

niega inicialmente que sufra de alguna enfermedad.

Con la sintomatología presentada sugiere un cuadro de encefalitis viral, es manejado el cuadro en forma empírica con aciclovir y se le solicita exámenes de laboratorio y de imágenes, paciente es hospitalizado en pabellón de medicina interna para continuar seguimiento.

Los cuadros de encefalitis viral suelen cursar con manifestaciones inespecíficas como: fiebre, cefalea, náuseas y vómitos, algunas veces con fotofobia y rigidez de nuca, siendo lo más frecuente las convulsiones²⁵.

La etiología más frecuente de una encefalitis viral es la infección es el virus herpes simples tipo 1, motivo por el cual el tratamiento empírico a base de aciclovir (10mg/kg EV cada 8 horas)²⁵.

En el área de hospitalización de pabellón, paciente empieza a presentar rigidez de nuca, vómitos durante la noche y sensación de mareos al caminar, al ver que cuadro no mejora, aun recibiendo un tratamiento empírico, se le solicita un examen de VIH, y una punción lumbar (solicitando citoquímico, cultivo, Gram, ADA y tinta china). Al día siguiente con el resultado de tinta china positiva y VIH se plantea el diagnóstico definitivo de neurocriptococosis y se inicia tratamiento con anfotericina B.

La infección por *Cryptococcus neoformans* en pacientes con infección de VIH es muy frecuente sobre todo aquello sin tratamiento, algunos autores describen que es un indicativo de que la persona se encuentra en una inmunosupresión avanzada, con un recuento de CD4+ menor de 100 células/uL²⁶.

Las manifestaciones clínicas son similares a una encefalitis viral, sin embargo, es común ver en estos pacientes cuadros de hipertensión endocraneal, como son las cefaleas intensas, vómitos sin náuseas, fotofobia, etc. Para el diagnóstico definitivo se necesita de un cultivo del LCR y para el diagnóstico presuntivo una tinción de tinta china, ambas obtenido por la punción lumbar²⁶.

El tratamiento de la meningocriptococosis en pacientes con VIH está basado en 3 fases: Una terapia de inducción (duración de 2 semanas) con flucitosina 100 mg/kg al día VO divididas 4 dosis más anfotericina B liposomal 3 a 4

mg/kg EV al día, una terapia de consolidación (duración de 8 semanas) con fluconazol 400 mg al día y una terapia de mantenimiento (duración por 1 año) con fluconazol 200 mg al día²⁷.

• Medicina interna 2

Paciente mujer de 67 años que ingresa a emergencia con un cuadro de dolor abdominal tipo pesadez desde hace 4 días asociado a fiebre cuantificada, 2 episodios de vómitos de contenido alimentario y episodios de diarrea desde hace 3 días. Con antecedentes de sufrir cirrosis hepática hace 5 años, hipertensión arterial hace 10 años y hace 2 años sufrir una hospitalización por hemorragia digestiva alta por rotura de varices esofágicas.

Se plantea una peritonitis espontánea bacteriana, se solicitan exámenes de laboratorio y una paracentesis diagnóstica, y el plan terapéutico de iniciar profilaxis antibiótica post paracentesis. Paciente queda hospitalizada en área de emergencia para luego ir a pabellón para completar tratamiento.

La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) se sospecha ante todo paciente que cumpla dos condiciones: la primera, ser paciente con cirrosis y/o ascitis, y presentar la clínica de fiebre, dolor o sensibilidad abdominal, diarrea; y la segunda, alteración del estado mental. Siendo menos frecuentes, pero más graves la hipotensión, hipotermia e íleo paralítico²⁸.

El diagnóstico de una PBE se realiza a través de la obtención del líquido ascitis por medio de una paracentesis, las muestras obtenidas servirán para el estudiobioquímico, cultivo y tinción Gram. Respecto al estudio citoquímicos de una PBE, los recuentos elevados de PMN (mayor o igual a 250 células/mm³) son indicativos para comenzar a dar antibióticos mientras se espera el cultivo²⁹.

Otros parámetros bioquímicos medibles son la glucosa (mayor a 50 mg/dl) y proteína (menor a 1 gr/dl) de líquido ascítico, de importancia porque nos permitirá diferenciar si se trata de una peritonitis bacteriana espontánea o de una secundaria. Igualmente es indicativo la gradiente albúmina séricas-ascítico (GASA) que mide indirectamente la presión portal, un valor mayor de 1.1 g/dl hace referencia a que paciente presenta hipertensión portal²⁹.

