



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ - C.S.M.I. MAGDALENA - C.S. SAN
SEBASTIÁN. JULIO 2021 - ABRIL 2022**

**PRESENTADO POR
AYELET ELENA ALEGRIA HERNÁNDEZ
JACKELINE DEL ROSARIO CHERO VARGAS**

**ASESORA
TANIA RÍOS MARROQUÍN**

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

LIMA- PERÚ

2022



**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

**COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ - C.S.M.I. MAGDALENA - C.S. SAN
SEBASTIÁN. JULIO 2021 - ABRIL 2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

**AYELET ELENA ALEGRIA HERNÁNDEZ
JACKELINE DEL ROSARIO CHERO VARGAS**

**ASESORA
DRA. TANIA RÍOS MARROQUÍN**

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Fernando Herrera Huaranga

Miembro: Dr. César Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a nuestras familias, quienes nos apoyaron incondicionalmente en el transcurso de nuestra formación como futuras médicas y con quienes esperamos celebrar este y muchos más logros.

A nuestros amigos, con quienes vivimos experiencias únicas e inolvidables a lo largo de estos siete años y con los cuales cultivamos una bonita amistad.

A nuestros maestros de quienes nos llevamos grandes enseñanzas, las cuales esperamos aplicar en nuestra vida profesional a favor de la salud de nuestros futuros pacientes.

Las autoras

ÍNDICE

JURADO	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
I. CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Gineco-Obstetricia	1
1.2 Rotación de Pediatría	14
1.3 Rotación en Medicina Interna	26
1.4 Rotación en Cirugía	34
II. CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	44
2.1 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	44
2.2 Centro de Salud Materno Infantil Magdalena	46
2.3 Centro de salud San Sebastián	47
III. CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	49
3.1 Rotación de Gineco-Obstetricia	49
3.2 Rotación de Pediatría	51
3.3 Rotación de Medicina Interna	54
3.4 Rotación de Cirugía	56
IV. CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	59
V. CONCLUSIONES	62
VI. RECOMENDACIONES	63
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	64
VIII. ANEXOS	68

RESUMEN

El Internado Médico se lleva a cabo durante el séptimo y último año de la carrera de medicina humana y consiste en la aplicación 100% práctica de los conocimientos y habilidades adquiridas previamente a lo largo de los seis años de formación académica, con la finalidad de poder consolidar e integrar dichas competencias en situaciones reales dentro de las instituciones de salud destinadas para este fin, con experiencias cercanas a las vividas durante el ejercicio profesional, pero siempre bajo supervisión de un médico coordinador o tutor destinado para poder guiar el adecuado desempeño de los internos de medicina.

Objetivo: Describir las competencias adquiridas durante las cuatro rotaciones del Internado Médico desarrollado desde julio del 2021 hasta abril del 2022, para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

Metodología: Recopilación de experiencias e información científica según la medicina basada en evidencias aplicada en el entorno de la práctica clínica.

Conclusiones: Durante el desarrollo del Internado Médico en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, C.S.M.I. Magdalena y C.S. San Sebastián, se asignó rotaciones por las cuatro especialidades de Gineco - Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía, se logró obtener una formación integral para poder ejercer en un futuro como médicas cirujanas, con eficiencia, calidad y calidez.

Palabras claves: Internado Médico, Cirugía General, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría.

ABSTRACT

The medical internship is the last year of the medicine career and it's about improving all the necessary skills for the interns in order to prepare them for real situations during this time they practice in the hospital, but always with the supervision of a doctor.

Objective: Describe the skills and experience during the four rotations of the medical internship, that was from July 2021 to April 2022, in order to have our Professional Degree of Surgeon Physician.

Methodology: Collection of experience according to medicine based on evidence and health management.

Conclusions: During the internship in the "Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé", "Centro de Salud Materno Infantil Magdalena" and "Centro de Salud San Sebastian", they assigned us four rotations on the service of medicine, gynecology, surgery and pediatrics, luckily this rotations gave us the competences as future doctors.

Key Words: Medical Internship, General Surgery, Medicine, Gynecology-Obstetric, Pediatrics

INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina en el Perú dura siete años, en la Universidad De San Martín de Porres los primeros tres años se lleva a cabo el bloque de ciencias básicas que se desarrollan en las instalaciones de la Facultad de Medicina, posteriormente a partir del cuarto año en adelante se da inicio a la etapa clínica dónde se realizan rotaciones en diferentes hospitales y centros de salud que mantienen convenio con la universidad. El último año, conocido como internado médico, es uno de los más importantes, puesto que, durante este se consolidan las competencias y habilidades adquiridas a lo largo de la carrera para enfrentar los diferentes retos que nos esperan como futuros médicos, además que forma parte de la preparación para el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud) que se desarrolla al culminar los estudios y graduarse como médicos cirujanos. Es considerado uno de los años más sacrificados, pero a la misma vez más satisfactorios, debido a que todos los conocimientos adquiridos se ponen a prueba en el ambiente hospitalario. (1)

El interno de medicina cumple una serie de labores y funciones dentro de los hospitales, con el propósito de adquirir las habilidades posibles que lo ayuden a enfrentarse a la realidad laboral, además, también desarrolla su parte humanitaria, la cual es muy importante y no debe dejarse de lado. Durante esta etapa el interno de medicina tiene mayor contacto con los pacientes, esta cercanía le permite sentir su pesar en la condición de salud en la que se encuentra y asimismo los pacientes, ya no son vistos como tal, sino que al conocer más a fondo su historia, se interioriza que la persona que está hospitalizada tiene familiares que la esperan con ansias en su hogar y que se debe hacer todo lo que esté en nuestras manos para lograr su pronta recuperación.

El internado se desarrolla actualmente, según el documento técnico del

MINSA (Ministerio de Salud) (2), en centros de salud de primer nivel y hospitales, con una duración de cinco meses cada uno. En este tiempo se realizan rotaciones por los servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía. En el presente trabajo se describirán las rotaciones de Gineco-Obstetricia y Pediatría desarrolladas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé y las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía en el Centro de Salud Materno Infantil de Magdalena y Centro de Salud San Sebastián, todos pertenecientes a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.

El 5 de julio del año 2021 se dio inicio al internado médico, el cual se ha realizado de una manera diferente con respecto a años anteriores, debido a la coyuntura por la pandemia de la COVID-19. Se inició en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé con las rotaciones de Gineco-Obstetricia y Pediatría con una duración de dos meses y medio, en los cuales pudimos pasar por las diferentes salas y pabellones del hospital, del cual nos llevamos un grato recuerdo y en el cual creamos lindos lazos de amistad con nuestros médicos residentes y asistentes que nos brindaron su apoyo incondicional en todo el tiempo que formamos parte del equipo de salud de la institución.

Posteriormente, en el mes de diciembre comenzaron las rotaciones en los centros de salud de primer nivel del país, las cuales culminarán en abril del presente año. En estos meses se ha podido observar la diferencia en los diversos niveles de atención, asimismo, vivimos la llamada “tercera ola”, que se decretó en el país a fines de diciembre desde dichos centros de salud, en los cuales se observó la gran cantidad de personas que asistían y realizaban largas filas con el fin de obtener pruebas de descartar la COVID-19.

En consecuencia, el presente trabajo de suficiencia profesional tiene como objetivo describir detalladamente las diferentes competencias adquiridas en

los servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía, para la obtención del título profesional de Médico Cirujano, en base al internado desarrollado desde Julio 2021 hasta abril 2022.

Si bien las condiciones actuales en el marco de la pandemia por la COVID-19 han sido una limitación para el adecuado desempeño de nuestra labor como internas de medicina, además del precario sistema de salud de nuestro país; aun así, se logró adquirir oportunidades de aprendizaje valiosas para nuestra formación profesional como médicas cirujanas.

I. CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Gineco-Obstetricia

La primera rotación realizada fue en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé desde el mes de junio al mes de septiembre del año 2021.

Durante estos meses se rotó por las diferentes salas del servicio, que en total son cuatro, las cuales están debidamente clasificadas según el tipo de paciente y patología que presente. En la sala B se hospitalizan las pacientes con alto riesgo obstétrico como preeclampsia, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas o embarazos gemelares. En la sala C están las puérperas de parto vía cesárea, en la sala D, puérperas de parto vaginal y por último en la sala G se hospitalizan pacientes con patologías netamente ginecológicas como prolapsos y miomas. Además de las rotaciones en las diferentes salas del hospital, también estuvimos en emergencia y en centro obstétrico.

En centro obstétrico se tuvo la oportunidad de atender partos vía vaginal, principalmente de pacientes con embarazos previos, en dicha atención estábamos bajo vigilancia de los residentes de los diferentes años, los cuales siempre estuvieron prestos a ayudarnos. En emergencias se tuvo la oportunidad de realizar tactos vaginales, medir la altura uterina, realizar especuloscopias y ubicar los latidos cardíacos fetales, aquí básicamente se decidía cuál sería el manejo con la paciente, si necesitaba hospitalización, si fuese a centro obstétrico o necesitaba una reevaluación en unas horas.

A continuación, se presentan los diferentes casos clínicos presentados en este hospital durante la rotación.

CASO A

Gestante con iniciales Y.C.C, de 28 años, G4P2103, quien ingresó por emergencia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé el día 20/09/2021, con los siguientes diagnósticos:

- Gestante de 33ss por altura uterina
- No trabajo de parto
- Preeclampsia severa
- ARO: no controles prenatales (CPN)

Antecedentes personales: no contributorios

Antecedentes familiares:

- Madre y padre con hipertensión arterial y diabetes. Fallecidos.

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 12 años
- Régimen catamenial (RC): 3-4 días /28 días
- Regularidad menstrual: si
- Dismenorrea: niega
- Dispareunia: niega
- MAC: ninguno
- IRS: 17 años
- Número de parejas sexuales: 02
- PAP: negativo (2019)

Antecedentes obstétricos:

G1: 2013, no CPN, edad gestacional: AT (40ss), parto vía vaginal, RN de sexo femenino, peso 3.500 gr, APGAR 8-9, sin complicaciones, Hospital de Bagua.

G2: 2014, no CPN, edad gestacional: PT (36ss), parto vía vaginal, RN de sexo masculino, peso 2.500 gr, APGAR 8-9, Hospital Sergio Bernales.

G3: 2016, no CPN, edad gestacional: AT (40ss), parto vía vaginal, RN sexo masculino, peso 3.200 gr, APGAR 8-9, sin complicaciones, Hospital Sergio Bernal.

G4: tiempo de relación: 7 años, embarazo no planificado.

Exámenes auxiliares (ecografías): no se realizó

Relato de enfermedad actual: Paciente refiere haber asistido a la farmacia por malestar general, en el lugar le realizan una toma de presión encontrándose en 180/110mmHg, por lo que le sugieren acudir a emergencias. Se realiza toma de presión en emergencias del Hospital San Bartolomé, la cual da como resultado 180/128mmHg, la cual persiste a pesar de la toma de antihipertensivos, en una segunda toma, motivo por el cual se decide hospitalizar a la paciente.

Examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos sobreagregados, buena aplexación.
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no soplos.
- Abdomen: AU: 29, MMF ++/+++, SPP: LCD, FCF: 150lpm, PF: 2400 gr +/- 100 gr.
- SNC: LOTEPE, sin signos meníngeos, no signos de focalización, ROT conservados.
- G-U: sin alteraciones
- examen ginecológico: cérvix: posterior, 2 cm, fibromuscular, cerrado.

Manejo:

1. MMF
2. CFV estricto
3. NaCl 0.9 % 1000 cc
4. protocolo ZUZPAN

5. Nifedipino 10 mg VO PRN a P.A mayor o igual a 160/110
6. Betametasona 12 mg IM STAT
7. Cefazolina 2g EV pre SOP
8. Sonda Foley permeable- diuresis horaria
9. Vigilar síntomas premonitorios
10. Vigilar síntomas de intoxicación

Informe operatorio: útero grávido superficie regular, líquido amniótico claro de adecuada cantidad, RN femenino de 2455 gr, T: 48 cm, PC: 33 cm, APGAR: 7-8, CAP: 34ss, con placenta normoinsera de 18x15x3 de 300 gramos, cordón umbilical con 2 arterias/ 1 vena. No reportan complicaciones, pasa a recuperación con las siguientes indicaciones:

- NPO
- CFV
- Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 02 AMP+ oxitocina 10 UI AMP
- Nifedipino 10 mg VO c/12hrs PRN P.A mayor o igual a 160/110mmHg.
- Captopril 50 mg VO c/8hrs
- Masaje uterino
- Vigilar sangrado vaginal
- Paño perineal permanente
- Continuar con protocolo ZUZPAN
- Vigilar signos de intoxicación por sulfato de magnesio
- Diuresis horaria
- Solicitar perfil de preeclampsia en 6hrs y luego en 12hrs
- CECAEG

En el puerperio: se indica analgesia con ketoprofeno 100 mg, sulfato ferroso 300 mg VO cada 24hrs por 30 días y control por consultorio de ginecología en 7 días.