El tratamiento para una PBE se debe instaurar lo antes posible para evitar posibles complicaciones. Los microorganismos más asociados a este cuadro son la *Escherichia Coli* y *Klebsiella*, por esta razón se prefiere una cefalosporina de 3 generación como la cefotaxima de 2 gr EV cada 8 horas, y una alternativa es ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas. La duración del tratamiento por lo general dura de 5 a 10 días dependiendo si el cuadro clínico y la disminución de los PMN en el líquido ascítico³⁰.

• Medicina interna 3

Paciente que cursa con alteración de la conciencia, disartria, monoparesia de miembro inferior derecho, se realiza Tomografía cerebral sin contraste donde se observa signos de envejecimiento propios de la edad, alejando la posibilidad de un desorden cerebro vascular. Considerando el antecedente de TBC pulmonar, se decide realizar punción lumbar para descartar meningitis de etiología bacteriana o viral; pese a no tener síntomas sugestivos ni signos de irritación meníngea, siendo esta una manifestación atípica que no cursa con síntomas clásicos como lo son la rigidez de nuca, cefalea, fiebre y vómitos³¹.

Durante el procedimiento se observa presión de apertura aumentada, y al recibir resultados de laboratorio se evidencia hipoglucoorraquia y proteinorraquia, además del valor elevado del ADA que tiene una sensibilidad y especificidad de aproximada de 79% y 91% respectivamente³¹. Como manejo terapéutico se inicia esquema sensible para TBC sistémica asociado a corticoide. Según resolución ministerial del MINSA el manejo de TBC sistémica consta de 2 fases: 2 meses con isoniazida (H), rifampicina (R), etambutol (E) y pirazinamida (Z); y 10 meses de HR esto asociado a corticoterapia sistémica con prednisona (o equivalente) 1 - 1.5 mg/kg/día por 2-4 semanas, luego ir disminuyendo progresivamente hasta su suspensión³².

• Medicina interna 4

Paciente en el que se observa aumento de volumen en miembro inferior

derecho asociado a rubor, calor y dolor que limita su deambulaci3n, orient3ndonos a un cuadro de celulitis ya que se diferencia de la trombosis venosa profunda (TVP) en la que la temperatura de la piel suele ser normal o fr3a y la coloraci3n entre normal y cian3tica³³. De igual manera dentro del planse solicita ecograf3a Doppler con la cual se descarta cuadro de TVP.

La celulitis es causada com3nmente por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*³³ y su diagn3stico se da b3sicamente por las manifestaciones cl3nicas que se presentan, los ex3menes de laboratorio no son necesarios a menos que se sospeche de alguna complicaci3n³⁴, como sepsis, o como en este caso se le indica ex3menes de laboratorio por ser una persona adulta mayor. En casos complicados se debe solicitar hemocultivo y plantear posibilidad de cultivo de tejido³³.

Conociendo que la etiolog3a es mayormente por una bacteria Gram positiva se indica tratamiento con clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y oxacilina 2 gr EV cada 6 horas. Tamb3en se puede usar cefalexina o dicloxacilina³⁵, y en casos de celulitis complicadas o purulentas se hace uso de antibi3ticos de amplio espectro como trimetropin/sulfametoxazol, cefazolina, vancomicina, entre otros³³.

• Gineco obstetricia 1

Paciente que ingresa por emergencia por sangrado vaginal en regular cantidad y dolor tipo c3lico, con antecedentes de fecha de 3ltima menstruaci3n hace m3s de dos meses y niega uso de anticonceptivos; con esta informaci3n se plantea como diagn3sticos presuntivos: hemorragia uterina anormal: miomatosis uterina vs aborto, ya que la miomatosis es la causa m3s frecuente de sangrado uterino anormal³⁶, y la sospecha de aborto por el tiempo de amenorrea y las caracter3sticas del cuadro cl3nico.

Al realizarse la especuloscop3a se observa orificio cervical externo cerrado sin presencia de sangrado activo, lo que nos orienta a un aborto retenido vs una amenaza de aborto³⁷, motivo por el cual se realiza ecograf3a transvaginal donde no se evidencia gestaci3n ni engrosamiento del endometrio.

Al ahondar en la historia cl3nica de la paciente esta refiere que inicio de

sangrado se dio por relaciones coitales, con esta información se reevalúa y a la especuloscopia se evidencia desgarros en ambas paredes laterales. Siendo el desgarro de mucosa vaginal resultado de un evento traumático penetrante, como el coito ya sea consensual o no, penetración con objeto extraño, fuerzas externas que impactan en región pélvica o fracturas en dicha región³⁸.

Previo a la cirugía se apertura vía endovenosa considerando la posibilidad de presentar alguna complicación por la pérdida sanguínea. Se planteó reparación en sala de operaciones ya que la laceración fue profunda, para lo que se dio profilaxis antibiótica con cefazolina, según bibliografía esta profilaxis no es necesaria en reparaciones vulvares y vaginales³⁹.

• Gineco obstetricia 2

Segunda gesta de 32 semanas que acude por emergencia refiriendo pérdida de líquido claro desde hace 16 horas aproximadamente, asociado a leves contracciones uterinas esporádicas. Niega sangrado vaginal. Sin antecedentes de importancia. Es evaluada por el médico de guardia quien al tacto vaginal: cérvix blando central, dehiscente dos dígitos y membranas ovulares rotas; a la especuloscopia evidencia pérdida de líquido por vía vaginal a la maniobra de Valsalva. Se decide realizar una ecografía obstétrica donde se reporta gestación única activa de 32.4 semanas, oligohidramnios (poso mayor 15 mm) y peso fetal adecuado para la edad gestacional (P85). Con estos hallazgos se hace el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, por lo que la paciente es hospitalizada.

La ruptura prematura de membranas es aquella solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, esta tiene una etiopatogenia incierta, pero los factores de riesgo para presentar esta patología son: antecedente de infecciones, sobre distensión abdominal, placenta previa, anomalías cervicales, procedimientos invasivos, tabaquismo, entre otros⁴⁰. Su diagnóstico se hace principalmente (90%) por la historia clínica y la visualización de la salida de líquido claro a través del orificio cervical externo; si no es posible la visualización de la salida del

líquido amniótico se puede realizar pruebas adicionales como el uso del papel de nitrazina, cristalografía, amniosure o la realización de una ecografía⁴¹.

Dado que la paciente refiere historia de pérdida de líquido y al examen físico se evidencia la salida de este se confirma el diagnóstico, por lo que el plan a seguir con la paciente es reposo absoluto, se inicia antibioticoterapia profiláctica con ampicilina y gentamicina, además se inicia corticoterapia con betametasona 12 mg IM cada 24 horas (2 dosis) y neuroprotección con sulfato de magnesio 20% EV. Lo cual coincide con las guías clínicas del MINSA donde se indica reposo en cama, antibioticoterapia profiláctica ya sea con ampicilina, eritromicina, gentamicina, cloranfenicol; además que por ser una gestación menor a 34 semanas se indica maduración pulmonar ya sea con betametasona 12 mg cada 24 horas (2 dosis) o dexametasona 6 mg cada 12 horas (4 dosis). Al ser una gestación de 32 también está indicada la neuroprotección con sulfato de magnesio⁴². Se recomienda tener en cuenta signos de alarma como presencia de líquido verdoso o sanguinolento, disminución de los movimientos fetales, dinámica uterina, fiebre, taquicardia materna o fetal, o cualquier otro signo de infección, ya que de estar presentes el manejo a seguir sería la culminación del embarazo⁴³.

En este caso durante la reevaluación al encontrarse en los exámenes de laboratorio PCR elevado, examen de orina que sugiere infección del tracto urinario asociado a esto en el examen físico se observa a la paciente taquicárdica y se reporta un pico febril durante la noche, además de encontrarse los latidos cardiacos fetales en 115 lpm, nos lleva a plantear la posibilidad de una corioamnionitis por lo cual se decide la culminación del embarazo por cesárea⁴³.

• Gineco obstetricia 3

Paciente mujer de 30, primigesta de 9 semanas, que ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 horas por presentar un dolor súbito tipo punzante en fosa iliaca derecha de intensidad 7/10 que se irradia a zona inguinal, asociado a náuseas y vómitos, niega pérdida de sangrado vaginal.

Sin antecedentes de importancia. Es evaluada por el médico asistente, al tacto vaginal, presencia dolor a la movilización de anexo derecho, por lo que decide hacerle una ecografía transvaginal, concluyendo en quiste anexial derecho torcido con ausencia de Doppler. Paciente es programada a sala de operaciones desde emergencia.

La torsión ovárica, es un evento agudo que ocurre por la rotación completa o parcial del ovario sobre sus ligamentos de sostén, siendo el ovario derecho más frecuentemente afectado por presentar un ligamento útero-ovárico largo que el izquierdo⁴⁴. Hay reportes que indican su incidencia de un 2 a 10%⁴⁵.