CASO B

Gestante de 40ss por ecografía precoz, de 41 años, G3P 1011, ingresó a emergencias del Hospital San Bartolomé con los diagnósticos:

- Gestante de 40ss por ecografía precoz
- No trabajo de parto
- ARO: Edad +PIP

Antecedentes personales: no contributorios

Antecedentes familiares:

- Madre (HTA), hermana (DM II y cáncer de cérvix).

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 14 años
- Régimen catamenial: 3 días / 28 días
- MAC: niega
- IRS: 23 años
- Sangrado poscoital: no
- Número de parejas sexuales: 02
- PAP: 2019 no patológico
- Dispareunia: niega

Antecedentes obstétricos:

G1: 2005, si CPN, edad gestacional: 40ss, parto vía vaginal, RN sexo masculino, peso 3330 gr, APGAR 9-0, sin complicaciones, Hospital de la solidaridad.

G2: 2020, embarazo no evolutivo, 8ss, legrado uterino.

G3: 2021, gestación actual, TR: 2 años, no planificado.

Relato de la enfermedad actual: Paciente acude a control prenatal donde se le indican pruebas de bienestar fetal y posibilidad de maduración

cervical. Niega pérdida de líquido, ni sangrado vaginal. Percibe movimientos fetales.

Examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas.
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos sobreagregados.
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no soplos.
- Abdomen: AU: 40, movimientos fetales ++/+++, LCF: 150
- G-U: genitales externos sin alteraciones
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización
- Examen ginecológico: pelvis ginecoide, D:2 cm, blando.

Manejo:

1. Pasa a centro obstétrico
2. CFV
3. Vía salinizada
4. Misoprostol 25 mg en FSV, luego de firmar consentimiento

Reporte de parto: Paciente femenina de 41 años G3P1011, quien pasa a expulsivo, recibiendo una RN de sexo femenino de 4350 gr. Posterior a eso se presenta dificultad en el alumbramiento por retención de placenta, por lo que se realiza extracción manual de placenta, se administra oxitocina 30UI, posterior a eso se controla el sangrado y luego de 2hrs la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y pasa a puerperio.

Puerperio: Paciente se encuentra estable con indicaciones de analgesia con ketoprofeno 100 mg, sulfato ferroso 300 mg VO cada 24hrs por 30 días y teleconsulta con ginecología en 7 días.

CASO C

Gestante con iniciales J.A.R.R., de 27 años de edad, G2P0010, quien ingresó por emergencia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé el día 03/09/2021 a las 10:47 horas, con los siguientes diagnósticos:

- Gestante de 35 3/7ss por eco temprana
- Trabajo de parto pretérmino
- MF: Gastrosquisis
- Sobrepeso

Antecedentes personales:

- Transfusión sanguínea a los 14 días de nacimiento por anemia por enfermedad hemolítica del recién nacido.
- Cirugía por gigantomastia bilateral grado IV a los 13 años.
- Cirugía colocación de malla por hernia umbilical y hernia inguinal derecha a los 16 años.
- COVID 19 (agosto, 2020) con sintomatología leve y tratamiento sintomático con paracetamol.

Antecedentes familiares:

- Mamá (HTA y Rh negativo)
- Gemelares tía paterna y prima.

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia: 10 años
- Régimen catamenial: 3 días / 28 días +/- 7 días
- Cantidad: 3 toallas/día
- Regularidad menstrual: sí
- Dismenorrea: niega
- Dispareunia: niega

- MAC: niega
- IRS: 20 años
- FRS: esporádico
- URS: hace 2 semanas
- Sangrado poscoital: no
- Número de parejas sexuales: 02
- PAP: nunca

Antecedentes obstétricos:

G1: 2021, 7ss aborto espontáneo, AMEU

G2: 2021, gestación actual, TR:2 años, no planificado.

- 2CPN (15 – 26ss) en P.S. Santa Isabel
- 4 CPN (21 – 32ss) en Hospital San Bartolomé
- GP: 12kg IMC: 26.77

Intercurrencias:

- Marzo, 2021: Amenaza de aborto (4ss) Tratamiento: Progesterona VO c/12h por 7 días.
- Agosto, 2021: Maduración sistémica con betametasona por gastrosquisis D/C Closing
- Vulvovaginitis: niega
- Anemia: niega
- ITU: niega

Relato de la enfermedad actual:

TE: 12 horas **FI:** Insidioso **Curso:** Progresivo

La paciente refiere que 12 horas antes del ingreso presenta contracciones uterinas esporádicas y pérdida de tapón mucoso que se acentúa con las horas, por lo cual acude por emergencia. Niega pérdida de líquido, ni sangrado vaginal. Percibe movimientos fetales.

Examen físico:

- PA: 110/70mmHg, FC: 84 x', T: 36.5°, FR:18x', SO2: 98%
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, no presenta edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos sobreagregados.
- Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: AU: 33, movimientos fetales ++/+++, LCF: 145
- G-U: genitales externos sin alteraciones
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización
- Examen ginecológico:
 - DU: Frecuencia:1/10, Duración: 20", Intensidad: +(+)
 - Tacto vaginal: I: 100%, D: 2cm, M: I (Ab), AP: C-4, VP: NP
 - Pelvis ginecoide

Manejo:

1. Monitoreo materno fetal
2. Vía salinizada C1Na 0.9% 500cc hidratación a chorro.
3. Evolución espontánea de no ceder DU.
4. Betametasona 12mg IM (1° dosis)
5. Reevaluación en 4 horas y/o según evolución
6. S/S: Pre Qx, MIP, PCR, Urocultivo
7. IC Neonatología, IC Cirugía pediátrica.

Reporte de parto: Paciente femenina de 27 años de edad, G2P0010, quien pasa a expulsivo a las 22:00 horas, con un tacto vaginal: I: 100%, D: 10cm, M: R (LVF), AP: C+2, VP: OP. Se hizo una episiotomía medio lateral derecha, recibándose un RN de sexo masculino de 2700 gr. APGAR: 8/9. Capurro: 37ss y se realizó clampaje precoz del cordón umbilical.

Puerperio: Paciente se encuentra estable, mantiene signos vitales estables, útero contraído a nivel de CU, loquios hemáticos escasos.

A las 48 horas evolución favorable, involución uterina a 2 cm por debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria (periné) afrontada sin flogosis, loquios hemáticos escasos, sin mal olor, lactancia materna exclusiva.

Diagnóstico: Puérpera mediata de parto vaginal.

Indicaciones al alta: Sulfato ferroso 300 mg 1 tableta VO c/24h por 30 días y paracetamol 500 mg VO condicional a dolor.

CASO D

Gestante con iniciales E.B.D., de 31 años de edad, G1P0, quien ingresó por emergencia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé el día 13/09/2021 a las 16:40 horas, con los siguientes diagnósticos:

- Gestante de 40.2ss por eco precoz
- No trabajo de parto
- Hipertiroidismo
- D/C PES

Antecedentes personales:

- Hipertiroidismo hace 4 años. Tratamiento con Tiamazol 20mg. Reinicia a partir del 2do trimestre de la gestación.
- Iodo radioactivo 4 veces en el 2018 y 2019.
- Psoriasis (2020) con tratamiento tópico localizado.
- Niega Qx.
- Niega alergias

Antecedentes familiares:

- Diabetes mellitus línea paterna y materna

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquía:14 años

- Régimen catamenial: 5 días /28 días +/- 7 días
- Regularidad menstrual: sí
- Dismenorrea: niega
- Dispareunia: niega
- MAC: ampolla mensual (junio 2017)
- IRS: 16 años
- FRS: 1 vez/sem
- URS: no recuerda
- Número de parejas sexuales: 04
- PAP: 2021 (negativo)

Antecedentes obstétricos:

- G1:** 2021, gestación actual, TR:5 años, planificado.
- 7 CPN (7 – 38ss) en Clínica CESMYN
 - 2 CPN (36 – 36.4ss) en C.S. El progreso
 - GP: 12kg IMC: 23.2

Intercurrencias:

- Vulvovaginitis: niega
- Anemia: niega
- ITU: 18-08-21 cel ep:46-48 leucocitos 17-20. Tratamiento con antibióticos c/6h x 7 días, no control con urocultivo.
- Último control de T4 libre: 2.84 (08/07/21)
- Glucosa 95 gr/dL (18/08/21)

Relato de la enfermedad actual:

La paciente refiere que presenta contracciones uterinas esporádicas. Niega pérdida de líquido, ni sangrado vaginal. No percibe movimientos fetales.

Examen físico:

- PA: 130/80mmhg, FC: 95 x', T: 36.7°, FR:18X', SO2: 97%

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez, edema +/-+++.
- Ojos: Se evidencia exoftalmos
- Cuello: Bocio difuso
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos sobreagregados.
- Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: AU: 33, LCF: 158-160x'
- G-U: genitales externos sin alteraciones
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización
- Examen ginecológico:
 - DU: Esporádica
 - Tacto vaginal: Cuello intermedio, 2cm, dehiscente 1 dedo AP: C-3
 - Pelvis ginecoide

Reevaluación: A las 18:10 horas

- NST: Reactivo Línea de base: 140 Variabilidad: 5
- PA: 140/80mmHg, FC: 80 x' T: 37° FR:18X' SO2: 97%
- SS. Perfil de preeclampsia

Reevaluación: A las 20:00 horas

- PA: 140/90mmHg FC: 80 x' T: 37° FR:18X' SO2: 97%
- Perfil de preeclampsia dentro de los parámetros normales
- Trae resultados de hormonas tiroideas: T3L: 6.87, T4: 1.61, TSH: 0.0004

Manejo:

1. Hospitalizar en sala B (Gestante de alto riesgo obstétrico)
2. Nifedipino 10 mg - 1 tableta VO condicional si PA: 160/110 mmHg

Evolución:

14/09/2021 - Al examen: PA: 150/90mmHg, FC:105x', DU: 1-2/10'+ 30',
TV: I :80% D: 1 cm, M: I AP: C-4 VP: NP

Plan:

- Reevaluar con dinámica uterina espontánea
- Estimulación con oxitocina
- Nifedipino 10 mg 1 tableta VO condicional a PA \geq 160/110mmHg
- Pasa a Centro Obstétrico

15/09/2021 - Al examen: PA: 170/100mmHg, FC:105x', DU: 4/10'+ 40',
con oxitocina hasta 8MUI, TV: I :90% D: 3 cm, M: I AP: C-3 VP: NP

Plan:

- Protocolo de SO4MG
- Culminar gestación vía alta.
- Vigilar síntomas premonitorios
- Suspender la estimulación con oxitocina.
- Nifedipino 10 mg 1 tableta VO condicional a PA \geq 160/110mmHg

Reporte de parto: Paciente femenina de 31 años, G1P0, quien ingresa a sala de operaciones para cesárea de emergencia a las 10:44 horas, útero grávido de superficie regular, anexos sin alteraciones, placenta de 17x14x3 cm, líquido amniótico claro sin mal olor, de volumen adecuado, cordón umbilical 2A/1V. RN de sexo femenino de 3540 gr. talla: 51 cm, APGAR: 8/9. Capurro: 40ss y se realizó clampaje precoz del cordón umbilical.

Recuperación:

PA: 165/80mmHg, FC:95x', FR:19x', T: 36.5°C

Se acude al llamado de enfermería por presión arterial alta refractaria a pesar de 2 tomas de nifedipino, niega síntomas premonitorios, continuo protocolo de So4MG.

Pasa a UCI materna donde se logra controlar la presión arterial con medicación antihipertensiva.

Puerperio: Tras permanecer dos días en la UCI materna paciente pasa a la sala D. Al examen: FC: 94x', PA: 120/80mmHg, FR: 18x', SatO₂: 98%, sin molestias, niega síntomas premonitorios. Evolución favorable.