El factor de riesgo que predispone a una torsión ovárica es la presencia de quiste funcionales o de cuerpo lúteo encontrado sobre todo en gestantes a partir de la semana 10 y 17 del embarazo con un diámetro de 6 a 8 cm⁴⁴.

Para el diagnóstico de una torsión ovárica se necesita de las manifestaciones clínicas siendo las más prevalentes son un dolor pélvico de aparición repentina, tipo punzante, cólico y que puede irradiarse a la ingle o espalda, náuseas con o sin vómitos y fiebre⁴⁴ y también de imágenes siendo de utilidad la ecografía transvaginal o abdominal dependiendo de la edad gestacional para buscar signos directos “en espiral” y la ausencia de flujo Doppler⁴⁵.

El tratamiento definitivo es quirúrgico, en gestantes, revisiones confirman que existe más seguridad por la vía laparoscópica⁴⁴. En cambio, por cirugía abierta autores refieren que existen más complicaciones generar abortos o aumentar estancia hospitalaria. Sin embargo, a la paciente se le realizó una laparotomía exploratoria más anexectomía derecha, paciente no presentó interurrencias y es dada de alta al 4to día⁴⁶.

• Gineco obstetricia 4

Paciente mujer de 32 años, segundigesta de 39 semanas, referida del hospital de Huaycán, con tiempo de enfermedad de 12 horas, ingresa por emergencia a aquel nosocomio presentando de inicio súbito contracciones uterinas de gran intensidad, con escasos sangrado vaginal y ausencia de movimientos fetales en 1 hora, debido a la falta de camas de unidades críticos,

es llevada al HNHU, paciente llega a la emergencia presentando dolor abdominal y en hipocondrio derecho, con sangrado vaginal rojo oscuro escaso y ausencia de movimientos fetales. Se evalúa a la paciente, se confirma la ausencia de latidos cardiacos fetales. Se activa clave roja. Paciente entra a unidad de trauma shock, donde es estabilizada para luego programarse un cesárea de emergencia que termina en una histerectomía subtotal.

Los diagnósticos planteados en la paciente fueron: Gestante de 39 semanas por FUR, Desprendimiento prematura de membrana, Preeclampsia con signos de severidad, a descartar síndrome de Hellp, óbito fetal.

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP), es una emergencia obstétrica, debido a la mortalidad materna y fetal, ocurre después de las 20 semanas de gestación. El mecanismo principal está asociado a la ruptura de los vasos maternos en la decidua basal, que ocasiona el desprendimiento de la membrana placentaria⁴⁷.

Las manifestaciones de la gestante son la presentación súbita de dolor abdominal, contracciones uterina de alta frecuencia y de baja amplitud asociada a un sangrado vaginal rojo oscuro escaso⁴⁷.

En el DPP cuando el desprendimiento se encuentra al 50% es común ver la aparición de la coagulación intravascular diseminada y la muerte fetal⁴⁷. La paciente dentro de sus exámenes de laboratorio, no llega a presentar cambio en el perfil de coagulación, solamente presentando una plaquetopenia leve. Existen una clasificación de DPP dividida en 3 grados que va a depender: pérdida de bienestar fetal, coagulación, aspecto del útero, grado de desprendimiento, shock hemorrágico, y la metrorragia⁴⁸. La guía menciona que si no encontramos en un DPP de grado 3 (severo), se tiene que activar la clave roja y se estabiliza a la paciente, pero si la gestante se encuentra hemodinámicamente inestable y se confirma la presencia de un óbito fetal, se procederá a una cesárea de emergencia⁴⁸.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico a inicios del mes enero del 2020 en el HNHU, empezó como una de las etapas más importante para todo estudiante de medicina que se encuentra a un paso de convertirse en un profesional de la salud, todos iniciando en la área de rotación que eligieron, nadie se hubiera imaginado que cambiaría el 15 de marzo, antes del inicio de la pandemia, el hospital tenía una gran cantidad de demanda de pacientes proporcional a la atención ofertada, el interno tendría la capacidad de poder aplicar todo su conocimiento teórico y práctico en la múltiples patologías que vería en un paciente enfermo, así mismo ser partícipe en su evolución.

Sin embargo, con la pandemia, se perdió un poco estas capacidades, el interno de medicina tuvo que adaptarse a las nuevas disposiciones y reglas dadas por el hospital y el MINSA, una de las disposiciones más importante fue la prohibición de la realización de las prácticas médicas en áreas COVID y el uso obligatorio del equipo de protección personal, sin embargo la realidad es que en el hospital no existe un estrictamente área limpia a excepción de los centros quirúrgicos y la unidad de atención del recién nacido, por lo que el interno está en constante contacto con paciente COVID y no COVID. Esto generó que el interno tenga dificultades para aprender en cada rotación.

En el caso de Cirugía general:

Una rotación que antes de la pandemia recibía una gran cantidad de pacientes, en su mayoría postoperados que venían de emergencia y otros que ingresaban por consultorio externo para una cirugía electiva. Durante la pandemia, la demanda de paciente se mantuvo constante, sin embargo, la

gran mayoría de paciente que ingresaba a sala de operación presentaba una prueba molecular o rápida de COVID-19 positiva, por lo que luego de la operación eran derivados al área de aislamiento COVID, resultando en una escasez de pacientes en el pabellón de cirugía general. En el área de emergencia, la exposición del interno era constante con el paciente sospechoso de COVID, ya sea durante los procedimientos de suturas y al momento de realizar el examen físico.

En el caso de Pediatría:

Una rotación dividida en dos áreas: pediatría y neonatología, donde el interno roto por 15 días en cada servicio; respecto al área de pediatría, la mayoría de pacientes pediátricos eran atendidos en emergencia y solo eran hospitalizados los que no tenían una evolución favorable, por lo que la cantidad de paciente pediátricos hospitalizados en pabellón era reducida, esto motivó a coordinar una reunión con el jefe del departamento de pediatría, solicitando que hubieran 2 internos en emergencia, un interno de guardia diurna (de 7am a 7pm) y el otro interno de apoyo desde las 7am hasta la 1 pm, teniendo la oportunidad de rota 5 días de los 15 días totales en emergencia y los siguientes días en pabellón , muy diferente al área de neonatología, donde el interno encontró menos dificultades para realizar la práctica durante los 15 días programados, puesto que la demanda de nacimientos no se redujo significativamente durante la pandemia, el interno aprendió a realizar una adecuada atención inmediata del recién nacido.

En el caso de Medicina Interna:

Una rotación, que recibía una gran cantidad de paciente similar al área cirugía general, sin embargo, durante la pandemia, se encontró limitado el número de hospitalizaciones en el pabellón, recibiendo más atenciones en emergencia y quedando en observación dentro de aquella área. El interno tuvo la oportunidad de rotar durante sus 30 días en total, dividido en 15 días por mes, por las áreas de hospitalización de pabellón y de dos guardias diurnas cada quincena en emergencias. Aquí el interno aprendió a realizar una buena historia clínica, así como a realizar los procedimientos básicos como punción lumbar, toracocentesis, paracentesis, entre otros.

En el caso de Gineco Obstetricia:

En el área de Obstetricia se presentó ligeros cambios respecto a la atención de la gestante que ingresa por emergencia, debido a que a toda gestante con criterios de hospitalización o para la atención en sala de partos, se le realizaba la prueba molecular COVID 19; sin embargo, habían casos expectantes en la cual venían por emergencia gestante en periodo expulsivo o fase activas de trabajo que pasaban directamente a sala de partos, sin previa realización de la prueba molecular COVID, exponiendo al personal de salud del área.

El número de atención en sala de partos durante la pandemia, no se vio afectada, solamente en la parte de la infraestructura, ya que antes de la pandemia eran 2 áreas de sala de partos y en la actualidad solo se cuenta con una no COVID. Aquí el interno si tuvo la capacidad de aprender a atender un parto, al igual de participar en las cesáreas.

En cambio, en el área de Ginecología, durante la pandemia, fue una de las pocas áreas que recibía atención por consultorio externo al igual que obstetricia. La gran mayoría de pacientes venían de consultorio externo para hospitalizarse y en menor cantidad por emergencia, igualmente el interno tuvo la oportunidad de participar en la evolución de las pacientes ginecológicas, así como también de apoyo en sala de operaciones si la paciente lo requería. Dentro de esta área también se recibe a pacientes ingresados por el consultorio de Mastología, las cuales requerían algún procedimiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

El internado médico sufrió grandes cambios, durante esta pandemia, no solo por perder siete meses de prácticas sino porque la gran mayoría de internos no volvería a los establecimientos de salud donde empezaron, varios hospitales se negaron a aceptar internos debido a no contar con las medidas de seguridad necesarios para su retorno, derivándose a estos hacia los centros de salud nivel I-3 y I-4.

No obstante, el Hospital Nacional Hipólito Unanue, al contar con todas las medidas de bioseguridad, aceptó el retorno de los internos de medicina, de acuerdo términos presentados por el Minsa.