Diagnóstico: Preeclampsia severa en resolución. Hipertiroidismo. PO1 cesárea por preeclampsia severa.

Pendiente Ecografía de Tiroides y reevaluación con Endocrinología.

1.2 Rotación de Pediatría

La rotación de pediatría fue realizada en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé durante los meses de septiembre y octubre. En el mes de noviembre la rotación fue realizada en el servicio de neonatología del mismo hospital.

En el servicio de pediatría se contaba con 5 salas, las cuales se dividen según edad. Principalmente cada interno de medicina rotaba por dos salas, las cuales estaban a cargo de los residentes de pediatría de los tres diferentes años. Así mismo también se tuvo la oportunidad de realizar guardias diurnas en la emergencia pediátrica, en la cual las patologías más frecuentes eran enfermedades diarreicas y respiratorias agudas.

A continuación, se presentan los diferentes casos clínicos presentados en este hospital durante la rotación.

CASO E

ANAMNESIS:

Filiación

- Nombre y apellido: G.H.A.
- Edad: 5 meses
- Sexo: masculino
- Dirección: Cercado de Lima
- Responsable: madre
- N° de cama: 320

Relato de la enfermedad

- Tiempo de enfermedad: 1 día
- Curso: progresivo
- Forma de inicio: insidioso

Madre refiere que hace aproximadamente 1 día, el paciente presenta SAT cuantificable con termómetro digital (39°C), motivo por el cual es traído a emergencias, como antecedentes de importancia el paciente es portador de sonda Foley por hidronefrosis por uropatía obstructiva. Debido a la persistencia de la fiebre y al examen de orina patológico, el paciente es hospitalizado.

Funciones biológicas

- Sueño: conservado
- Orina: conservada (portador de sonda vesical)
- Depositiones: conservadas
- Lactancia: a demanda, conservada

Antecedentes prenatales

- G3P3003
- Hospitalización: niega
- Intercurrencias: niega
- Vulvovaginitis: niega
- ITU: niega

Antecedentes natales

- E.G: 37ss
- Peso al nacer: 2.800 gr
- Apgar: 7-9
- Parto eutócico

Antecedentes postnatales

- Alimentación: lactancia materna exclusiva
- Desarrollo psicomotor: reflejo de succión +, control cefálico, sonrisa
- Hospitalizaciones: 2 meses de edad: cistoscopia diagnóstica
- Alergias: niega
- Vacunas: BCG, VHB, pentavalente, IPV, antineumocócica, rotavirus, APO, influenza
- Cirugías: cistoscopia diagnóstica

Antecedentes generales

- Vivienda: cemento, 4 habitaciones
- Servicios básicos: luz, agua, desagüe
- Viajes: niega
- Contacto COVID: niega
- Contacto TBC: niega
- Crianza de animales: niega

EXAMEN FÍSICO

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no ictericia, leve palidez, mucosas húmedas
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por ACP, tórax simétrico, no tirajes
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, globuloso, no impresiona dolor a la palpación, no masas palpables
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no soplos
- SNC: despierto, conectado al ambiente, reactivo a estímulos, no signos meníngeos
- Locomotor: moviliza extremidades, no parálisis

- G.U: genitales externos sin alteraciones, testículos en bolsas escrotales, portador de sonda vesical

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- ITU

MANEJO

- Dextrosa 5 % 1000 cc
- NaCl 20% 20cc
- KCl 20% 10cc
- Cefalexina 50 mg V.O c/24hrs
- Vía salinizada
- Paracetamol 75 mg E.V c/8hrs intercalado con ketorolaco 5 mg E.V c/8hrs
- CFV+OSA

Se maneja la ITU por 10 días con los medicamentos indicados anteriormente y se corrobora el éxito del tratamiento con un examen de orina no patológico, con lo cual se procede a la programación de la cirugía del paciente para tratar la patología de fondo (hidronefrosis). Paciente pasa al servicio de cirugía pediátrica del Hospital San Bartolomé.

CASO F

ANAMNESIS:

Filiación:

- Nombre y Apellidos: M.H. RN
- Edad: 1 mes
- Sexo: femenino
- Dirección: Cercado de Lima
- Informante: madre

Enfermedad actual: paciente de sexo femenino y de un mes de edad, procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad de 5 días presenta lesiones mielicéricas en cabeza, cuello y tórax, además de ictericia hasta muslos. Posteriormente las lesiones mielicéricas se expanden y se añade episodio de vómitos un día antes del ingreso, lesiones presentan secreción amarillenta. Niega haber recibido tratamiento alguno antes de su llegada a emergencias del Hospital San Bartolomé.

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado
- Alimentación: conservada
- Orina: conservada
- Deposiciones: conservada

Antecedentes personales:

- Prenatales: G1P1001, hospitalizaciones: niega, ITU: niega, vulvovaginitis: niega.
- Natales: edad gestacional: 37ss, peso al nacer: 3500 gr, APGAR: 9/9
- Post natales: alimentación: lactancia materna exclusiva, hospitalizaciones: niega, alergias: niega, vacunas: BCG, VHB

Antecedentes familiares: no contributorios

EXAMEN FÍSICO:

Regular estado general (REG), regular estado de nutrición (REN), regular estado de hidratación (REH).

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, lesiones mielicéricas con bordes eritematosos, secreción amarillenta a predominio de cuero cabelludo, rostro y tórax superior. Ictericia hasta el muslo.

- Tórax y pulmones: amplexación adecuada, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no ruidos agregados, no soplos
- Abdomen: B/D, RHA+, no visceromegalias, no impresiona dolor a la palpación profunda
- SNC: despierta, reactiva a estímulos, fuerza y tono conservados, reflejo de succión +

EXÁMENES AUXILIARES:

- Prueba antigénica COVID 19 (06/11): negativa
- Hemograma (06/11): leucocitos: 9000mm³, Hb: 13.7 gr/dl, Hto: 38.6, plaquetas: 324000, bilirrubina total: 15.72 mg/dl, bilirrubina directa: 0.56 mg/dl, PCR: 3 mg/dl

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Impétigo
- Dermatitis seborreica infantil
- Ictericia no especificada

MANEJO:

- Oxacilina 140 mg EV c/6hrs por dos días
- Paracetamol 60 mg VO PRN a temperatura mayor a 38°C
- Hidrocortisona al 1% tópica c/24hrs por tres días

EVOLUCIÓN: paciente evoluciona favorablemente con terapéutica brindada, hemodinámicamente estable, con adecuada tolerancia oral, ventilando espontáneamente sin distrés respiratorio

PLAN DE ALTA:

- Lactancia materna directa exclusiva a libre demanda
- Paracetamol 60 mg VO condicional a temperatura mayor de 38°C
- Hidrocortisona 1% aplicar en zonas costrosas c/24hrs por 4 días

- Dicloxacilina 25 mg V.O c/6hrs por 4 días
- Cuidado de la piel
- Cita por teleconsulta a pediatría el 15/11/2021

CASO G

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombres y Apellidos: G.K.H.C.
- Edad: 4 años
- Sexo: femenino
- Informante: madre

Enfermedad actual:

TE: 1 día **Forma de inicio:** Brusco **Curso de enfermedad:** Agudo

Síntomas principales: Placas eritematosas, habones, prurito

1 día antes del ingreso: Madre refiere que paciente presenta placas eritematosas y habones que desaparecen a la digitopresión, pleomórficas, que generan prurito en cara, miembros superiores e inferiores, espalda y abdomen. Las lesiones incrementan con mayor predominio en cara.

El día del ingreso: Lesiones incrementan con mayor predominio en cara.

Antecedente de importancia: Hace una semana refiere que presenta congestión nasal y estornudos que persisten hasta dos días antes del ingreso. Además, refiere que la noche previa a la aparición de las lesiones comió pizza que adquirió fuera de su casa.

Funciones biológicas:

- Sueño: Conservado
- Apetito: Disminuido
- Sed: Incrementado
- Orina: Adecuado

- Deposiciones: Adecuado

Antecedentes personales:

- Prenatales: Embarazo con 7 CPN. Niega enfermedades y complicaciones. Antecedente obstétrico: G0P1001
- Natales: A término. Parto vaginal, sin complicaciones
- Post natales: Peso al nacimiento: 2900 gr. Talla: 49. PC: 34
- Lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses
- Alimentación complementaria a partir de los 6 meses
- Inmunizaciones: Completas de acuerdo a su edad. Pendiente 2 dosis de influenza.
- Niega reacción alérgica a alimentos o medicamentos.
- Patológicos:
 - 5 meses: Dermatitis en región de pabellón auricular con tratamiento tópico (madre no recuerda).
 - 1 año: Tos y fiebre que fue tratado por emergencia con nebulizaciones.
 - 3 años: Diarrea, vómitos y fiebre tratado por emergencia.
- Hospitalizaciones: Niega
- Intervenciones quirúrgicas: Niega

Antecedentes familiares:

Madre (30 años), ama de casa, niega patologías, aparentemente sana

Padre (31 años), chofer, niega patologías, aparentemente sano

Abuela materna cáncer de mama

Abuela paterna cáncer de útero

EXAMEN FÍSICO

- T°: 36°C, FC: 94x', FR: 20x', SatO₂: 99%, Peso: 17Kg, Talla: 100cm
- ABEG, ABEN, ABEH, despierta, colaboradora, orientada en tiempo, espacio y persona.

- Piel y faneras: tibia, no palidez, no cianosis, elástica, poco hidratada, placas eritematosas y habones en cara, abdomen, espalda y miembros superiores e inferiores.
- Cráneo: Normocéfalo
- Tórax y pulmones: Ventilando espontáneamente, amplexación simétrica, no tirajes, MV pasa bien en AHT, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Se visualizan lesiones eritematosas y habones, RHA (+), blando depresible, no doloroso a la palpación, no VMG.
- SNC: Alerta, activa, responde a órdenes simples
- Genitourinario: Sin alteraciones

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Urticaria aguda de nueva aparición

MANEJO

- Dieta completa más líquidos a voluntad.
- Clorfenamina 2mg/5ml jarabe 2.5 ml de jarabe 3 veces al día por 5 días.
- De ser posible identificar el agente causante de la urticaria se debe evitar en lo posible la exposición.
- Reevaluación por consultorio externo en una semana.

CASO H

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombres y Apellidos: J.J.C.A.
- Sexo: masculino
- Edad: 3 años 2 meses

- Informante: Madre

Enfermedad actual:

TE: 2 días **Inicio:** Insidioso **Curso:** Progresivo

Síntomas principales: Vómitos, deposiciones líquidas, dolor abdominal

2 días antes del ingreso: Madre refiere que paciente presenta 2 vómitos de contenido alimentario, de escasa cantidad. Además, presenta dolor abdominal, por lo que da Gaseovet 2 gotas/kg. Posteriormente, presenta sensación de alza térmica no cuantificada y le administra paracetamol 6ml

1 día antes del ingreso: En la madrugada presenta nuevamente alza térmica no cuantificada y le administra una segunda dosis de paracetamol, además de medios físicos. Durante el día se agregan deposiciones líquidas en 8 oportunidades, de moderada cantidad sin moco y sin sangre. Además, presenta vómitos de contenido alimentario y madre refiere que paciente se mostraba somnoliento por lo cual decide traerlo al HONADOMANI-SB.

El día del ingreso: Paciente presenta 6 vómitos de líquido blanquecino, que fue precedido por náuseas, además de deposiciones líquidas sin moco y sin sangre, paciente se muestra somnoliento.

Funciones biológicas:

- Sueño: Aumentado
- Apetito: Disminuido
- Sed: Incrementado
- Orina: Adecuado. 2 - 3 veces/día
- Deposiciones: Incrementadas. Mayor a 2 veces/día de menor consistencia.

Antecedentes personales:

- Prenatales: Edad materna: 26 años. Embarazo con 6 CPN. Niega enfermedades y complicaciones. Antecedente obstétrico: G0P1001
- Natales: EG: 29ss a término. Parto vaginal, sin complicaciones.