Al empezar las rotaciones faltantes, el interno se llevó la gran sorpresa que varias áreas de rotación se encontraban suspendidas.

Durante los meses de octubre 2020 a abril del 2021, el interno tuvo que probar todos sus conocimientos prácticos durante solo 1 mes total por cada rotación.

Durante las rotaciones, el interno de medicina se vio con la difícil tarea de ver la realidad del hospital, el menor ingreso de pacientes a áreas de hospitalización, la imposibilidad de ingresar inicialmente al área de emergencia.

Pese a todo los obstáculos, los internos del HNHU pudieron acabar esta etapa, teniendo que desarrollar aptitudes y destrezas dentro de un ambiente poco favorable, sacando provecho a cada rotación.

RECOMENDACIONES

A los nuevos internos que ingresarán en el mes de mayo, aprovechen al máximo sus rotaciones ya que el tiempo es bastante limitado, y si tienen la suerte de rotar en un hospital como el HNHU saquen el mayor provecho a sus residentes ya que ellos estarán dispuestos a apoyarlos y encaminarlos en este proceso.

Cuiden siempre de su salud, haciendo el uso adecuado del equipo de protección personal ya que el HNHU, brindará siempre los instrumentos de protección necesarios para salvaguardar el bienestar de los internos.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. Resolución Directoral N° 224-2020-HNHU-DG [Internet]. Gob.pe.[citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hnhu/normas-legales/1262047-224-2020-hnhu-dg>
2. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. Gob.pe. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
3. 1.Cartera de Servicios del Hospital Nacional Hipolito Unanue, Categoría III-1 2019 [Internet]. Minsa.gob.pe. 2021 [citado 19 Abril 2021] Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2020/11/Cartera-de-Servicios-2019-HNHU.pdf>
4. Ronald F Martin, MD. Apendicitis aguda en adultos: manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial. UpToDate [Internet]. Martin Weiser, médico. 2021 [citado 18 de Abril 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20del%20adulto&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
5. Douglas Smink, MD, MPH David I Soybel, MD. Manejo de la apendicitis aguda en adultos. UpToDate [Internet]. Martin Weiser, médico. 2021 [citado 18 abril 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20del%20adulto&source=search_result&s

- electedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H206304441
6. Dr. José Dolores Velázquez Mendoza, Dr. Fernando Ramírez Sáenz, Dr. A. Jesús Vega Malagón. Premedicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. Medigraphic [Internet]. 2009 [citado 18 de abril 2021] Vol (31) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2009/cg092g.pdf>
 7. Yovera Risco M. Rol de drenajes en apendicitis aguda complicada en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, abril de 2016 a abril de 2019. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2020.
 8. Gómez-López JR, López-Mestanza C, Martín del Olmo JC. ¿Existe relación entre el uso de drenajes y las complicaciones posoperatorias en la apendicitis aguda complicada? [Internet]. 2020;88(4). Disponible en: https://www.cirurgiaycirujanos.com/files/circir_20_88_4_533-534.pdf
 9. David E Wesson, Mary Brandt. Acute appendicitis in children: clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. Jonathan I Singer.2021 [citado 19 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-children-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=apendicitis%20pedi%C3%A1trica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H6659006
 10. David E Wesson, Mary L Brandt. Acute appendicitis in children: Management. UpToDate [Internet]. Jonathan I Singer. 2021 [citado 19Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-children-management?search=apendicitis%20pedi%C3%A1trica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H18
 11. Richard A. Hodin. Vólvulo sigmoideo. UpToDate [Internet]. Thomas Lamont, MD 2021 [Citado 18 abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=volvulo%20sigmoides&source=search_result&selectedTitle=1~14&usage_type=default&display_rank=1#H453107694
 12. Alcalá Mendoza RM. Complicaciones postoperatorias según manejo