- Post natales: Peso al nacimiento: 4045 gr. Talla: 52. PC: 36.5 APGAR: 9/9. Hospitalizado por ictericia neonatal por 3 días.
- Lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses
- Alimentación complementaria a partir de los 6 meses
- Desarrollo psicomotor: Control cefálico (2 meses), control torácico (6 meses), marcha (12 meses), primeras palabras (1 año 2 meses)
- Inmunizaciones: Completas de acuerdo a su edad.
- Niega reacción alérgica a alimentos o medicamentos.
- Patológicos:
 - Asma bronquial hace 1 mes: Tratamiento con Salbutamol + fluticasona.
- Hospitalizaciones:
 - Ictericia neonatal (2018) - 3 días - HONADOMANI-SB
 - Varicela complicada (2019) - 5 días - INSN Breña
- Intervenciones quirúrgicas: Niega

Antecedentes familiares:

Madre (29 años), dibujante, niega patologías, aparentemente sana

Padre (29 años), técnico electricista, niega patologías, aparentemente sano.

EXAMEN FÍSICO

- T°: 37°C, FC: 100x', FR: 24x', SatO₂: 98%, Peso: 14.2 Kg, Talla: 96cm
- AREG, AREN, AREH, despierto, colaborador, con vía periférica permeable en miembro superior derecho.
- Piel y faneras: turgente, tibia, elástica, poco hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/-, no cianosis.
- Cráneo: Normocéfalo
- Ojos: Pupilas isocóricas, fotorreactivas
- Boca: Mucosa oral hidratada
- Orofaringe: No eritematosa, no congestiva

- Tórax y pulmones: Ventilando espontáneamente, amplexación simétrica, no tirajes, MV pasa bien en AHT, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA (+), blando depresible, no doloroso a la palpación, no VMG.
- SNC: Paciente con tendencia al sueño, reactivo a estímulos, moviliza extremidades espontáneamente. No signos meníngeos.
- Genitourinario: Masculinos, testículos en bolsas escrotales

EXÁMENES AUXILIARES:

- Hemograma: Leucocitos 6050, plaquetas 199 800
- Glucosa 54 gr/dL
- PCR: 25
- Urea: 38 Creatinina: 0.47
- Na: 139 K: 4.5
- Examen de orina: No patológico

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Diarrea aguda infecciosa
- Trastorno del sensorio
- Hipoglicemia
- Deshidratación moderada

MANEJO

- NPO
- Bolo de dextrosa a 10% 70cc EV STAT
- Aumenta VGI a 5cc en dextrosa 5% 1000cc → pasar 40cc/h
 - NaCl 20% - 20cc
 - KCl 20% - 10cc
- Control de glucosa en 1 hora pos bolo

- Ranitidina 15 mg EV C/8horas
- Cabecera 30°

1.3 Rotación en Medicina Interna

La rotación de medicina interna fue realizada en el Centro de Salud San Sebastián y el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena desde el mes de diciembre del año 2021.

Durante la rotación de medicina interna en el Centro de Salud San Sebastián, se presentaron patologías tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, infecciones del tracto urinario (ITU) y artralgias. Además, se realizan referencias al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en caso no se tenga la capacidad resolutive.

De la misma manera en el Centro de Salud Materno Infantil, se presentaron patologías tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cefalea tensional, infección del tracto urinario, lumbalgia, entre otros y realizan referencias al Hospital Santa Rosa.

A continuación, se presentan los diferentes casos clínicos presentados en estos centros de salud durante la rotación.

CASO I

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombre y Apellido: R.C.Y.
- Sexo: femenino
- Edad: 23 años
- Religión: católica

- Ocupación: estudiante
- Estado civil: soltera
- Dirección: Centro de Lima

Enfermedad actual: paciente de sexo femenino de 23 años refiere que hace aproximadamente 2 días presenta molestias urinarias, sin otros síntomas, además refiere tener un examen de orina patológico, el cual fue solicitado en una consulta médica anterior, motivo por el cual acude al C.S San Sebastián

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado
- Apetito: conservado
- Orina: conservada
- Deposiciones: conservada

Antecedentes personales:

- Generales: usuaria de ACO desde hace 1 año
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega

Antecedentes familiares:

- Padre: hipertensión arterial
- Tía paterna: Hipertensión arterial

EXAMEN FÍSICO

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. Tórax simétrico.
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no soplos.
- Abdomen: blando, depresible, no globuloso, no impresiona dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias.

- SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no signos de focalización.
- G-U: genitales externos sin alteración, no flujo.

EXÁMENES AUXILIARES:

- Examen de orina (08/02/2022): patológico (leucocitos: 30-35 por campo, aspecto: turbio, color: amarillo)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Infección tracto urinario (ITU) baja.

MANEJO

- Amoxicilina 500 mg cada 8hrs VO por 5 días
- Posterior al tratamiento toma de nuevo examen de orina

CASO J

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombre y Apellido: F.A.R.
- Edad: 77 años
- Sexo: masculino
- Religión: católico
- Ocupación: vendedor
- Estado civil: casado
- Dirección: Cercado de Lima

Enfermedad actual: paciente de sexo masculino acude por referir que en una consulta médica de rutina le informaron de un examen de glucosa alterado, motivo por el cual solicitó una nueva cita en el C.S. San Sebastián.

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado
- Apetito: aumentado
- Orina: aumentada
- Deposiciones: conservadas

Antecedentes personales:

- Patológicos: gastritis resuelta (2018)
- Quirúrgicos: apendicectomía (2005)

Antecedentes familiares:

- Padre: fallecido de infarto agudo de miocardio

EXAMEN FÍSICO

Peso: 75 kg, Talla: 1.73, IMC; 25.8, T°: 37°C, P.A; 110/80mmHg.

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas.
- Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, Tórax simétrico y buena amplexación.
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no se auscultan soplos
- Abdomen: RHA+, blando, depresible, globuloso, no impresiona dolor a la palpación, cicatriz de apendicetomía referida.
- SNC: LOTEP, no signos meníngeos, no signos de focalización, ROT conservados.

EXÁMENES AUXILIARES:

- Hemograma (02/02/2022): hemoglobina: 15.3 mg/dl, glucosa: 150 mg/dl, leucocitos 6000 mm³.
- Examen de orina (02/02/2022): no patológico

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Diabetes mellitus tipo 2
- Sobrepeso

MANEJO

- Interconsulta con nutrición
- Metformina 850 mg c/8hrs VO por 15 días
- Solicitar nueva cita con medicina

CASO K

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombres y Apellidos: V.R.A.
- Sexo: Femenino
- Edad: 62 años
- Religión: católica
- Ocupación: Ama de casa
- Estado civil: Casada
- Dirección: Jr. Tarapacá 512 - Magdalena del Mar

Enfermedad actual: Paciente acude el 02/02/2022 a consultorio externo por presentar cefalea desde hace 3 días, que calma momentáneamente con la administración de paracetamol, además de malestar general.

Funciones biológicas:

- Sueño: Conservado
- Apetito: Conservado
- Orina: Conservada
- Deposiciones: Conservadas

Antecedentes personales:

- Covid-19 (enero 2021)
- Síndrome de colon irritable (2019)

- Hipertensión arterial (2014) en tratamiento con Losartan
- Diabetes Mellitus tipo 2 (2014) en tratamiento con metformina

Antecedentes familiares:

- Madre hipertensa y diabética

EXAMEN FÍSICO

- PA:110/60mmHg, FC:86x', FR:18x', T°:36.5°C, P: 72Kg, T:1.57m, IMC: 29.1
- AREG, AREN, AREH, afebril
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas.
- Cuello: Simétrico, contractura a nivel cervical.
- Tórax y pulmones: Amplexación simétrica. MV pasa bien en ACP.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no globuloso, no doloroso a la palpación, no masas, ni visceromegalias.
- SNC: LOTEP, no signos meníngeos, no signos de focalización.
- G-U: Sin alteración

EXÁMENES AUXILIARES

07/01/2022

- Hemoglobina: 13.5 gr/dL
- Hematocrito: 41 %
- Leucocitos: 6,250
- Plaquetas: 360,000
- Glucosa: 119 gr/dL
- Urea: 32
- Creatinina 1.03
- Colesterol: 213
- Triglicéridos: 211
- Examen de orina: No patológico

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Cefalea tensional
- Cervicalgia
- Sobrepeso
- Dislipidemia (Hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia)
- Hipertensión arterial controlada por historia clínica
- Diabetes mellitus tipo 2 por historia clínica

MANEJO

- Dieta completa hipoglucida, hiposódica, hipocalórica
 - Líquidos a voluntad
 - Paracetamol 500mg - 1 tableta cada 8 horas por 5 días
 - Orfenadrina 100mg - 1 tableta cada 12 horas por 5 días
- Medicación habitual:
- Losartan 50mg - 1 tableta cada 12 horas por 1 mes
 - Metformina 850mg - 1 tableta cada 8 horas por 1 mes

CASO L

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombres y Apellidos: H.Q.A.
- Sexo: Femenino
- Edad: 59 años
- Religión: católica
- Ocupación: Ama de casa
- Estado civil: Casada
- Dirección: Jr. Aybar N° 341 - Magdalena del Mar

Enfermedad actual: Paciente acude el 07/02/2022 a consultorio externo para continuación de tratamiento de enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes mellitus 2) y recojo de resultado de urocultivo.

Funciones biológicas:

- Sueño: Conservado
- Apetito: Conservado
- Orina: Conservada
- Deposiciones: Conservadas

Antecedentes personales:

- Histerectomía (2018)
- Hipertensión arterial (2016) en tratamiento con enalapril
- Diabetes Mellitus tipo 2 (2016) en tratamiento con metformina

Antecedentes familiares:

- Madre hipertensa y diabética
- Padre hipertenso

EXAMEN FÍSICO

- PA:110/70mmHg, FC:78x', FR:18x', T°:36.5°C, P: 72Kg, T:1.52m, IMC: 31.1
- AREG, AREN, AREH, afebril
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas.
- Tórax y pulmones: Amplexación simétrica. MV pasa bien en ACP.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, no globuloso, no doloroso a la palpación, no masas, ni visceromegalias.
- SNC: LOTEP, no signos meníngeos, no signos de focalización.
- G-U: Sin alteración. No refiere molestias

EXÁMENES AUXILIARES

11/01/2021

- Hemoglobina: 13.9 gr/dL
- Hematocrito: 42 %
- Leucocitos: 7,970
- Plaquetas: 326,000
- Glucosa: 113 gr/dL
- Hb glicosilada: 5.4
- Urea: 24
- Creatinina 0.59
- Colesterol: 155
- Triglicéridos: 89
- Examen de orina: Leucocitos 15-20xC, CE: 3-5xC, Gérmenes: +++
Nitritos: Positivos
- Urocultivo: Escherichia Coli

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Infección del tracto urinario
- Obesidad
- Hipertensión arterial controlada por historia clínica
- Diabetes mellitus tipo 2 por historia clínica

MANEJO

- Dieta completa hipoglucida, hiposódica, hipocalórica
 - Líquidos a voluntad
 - Gentamicina 160mg - 1 ampolla IM cada 24 horas por 5 días
- Medicación habitual:
- Enalapril 10mg - 1 tableta cada 12 horas por 1 mes
 - Metformina 850mg - 1 tableta cada 12 horas por 1 mes
 - Cita control por consultorio externo en 15 días

1.4 Rotación en Cirugía

La rotación de cirugía se llevó a cabo en el Centro de Salud San Sebastián y el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena.

En el Centro de Salud San Sebastián se realizaban curaciones de pie diabético y retiro de puntos en el tópico de cirugía, así mismo se reciben pacientes con patologías tales como colecistitis, insuficiencia venosa o arterial y litiasis renal, las cuales se referencian al servicio de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para la debida atención, puesto que, este establecimiento no cuenta con la capacidad resolutive.

En el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena se realizaban atenciones en tópico de cirugía, de pacientes que acudían para limpieza y curación de úlceras varicosas, mordeduras caninas, traumatismos leves de diferentes partes del cuerpo, así mismo se reciben pacientes de emergencia con diversa sintomatología como cólicos abdominales, náuseas, vómitos, crisis hipertensivas, síncope, hipoglucemias, las cuales se realizan el manejo de primeros auxilios y caso contrario se requiera una mayor intervención médica o quirúrgica se hace la referencia al Hospital Santa Rosa que cuenta con la capacidad resolutive para poder manejar estos casos.

A continuación, se presentan los diferentes casos clínicos presentados en estos centros de salud durante la rotación.

CASO M

ANAMNESIS:

Filiación:

- Nombres y Apellidos: M.A.E.
- Edad: 44 años

- Sexo: femenino
- Estado civil: casada
- Ocupación: ama de casa
- Religión: católica
- Dirección: Jr. Ica 466

Enfermedad actual: paciente de sexo femenino de 44 años refiere que hace aproximadamente 1 día presenta dolor en hipocondrio derecho asociado a fiebre, motivo por el cual acude al C.S San Sebastián el día 07/02/2022.

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado
- Apetito: disminuido
- Orina: conservada
- Deposiciones: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: no contributorios
- Quirúrgicos: cesárea (2007)

Antecedentes familiares: no contributorios

EXAMEN FÍSICO:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no ictericia, no edemas.
- Tórax y Pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, buen tono, no soplo
- Abdomen: RHA +, blando, depresible, no globuloso, impresiona dolor a la palpación en hipocondrio derecho

- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización. ROT conservados.

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS:

- Colecistitis

MANEJO:

- Ketoprofeno 100 mg PRN a dolor
- Referencia a Hospital Nacional Arzobispo Loayza al servicio de cirugía general

CASO N

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombres y Apellidos: C.C.D.
- Sexo: masculino
- Edad: 19 años
- Religión: católico
- Ocupación: estudiante
- Dirección: Centro de Lima

Enfermedad actual: paciente de sexo masculino de 19 años acude a C.S. San Sebastián refiriendo dolor de moderada intensidad desde la madrugada (3am aproximadamente), que inicio en epigastrio y actualmente se localiza en zona periumbilical, asociado a náuseas, inapetencia y fiebre. Asegura haber ingerido paracetamol 500 mg, debido a la persistencia de los síntomas solicita cita con medicina del centro de salud.

Funciones biológicas:

- Sueño: disminuido

- **Apetito:** disminuido
- **Deposiciones:** conservado
- **Orina:** conservado

Antecedentes personales:

- **Patológicos:** no contributorios
- **Quirúrgicos:** niega

Antecedentes familiares

- **Madre y padre:** diabetes mellitus tipo 2
- **Hermano:** diabetes mellitus tipo 2

EXAMEN FÍSICO

Peso: 70 kg, talla: 1,75 cm, temperatura: 38°C, REG, AEN, AEH

- **Piel y faneras:** T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, no ictericia.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, buena amplexación, MV pasa bien en ACP, no tirajes.
- **Cardiovascular:** RCR, buen tono, no soplos
- **Abdomen:** blando, depresible, no globuloso, dolor fosa iliaca derecha a la palpación superficial, no visceromegalias.
- **SNC:** LOTEPE, no signos meníngeos, no signos de focalización. ROT conservados.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- **Apendicitis aguda**

MANEJO

- Referencia al servicio de cirugía general del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

- Se informa al paciente que al persistir el dolor e intensificarse debe acercarse a emergencias del hospital más cercano, además de suspender la ingesta de analgésicos.

CASO O

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombres y Apellidos: R.M.S.
- Sexo: masculino
- Edad: 68 años
- Religión: católico
- Ocupación: jubilado
- Dirección: Jr. Juan Valer Sandoval N°867 Int.2 - Pueblo Libre

Enfermedad actual: Paciente de sexo masculino de 68 años de edad acude a tópico del C.S.M.I. Magdalena para control y curación de úlceras varicosas, refiere dolor en región de talón de ambos pies.

Funciones biológicas:

- Sueño: conservado
- Apetito: conservado
- Deposiciones: conservadas
- Orina: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: Insuficiencia venosa
- Quirúrgicos: Niega

Antecedentes familiares

- No refiere antecedentes de importancia

EXAMEN FÍSICO

- PA:120/60mmHg, FC:82x', FR:18x', T°:36.7°C, P: 67Kg, T:1.66m, IMC: 21
- AREG, AREN, AREH, afebril
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, leve palidez.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, buena amplexación, MV pasa bien en ACP, no rales.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Blando, depresible, no globuloso, no doloroso a la palpación, no se palpan masas, no visceromegalia.
- SNC: LOTEP, no signos meníngeos, no signos de focalización. ROT conservados.
- G-U: Sin alteración. No refiere molestias
- Miembros inferiores: Úlceras varicosas eritematosas, en proceso de llenado.

EXÁMENES AUXILIARES

- Hemoglobina: 11.5 gr/dL
- Hematocrito: 35 %
- Leucocitos: 5,000
- Plaquetas: 225,000
- Glucosa: 92 gr/dL
- Urea: 45
- Creatinina 0.71
- Colesterol: 191
- Triglicéridos: 69
- Examen de orina: No patológico
- Eco Doppler:

- MI derecho: Insuficiencia venosa segmentaria de la safena magna derecha. Insuficiencia venosa profunda con compromiso del eje femoro poplíteo
- MI izquierdo: Insuficiencia venosa segmentaria de la safena magna izquierda. Insuficiencia venosa superficial de la safena menor

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Úlceras varicosas
- Anemia leve
- Insuficiencia venosa de MMII como antecedente

MANEJO

- Limpieza y curación de úlceras varicosas con CINA 0.9% más yodopovidona, cubierta con vendas estériles.
- Naproxeno 550mg - 1 tableta cada 6 horas por 2 días
- Sulfato ferroso 300mg - 1 tableta cada 24 horas por 1 mes
- Curaciones interdiarias de ambos miembros inferiores.
- Referencia al Hospital Santa Rosa para evaluación por el servicio de cirugía cardiovascular.

CASO P

ANAMNESIS

Filiación:

- Nombres y Apellidos: P.L.C
- Sexo: femenino
- Edad: 45 años
- Religión: católica
- Ocupación: Trabajadora de limpieza
- Dirección: Jr. Cuzco N°123 - Magdalena del Mar

Enfermedad actual: Paciente de sexo femenino de 45 años de edad acude a tópico del C.S.M.I. Magdalena refiriendo que desde hace 3 horas presenta dolor en epigastrio tipo cólico 3/10 que se fue intensificando con el paso de las horas a un 9/10. Además, refiere haber perdido el apetito, presentar náuseas y sensación de alza térmica.

Funciones biológicas:

- Sueño: disminuido
- Apetito: disminuido
- Deposiciones: conservadas
- Orina: conservada

Antecedentes personales:

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega

Antecedentes familiares

- No refiere antecedentes de importancia

EXAMEN FÍSICO

- PA:110/60mmHg, FC:90x', FR:18x', T°:37.5°C, P: 65Kg, T:1.55m, IMC: 27.1
- AREG, AREN, AREH, con febrícula
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos, no edemas, no palidez.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, buena amplexación, MV pasa bien en ACP, no rales.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Blando, depresible, no globuloso, dolor difuso a la palpación, con predominio en epigastrio, no se palpan masas, no visceromegalia, signo de Mc Burney (-).

- SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no signos de focalización. ROT conservados.
- G-U: Sin alteración. No refiere molestias

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- D/C Apendicitis aguda

MANEJO

- N-Butilbromuro de Hioscina 10mg - 1 tableta VO STAT
- Ranitidina 300mg - 1 tableta VO STAT

La molestia calmó parcialmente, pero a las 2 horas volvió aún dolor, por lo cual se decidió realizar la referencia al Hospital Santa Rosa para evaluación por el servicio de cirugía general y descartar una posible apendicitis.

II. CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI SB)

El HONADOMANI SB, es un hospital de referencia nacional que a partir del año 2020 es reconocido como categoría III-E, como una institución Prestadora de Servicios de Salud Pública, con internamiento y población referida, con clasificación como Hospital de Atención Especializada, responsable de satisfacer necesidades de salud a nivel nacional, con mayor alcance a la recuperación y rehabilitación al ser considerado un hospital del tercer nivel de atención, brindando atención especialmente con enfoque al binomio madre-niño. Es considerado el segundo hospital en atención de partos, siendo el hospital de mayor capacidad resolutive en el área materno infantil a nivel nacional. (3)

Esta institución centra su misión en brindar una atención altamente especializada a la mujer en los aspectos de salud sexual y reproductiva, además de una atención integral al feto, neonato, lactante, niño y adolescente. Todo esto en marco de brindar una atención de calidad, con eficiencia e inclusión social, así mismo, cabe destacar que el servicio brindado por esta institución se sustenta en la docencia e investigación constante que se desarrolla y su participación en planes y programas nacionales, pero además también en las actividades de proyección social hacia la comunidad. (4)

Se encuentra ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 825 y anexo Jr. Chota S/N, perteneciente al distrito de Cercado de Lima, ocupa un terreno de 5,000 mts²; el pabellón principal tiene 06 pisos y 03 pisos con ampliación lateral. Sus límites son la Av. Alfonso Ugarte, el Jr. Peñaloza y el Jr. Chota,

donde se encuentra una zona denominada “La Cochera” en la cual están ubicados consultorios externos y oficinas administrativas (3).

Dentro de los servicios que ofrece se encuentran: Ginecología y Obstetricia con las subespecialidades de: Ginecología Oncológica, Ginecología y Obstetricia de la niña y la adolescente, Medicina fetal, Cuidados intensivos maternos, Climaterio e Infertilidad; Cirugía pediátrica, Pediatría con las subespecialidades de neonatología, Medicina intensiva pediátrica, Neurología pediátrica, Neumología pediátrica, Gastroenterología pediátrica, Nefrología pediátrica, Infectología pediátrica, Endocrinología pediátrica, entre otras, Patología clínica, Anatomía patológica, Odontología, Medicina de rehabilitación, Enfermería, Anestesiología y Centro Quirúrgico. (3)

Según el ASIS del año 2019, el HONADOMANI San Bartolomé cuenta con 10 salas de hospitalización y 3 salas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), 217 camas de hospitalización y 26 camas de UCI.

Respecto a su organización estructural, está conformado por una dirección general actualmente a cargo del Dr. Santiago Cabrera Ramos, un Órgano de Control Institucional, 04 oficinas ejecutivas de administración (Oficina de personal, Oficina de economía, Oficina de logística y Oficina de servicios generales y mantenimiento), Oficina ejecutiva de planeamiento estratégico, Oficina de asesoría jurídica, Oficina de epidemiología y salud ambiental, Oficina de gestión de la calidad, Oficina de apoyo a la docencia e investigación, Oficina de seguros, Oficina de estadística e informática, Oficina de comunicaciones, 9 departamentos asistenciales (Gineco-obstetricia, pediatría, cirugía pediátrica, odonto-estomatología, emergencias y cuidados críticos, anestesiología y centro quirúrgico, apoyo al tratamiento, ayuda al diagnóstico y enfermería) y varios servicios. (5) (Ver Anexo N° 1)

En este hospital se realizó la rotación de Ginecología y Obstetricia a partir del mes de julio del 2022, una vez que se aprobó el inicio del internado médico, posterior a la inmunización de todos los internos de medicina a nivel nacional con las dos dosis, además de asegurar las condiciones de trabajo adecuadas en el contexto de la pandemia por la COVID 19. Esta rotación tuvo una duración de dos meses y medio en las cuales participamos de actividades de apoyo dentro del equipo de salud, en las siguientes salas: Sala B: Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico, Sala C: Puérperas inmediatas y mediatas de parto por cesárea, Sala D: Puérperas inmediatas y mediatas de parto vaginal, Sala G: Mujeres con patología ginecológica, Centro Obstétrico: Sala de partos y dilatación y Emergencias Obstétricas.

Posteriormente, en la quincena del mes de septiembre se dio la rotación en el servicio de pediatría donde se realizaron las prácticas por las diversas salas de hospitalización de medicina pediátrica observando diferentes patologías, agudas y crónicas; además se tuvo una rotación de un mes aproximadamente por el servicio de neonatología, donde se asistió a las áreas de alojamiento conjunto, cuidados intermedios y atención inmediata.

2.2 Centro de Salud Materno Infantil Magdalena

El Centro de Salud Materno Infantil Magdalena está ubicado en el Jr. Junín N° 322, en el distrito de Magdalena del Mar. Es un centro de categoría I-4, pues cuenta con atención de emergencias 24 horas y sala de partos, con disponibilidad de internamiento de corta estancia para las puérperas.

Este centro de salud cuenta con los servicios de consultorios externos de Medicina, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Gastroenterología, Otorrinolaringología, así como servicio de laboratorio, nutrición, psicología, CRED, inmunizaciones, farmacia y diagnóstico por imágenes. Además, cuenta con una sala de partos y una sala de puerperio inmediato con

disponibilidad de hasta 2 camas para internamiento. Por otro lado, dispone de una ambulancia para poder atender emergencias y referencias.

Se realizó la rotación en este establecimiento en los meses de diciembre del 2021 hasta abril del 2022, para complementar la rotación de Medicina y Cirugía (tópico) con las limitaciones que conlleva los casos que se pudieron observar comparados con un establecimiento de mayor nivel de complejidad. Sin embargo, al ser este un centro de nivel I-4, también se realizó rotaciones por los servicios de Gineco-obstetricia y Pediatría, pero al encontrarnos aún en el contexto de pandemia, en estos servicios solo se realizaron consultas externas previa cita, sobre todo para controles obstétricos y manejo de pacientes con patologías que no pueden ser atendidas por teleconsulta.

Con respecto al área de obstetricia, según el ASIS de 2019, durante el año 2018 se atendieron 82 partos (6), los cuales fueron partos no complicados. El manejo de los casos obstétricos en el centro de salud se realiza en base a gestantes que hayan tenido controles prenatales adecuados, no hayan presentado complicaciones durante el embarazo, no tengan antecedentes de cesáreas previas, entre otras circunstancias, que no pongan en riesgo la vida de la madre ni del feto, de manera que se pueda garantizar un parto sin mayor complicaciones, sin embargo, si este fuera el caso, se realiza la referencia al Hospital Santa Rosa del distrito de Pueblo Libre.

2.3 Centro de Salud San Sebastián

El Centro de Salud San Sebastián está ubicado en el Jr. Ica 768, el cual figura en el directorio de establecimientos brindados por la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Centro, es un establecimiento de salud calificado como I-III, el cual, actualmente, está a cargo del médico jefe al Dr. Luis Reynado Excebio Mora (7).

En este centro se disponen de los siguientes servicios: medicina, pediatría, obstetricia, nutrición, laboratorio y psicología. Además de los programas de planificación familiar, PCT (prevención y control de tuberculosis) y CRED (control de crecimiento y desarrollo). Así mismo se cuenta con un tópico, en el cual se atienden curaciones, principalmente de pie diabético, y retiro de puntos. Debido a la coyuntura también se realizan pruebas diagnósticas para COVID 19 y atenciones por esta patología.

La rotación en este establecimiento se realizó desde el 01 de diciembre del 2021 hasta abril del 2022. Principalmente nuestra participación como internos de medicina fue en los consultorios de obstetricia, medicina, tópico de cirugía, programa de PCT y CRED.

III. CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de gineco-obstetricia

En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé las decisiones sobre el manejo de las pacientes se basan en la guía de la ACOG (Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia), además de utilizar guías como la de la sociedad española de la Universidad de Barcelona.

El caso A es una gestante de 33 semanas por altura uterina (AU), la cual acude a emergencias por mal estado general sumado a una toma de presión arterial elevada (180/ 110mmHg) en la farmacia, la cual se corrobora en la misma emergencia dando como resultado una presión arterial de 180/128mmHg. De acuerdo a la guía clínica de la Universidad de Barcelona, se considera como criterios de severidad para preeclampsia a dos tomas de presión mayores o iguales a 160/110mmHg separadas por 6hrs o mayor o igual a 180/120mmHg en un intervalo de 30 minutos (8), según lo cual la paciente sería catalogada como una gestante con preeclampsia severa, este diagnóstico fue el referido por emergencia previo a la hospitalización de la paciente. Se inició protocolo ZUZPAN, nifedipino, betametasona y sulfato de magnesio. Al ser una gestante de 33 semanas está justificado el uso de betametasona para maduración pulmonar. Además, el uso de nifedipino está avalado por la guía de la Universidad de Barcelona, como uno de los fármacos antihipertensivos, así como la administración de sulfato de magnesio con el fin de la prevención de convulsiones; su administración debe ir con la indicación de colocación de sonda Foley debido a la posible intoxicación con este fármaco.

El manejo sugerido por la guía de la Universidad de Barcelona según la edad gestacional de la paciente es un tratamiento conservador y manejo según modelo predictivo de PIERS (*Pre-eclampsia Integrated Estimate of Risk*). Debido a no poder controlar la presión arterial en esta gestante a

pesar de la combinación de fármacos antihipertensivos y a la plaquetopenia de la paciente, se decide culminar la gestación por vía alta. Esta acción está sustentada en la guía mencionada anteriormente, la cual describe dentro de los criterios para la finalización inmediata de la gestación independiente de la edad gestacional, a la plaquetopenia progresiva y la presión arterial incontrolable farmacológicamente, ambas presentes en la paciente del caso clínico.

En el caso B se presenta una gestante de 41 años de edad con 40 semanas, la cual ingresa con posibilidad de maduración cervical, dentro del manejo se indica su hospitalización y la administración de misoprostol 25 mg en fondo de saco de vaginal (FSV), previo consentimiento informado.

De acuerdo a la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), existe la inducción en situaciones especiales, como la de la paciente, puesto que al tener 41 años de edad se recomienda la inducción al parto, debido a que múltiples estudios han concluido que en mujeres mayores de 40 años la inducción al parto reduciría morbilidad perinatal. (9)

El caso C, se trata de una mujer de 27 años con 35 3/7 semanas de gestación quien ingresa por emergencia con un trabajo de parto pretérmino, la cual meses previos se había identificado mediante un estudio ecográfico una malformación fetal (Gastrosquisis) con sospecha de Closing un mes antes del ingreso, para lo cual se le realizó maduración sistémica con betametasona y una nueva ecografía en la cual se descartó la condición de Closing y se dio de alta a la paciente con una actitud expectante y continuar con sus controles semanales, hasta el momento del ingreso con dinámica uterina efectiva en evolución espontánea del trabajo de parto.

El manejo obstétrico de una gestación con un feto con gastrosquisis y la vía de parto aún es controversial (10). Alsulyman et al, tras revisar 21 pacientes con diagnóstico prenatal de gastrosquisis, hallaron que, si no se

presenta otro compromiso fetal, la sola presencia de gastrosquisis en el feto no es indicación de finalizar la gestación. (11) Por otro lado, Sermer et al, al observar 8 casos de gastrosquisis, no evidenciaron que la cesárea mejorara la supervivencia del neonato. (12)

El caso D, se trata de una gestante de 31 años con 40.2 semanas de gestación, quien ingresó por emergencia con dinámica uterina esporádica, sin percibir movimientos fetales, a quien se le encuentra una presión de 140/80mmHg y un diagnóstico de hipertiroidismo desde hace 4 años con tratamiento con Tiamazol.

Cuando se presenta hipertiroidismo durante el embarazo, suele presentar hasta cinco veces el riesgo de preeclampsia e incluso diez veces más el riesgo de sufrir una crisis tirotóxica. (13) Por otro lado, si bien sabemos que el hipertiroidismo aumenta el riesgo de preeclampsia severa, también se conoce que de por sí la misma preeclampsia es considerada como un posible desencadenante de una crisis tirotóxica. (14) En este caso se debe plantear la finalización de la gestación como parte del tratamiento de la preeclampsia severa y asimismo disminuir el riesgo de una crisis tirotóxica y otras complicaciones. El manejo de ambas patologías es opuesto en cuanto a la conducta obstétrica, siendo activo en una preeclampsia severa y expectante y vigilante ante una tormenta tiroidea. Dada la alta morbimortalidad de ambas patologías destacamos la importancia del manejo de estas pacientes en un centro de tercer nivel con un equipo multidisciplinario (ginecología, medicina interna, endocrinología, anestesiología y personal de enfermería) con disposición de cuidados intensivos de ser necesario como fue el caso de nuestra paciente. (15)

3.2 Rotación de pediatría

En el servicio de pediatría del Hospital San Bartolomé el manejo de cada paciente se basa en las normas técnicas del Ministerio de Salud (MINS),

así como en las diferentes guías de acuerdo al criterio de cada asistente. Los casos clínicos presentados fueron tomados de la emergencia pediátrica y de las salas de hospitalización.

En el caso E, el paciente tiene 5 meses de edad y un factor de riesgo importante para desarrollar infecciones del tracto urinario (ITU), como es el ser portador de sonda vesical. Según la Asociación Española de Pediatría (AEPED), la instrumentación en vías urinarias es uno de los factores de riesgo para desarrollar ITU. Asimismo, recalca que es una de las infecciones más frecuentes durante la infancia. (16) Dentro del apartado de "Criterios para ingreso hospitalario" de la AEPED, no se señala ninguno que el paciente cumpla, esto se debe a que el paciente en referencia no ingresa por la ITU, sino con el fin de realizarle una intervención a cargo del servicio de cirugía pediátrica, para lo cual previamente no debía estar con una infección como la ITU, motivo por el cual primero es ingreso al servicio de pediatría para tratarla y finalmente puedan intervenir quirúrgicamente. Durante su estancia en el hospital, se le trató con cefalexina para la ITU, la cual es una cefalosporina de primera generación y su uso en ITU pediátricas está avalado por la AEPED. (16)

El caso F se trata de una paciente de un mes de vida, la cual acude por la presencia de lesiones mielocéricas. De acuerdo a la Guía clínica y terapéutica del MINSA, estas lesiones son características del impétigo (6), diagnóstico que coincide con el propuesto en el caso clínico. Al ser una paciente de un mes, se decide su hospitalización, durante su estancia se le ofrece tratamiento con oxacilina, según la guía clínica del MINSA el tratamiento se da con cloxacilina o cefalexina durante 7 días. Tanto la cloxacilina como la oxacilina son penicilinas. El uso de cefalexina también está avalado por la Sociedad Argentina de Pediatría (17)

El caso G, consiste en una paciente de 4 años de edad quien es traída por su madre al presentar placas eritematosas y habones que desaparecen a

la digitopresión, pleomórficas, que generan prurito en cara, miembros superiores e inferiores, espalda y abdomen, quien se manejó con el uso de antihistamínicos por vía oral con buena respuesta. Según la Asociación Española de Pediatría la urticaria aguda es una afección cutánea caracterizada por habones, los cuales son muy pruriginosos y a veces puede acompañarse de angioedema cuando afecta las capas profundas de la dermis. Por lo general, la urticaria aguda tiene un factor desencadenante que puede ser identificado y su tratamiento se basa, en primer lugar, en los antihistamínicos H1 de segunda generación, es importante destacar que en el caso de urticaria aguda debe vigilarse la posible evolución a anafilaxia. (18)

El caso H, se trata de un paciente de 3 años de edad quien es traído por su madre por presentar vómitos de contenido alimentario, dolor abdominal, sensación de alza térmica no cuantificada, además de deposiciones líquidas sin moco y refiere que paciente se mostraba somnoliento. Según la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña y el Niño" del 2017 orienta el manejo de la diarrea aguda con deshidratación moderada a grave como en el caso presentado que debe ser hospitalizado por el alto riesgo de muerte en pocas, por ello es necesario el tratamiento inmediato. Primero debemos identificar si se trata de una deshidratación grave sin evidencia de shock y ser procederá a iniciar hidratación endovenosa con solución salina (cloruro de sodio 0.9% o lactato de Ringer), la dosis será 100ml/kg repartidos de acuerdo con la edad y al tiempo. (Ver Anexo N° 3) (19)

Es necesario la evaluación clínica y el balance hidroelectrolítico de forma constante cada hora para ver mejoría, cuando el niño ya pueda beber se debe administrar solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO), 5-10ml/kg/hora. Una vez hidratado el niño pasa a una fase de mantenimiento donde empezará a recibir alimentos y SRO alternados, antes de darle el

alta es importante observar al paciente durante por lo menos 6 horas y asegurarnos que la madre o el cuidador pueda mantenerlo hidratado. (19)

3.3 Rotación de medicina interna

La rotación de medicina interna se realizó en los centros de salud mencionados con anterioridad (C.S. San Sebastián y C.S.M.I Magdalena). En estos establecimientos se guiaron de las normas técnicas vigentes del MINSA, así como de otras guías de diversas sociedades según criterio del médico tratante.

En el caso I se presenta a una paciente de sexo femenino de 23 años, cual refiere síntomas sugestivos de una infección de tracto urinario (ITU), lo cual es corroborado con un examen de orina patológico. De acuerdo a una investigación realizada en Perú titulada “Infección del tracto urinario y manejo antibiótico”, en función de los criterios diagnósticos de bacteriuria sintomática, nuestra paciente entra dentro del diagnóstico (20). Asimismo, sugieren de primera línea el uso de amoxicilina, fármaco que fue prescrito en el establecimiento. Este manejo también es el recomendado según la Guía de Práctica Clínica de Infección de Tracto Urinario, la cual aconseja la administración de nitrofurantoína, fosfomicina o amoxicilina (21).

En cuanto al uso de urocultivo como examen diagnóstico, la Guía de Práctica Clínica de Infección del Tracto Urinario sugiere solicitarlo cuando se trate de una ITU recurrente, ITU complicada, pielonefritis, así mismo enfatiza que en mujeres con cistitis no complicada extrahospitalaria no es necesario solicitar un urocultivo antes o después de iniciar el tratamiento antibiótico (20).

En el caso J, se presenta un varón de 77 años, el cual refiere un examen de glucosa en ayunas alterado (150 mg/dl), así mismo durante el desarrollo de la historia clínica refiere presentar polidipsia, poliuria y polifagia, los

cuales son síntomas de diabetes mellitus. De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus se debe iniciar con monoterapia con fármacos como metformina o glibenclamida. En lo que difiere el manejo del paciente con la guía mencionada, es en el diagnóstico, debido a que en este caso clínico se considera diabético al paciente con una sola toma de glucosa en ayunas alterada, lo que sugiere el MINSA mediante su guía de práctica clínica sería una segunda toma de glucosa en un intervalo no mayor de 72hrs de la primera toma (22).

El caso K, consiste en una paciente de 62 años que acude por consultorio externo presentando cefalea tensional además de cervicalgia, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 ambas enfermedades controladas. A pesar de que no existen estudios específicos de cefalea tensional en el adulto mayor, el tratamiento recomendado es el mismo que en el adulto, teniendo la precaución de utilizar dosis menores y con especial atención a las posibles interacciones con otra medicación que esté recibiendo. (23)

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son la primera elección en el tratamiento de los episodios agudos de dolor. Existe evidencia convincente para el uso de ibuprofeno, naproxeno y paracetamol (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). (24) Además es importante el manejo de los desencadenantes de la cefalea tensional como pueden ser el estrés y la tensión mental como los más frecuentes. (25)

En el caso L de una paciente de 59 años que acude por consultorio externo para continuación de tratamiento de enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes mellitus 2), pero además presenta un examen de orina patológico con urocultivo positivo para Escherichia Coli, pero asintomática. Bien sabemos que los pacientes con diabetes tienen una mayor susceptibilidad de presentar infecciones. Así, se ha visto en numerosos

estudios que la prevalencia de bacteriuria en la mujer diabética es 2-3 veces superior a la detectada en la población general. (26) Los datos que se disponen para recomendar el tratamiento de la bacteriuria asintomática en pacientes diabéticos son escasos y limitados. A pesar de ello, la mayoría de estudios recomiendan el tratamiento por el riesgo y la gravedad de las infecciones urinarias altas en el paciente diabético. (27)

3.4 Rotación de cirugía

Durante esta rotación se observaron patológicas con la complejidad correspondiente a un Centro de Salud. En muchas oportunidades se debieron realizar referencias a Hospitales con la debida capacidad resolutive.

El caso M corresponde a una paciente de sexo femenino de 44 años, la cual refiere fiebre y dolor en hipocondrio derecho, en el cual es evidenciado en el examen físico. De acuerdo a la guía de Tokyo, se califica como sospecha de colecistitis. Como parte del manejo para aliviar el dolor tipo cólico está indicado el uso de analgésicos según la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de colelitiasis, colecistitis y coledocolitiasis (28). En el flujograma de la guía mencionada también se explica que al tener sospecha de colecistitis se deben realizar más exámenes e incluso una programación para cirugía, la cual, por la capacidad resolutive del establecimiento de salud I-III que se encuentra el paciente no se puede realizar, motivo por el cual es referido (Anexo 2).

El caso N es un paciente de sexo masculino que presenta sintomatología aguda sugerente de apendicitis aguda. Inicialmente el paciente describe migración del dolor, náuseas, falta de apetito y fiebre, los que en total sumaron 3 puntos en la escala de Alvarado, sumado a dos puntos más dados por el dolor en fosa iliaca derecha evidenciado durante el examen físico; con lo cual sería catalogado como síntomas consistentes con

apendicitis, pero no diagnósticos. Esta escala es calificada como "evidencia" según la Guía de Práctica Clínica de la Asociación Mexicana de Cirugía (29). Por tal motivo y de acuerdo a la Guía de Procedimientos y Protocolos de Atención en Emergencias, se debe referir a todo paciente con dolor abdominal quirúrgico, en este caso el paciente en cuestión fue referido al Hospital Nacional Arzobispo Loayza al servicio de cirugía general (30). Asimismo, y debido a las posibles complicaciones de la apendicitis, se sugirió al paciente ir a emergencias si el dolor se intensificaba.

El caso O, consiste en un paciente de 68 años que acude para control y curación de úlceras varicosas, causado por el antecedente de una insuficiencia venosa de MMII. En el caso presentado el paciente fue derivado al servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Santa Rosa, donde lo evaluaron y se le programó una próxima cirugía. Actualmente, es importante destacar que más que el manejo terapéutico está el tratamiento preventivo, el cual consiste en evitar los factores de riesgo modificables como la obesidad y mejorar los hábitos como el hecho de permanecer sentado o de pie por mucho tiempo. Si bien, existe tratamiento médico para esta condición también pueden hacerse uso de las nuevas tecnologías terapéuticas como el láser o la escleroterapia, además de la técnica quirúrgica que se utiliza en el caso de varices muy evolucionadas o con grandes complicaciones como es el caso de nuestro paciente. (31)

El caso P, se trata de una paciente de 45 años de edad quien acude refiriendo dolor en epigastrio tipo cólico que se fue intensificando con el paso de las horas, además de haber perdido el apetito, presentar náuseas y sensación de alza térmica. La sospecha de una probable apendicitis aguda en esta paciente es debido a la evolución de la sintomatología que fue presentando, de inicio el dolor abdominal, que es considerado el síntoma más frecuente, sobre otros que también pueden estar presentes como anorexia, náuseas y fiebre. El dolor típicamente suele iniciar a nivel

de la región periumbilical o epigástrico con fue el caso, posteriormente va a migrar hacia el cuadrante inferior derecho; pero cabe resaltar que, a pesar que la migración del dolor se ve frecuentemente, sólo ocurre en un 50 a 60% de los pacientes con apendicitis aguda. (32) El diagnóstico de certeza se hará de acuerdo con los datos de la anamnesis, examen físico y los resultados de laboratorio y/o imagen, por ello se debe manejar en un establecimiento de salud de mayor complejidad y dado el caso, se optó por realizar la referencia a un centro de mayor complejidad para su manejo quirúrgico de confirmarse el diagnóstico.

IV. CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Desde el primer año de medicina, el estudiante sueña con terminar la carrera y ser médico, se sabe que antes de culminar sus estudios tiene que pasar por el internado médico, el cual puede generar cierto miedo e incertidumbre, al ser una etapa desconocida por él, sin embargo, está llena de lindas experiencias y anécdotas.

Conforme pasan los años durante la carrera de medicina, el estudiante va teniendo conocimiento de lo extenuante de este último año y sin pensarlo ya se encuentra cada vez más próximo a culminar. Como se dice, en un abrir y cerrar de ojos ya se encuentra finalizando sus estudios y logrando el sueño que tanto tiempo ha anhelado.

Muchos de los que iniciamos en la promoción 2015 soñamos con un internado como el que nos contaban alumnos de promociones anteriores, sin embargo, todo esto se vio frustrado debido a la pandemia. Durante este tiempo primó la incertidumbre y la ansiedad por saber cuándo comenzaría este último año de carrera, que pesar de sus reiterados retrasos, finalmente se decidió empezar dos meses después de la fecha inicialmente propuesta, posterior a la administración de las dos dosis de la vacuna contra la COVID19, como una manera de garantizar nuestra protección y la de nuestras familias. No obstante, al dar inicio al internado médico no sabíamos a qué nos enfrentaríamos ni todo lo que nos esperaba por vivir a lo largo de estos diez meses.

El 05 de julio del 2021 se dio inicio a esta linda etapa, en la cual hemos adquirido muchos conocimientos, tanto teóricos como prácticos, nos hemos emocionado al realizar procedimientos por primera vez, en la cual también aprendimos a trabajar en equipo con todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de los pacientes. Nuestras dos primeras rotaciones fueron realizadas en el HONADOMANI - San Bartolomé, el cual

es un establecimiento especializado en las áreas de ginecología y obstetricia, pediatría y neonatología principalmente, a los cuales asistimos los primeros cinco meses.

Durante nuestra rotación por el servicio de ginecología, aprendimos a realizar el adecuado monitoreo materno fetal a las gestantes que estaban próximas al trabajo de parto, reconocimos la importancia de identificar los factores de riesgo durante la gestación, así como saber cómo actuar frente a los diversos panoramas que se nos presentaba. Nuestro mayor deseo fue poder atender por primera vez un parto, hecho que nos llenaba de emoción y cuando pudimos lograrlo nos dio mucha satisfacción el formar parte de este importante acontecimiento de recibir una vida en nuestras propias manos, siempre de la mano de nuestros residentes y asistentes que fueron un gran apoyo, ya que, con sus enseñanzas y exigencias lograron afianzar nuestros conocimientos y de esta manera cumplir con las expectativas que teníamos.

Posteriormente, en el servicio de pediatría y neonatología, compartimos lindos momentos con nuestros pacientes pediátricos, quienes a su corta edad nos enseñaron que a pesar de lo difícil que es afrontar una enfermedad, ellos siempre tenían una sonrisa para nosotros día a día y nos daban muestras de afecto y agradecimiento por el tiempo que compartimos con ellos. Nos llevamos una experiencia muy bonita, en las diversas salas del servicio de medicina pediátrica, donde obtuvimos apoyo de nuestros residentes y asistentes, quienes nos orientaron sobre el manejo de las diversas patologías, especialmente las más frecuentes que podríamos encontrar en nuestro SERUMS, saber identificarlas para que de esta manera podamos actuar oportunamente y con el manejo adecuado garantizar su pronta recuperación.

En el área de neonatología, se nos permitió realizar la atención inmediata del recién nacido, que fue una de las experiencias más gratificantes, puesto que, logramos identificar a aquellos recién nacidos que necesitaban de una

mayor intervención para su adecuada adaptación en las primeras horas de vida, así como realizar las maniobras iniciales de estimulación, garantizar el contacto precoz con la madre y favorecer inicio a la lactancia materna inmediata. Además, durante el paso por alojamiento conjunto, pudimos realizar la educación a las madres sobre la adecuada técnica de lactancia materna y a identificar los signos de alarma en un recién nacido. Luego, por el área de intermedios, vimos casos de recién nacidos con patologías más complejas, con un manejo más especializado, los cuales estaban en constante monitoreo debido a que su evolución era muy variable, sin embargo, era muy gratificante ver cuando se les daba el alta y podían regresar junto con sus madres.

Por otro lado, nuestro paso al primer nivel de atención también fue muy enriquecedor, debido a que en los centros de salud a los cuales asistimos pudimos tener un primer acercamiento a lo que en el futuro será nuestro SERUMS, aprendimos el correcto llenado de los Formatos Únicos de Atención (FUA), las atenciones por consulta externa de las afecciones más prevalentes, como lo son aquellas enfermedades no transmisibles. Pero, además también se realizó atenciones de urgencia por tópico, como limpieza, curaciones y suturas de heridas, aplicación de inyectables, realizamos los primeros auxilios, así como también las referencias a establecimientos de mayor capacidad resolutive cuando era necesario.

V. CONCLUSIONES

1. Este año ha significado un reto en la formación profesional del interno medicina, debido a la coyuntura en la que vivimos actualmente. Asimismo, la pandemia sigue siendo un verdadero problema, no solo en la formación del interno, sino en la de todos los estudiantes de medicina.
2. Actualmente existen muchas limitaciones para el desempeño y desarrollo de habilidades del interno, debido a la restricción de entrada a algunas áreas y al aforo sugerido, además de las rotaciones en centros de salud, los cuales no tienen la misma capacidad resolutive de los hospitales.
3. La rotación por centros de salud del primer nivel de atención ha ayudado a adquirir ciertas habilidades que serán de provecho para el SERUMS.
4. Es muy importante que se haya garantizado la seguridad del interno de medicina dentro del marco de la pandemia, a través de la vacunación completa antes de su inicio, así como proporcionarle el equipo de protección personal básico para el adecuado desempeño de sus funciones dentro del ambiente hospitalario.
5. La participación activa del interno de medicina como parte del equipo multidisciplinario de salud, es de gran importancia para garantizar una atención integral de salud a todos los pacientes.
6. La importancia de afianzar los conocimientos y habilidades en el transcurso del internado es básica para la adecuada formación como futuros médicos cirujanos.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las universidades dar la oportunidad del “externado médico”, con el fin de que los estudiantes de medicina y futuros internos tengan la posibilidad de adquirir ciertas habilidades, las cuales se perfeccionarían durante el internado médico.
- Se sugiere a las universidades organizar mejor el número de internos por hospital, con el fin de no exceder el aforo, y por ende limitación en funciones, en ciertas áreas.
- Se recomienda continuar con las rotaciones en los centros de salud de primer nivel, con el objetivo de adquirir conocimientos administrativos, como el llenado de FUA (formato único de atención), para el SERUMS.
- Se recomienda una mayor vigilancia en cuanto a la entrega de equipo personal de protección por cada centro de salud y hospital.
- Es importante que el interno de medicina pueda desenvolverse en las diferentes áreas y de acuerdo con sus conocimientos y habilidades permitirle realizar procedimientos para adquirir la destreza suficiente que en un futuro necesite para ponerlos en práctica en sus propios pacientes en pro de su bienestar.
- Es recomendable que en cada actividad que realicen los internos de medicina sean supervisados por un tutor o coordinador, esto con el fin no sólo de que los procedimientos sean realizados adecuadamente, sino que también evita posibles errores que puedan cometerse y estos repercutan en la integridad del paciente.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Asociación Peruana de Facultades de Medicina. 2021 [citado el 09 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
2. Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de las ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria. [Internet]. Ministerio de Salud. 2021 [citado el 09 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1962106/Documento%20T%C3%A9cnico%3A%20%22Lineamiento%20para%20el%20Desarrollo%20de%20las%20Actividades%20de%20los%20internos%20de%20Ciencias%20de%20la%20Salud%202021%20en%20el%20Marco%20de%20la%20Emergencia%20Sanitaria%22.pdf>
3. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Análisis de situación de salud 2019 [Internet]. Lima, 2019 [citado el 09 de febrero del 2022]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2019/Direccion/ASIS%202019.pdf>
4. Misión-Visión [Internet]. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé [citado el 09 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/mision-vision>
5. Organigrama Institucional [Internet]. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé [citado el 09 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/organigrama-institucional>
6. Gob.pe. [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4229.pdf>
7. Directorio Establecimientos [Internet]. DIRIS LIMA CENTRO. 2017 [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dirislimacentro.gob.pe/directorio-establecimientos/>
8. Medicinafetalbarcelona.org. [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en:

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertensi%C3%B3n%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>

9. Org.ar. [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_Consenso_2019_Trabajo_de_Part0.pdf
10. Monferrer A, Montesinos L, Díaz R. Obstetric management of gastroschisis in a 26-week pregnancy. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General de Castellón, España. 2011. Vol. 54. Núm. 4. pág 176-179
11. O.M. Alsulyman, H. Monteiro, J.G. Ouzounian, L. Barton, G.S. Songster, B.W. Kovacs. Clinical significance of prenatal ultrasonographic intestinal dilatation in fetuses with gastroschisis. Am J Obstet Gynecol., 175 (1996), pp. 982-984
12. M. Sermer, R.J. Benzie, L. Pitson, M. Carr, M. Skidmore. Prenatal diagnosis and management of congenital defects of the anterior abdominal wall. Am J Obstet Gynecol., 156 (1987), pp. 308-312
13. Parasa M, Chinthakunta BK, Vemuri NN, Shaik MS. Out of the blue! Thyroidcrisis. Anesth Essays Res. 2015; 9(1):130-2. doi: 10.4103/0259-1162.150179
14. J. Castelli, A. Fernández. Preeclampsia como desencadenante de crisis tirotóxica: reporte de caso. Rev Urug Cardiol 2019;34:218-22.
15. L. Diz, F. Irazusta, J. Silva, S. Rosano, E. Díaz. Hipertiroidismo y síndrome preeclampsia–eclampsia severa en gestante de 33 semanas. Reporte de un caso. Sociedad Ginecotocológica del Uruguay Rev Urug Cardiol 2019;58:137-147.
16. González J, Rodríguez L. Infección de vías urinarias en la infancia. [Internet] Asociación Española de Pediatría. 2014;1:91-108 [citado el 12 de febrero del 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf
17. Monayo M, Peuchot A, Giachetti A, et al. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: Consenso sobre diagnóstico y tratamiento [Internet] Sociedad Argentina de Pediatría. [citado el 12 de febrero del

- 2022]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/infecciones-de-piel-y-partes-blandas-en-pediatr-iacutetea-consenso-sobre-diagn-oacutestico-y-tratamiento-2014-comit-eacutete-de-infectolog-iacutetea.pdf>
18. Lozano A. Urticaria y angioedema. [Internet] Servicio de Alergia e Inmunología Clínica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona 2019;2:149-60. [citado el 12 de febrero del 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_urticaria_angioedema.pdf
19. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. [Internet] Ministerio de Salud. [citado el 12 de febrero del 2022]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
20. Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento Aguilar Elsa, Osoro-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 Ene [citado 2022 Feb 12] ; 23(1): 26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006&lng=es.
21. Gob.pe. [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_104_2015.pdf
22. Gob.pe. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
23. Wrobel Goldberg S, Silberstein S, Grosberg BM. Considerations in the treatment of tension-type headache in the elderly. *Drugs Aging*. 2014;31:797-804
24. Mathew NT, Ashina M. Acute Pharmacotherapy of Tension-Type Headaches. En: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The Headaches*. 3.ª ed., Filadelfia: Lipincott Williams and Wilkins; 2006. p. 727-33.
25. Cathcart S, Winefield AH, Lushington K, Rolan P. Stress and tension-type headache mechanisms. *Cephalalgia*. 2010;30:1250-67

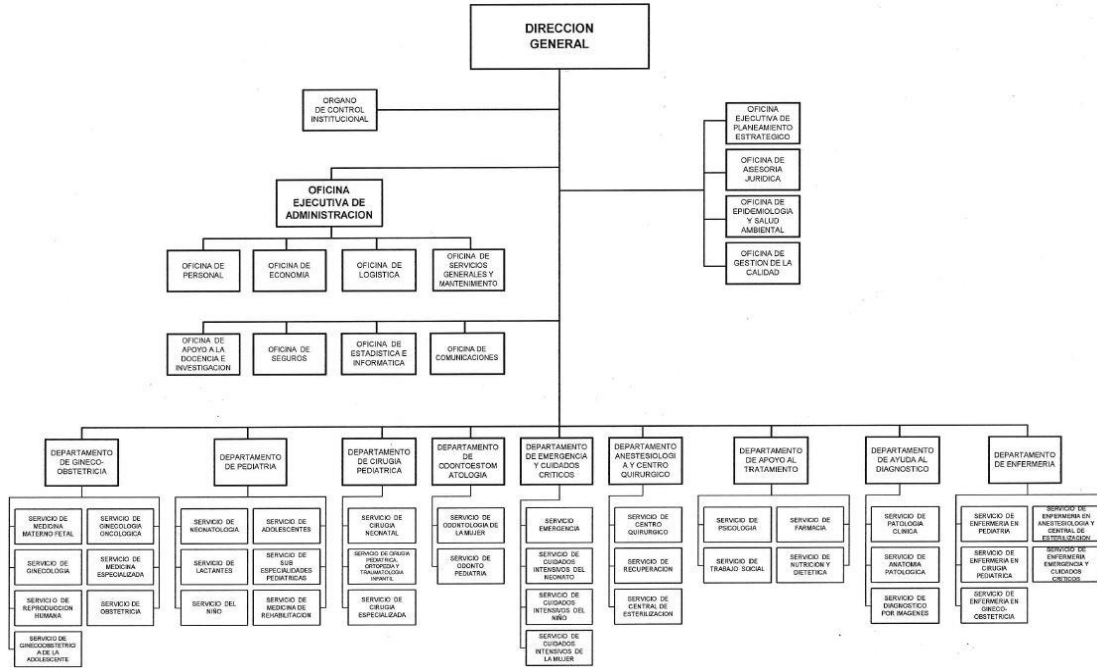
26. Vejsgaard R. Studies on urinary infection in diabetes I: bacteriuria in patients with diabetes mellitus and in control subjects.. Acta Med Scand, 179 (2016), pp. 173-179
27. Patterson JE, Andriole VT. Bacterial urinary tract infections in diabetes. Inf Dis Clin North Am, 11(3) (2007), pp. 735-750
28. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis (2018) - GPC [Internet]. GPC - IETSI - PERÚ. 2021 [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gpc-peru.com/gpccac>
29. AMCG. Apendicitis [Internet]. Asociación Mexicana de Cirugía General. 2021 [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://amcg.org.mx/download/apendicitis/>
30. Procedimientos y protocolos de atención en emergencias. [Internet] Ministerio de Salud. [citado el 12 de febrero del 2022] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-7.pdf
31. Azcona L. Insuficiencia venosa. Prevención y tratamiento. Farmacéutica comunitaria de Bizkaia. Elsevier. Vol. 22. Núm. 10. pág 36-40
32. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. Radiology. 2000; 215: 337-348.

VIII. ANEXOS

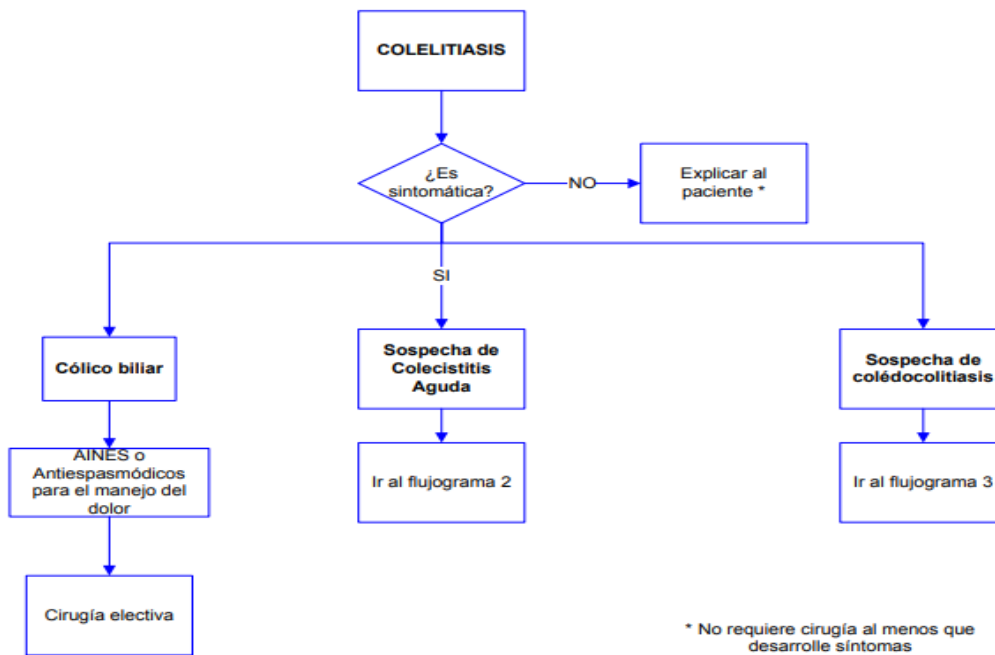
Anexo 1

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO "SAN BARTOLOME"

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



Anexo 2



Anexo 3

Tabla N° 6: Esquema de administración del tratamiento endovenoso con deshidratación grave sin shock ^{2,67,68}

Edad	Primero administrar 30 ml/kg en:	Luego administrar 70 ml/kg en:
Lactantes (menos de 12 meses)	1 hora ^b	5 horas
Pacientes de más de 12 meses	30 minutos ^b	2 1/2 horas

^b Repetirlo una vez si el pulso radial es todavía muy débil o imperceptible.

Fuente: Manual Clínico para los servicios de Salud- Tratamiento de la Diarrea, OPS/OMS 2008