- quirúrgico de vólculo de sigmoides en hospitales de Trujillo nivel III. Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
13. Wisam F Zakko, Salam F Zakko. Gallbladder polyps. UpToDate[Internet]. Sanjiv Chopra. 2021 [cited 19 April 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gallbladder-polyps?search=polipo%20vesicular&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
 14. Wiles R, Thoeni RF. Management and follow-up of gallbladder polyps: Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). PubMed [Internet] Eur Radiol. 2017;27(9):3856. Epub 2017 Feb 9. [cited 19 April 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28185005/>
 15. Peñafiel M. Ventajas y desventajas en la colecistectomía laparoscópica [Internet]. Repositorio.ug.edu.ec. 2018 [cited 19 April 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36323/1/CD%202759-%20PE%c3%91AFIEL%20CAZA%20MARIANA%20IRENE.pdf>
 16. Dulay Antonette. Eritroblastosis fetal. MSD Manuals. 2020. [Internet]. citado 19 abril 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/eritroblastosis-fetal>
 17. Darlene A Calhoun. Postnatal diagnosis and management of hemolytic disease of the fetus and newborn. UpToDate [Internet]. Leonard E Weisman. 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postnatal-diagnosis-and-management-of-hemolytic-disease-of-the-fetus-and-newborn?search=incompatibilidad%20de%20grupo%20sangu%C3%ADneo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 18. Newborn Hyperbilirubinemia Assessment Calculator [Internet]. Omnicalculator.com. 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en:

<https://www.omnicalculator.com/health/newborn-hyperbilirubinemia-assessment>

19. Teri Lee Turner, Shea Palamountain. Infantile colic: clinical features and diagnosis. UpToDate [Internet]. Mary M Torchia. 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/infantile-colic-clinical-features-and-diagnosis?search=colico%20del%20lactante&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H24
20. Teri Lee Turner, Shea Palamountain. Infantile colic: management and outcome. UpToDate [Internet]. Marilyn Augustyn. 2021 [citado 19 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/infantile-colic-management-and-outcome?search=colico%20del%20lactante&topicRef=609&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3
21. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en el niño y niña [Internet]. Minsa.gob.pe. 2017 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
22. Jason B. Harris, MD, MPH Mark Pietroni, MA, FRCP, FFPH, DTM yH. Abordaje del niño con diarrea aguda en países de recursos limitados. UpToDate [Internet] Stephen B. Calderwood, MD Morven SEdwards MD, 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20aguda%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
23. Norma técnica de salud para control de la Tuberculosis [Internet]. Minsa.gob.pe. 2006 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342511/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_para_el_control_de_la_tuberculosis20190716-19467-rmxgh7.pdf

24. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas con Tuberculosis [Internet] Minsa.gob.pe. 2018 [citado 19 abril 2021] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/186939/Resolucion_Ministerial_752-2018-MINSA.PDF
25. Stephen J. Gluckman médico. Encefalitis viral en adultos. UpToDate [Internet] Martin S Hirsch, MD 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/viral-encephalitis-in-adults?search=encefalitis%20viral%20en%20adultos&source=search_result&selectedTitle=1~78&usage_type=default&display_rank=1#H18
26. Gary M. Cox, médico John R. Perfect, MD. Epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico de meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans* en pacientes con VIH. UpToDate [Internet] John A. Bartlett, MD 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cryptococcus-neoformans-meningoencephalitis-in-patients-with-hiv?search=meningitis%20criptoc%C3%B3cica&source=search_result&selectedTitle=2~75&usage_type=default&display_rank=2
27. Gary M. Cox, médico John R. Perfect MD. Meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans* en pacientes con VIH: tratamiento y prevención. UpToDate [Internet] John A. Bartlett, MD 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cryptococcus-neoformans-meningoencephalitis-in-patients-with-hiv-treatment-and-prevention?search=meningitis%20criptoc%C3%B3cica&source=search_result&selectedTitle=3~75&usage_type=default&display_rank=3
28. Bruce A Runyon, MD. Peritonitis bacteriana espontánea en adultos: manifestaciones clínicas. UpToDate [Internet] Keith D Lindor, MD 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-bacterial-peritonitis-in-adults-clinical-manifestations?search=peritonitis%20bacteriana%20espont%C3%A1nea&source=search_result&selectedTitle=3~72&usage_type=default&

display_rank=3

29. Bruce A Runyon, MD. Peritonitis bacteriana espontánea en adultos: diagnóstico. UpToDate [Internet] Keith D Lindor, MD 2021 [citado 19Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-bacterial-peritonitis-in-adults-diagnosis?search=peritonitis%20bacteriana%20espont%C3%A1nea&source=search_result&selectedTitle=2~72&usage_type=default&display_rank=2
30. Bruce A Runyon, MD. Peritonitis bacteriana espontánea en adultos: tratamiento y profilaxis. UpToDate [Internet] Keith D Lindor, MD 2021 [citado 19 abril2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-bacterial-peritonitis-in-adults-treatment-and-prophylaxis?search=peritonitis%20bacteriana%20espont%C3%A1nea&source=search_result&selectedTitle=1~72&usage_type=default&display_rank=1
31. Ravindra Kumar Garg. Tuberculous meningitis: clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. John Bernardo. 2021 [citado 19Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/tuberculous-meningitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=meningitis%20tuberculosa&source=search_result&selectedTitle=3~98&usage_type=default&display_rank=3#H3531750051
32. Norma técnica para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis [Internet]. Tuberculosis.minsa.gob.pe. 2018 [citado 19 abril 2021]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
33. Dhar Damian. Trastornos dermatológicos: Celulitis. MSD Manual.[Internet] 2019. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornosdermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/celulitis#v963560_es
34. Denis Spelman. Cellulitis and skin abscess: epidemiology, microbiology,

- clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. Franklin D Lowy. 2021 [citado 19 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2#H1796633244
35. Denis Spelman. Cellulitis and skin abscess in adults: treatment. UpToDate [Internet]. Franklin D Lowy. 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H655500289
36. Barad David. Sangrado uterino anormal. MSD Manual. [Internet] 2020. [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: [https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-ginecol%C3%B3gicos/sangrado-vaginal?query=Sangrado%20uterino%20anormal%20\(SUA\)](https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-ginecol%C3%B3gicos/sangrado-vaginal?query=Sangrado%20uterino%20anormal%20(SUA))
37. Guías de Práctica Clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de condiciones obstétricas, Guías de Práctica Clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la pareja fértil y Guías de Práctica Clínica para la atención, diagnóstico y manejo de las condiciones ginecológicas. [Internet]. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2019/resoluciones/RD-268-2019v.pdf>
38. Jennifer Boyle. Postcoital bleeding in females. UpToDate [Internet]. Robert Barbieri. 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postcoital-bleeding-in-females?search=desgarro%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H3124637553
39. Marc Laufer. Evaluation and management of female lower genital tract trauma. UpToDate [Internet]. William Mann. 2021 [citado 19 Abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-female-lower-genital-tract-trauma?search=desgarro%20vaginal&source=search_result&selected

Title=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4

40. Gutierrez Miguel. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. [Internet]. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso
41. Mezzabotta Leonardo. Rotura prematura de membranas. [Internet]. Consejo FASGO. 2018. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf
42. Minsa. Guía de atención de emergencias obstétricas. [Internet]. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/478_MINSA1.pdf
43. Orias Mary. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica Sinergia 2020. [Internet]. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606/1041>
44. Marc R. Laufer, médico. Torsión de los ovarios y las trompas de Falopio. UpToDate [Internet]. Howard T Sharp, médico Deborah Levine, MD. 2021 [citado 19 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ovarian-and-fallopian-tube-torsion?search=torsion%20ovarica%20gestante&source=search_result&selectedTitle=1~75&usage_type=default&display_rank=1#H2898004365
45. Maita Q. Freddy, Daza U. Nelly. Torsión de pedículo de quiste anexial durante el embarazo: experiencia clínica preliminar al manejo conservador [Internet]. Gaceta Médico boliviana. Junio 2018. [citado 19 abril 2021] Vol 43. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662018000100002
46. Maita Freddy, Niño de Guzmán O. Torsión de pedículo de quiste anexial durante el embarazo: experiencia clínica de manejo conservador [Internet]. Gaceta Médico Boliviana. Agosto 2020. [citado 19 abril 2021] Vol 43.

Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662020000100002&lng=es&nrm=iso

47. Cande V Ananth, PhD, MPH Wendy L Kinzler, MD, FACOG. Desprendimiento de placenta: fisiopatología, características clínicas, diagnóstico y consecuencias. UpToDate [Internet]. Charles J Lockwood, MD, MHCM. 2021 [citado 19 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-pathophysiology-clinical-features-diagnosis-and-consequences?search=desprendimiento%20prematuro%20de%20placenta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H5

48. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Gob.pe. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

ANEXOS

ANEXO N° 1: Puntuación pediátrica para apendicitis aguda

The Pediatric Appendicitis Score

Item	Score (point)
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Migration of pain	1
Fever >38°C (100.5°F)	1
Pain with cough, percussion or hopping	2
Right lower quadrant tenderness	2
White blood cell count >10,000 cells/microL	1
Neutrophils plus band forms >7500 cells/microL	1
Total	10 points

C: Centigrade; F: Fahrenheit.

ANEXO N°2: Dosis pediátrica de medicamentos antituberculosos

Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas menores de 15 años

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	10 (10 -15)	300 mg	10 (10-20)	900 mg
Rifampicina (R)	15 (10-20)	600 mg	15 (10-20)	600 mg
Pirazinamida(Z)	35 (30-40)	1500 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg		