



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LA DIRIS LIMA SUR
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION Y UN HOSPITAL DE ALTA
COMPLEJIDAD 2021-2022



PRESENTADO POR
JORGE LUIS MUÑOZ ROGGERO

ASESOR
JOSE LÓPEZ REVILLA

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/>



USMP | FACULTAD DE
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES | **MEDICINA HUMANA**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LA DIRIS LIMA SUR
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION Y UN HOSPITAL DE ALTA
COMPLEJIDAD 2021-2022**

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

PRESENTADO POR:

JORGE LUIS MUÑOZ ROGGERO

ASESOR

DR. JOSE LÓPEZ REVILLA

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Miembro: Dr. Vela Rodríguez Jorge Carlos

Miembro: Dra. Arribasplata Purizaca Kattia

Presidente: Dr. Hinostroza Barrionuevo Víctor

ÍNDICE

PORTADA	i
INDICE	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCION	vii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 ROTACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION	1
I.2 ROTACIÓN DE GIRUGIA GENERAL	2
I.3 ROTACIÓN DE PEDIATRIA	¡ERROR!
MARCADOR NO DEFINIDO.	
I.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	4
I.5 ROTACIÓN DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	5
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	20
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	23
III.1 ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL	23
III.2 ROTACIÓN DE PEDIATRIA	27
III.3 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	30
III.4 ROTACIÓN DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	33
CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	37
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
FUENTES DE INFORMACION	43

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres por el apoyo incondicional en los años de mi formación profesional. A mis abuelos que mediante sus oraciones siempre me sentí protegido.

A mí hermana, que sin su apoyo moral quizás no podría haber logrado tanto, es fuente de inspiración para mí.

A los tutores, profesores, médicos residentes y compañeros de estudio que ayudaron en mi formación.

RESUMEN

En este trabajo se informa sobre la experiencia del Internado Médico, realizado en 10 meses durante la pandemia. De estos, 5 fueron en el centro de primer nivel de atención, CS-San Bartolo (I-3) y los 5 restantes en el hospital María Auxiliadora. Dos experiencias distintas en el enfoque a la salud, recibiendo una formación profesional importante, además de ser preparación para el SERUMS.

Debido a la crisis sanitaria, el MINSA publicó lineamientos para el internado, y así asegurar la prevención del contagio por virus Sars-Cov-2- Debido a esto, fue necesario aprovechar el mayor tiempo posible dentro de ambos centros asistenciales. En ambas instituciones se consolidaron los conocimientos y habilidades adquiridos en la Universidad. Con un enfoque integral de la salud pública y la prevención así como la identificación, diagnóstico y tratamiento de diversas patologías en las cuatro principales rotaciones.

En el informe se presentan diversos casos clínicos vistos durante el internado, desde la elaboración de historia clínica, hasta el alta médica.

ABSTRACT

The medical intern, due to Covid 19 sanitary emergency, had to make rotations only for 10 months, 5 of which were done at a primary care health institution, located at the south of the city of lima, CS- San Bartolo (I-3) and 5 months on a high complexity hospital located at San Juan de Miraflores district, Hospital Maria Auxiliadora (III-1). Two valuable experiences for the medical intern in preparation for SERUMS.

Covid 19 sanitary emergency forced the medical intern to take advantage of the time given in the health institutions, because the Health Ministry (MINSa) stated new regulations and rules for control and prevention of SARS-CoV-2 infection. Both scenarios give the intern the opportunity to apply the knowledge learned at the university. This were, public health and prevention, diagnose and management of diseases at the 4 major clinical rotations.

In this paper, different pathologies are presented in different context and clinical rotation. The medical intern has the task of writing the clinical history and see the evolution from the admission to the discharge.

INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina se realiza en 7 años de estudios universitarios: 3 años de ciencias básicas, 3 años de ciencias clínicas y el internado. Este último es el momento en el cual el aprendizaje conceptual es consolidado mediante la práctica clínica, bajo supervisión de un tutor o médico residente.

La inducción en línea fue realizada por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) de la DIRIS Lima Sur en junio. En ella se detallaron las actividades del interno de medicina de forma general, y se realizó una revisión de los programas de intervención sanitaria en el centro de primer nivel de atención.

El 21 de junio de 2021 el MINSA emite la Resolución ministerial N°779-2021 en la cual se aprueban los lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria, los cuales resumían las labores del EESS y el interno de medicina, entre los cuales se mencionaba que el inicio es potestad de la universidad, y los campos de formación están disponibles hasta el 30 de abril de 2022. El internado se realizó bajo un régimen de 150 horas mensuales, en el horario de lunes a sábado, de 7am a 1pm, con un turno especial diurno de 7 am a 7pm, el cual es programado por el EESS, según el requerimiento de personal.

A finales de junio del 2021, la universidad indicó que la fecha de inicio del internado sería el primero de julio de ese mismo año. Se designó los campos de formación, según el domicilio del interno de medicina y la elección según ponderado. Los primeros 5 meses se desarrollaron en el CS-San Bartolo, establecimiento de primer nivel de salud. En diciembre en el Hospital María Auxiliadora, hasta el final, en abril del 2022.

El primer nivel de atención se caracteriza por ser la puerta de entrada al sistema de salud para la comunidad más cercana al C.S. Todo establecimiento tiene una población asignada, además de las subdivisiones en el territorio para realizar campañas de salud como PROFAM o el control de gestantes, en los cuales cada profesional nombrado tiene a cargo una zona del territorio o jurisdicción del C.S. Pacientes con enfermedades crónicas son identificados y medicados bajo la modalidad de intervención sanitaria. De

esta manera se asegura una adherencia terapéutica del paciente, ya que los medicamentos no tienen ningún costo y se entregan por el lapso de un mes.

Es una manera de prevenir las complicaciones tardías de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, que usualmente aparecen porque el paciente deja de tomar sus medicamentos.

En el establecimiento de salud de primer nivel, el interno de medicina realizó 2 meses y medio de rotación en emergencia y consulta externa, y 2 meses y medio en el consultorio de obstetricia, en los cuales se aplicó un enfoque integral de salud, centrado en la promoción de salud y estilos de vida saludable. Al ser un centro de salud comunitaria, la población que acude al CS pudo ser identificada y reconocida por los internos de medicina para una reevaluación dentro de los primeros días, ya que el doctor de guardia no era el mismo, y no tenían conocimiento del paciente.

El Hospital María Auxiliadora es un establecimiento de salud clasificado como III-1 el interno de medicina realiza las 4 rotaciones principales: Cirugía general, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Medicina Interna, con una duración de 5 semanas por servicio.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el internado médico, se adquiere el enfoque para la atención y manejo de pacientes, debido a que es el momento en el cual puede dar diagnósticos diferenciales y opinión respecto al manejo de un paciente. La supervisión directa, y en quienes recae la responsabilidad, es en los médicos residentes de primer y segundo año, que brindarán su apoyo al observar interés en la labor que se realiza en cada servicio.

El contacto con pacientes de forma regular permite al interno realizar una entrevista clínica y un examen físico general cada vez mejor.

El contexto sanitario permitió al MINSA realizar cambios en el internado de ciencias de la salud en el Perú. El cambio más significativo fue la inclusión de los centros de primer nivel I-3 y I-4 en los campos de formación. La experiencia de poder conocer a la comunidad y ser reconocido como parte de esta es muy gratificante, al igual que observar mejoría en patologías crónicas de la población, debido a la aplicación de estrategias sanitarias. Es cierto que la carga de pacientes no es igual a la de un hospital III-1.

Las actividades en el primer nivel de atención se realizaron en los consultorios externos de medicina y obstetricia. En el Hospital María Auxiliadora las rotaciones fueron en Cirugía general, Pediatría, Medicina General y Gineco obstetricia.

1.1 Primer Nivel de Atención

El interno debe identificar patologías crónicas en los pacientes que acuden al centro de salud, para intervenir adecuadamente, además de emplear una terapéutica adecuada y consejería sobre estilos de vida saludable, bajo la supervisión del médico tutor a cargo. En el departamento de emergencias, la mayoría de las consultas es de menores de edad, y las patologías más frecuentes según grupo etario son: enfermedad Diarreica aguda, síndrome emético, síndrome febril, deshidrataciones, rinofaringitis aguda, otitis media aguda, etc.

La población era diversa por lo que, en el servicio de emergencia de 24 horas, lo más común eran accidentes laborales de construcción, accidentes automovilísticos en la carretera panamericana sur, intoxicación por pesticidas u órganos fosforados. Los casos tenían correlación con la ubicación geográfica, y en esas zonas por detrás de la carretera existen granjas, y en el balneario se realizaban construcciones.

La rotación de obstetricia en el primer nivel de atención brinda las habilidades para realizar un buen control prenatal, así como para la realización del examen físico a las gestantes antes y durante el trabajo de parto. En el consultorio de obstetricia realiza atención en prevención primaria para embarazos no deseados, dando consejería e indicando métodos anticonceptivos, el interno debe tener conocimiento de los métodos a ofrecer, y dependiendo de la decisión de la mujer.

El CS también brindaba la atención de partos con baja probabilidad de complicaciones. Bajo la supervisión del obstetra y el médico a cargo, el interno pudo aprender a asistir un parto, además de las técnicas de episiorrafia. También era su labor la atención del recién nacido y la evolución puerperal de 24 horas, pudo identificar signos de peligro e informar al tutor u obstetra.

1.2 Cirugía General

El servicio de cirugía general constaba de 2 semanas en el piso de hospitalización, en donde el interno de medicina tenía la tarea de realizar evoluciones, historia clínica, interpretación de análisis de laboratorio, presentación de camas en la visita médica y curaciones de heridas operatorias, todo bajo la supervisión y tutoría de un médico residente de primer año.

El servicio de especialidades quirúrgicas consiste en rotaciones de 3 días por los servicios de traumatología, neurocirugía, cirugía plástica y urología. Se brindaba apoyo a los médicos residentes en la elaboración del plan de trabajo y evolución. En esta subrotación se identificó las patologías principales de las especialidades, así como los procedimientos que realizan cada servicio, como lavado y curación de heridas traumatólogicas, colocación de sonda y lavado vesical de pacientes del servicio de urología, curación de úlceras por presión, manejo de quemados en pacientes de cirugía

plástica, y evaluación neurológica de pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía.

La última semana de rotación lo realizó en turnos en el departamento de emergencia de Cirugía General y Traumatología, el interno de medicina tenía que identificar patologías de emergencia como cólico biliar, colecistitis aguda, apendicitis aguda, hernias inguinales incarceradas, politraumatizados, etc. El servicio de emergencia de traumatología permite al interno de medicina conocer técnicas de reducción, así como la aplicación de férulas y yesos definitivos.

1.3 Pediatría

Las rotaciones en el servicio de pediatría se vieron afectadas por el desarrollo de la emergencia sanitaria en el Perú, ya que la tercera ola de contagios fue principalmente en niños. Inicialmente se desarrollaba en el piso de hospitalización de lactantes y preescolares, además de rotaciones en emergencia y el departamento de neonatología.

La hospitalización de lactantes y preescolares se junta debido al contexto sanitario, por lo que el interno debe utilizar sus conocimientos para evaluar a niños de todas las edades, ver la evolución de los pacientes desde el ingreso hasta el alta, con una participación en la visita médica, ya que está en la obligación de presentar y conocer al paciente de la cama asignada. Realiza el examen físico y deja una apreciación en la evolución médica, la cual es revisada por los médicos residentes en primera instancia, y luego por los médicos asistentes.

Así mismo, se modificaron los ambientes de hospitalización de emergencia. El triaje diferenciado permitía enviar a los sintomáticos respiratorios a un ambiente y el resto de las patologías al otro. El piso de hospitalización adaptó un segmento del servicio para pacientes positivos a COVID-19, en los cuales los internos de no eran permitidos de ingresar. Las rotaciones fueron en la emergencia regular, hospitalización NO-COVID de lactantes y Preescolares. En la emergencia, el trabajo del interno de medicina era identificar a los pacientes que ingresen y realizar la nota de ingreso, así como la toma de funciones vitales. Se reconocieron patologías como convulsiones febriles, enfermedad diarreica aguda disintérica, neumonías virales o bacterianas, infecciones urinarias, etc.

El servicio de neonatología contaba con sub-rotaciones en centro obstétrico y hospitalización de referidos y cuidados intermedios. En el Centro obstétrico, estaba a la espera del nacimiento por parto vaginal o cesárea de las gestantes en el área de hospitalización. Las áreas de neo neonatología que tienen alojamiento conjunto son el centro obstétrico y el piso de regulares. El servicio de neonatología evalúa al recién nacido y la historia clínica, el servicio de ginecología realiza la evaluación e historia clínica de la puérpera.

El interno debe atender al recién nacido, y reconocer patologías neonatales como síndrome de membrana hialina, taquipnea transitoria del recién nacido, ictericias neonatales, identificar signos de sepsis de forma temprana, y participar activamente en el manejo de estas.

1.4 Medicina interna

El departamento de medicina interna del HMA, se caracteriza por la alta demanda que tiene en el contexto de la emergencia sanitaria. Los servicios de emergencia y observación se diferenciaron en la atención a pacientes sintomáticos respiratorios y la emergencia regular. Al igual que la emergencia, la hospitalización de medicina interna se organizó de tal manera que los pacientes COVID-19 permanecieran aislados, y todos los pacientes de hospitalización regular sean admitidos después de una prueba molecular para detectar la enfermedad.

El interno de medicina hace sus rotaciones por el servicio de hospitalización no-COVID-19, en donde su labor principal es la elaboración de las historias clínicas, examen físico de ingreso y evolución de los pacientes a su cargo. La presentación de camas es una actividad que permite al interno de medicina mejorar su oratoria, y demostrar el conocimiento de su paciente en la visita médica.

En el servicio de emergencia, el interno de medicina realiza guardias diurnas, de 7 am a 7 pm, donde realiza la atención inicial al paciente, también procedimientos de emergencia, siempre bajo supervisión del médico residente de primer año.

1.5 Ginecología y Obstetricia

El Departamento de Ginecología y Obstetricia del HMA, consta de los servicios de obstetricia patológica, centro obstétrico, puerperio, consultorios externos de ginecología y Emergencias (obstétrica y ginecológicas). En estas rotaciones se identifican las principales patologías en el embarazo, como preeclampsia, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, embarazos ectópicos, etc. Así también como patologías ginecológicas como sangrado uterino anormal, problemas anovulatorios, síndrome de ovario poliquístico etc.

El interno de medicina hace rotaciones dentro de estos servicios por 5 semanas- rotando una semana por cada una de ellas- en las cuales tendrá a cargo la elaboración de historias clínicas, evaluar la evolución de los pacientes, para luego informar a los residentes de primer año, que son el apoyo principal del interno.

Los objetivos de la rotación de GyO son para determinar la capacidad del interno de reconocer patologías obstétricas tempranamente, para el manejo oportuno y evitar complicaciones, así como la atención del trabajo de parto y la atención de emergencias obstétricas o ginecológicas. El interno también tiene la oportunidad de asistir en cirugías programadas o emergencias, ya sean ginecológicas (tumoraciones ováricas, histerectomías, tumoraciones endometriales, etc.) u obstétricas (cesáreas programadas y de emergencia, abortos, embarazos molares, embarazos gemelares, desprendimiento prematuro de placenta, etc.).

La emergencia sanitaria obligó al HMA a realizar un triaje diferenciado para las gestantes que ingresan por emergencia, así como sala de operaciones, recuperación y hospitalización para casos COVID-19 positivos. El interno no participaba en estos servicios diferenciados, ya que así está establecido en los lineamientos.

1.6 Casos clínicos

Cirugía General 1

Paciente varón de 53 años, ingresa caminando a tópico de cirugía, refiriendo un tiempo de enfermedad de 5 horas. Afirma que posee una tumoración inguinal derecha, asociada a dolor tipo opresivo de intensidad 8/10, acompañado de náuseas. Niega vómitos y constipación.

Las funciones biológicas conservadas y sin antecedentes. Al examen físico: Frecuencia cardiaca: 75 lpm, frecuencia respiratoria: 19rpm, presión arterial: 120/75mmHg, SatO₂: 98% a FIO₂:21% Temperatura 37.2°C. Piel: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar mayor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia, leve palidez (+/+++). tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, amplexación conservada, no tirajes. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: no distendido, Ruidos hidroaéreos presentes de buena frecuencia e intensidad, blando / depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, Mcburney(-), Blumberg(-). Región genital: se muestra tumoración inguinal de 4x3cm, irreductible, muy dolorosa a la palpación. Neurológico: Despierto, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona, escala de Glasgow 15/15. Se solicita exámenes prequirúrgicos de laboratorio, y se deja de tratamiento inicial NPO, NaCl 0.9% 1000cc y Metamizol 1gr EV STAT.

Cuenta con exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitos 5620/mm³, Abastones: 0%, Hemoglobina 13gr/dl, plaquetas 240000/mm³, Glucosa 89gr/dl, Urea: 35, PCR 1.1mg/dl. Perfil hepático y de coagulación en valores normales. Grupo y factor sanguíneo: O+, Serología para VIH, Sifilis y hepatitis B negativos.

La impresión diagnóstica es hernia inguinal derecha complicada, y se programa sala de operaciones de emergencia. Se realiza la cobertura antibiótica profiláctica para la sala de operaciones, con una dosis de Ceftriaxona, además de analgesia con 1gr de Metamizol EV.

El procedimiento que se realiza es una hernioplastia inguinal abierta con colocación de malla, en la cual se encontraron los hallazgos de una hernia inguinal indirecta, con

un segmento del íleon encarcerado en un saco herniario situado en el espacio preperitoneal sobre el orificio inguinal profundo. Esta se liberó mediante maniobras de tracción, evidenciándose reperusión en el segmento intestinal afectado. Se sutura malla de propileno de 10x15cm colocada en espacio preperitoneal.

Al cabo de la cirugía el paciente queda hospitalizado por 48 horas, se le indica reposo gástrico e hidratación parenteral. A la reevaluación el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente, deambula con el calzón suspensorio. Refiere haber tolerado la vía oral a las 8 horas post cirugía, además refiere eliminar flatos. Al mostrar mejoría clínica, se le da de alta, con indicaciones, observación y orientación sobre signos de alarma. Debe acudir a consulta externa para reevaluación y control con el cirujano.

Cirugía General 2

Paciente varón de 27 años llega al departamento de emergencia, deambulando, acompañado de su esposa, con un tiempo de enfermedad de 8 horas. Refiere dolor abdominal tipo opresivo 8/10 de intensidad en la región de epigastrio, que con el pasar de las horas migró a la fosa iliaca derecha, que se asocia a náuseas y vómitos. Refiere que sintió el dolor antes de ir al trabajo, y se automedicó con 1 gr de Paracetamol vía oral, lo cual calmó el dolor, pero no las molestias gastrointestinales.

Antecedentes: Niega antecedentes quirúrgicos, antecedentes alérgicos y hospitalizaciones previas, HTA (-), DM2 (-), Asma (-), Gastritis (-) TBC (-).

Al examen físico: Aparente mal estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación. Frecuencia cardiaca 90lpm, Presión arterial de 120/77/70 mmHg, Saturación de oxígeno 99%, Temperatura 36.2. Piel y Tcsc: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia, leve diaforesis. Tórax y pulmones: murmullo vesicular, pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos. Abdomen: Distendido, Ruidos hidro aéreos, aumentados en frecuencia e intensidad, doloroso a la palpación profunda y superficial de la fosa iliaca derecha, con resistencia muscular involuntaria y signo del

rebote positivo, McBurney (+), Blumberg (+). Neurológico: despierto, orientado en tiempo espacio y persona.

La impresión diagnóstica inicial fue abdomen agudo quirúrgico, a descartar una apendicitis aguda. Se le indica 2 gramos de Metamizol endovenoso, 50 mg de Ranitidina endovenosa STAT, además hidratación parenteral con NaCl 0.9% a 30 gotas por minuto. Se solicitan Hemograma completo, Glucosa, Urea y Creatinina, Grupo y factor, Perfil de coagulación, Perfil hepático, Serología para VIH y Sífilis, y prueba antígeno para COVID-19.

Los resultados de laboratorio muestran leucocitosis en 18000/mm³, hemoglobina en 11.5g/dl, Hematocrito 32.6%, plaquetas 170000/mm³, Amilasa 70mg/dl, PCR 0.9mg/dl, perfil de coagulación sin alteraciones, serología HIV negativa, examen de orina no patológico.

A la reevaluación con los exámenes de laboratorio, se le programa para sala de operaciones, con la impresión diagnóstica de apendicitis aguda complicada, a descartar una peritonitis aguda. Se le prescribe Cefazolina 2gr EV cada 24 horas, Metronidazol 500mg EV cada 8 horas, como medidas profilácticas para la cirugía de emergencia.

Se realiza una Laparotomía Exploratoria por abdomen agudo quirúrgico, en la que se realizó apendicetomía con lavado de cavidad abdominal y drenaje. El diagnóstico post quirúrgico fue de apendicitis aguda perforada con peritonitis focal, por lo que se deja un dren laminar Penn rose en la fosa iliaca derecha. Los hallazgos operatorios fueron 70cc de líquido purulento localizado en fosa iliaca derecha, con apéndice cecal con necrosis en el tercio distal, base y ciego sin alteraciones.

Pasa a sala de recuperaciones y luego de 5 horas al piso de hospitalización con las indicaciones de hidratación con NaCL20%, KCL20% y analgesia con Metamizol 1 gr cada 12 horas EV. El paciente evolucionó, toleró la dieta a las 24 horas, sin infección de sitio operatorio. Se ordena el retiro de dren laminar en 5to día de hospitalización, manteniendo el tratamiento analgésico y antibiótico por 5 días más. Es dado de alta

al 7mo día de hospitalización con tratamiento analgésico por vía oral y control por consultorio externo en una semana con el cirujano que lo intervino.

Pediatría 1

Paciente varón de 5 meses, procedente de Lima, ingresa por emergencia en brazos de su madre con un tiempo de enfermedad de 3 días aproximadamente. La madre refiere que su hijo presentó un cuadro clínico caracterizado por rinorrea y fiebre de 38°C cuantificada por la madre, por lo que lo automedicó con 17 gotas de Paracetamol. Al ceder el cuadro clínico, refiere no haber repetido la dosis. Un día antes del ingreso acudió a su C.S. más cercano, donde se le orientó sobre los signos de peligro, y se identifica alguno acuda a la emergencia del HMA. Por la noche la madre identifica una respiración rápida y acude a la emergencia del HMA.

Antecedentes: parto distócico (cesárea) de 38 semanas de gestación, con 2800 gr de peso al nacer con APGAR 9/9. La madre incumplió con la cantidad requerida de controles prenatales (1). Inmunización incompleta con cartilla de vacunación hasta los 4 meses. Niega otros antecedentes de importancia.

Al examen físico: frecuencia cardiaca 128 lpm, frecuencia respiratoria: 65rpm, temperatura: 37.2, peso de 6300gr, saturación 94%, talla 64cm. Piel tibia, elástica, hidratada con llenado capilar mero a 2 segundos, no ictericia, no cianosis, no palidez. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, se auscultan crepitantes en ambos campos pulmonares, sibilancias al final de la espiración, no tirajes. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes de buena frecuencia e intensidad, no visceromegalias, no doloroso a la palpación profunda y superficial. Locomotor: moviliza las 4 extremidades. Neurológico: despierto, reactivo a estímulos, pupilas reactivas.

La impresión diagnóstica inicial fue una bronquiolitis, por lo cual se indicó un ciclo de inhalaciones de salbutamol con aerocámara pediátrica, 2 puff cada 10 minutos con un intervalo de 10 segundos entre puff y puff, por una hora, la cual fue acompañada por un personal de salud. Se tuvo al paciente en observación de emergencia con

control de la saturación y la indicación de oxigenoterapia de 1 a 4 lts por cánula binasal, si la saturación de oxígeno alcanzaba un valor menor a 92%. Se indicó hidratación al 50% de requerimiento con dextrosa al 5%, Cloruro de sodio al 20%.

Además de la limpieza de fosas nasales, la cual será enseñado a la madre por el personal de enfermería. Al persistir una saturación menor de 92% que, mejoraba con apoyo de equipo de oxígeno a 2 lts por cánula binasal, se decide hospitalizarlo para mayor control.

En la mañana siguiente en piso de hospitalización no-COVID del servicio de pediatría, paciente hemodinámicamente estable, afebril, ventilando espontáneamente, sin apoyo oxigenatorio, tolera bien lactancia materna, no vómitos. La disnea disminuyó considerablemente, se decide suspender hidratación endovenosa debido a buena lactancia. Presenta una evolución, al día siguiente se plantea el alta y se le indica Paracetamol 5 ml, condicional a una temperatura mayor a 38°C, y medidas no farmacológicas como limpieza de fosas nasales. Se orientó acerca de los signos de peligro y se le programó una cita para telemonitoreo en una semana.

Pediatría 2

Paciente mujer de 9 años, natural de Chorrillos, ingresó por emergencia el 22/01 con un tiempo de enfermedad de un mes, caracterizado por dolor en región occipital, prurito y secreción purulenta. La madre refiere que súbitamente apareció una lesión pruriginosa en la región occipital central, la cual aumenta de tamaño progresivamente, incrementándose también el dolor.

Además, refiere haber medicado a su hija con Clobetasol tópico 0.05% 3 veces al día, y Dicloxacilina (250mg/5ml) dos cucharaditas al día. Al persistir el cuadro clínico, 5 días antes del ingreso, acude a policlínico donde el dermatólogo prescribe Ivermectina 0.6%, 31 gotas cada 8 horas por una semana, y una tableta de Azitromicina 500 mg por 3 días. Acude a la emergencia por exacerbación del cuadro clínico y aumento del dolor.

Antecedentes: parto distócico (cesara por preeclamsia) con 40 semanas de gestación, un peso al nacer de 3000 gr aproximadamente, número de controles

prenatales completos según norma técnica del MINSA⁶. Inmunizaciones incompletas hasta la edad de 4 años, además refiere haber recibido inhalaciones a la edad de 1 y 2 años, resueltas con 1 ciclo de salbutamol. Niega otros antecedentes de importancia.

Al examen físico: Frecuencia Cardíaca de 100lpm, Frecuencia respiratoria de 20 rpm, saturación de oxígeno de 99%, Temperatura 36.5°C. Piel tibia, húmeda elástica, llenado capilar menos a 2 segundos, no cianosis, no ictericia se aprecia lesión eritematosa de 5x1 cm en región malar izquierda de bordes regulares, y placa eritematosa de 5x3cm en región lateral derecha de la nariz. Cabeza: se muestra lesión descamativa mielicerica de 10x5cm de diámetro, a predominio de región parietal y occipital izquierda de cuero cabelludo, sin aparentes signos de flogosis, doloroso a la palpación. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Tórax y Pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Abdomen: No distendido, Ruidos hidroaéreos presentes, de buena frecuencia e intensidad, blando/depresible, no doloroso a la palpación profunda y superficial. Neurológico: despierta, con pupilas reactivas, obedece órdenes y moviliza 4 extremidades.

La impresión diagnóstica inicial fue una micosis superficial sobre infectada, ante el estado general de la paciente y la persistencia del dolor, se decide hospitalizarla para recibir tratamiento endovenoso.

Los exámenes de laboratorio realizados dan a conocer una leucocitosis de 21.58×10^9 UL, con desviación izquierda (abastados 2%), hemoglobina de 11.8 gr/dl. Se le aplicó antibioticoterapia Oxacilina 1gEV cada 6 horas, y Clorfenamina 3.5mg EV cada 8 horas, como medidas profilácticas y Paracetamol 500 mg, vía oral condicional a dolor intenso o temperatura mayor de 38°C, mientras se enviaba interconsulta a dermatología pediátrica para un manejo adecuado y clasificación de la lesión. La impresión diagnóstica de la subespecialidad fue Querion de Celso y Tiña facial, se dejó como indicación Terbinafina 180mg cada 24 horas, Prednisona 7.5 mg vía oral cada 12 horas, además de la aplicación tópica de Clotrimazol 1% en la región facial afectada cada 12 horas.

Después de 5 días de hospitalización, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, tolerando la vía oral, con evolución en las últimas 24 horas, presentando disminución del dolor, cursando en el 5to día de tratamiento antibiótico y antifúngico, con examen de laboratorio KOH positivo, en donde se observan estructuras micóticas tipo endotrix. Dermatología pediátrica recomienda alta, con manejo en el hogar y reevaluación, por consultorio externo de su servicio. Se le prescribió Dicloxacilina 500mg cada 8 horas por 7 días, Terbinafina 250 mg cada 24 horas por 5 semanas (05/03), Loratadina 5 mg cada 24 horas por 5 días y aplicar Clotrimazol 1% en las lesiones del rostro por las mañanas y noches por 7 días. Se le orientó respecto a los signos de peligro, y se le exhortó a cumplir el tratamiento en su totalidad, además, se le programó una cita para telemonitoreo en 1 semana.

Medicina interna 1 – Primer Nivel de Atención

Paciente varón de 85 años, ingresa caminando al CS-San Bartolo, con un tiempo de enfermedad de 2 horas aproximadamente. Refiere que, al momento de realizar trámites en la municipalidad, sobre el reciente fallecimiento de su esposa, sintió dolores de cabeza sutiles y “manchas blancas”; signos que el paciente conocía, ya que fue diagnosticado de hipertensión arterial hace 15 años, actualmente en tratamiento con Losartan, pero afirma haber olvidado de tomar su medicación el día de hoy.

No refiere náuseas y vómitos. El examen general: Aparente Regular estado general, aparente regular estado de nutrición, aparente regular estado de hidratación, lúcido y sin signos de focalización. Las funciones vitales: Presión arterial 190/100 mmHg, frecuencia cardiaca: 78lpm, Frecuencia Respiratoria de 21rpm, saturación 99% a FiO2: 21% y temperatura axilar de 36.5°C.

Al examen Físico: piel tibia, elástica, hidratada con llenado capilar menos de 2 segundos, no palidez, no ictericia, edemas en miembros inferiores con signo de godet positivo(+/+++). Cabeza y cuello: normocéfalo con pupilas reactivas, cuello cilíndrico simétrico, no se palpan adenopatías. Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados sin tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, no masas, no hepatomegalia. Aparato genitourinario: puño percusión lumbar negativo y puntos renoureterales negativos. Neurológico: Orientado en tiempo, lugar y persona, despierto, Glasgow 15. Se plantea la impresión diagnóstica de una crisis hipertensiva a paciente hipertenso mal controlado. En la emergencia se le aplican 50 mg de Captopril SL y se realiza control de signos vitales cada 15 minutos. A los 30 minutos persiste la elevación de la presión arterial (200/105mmHg), debido a que en el centro de salud lo reconocieron y le preguntaron por su difunta esposa. Se decidió aplicar una primera dosis de Furosemida 20mg EV y control de signos vitales cada 5 minutos.

A los 15 minutos persiste la elevación de presión arterial, por lo que se aplica una segunda dosis de Furosemida 20mg EV y se refiere de urgencias al Hospital María Auxiliadora, en el cual fue recibido por el departamento de emergencia medicina interna, en donde se aprecia fasciculaciones musculares, y una elevación persistente de su presión arterial, por lo que es trasladado a la unidad de trauma shock. Fue estabilizado y regresado al servicio de medicina interna, en donde se hospitalizó, y fue dado de alta al segundo día.

Una semana después del episodio, el paciente regresa al CS-San Bartolo para un control de su presión arterial y recibir medicamentos mediante el Seguro integral de salud. En el triaje se le identificó una presión arterial de 140/95. En consulta señala que no volvió a sentir síntomas de hipertensión arterial y que está cumpliendo con el tratamiento inicial de Losartan 50mg VO una vez al día. Al examen físico preferencial, se muestra la presencia de edemas bilaterales en miembros inferiores, por lo que se añade a la terapéutica Hidroclorotiazida 25 mg VO una vez por día, y se le entrega una ficha de control de presión y glucosa como intervención sanitaria, la cual será completada por personal de enfermería interdiario por una semana.

A la reevaluación, la cartilla de intervención sanitaria demuestra que la presión arterial se mantenía en rangos aceptables, además el paciente refiere mejoría al dormir, y que ya no presenta edemas en los miembros inferiores. Debido a esto se continúa con la medicación antihipertensiva y se coordina una tele interconsulta, al servicio de

cardiología del Hospital de Emergencia de Villa el Salvador, para confirmar un manejo adecuado y que el servicio conozca al paciente.

Medicina interna 2

Paciente varón de 76 años procedente del distrito de Chorrillos, llega a la emergencia acompañado de su hijo, con un tiempo de enfermedad de 4 días. Presenta cuadro clínico caracterizado por aumento de volumen en miembro inferior derecho, asociado a dolor a la deambulación y fiebre, además refiere sensación de pesadez en el miembro. Indica que hace 4 días sufrió un golpe con la cacha de un remo de madera, debido a un accidente en el mar, realizando su labor de pesca artesanal. Refiere que lavó la herida con orina y kerosene, y que cesó el sangrado. Tres días después del accidente, el inicio del aumento de volumen en el miembro inferior derecho que limita su capacidad para deambular y trabajar, por lo que acude al servicio de emergencia de HMA.

Antecedentes: hipertenso controlado con Losartan 50 mg cada 12 horas, consumo de alcohol en forma interdiario hace 10 años, tabaquismo por 30 años (10 cigarros al día). Niega hospitalizaciones previas e intervenciones quirúrgicas. Su padre falleció por cáncer de estómago, la madre de un infarto agudo de miocardio.

Al examen físico: Frecuencia cardiaca 65lpm, Frecuencia respiratoria 20rpm, presión arterial 140/70mmHg, Saturación 98% a FIO2 21%, temperatura 36.2, IMC 36. Piel: Tibia elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundo, no palidez no cianosis. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan subcrepitos en bases de ambos campos pulmonares, no presentan tirajes. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes de buena frecuencia e intensidad, blando depresible, no doloroso a la palpación profunda o superficial. Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Miembro inferior Derecho: aumento de volumen de zona maleolar que llega hasta los 2/3 distales de la pierna, rubor, calor y eritema, doloroso a la palpación, se presenta solución de continuidad cicatrizada con signos

de flogosis, sin secreciones a nivel de maléolo lateral de 1x2cm de diámetro. Neurológico: despierto, lucido, orientado en tiempo espacio y persona.

La impresión diagnóstica es celulitis de miembro inferior derecho a descartar una trombosis venosa profunda sobre agregada, por lo que se solicita hemograma completo, Perfil hepático, PCR, Examen completo de orina y ecografía Doppler en miembro inferior derecho.

Los resultados de laboratorio muestran Leucocitos 19×10^3 UL, Abastionados: 7%, hemoglobina 12.5gr/dl, perfil hepático en valores normales, PCR 1.6, examen de orina: 2-3 leucocitos por campo, gérmenes no se observa, nitritos (-), cetonas (-). Ecografía de miembro inferior derecho: se aprecia aumento de volumen de 100 cc contenidos, aparentemente un absceso, no hay presencia de trombosis venosa profunda.

El diagnóstico es una celulitis abscedada de miembro inferior derecho, por lo que se indica tratamiento con clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y oxacilina 2gr Ev cada 6 horas. Se hace interconsulta a cirugía en el 5to día efectivo de antibiótico para el drenaje del absceso. El servicio de cirugía drena 150cc de material purulento, se retiró la cápsula que contenía el material purulento, se indica que continúe tratamiento antibiótico endovenoso por 3 días más. Ante la mejoría clínica, es dado de alta al octavo día, cambiando la antibioticoterapia a vía oral por 5 días más. Se le programa una cita para reevaluación por consultorio externo en 2 semanas.

Ginecología y Obstetricia 1

Paciente de 39 años, natural de Lima, ingresa al tópicico sin referencias, acompañada de un familiar. Refiere que el centro de salud de su localidad le realizaron una ecografía abdominal, se concluye que es un quiste reticulado abdomino pélvico. No refiere síntomas sistémicos solo sensación de bulto en abdomen inferior.

Antecedentes: niega alergias, hipertensión arterial, diabetes mellitus, y TBC. Los antecedentes quirúrgicos son cesárea a los 21 años por presentación podálica. Los antecedentes gineco obstétricos: FUR: hace 1 año, menarquía: a los 12 años, inicio

de relaciones sexuales a los 20 años, número de parejas sexuales: 3. Formula Obstétrica: G5P4014.

Al examen Físico: Presión arterial 120/80mmHg, Frecuencia Cardíaca 78lpm, Frecuencia Respiratoria 20 rpm, Temperatura 36.1 y SatO₂ 98%. Con funciones biológicas conservadas, aparente regular estado general, aparente regular estado de nutrición. Piel y faneras: Tibia, elástica, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia. Tórax y Pulmones: amplexación conservada, no tirajes, Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: Distendido, Ruidos hidroaéreos presentes de buena frecuencia e intensidad, blando depresible, se palpa tumoración que llega a 3 cm por debajo del cuello uterino, de bordes regulares, no doloroso a la palpación. Tacto vaginal: cérvix no doloroso a la movilización, útero anteroversoflexo no palpable y masa abdominal. Neurológico: Despierta lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, sin signos de focalización.

Los exámenes auxiliares solicitados fueron hemograma completo y ecografía transvaginal. Los resultados de laboratorio muestran Leucocitos 11.16x10³, Hemoglobina 10.54g/dl, hematocrito 31%, plaquetas 368x10³ u/l, Creatinina 0.49mg/dl, úrea 30mg/dl, glucosa 102mg/dl. Grupo y factor: O +. La ecografía transvaginal concluye en un ovario izquierdo normal, masa quística gigante, multilobulada al parecer dependiente de anexo derecho.

La impresión diagnóstica inicial es de una masa anexial gigante, por lo que se hospitaliza al paciente para una cirugía electiva. Se solicitan exámenes prequirúrgicos: Hemograma completo, Glucosa, úrea y Creatinina, Grupo y factor, Perfil de coagulación, Perfil hepático, Serología para VIH y Sífilis, y prueba antígeno para COVID-19. Se inicia hidratación endovenosa con NaCl 0.9%, y se inicia cobertura antibiótica profiláctica prequirúrgica con Cefazolina 2gr endovenoso.

La paciente es programada para la realización de una anexectomía derecha laparoscópica, y el diagnóstico preoperatorio es un quiste anexial gigante en lado derecho. Los hallazgos intraoperatorios fueron quiste anexial gigante, dependiente

de anexo izquierdo con 4200 ml de volumen, contenido mucinoso; útero y anexo derecho sin alteraciones. Se removió por completo el anexo izquierdo, vía laparoscópica, sin complicaciones en el acto quirúrgico.

La mujer presenta una evolución favorable en hospitalización, no refiere molestias al momento del examen, herida operatoria sin signos de flogosis y secreción, tolera la vía oral, deambula y cursa en su 2do día de hospitalización, afebril, hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin necesidad de oxígeno. Debido a su mejora, se plantea el alta en el tercer día de hospitalización, después de realizar la curación de la herida operatoria, y orientarla acerca de los signos de alarma. Se le programa una cita para ser reevaluada por consultorio externo en 2 semanas.

Ginecología y Obstetricia 2

Paciente de 29 años, ingresa a hospitalización procedente de consultorio externo, actualmente gestando, cursando la semana 39. Refiere percibir movimientos fetales activos, niega pérdida de sangre, y pérdida de líquido amniótico. Afirma sentir dolor tipo contracción en la zona del hipogastrio de leve intensidad y esporádicos. Niega signos premonitorios de preeclampsia.

Antecedentes Familiares: Madre hipertensa, niega otros antecedentes. Antecedentes personales: niega antecedentes de enfermedades crónicas. Antecedente Gineco-Obstétricos: Menarquía 14 años, Ritmo Catamenial 3/30, Inicio de relaciones sexuales 18 años, Número de parejas sexuales 3, Método anticonceptivo de Ampolla mensual. G3P0020: G1, 2013 aborto, G2 2015 aborto. FUR: 01-05-21, FPP: 25-02-22, Controles prenatales: 11. Edad Gestacional por ecografía del primer trimestre: 39 semanas.

Al examen físico: Piel y faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no palidez no cianosis. Tórax y pulmones: mamas blandas, simétricas sin secreciones, amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por

ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: Se palpa útero grávido, altura uterina de 35cm, movimientos fetales: ++/+++ , presentación: longitudinal cefálico izquierdo, Latidos cardiacos fetales 152 lpm, dinámica uterina esporádica. Genitales externos: no se aprecia sangrado ni pérdida de líquido amniótico. Genito-urinario: PPL (-), PRU (-). Tacto Vaginal: cérvix cerrado, cabeza flotante del feto. Neurológico: despierta, lucida, orientada en tiempo espacio y persona.

La impresión diagnóstica es Tercigesta, nulípara de 39 semanas por ecografía del primer trimestre, no labor de parto, presentación alta, alto riesgo por obesidad, alto riesgo por abortos previos, por lo que se programa para una cesárea electiva para la extracción del recién nacido vía abdominal. Se deja las indicaciones de control de funciones vitales y observación de signos de alarma, monitoreo materno fetal, cobertura antibiótica profiláctica con Cefazolina, 2gr endovenosos en 500 c/c de NaCl 0.9% y medidas antitrombóticas.

Luego, ingresa a sala de operaciones con diagnósticos gestante de 39 semanas, y presentación alta. El procedimiento quirúrgico por realizar es una cesárea transperitoneal + colocación de DIU. Los hallazgos fueron recién nacido vivo de sexo masculino, con Apgar 9-9, cordón umbilical con 2 arterias una vena, líquido amniótico claro, placenta media normoinserta, útero hipotónico que no se contrae con el tratamiento médico, por lo que se realizó suturas de Hayman en el útero.

La pérdida de sangre fue de 600 cc aproximadamente. La paciente pasa a sala de recuperación con: NaCl 0.9% 1000cc + 30 UI de Oxitocina, Luego Dextrosa 5% 1000cc + oxitocina 20UI + 2 ampollas de NaCl 20%; Ranitidina 50mg EV cada 8 horas, Metoclopramida 50mg EV cada 8 horas, Metamizol 1gr EV cada 8 horas, Cefazolina 1gr EV cada 6 horas, pasa a sala de recuperación.

Al siguiente día niega molestias, vómitos o náuseas, y tolera bien la vía oral, refiere que realizó deposiciones y diuresis, deambula con normalidad, niega sangrado uterino. Al examen se muestran mamas con producción de calostro, sin signos de flogosis, blandas; abdomen blando depresible con útero contraído a 2 cm por debajo de cicatriz umbilical, herida operatoria no dehiciente, limpia, sin edema o signos de flogosis, genitales externos: se aprecia loquios hemáticos escasos.

La impresión diagnóstica: es una puérpera, en el segundo día post operatorio de una CSTP con puntos de Hayman por presentación alta de 39ss + inserción de DIU. Al presentar una evolución, se indica analgesia para manejo ambulatorio, y se le da el alta junto con el recién nacido.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital María Auxiliadora es un establecimiento III-1 de alta complejidad, ubicado en Av. Miguel Iglesias 968, San Juan de Miraflores 15801. Cumple con la función de ser un centro de referencia parte de la DIRIS LIMA SUR, cuyos límites distritales son el distrito de Santiago de Surco y La Molina hacia el norte, el distrito de Villa El Salvador hacia el sur, el distrito de Villa María del Triunfo por el este y el distrito de Chorrillos al oeste.

Es un órgano desconcentrado del Instituto de Gestión de Servicio de Salud, especializado en atención integral del niño, adolescente, salud sexual y reproductiva de la mujer adulta y adulto mayor, principalmente mediante actividades de recuperación de la salud, así como de rehabilitación y control de enfermedades.

La población de Lima Sur se incrementa cada año, siendo para el 2017, dos millones trescientos mil habitantes, y reporta un total de 248 843 atenciones anuales. La procedencia de los pacientes es, 35% de San Juan de Miraflores, 28% de Villa María del Triunfo y el 18% de Villa El Salvador.

Cuenta con las UPSS de Emergencia, UPSS Sala de Partos, UPSS de Diagnóstico por imágenes, UPSS de Hospitalización, UPSS de Centro quirúrgico, UPSS de rehabilitación y UPSS de laboratorio. Además de los departamentos de Medicina, Oncología, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía y otras especialidades como intervencionismo, psicología, nutrición, odontoestomatología servicio social, etc.

El HMA es un hospital docente que recibe internos de medicina de diversas universidades de Lima, así como el interno de otras carreras de salud, como enfermería, odontología, obstetricia, nutrición, psicología y tecnología médica. La emergencia sanitaria obligó al hospital a modificar las UPSS que ya existían, para crear ambientes diferenciados para sintomáticos respiratorios.

El tópico de medicina estaba ubicado junto a la sala de observación de emergencia, este fue reubicado en el lugar donde era la cafetería del hospital. Se instalaron carpas y se equipó de camillas para una observación de pacientes sintomáticos respiratorios. El HMA al inicio de la pandemia no recibía pacientes COVID-19 positivos, ya que el lugar de

referencia era el recién construido Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Por lo tanto, los ambientes de hospitalización y centro quirúrgico no fueron modificados en ese momento de la emergencia sanitaria.

Las actividades de consultorio externo estaban detenidas, debido al uso de ese espacio como emergencias diferenciadas. Sin embargo, se aplicó el servicio de tele consultas. Esta se basa en que el médico realiza una primera evaluación vía telefónica y/o videollamada, en la que pueda determinar si es necesaria una visita presencial o puede ser manejado ambulatoriamente, sin exámenes auxiliares.

Para finales del 2021, las actividades en el hospital habían reanudado en un 70%, ya que aún no recibían pacientes sospechosos de infección por Sarscov2. Aun así, el hospital tuvo problemas con el déficit de recurso humano, porque el resto de las patologías no atendidas por el Hospital de Emergencias Villa El Salvador buscó atención en el HMA. Además, mucho personal de salud se contagió de SARS- cov-2, generando aún más déficit de personal, se le brindaba atención y una cuarentena de 15 días en la Villa Panamericana.

Se dio como norma que todo paciente admitido por emergencia con sintomatología respiratoria se le deberá realizar una prueba antigénica de COVID-19, y si es admitido al servicio de hospitalización, se deberá tomar una prueba RT-Lamp, evitando contagios intrahospitalarios.

El interno es fundamental en la organización hospitalaria, ya que es el que redacta la historia clínica y realiza el primer examen físico, y supervisa evoluciones en el piso de hospitalización. Por lo tanto, el HMA aceptó el regreso de internos, bajo los lineamientos que propuso el MINSA, que enfáticamente recalcó que el interno no debe estar expuesto a pacientes sintomáticos respiratorios, por lo que en ningún momento se programó horarios en la emergencia u hospitalización diferenciada.

El reto de realizar un internado de medicina atípico, con los riesgos que implicaba, dejaba a libre decisión del interno de realizar sus prácticas en un hospital de alta complejidad, con la certeza de que en él se consolidaría el aprendizaje obtenido mediante la atención a la alta carga de pacientes que tiene.

La opción de realizar el internado en el primer nivel de atención también existía, ya que en los lineamientos indica que, de los diez meses, cinco de los cuales deben ser en un establecimiento de primer nivel, con la finalidad de reforzarlo, y liberar la carga laboral a los hospitales de alta complejidad.

El Centro de Salud San Bartolo es una institución de salud de nivel I-3 con funciones especiales, ya que atiende partos y tiene una sala de hospitalización para las puérperas de 24 horas. Cuenta con las Unidades Prestadores de servicio de Consulta Externa, Emergencias, enfermería (CRED), Laboratorio, Obstetricia, nutrición, Psicología, Medicina Física y Rehabilitación y Consultorio COVID-19 y una oficina de afiliación de seguro integral de salud.

Es centro de referencia obstétrico de centros de salud aledaños de menor complejidad, como el de los distritos de Punta Hermosa, Punta Negra y La Chutana. Cuenta con una población variada en etnias y razas, ya que existen granjas al lado este de la carretera Panamericana Sur. Usualmente es población que ha migrado de otras provincias del Perú o extranjeros.

Para el 2018 el porcentaje de atenciones por consulta externa fue el 0.9% del total de las atenciones. La primera causa de atención fue por infecciones de vías respiratorias aguda, seguido de caries dental. Debido al contexto sanitario se habilitó un centro temporal de atención a casos COVID-19 o sintomáticos respiratorios, además de un centro de vacunación, parte del plan de vacunación nacional contra la infección por SARS-Cov-2.

La asistencia de los internos de medicina en el primer nivel de atención permitía una primera impresión del manejo de patologías en este. El enfoque de salud integral obliga al personal asistencial a brindar consejería nutricional y recomendar estilos de vida saludable en las consultas. En el servicio de obstetricia debía asegurarse que el obstetra de turno no deje pasar patologías ginecológicas que pueden ser referidas, así como brindar tratamiento empírico ante infecciones de transmisión sexual, lo cual mejoraría el estado general de la población sin requerir un establecimiento de mayor complejidad.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Cirugía general 1

Las Hernias son las afecciones quirúrgicas definidas como una protrusión o bulto de un órgano, o parte de un órgano, a través de un defecto muscular de la pared abdominal. Los factores de riesgo para desarrollar una hernia inguinal son ser de sexo masculino, con una edad mayor de 60 años, historia familiar de hernias inguinales y bajo índice de masa corporal²⁴. Las hernias inguinales se clasifican en directas, que protruyen medialmente a los vasos epigástricos en el triángulo de Hasselbach, e indirectas, que protruyen a través del anillo inguinal profundo²⁵.

La incarceration se refiere al atrapamiento del contenido de la hernia en el saco, por lo que no es posible ser reducida. La reducción en el flujo venoso y linfático causará inflamación en el tejido encarcerado, el aumento de volumen por el edema que causa la inflamación puede llevar hasta una disminución del flujo arterial, resultando una necrosis del contenido de saco, esto se conoce como hernia estrangulada²⁶.

El paciente ingresa caminando, refiriendo 5 horas de tiempo de enfermedad, usualmente las hernias inguinales cursan asintomáticas, pero ante una complicación como la incarceration, el cuadro clínico se agudiza, y se caracteriza principalmente por dolor. A este se le asocia náuseas y vómitos que podría implicar un compromiso del tránsito intestinal. Ante estos casos, generalmente no es necesario un estudio de imágenes, ya que demoraría el pase a sala de operaciones para la reparación definitiva²⁷.

Es importante controlar la analgesia, debido a que agrava el estado general, por lo que se le suministra una dosis de Metamizol 1gr EV. Luego de realizar el examen físico y con la impresión diagnóstica de una hernia inguinal complicada, cuyo único manejo es quirúrgico. Se le aplica una dosis de Cefazolina 2gr EV, la antibioticoterapia profiláctica para hernias complicadas está indicada y debe ser una hora antes de la incisión inicial. Debido a que existe la posibilidad de una perforación o necrosis intestinales, para estos casos se considera antibioticoterapia terapéutica²⁸.

La reparación quirúrgica de las hernias inguinales puede ser laparoscópica o abierta. Si existe el riesgo de una hernia complicada se debe utilizar la técnica abierta para reducir el riesgo de daño intestinal. Al no observarse perforación intestinal se decide utilizar una malla de propileno para realizar una técnica sin tensión de tipo Liechtenstein, esta puede usarse en la mayoría de las hernias inguinales³⁰.

El uso de una técnica sin tensión con malla de propileno reduce el dolor postoperatorio, acelera la recuperación y reduce la recurrencia de hernias inguinales²⁹. Los pacientes con inguinoplastia y uso de malla pueden regresar a las actividades normales apenas las incomodidades post operatorias cedan. Al paciente se le da de alta en 48 horas, al mostrar que no hay lesión del tracto intestinal, ya que realiza deposiciones y elimina flatos.

El control por consultorio externo es para identificar complicaciones de forma temprana. Las principales complicaciones peri operativas son Seroma, que se forman debido a una colección en el espacio muerto, infección de sitio operatorio, cuya prevalencia es de 3 a 5%³¹.

Cirugía General 2

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal más común en el mundo. Consiste en la inflamación del apéndice que se encuentra en la base del ciego próximo a la válvula ileocecal. La irrigación está a cargo de la arteria apendicular, rama terminal de la arteria ileocolica¹⁶. La etiología principal es la obstrucción de la luz apendicular, lo cual causa elevación de la presión intraluminal, la que puede ser causada por fecalitos, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos o tumores malignos¹⁷.

El cuadro clínico característico de esta patología consiste en una historia de dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, asociada a náuseas y vómitos, está descrita que existe la migración del dolor, inicialmente ubicado en el epigastrio, y posteriormente en el cuadrante inferior derecho del abdomen. A esto se le conoce como cronología de Murphy y está presente en el 50 a 60% de los pacientes con apendicitis¹⁸.

A la palpación abdominal se puede identificar dolor en el cuadrante inferior derecho, debido a que la inflamación del apéndice hace contacto con la pared parietal de peritoneo, que si contiene fibras nerviosas que transmiten dolor. Los signos del examen físico clásicos son Punto de McBurney, ubicado en la unión del 1/3 externo con los 2/3 internos de una línea trazada de la espina ilíaca anterosuperior derecha hasta el ombligo¹⁹; Signo de Rovsing, que implica la palpación del cuadrante inferior izquierdo produciendo dolor en el cuadrante inferior derecho; Signo de Blumberg (o Rebote) se refiere al dolor producido luego de retirar bruscamente la mano, después de realizar una palpación profunda en el cuadrante inferior derecho.

La apendicitis es un proceso, ya que con el pasar de las horas la inflamación del apéndice posterior a la oclusión de luz apendicular el estadio cinco será diferente. El estadio inicial es la fase catarral o congestiva que se refiere a la acumulación de secreciones, que causan una obstrucción venosa lo cual causa cambios macroscópicos (edema y congestión de la serosa).

El siguiente estadio es Supurativo o flemonoso, en el cual la mucosa comienza a presentar pequeñas ulceraciones y una colección de exudado mucopurulento en la luz, luego viene la fase gangrenosa o necrótica, en la cual la inflamación causa una obstrucción en la irrigación arterial, causando una debilidad en la pared por la que se genera una perforación y diseminación del líquido purulento a la cavidad abdominal, causando inflamación del peritoneo o peritonitis.

La evaluación inicial del cuadro debe ser considerando si existe la probabilidad de que sea apendicitis, por lo que se hace uso del score de Alvarado. Consiste en un score con síntomas, como la migración del dolor ya mencionada, anorexia y náuseas u vómitos. Además, toma en cuenta signos clínicos como dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de rebote positivo. Los criterios de inflamación sistémica incluyen fiebre y leucocitosis mayor a diez mil. Un score de 0 a 3 descarta la probabilidad de apendicitis, uno mayor de 4 indica que el paciente debe ser evaluado como si fuera una apendicitis¹⁹.

En el caso del paciente, contaba con un score de Alvarado de 7, lo cual orienta al diagnóstico de una apendicitis, teniendo en cuenta el número de horas referidas por

el paciente se pensaría en una apendicitis aguda no complicada. Sin embargo, en la anamnesis el paciente refirió haber ingerido analgesia, lo cual pudo encubrir el cuadro de dolor abdominal por unas horas más, además el signo clínico de rebote o Blumberg indica compromiso peritoneal, por lo que la impresión diagnóstica inicial fue apendicitis aguda complicada.

Con un Alvarado mayor de 6 está indicado la exploración quirúrgica de emergencia, esta puede ser laparoscópica o abierta. La cobertura antibiótica debe ser de amplio espectro con cobertura a bacterias gram negativa y anaerobios, la terapia de elección es una Cefalosporina como Cefazolina de 1 a 2 g EV cada 8 horas, más Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas²¹, por lo que la cobertura antibiótica de elección en este paciente fue adecuada, al igual que la hidratación de mantenimiento, ya que ante una apendicitis aguda perforada, el consumo de agua del medio interno es alto, y un mal manejo de este puede causar complicaciones en el cuadro clínico²⁰.

El manejo quirúrgico puede ser laparoscópico o abierto, el uso de la técnica laparoscópica está asociada a una menor estancia hospitalaria y reducción en los costos hospitalarios²², sin embargo, en el contexto de la realidad peruana depende de la disponibilidad de la torre laparoscópica en sala de operaciones. El objetivo de la apendicetomía es remover el material infectado y drenar abscesos de la cavidad abdominal, primero se debe aspirar el contenido purulento para disminuir el riesgo de diseminación en la cavidad abdominal²³.

El uso de drenes en una peritonitis focal no está indicado como procedimiento regular, sin embargo, el cirujano puede utilizar un dren laminar por motivos de seguridad. Está indicado el uso de un dren cuando la base del ciego está afectada o cuando se evidencia una peritonitis difusa²⁴.

El manejo post operatorio de una apendicitis aguda perforada se basa en la continuación de antibioticoterapia endovenosa y la progresión de tolerancia de la vía oral. El tiempo de hospitalización post operatoria es usualmente entre 5 a 10 días, y los criterios de alta son tolerancia de la vía oral, deambulación del paciente y evidencia de movimientos intestinales (eliminación de flatos y realización de deposiciones), el tiempo de hospitalización en este paciente se prolongó hasta los 7

días, y fue dado de alta con la indicación de acudir por consultorio externo en una semana para el control, e identificar tempranamente complicaciones como infección de la herida operatoria, una fistula entero cutánea o cecocutanea¹⁶.

Pediatría 1

El paciente es diagnosticado con bronquiolitis, la cual se define como un síndrome de distres respiratorio a niños menores de 2 años, caracterizado por síntomas de la vía aérea superior, seguido de la infección e inflamación de las vías aéreas inferiores. La etiología más común de este cuadro clínico es el Virus Respiratorio Sincitial aproximadamente el 70-80%¹. El cuadro clínico es progresivo ya que se inicia con 3 a 4 días de rinorrea, luego de tos persistente usualmente asociada a fiebre. En menores de 2 años, se puede usar el score ESBA para evaluar la severidad, ya que si es mayor de 10 es recomendado el manejo en UCI².

La conducta inicial de la madre fue ir al primer nivel de atención en el cual, según el acrónimo FALTAN, el manejo debe ser sintomático, disminuyendo la fiebre con Paracetamol, asegurar que la lactancia sea adecuada y tolere vía oral, evitar el uso de antitusígenos, enseñar a la madre limpieza de fosas nasales con suero fisiológico, e informarle sobre los signos de alarma para que acuda a la emergencia de un establecimiento de salud de mayor complejidad².

Los signos de peligro son dificultad respiratoria, persistencia de la fiebre a pesar de 48 horas de tratamiento, dificultad tolerando la vía oral, compromiso del sensorio, si no hay una respuesta terapéutica adecuada². En la emergencia del HMA, se identificó rápidamente la taquipnea y el esfuerzo respiratorio, con un ESBA de 6 puntos, por lo cual se le admitió al servicio de observación de emergencia pediátrica, donde se realizaría una prueba terapéutica con broncodilatadores. Esta consiste en el uso de Salbutamol inhalado mediante una cámara pediátrica a una dosis de 2 puff cada 10 minutos por 1 hora, este puede ser extendido dependiendo del juicio médico.

La oxigenoterapia está indicada en todo paciente que presente una saturación de oxígeno menor a 92%, además de un cuadro clínico de distres respiratorio. En el caso del menor, no se presentó mejoría clínica con la prueba terapéutica, debido a que la

saturación disminuyó hasta 92%, por lo que se dio oxigenoterapia a 2lts/Min, que es lo indicado en la literatura para un menor de 5 meses³. A pesar de que se siguió lo indicado en el manejo de una crisis respiratoria, se debió tomar en cuenta el efecto paradójico del Salbutamol⁴. Existen discrepancias respecto al uso de broncodilatadores en el manejo de una bronquiolitis, ya que hay numerosas publicaciones señalando su utilidad parcial.

La hidratación es un componente importante del manejo de bronquiolitis, ya que la fiebre y la taquipnea aumentan las pérdidas insensibles⁶. Por lo tanto, es necesaria una adecuada hidratación, y evitar el riesgo a aspiración en infantes hospitalizados con bronquiolitis. También es importante controlar el flujo urinario, ya que los niveles de hormona antidiurética pueden estar elevados, lo que conllevaría a una hiponatremia⁵.

La estancia hospitalaria promedio es de aproximadamente 2 días, pudiendo variar según severidad o etiología⁷. Los criterios para dar de alta al paciente hospitalizado por bronquiolitis incluyen parámetros de frecuencia respiratoria, además de estabilidad ventilatoria sin oxigenoterapia, con una saturación mayor de 95%. Requiere que el paciente se mantenga estable por 12 horas, que tolere la vía oral, y que la madre o cuidador reciba la consejería sobre limpieza de fosas nasales, y que estén confiadas de poder realizar el manejo ambulatorio⁸.

El paciente del caso clínico cumplió con los criterios de alta, en el primer día de hospitalización, ya que después de ser admitido por el servicio de emergencias, subió al piso de hospitalización con oxigenoterapia, la cual dejó de requerir 8 horas después del ingreso. Se aprecia una rápida mejoría clínica, por lo que se suspendió el uso de broncodilatadores y como toleraba la vía oral con LME, se suspendió la hidratación enteral. Al cabo de las 48 horas de la hospitalización se plantea **al** alta médica con indicaciones farmacológicas y no farmacológicas, así como una reevaluación mediante la utilización de los recursos virtuales del servicio de pediatría del HMA.

Pediatría 2

Ante alteraciones del cuero cabelludo es importante realizar una entrevista clínica adecuada, ya que aquellos datos son esenciales para el diagnóstico etiológico. El examen físico debe descartar o describir características del cuero cabelludo, como descamación, eritema, pápulas nódulos, pústulas, flictenas, erosión o zonas de alopecia. En niños, la tinea capitis es una infección por dermatofitos común que cursa con descamación del cuero cabelludo, siendo las especies *trichophyton* y *microsporum* las etiologías más frecuentes⁹.

El manejo inicial de este paciente fue la automedicación de la madre, que es un manejo inadecuado con la presunción diagnóstica de infección fangal. El tratamiento antibiótico no es recomendado ante este tipo de infecciones, y el corticoide tópico puede ser la razón del agravamiento progresivo del cuadro clínico. En el centro de salud de primer nivel se recomendó el uso de Ivermectina y Azitromicina 500mg, el antiparasitario es usado en el primer nivel de atención como medicamento profiláctico ante alguna lesión en la piel¹⁰; pero no es un manejo adecuado cuando se trata de una lesión en cuero cabelludo. El uso de Azitromicina debe ser restringido para infecciones respiratorias bacterianas en los menores de edad.

Una vez admitido al servicio de observación de emergencia pediátrica del HMA, se observó una lesión con signos de flogosis y dolorosa a la palpación. Teniendo en cuenta el dato epidemiológico mencionado, se diagnosticó una tiña del cuero cabelludo. Sin embargo, el examen físico denota signos de inflamación y sobreinfección bacteriana, por lo que la terapéutica con Oxacilina y Clorfenamina para reducir la inflamación es adecuada.

La forma inflamatoria de la tinea capitis se caracteriza por ser una placa granulomatosa, conformada por accesos y pústulas múltiples que pueden asociarse a fiebre, malestar general y dolor local¹¹. La dermatología pediátrica identifica esta patología necroscópicamente, pero para su confirmación pide una prueba de KOH. La preparación de hidróxido de potasio es un método rápido que confirma la presencia de una infección por dermatofito, consiste en la observación al microscopio de la zona proximal de cabellos tomados de la zona afectada posterior a la aplicación

de KOH¹². El resultado del examen fue una infección tipo endotrix, que compromete a las estructuras dentro del tallo piloso hasta penetrar la vaina, lo cual causa fragilidad en el cabello y queda como secuela una alopecia cicatricial¹³.

El manejo adecuado para esta patología debe ser vía sistémica y tópica, utilizando medicamentos antifúngicos, el que mayor historia de uso y efectividad tiene es griseofulvina, pero la Terbinafina es aceptada como medicamento de primera línea, además que se pueden indicar tratamientos de más corta duración⁵. El manejo con Terbinafina a dosis de 180mg de inicio es adecuado para el peso y edad de la paciente), la dosis máxima a usar es de 250mg cada 24 horas de 3 a 4 semanas¹⁴. Además, el uso de corticoterapia oral mejoraría el estado general inflamatorio de la lesión¹⁵.

El pronóstico de una infección severa que llego a estadio de Querion, tiene un alto riesgo a alopecia permanente, pero usualmente el recrecimiento de cabello es adecuado.

Medicina Interna 1

Las crisis hipertensivas se definen como un aumento de la presión arterial sistólica mayor o igual a 180mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg³². Estas presiones arteriales pueden producir daños estructurales en diferentes órganos, por lo cual se deben clasificar en urgencias y emergencias hipertensivas.

Se considera una urgencia hipertensiva, cuando el aumento de la presión arterial no causa ningún síntoma sistémico. La emergencia hipertensiva es una elevación sostenida de la presión arterial con una lesión aguda de un órgano diana que produzca síntomas como dolor torácico, disnea, déficit neurológico³³.

El paciente ingresó caminando a la evaluación por emergencia del primer nivel de atención sin síntomas que sean compatibles de una emergencia hipertensiva. Al encontrar valores anormales de la presión arterial, además del antecedente de una adherencia terapéutica inadecuada, se diagnostica una urgencia hipertensiva.

En estos casos la reducción de la presión arterial debe ser de un 25 a 30 % en las primeras 4 a 5 horas³⁴. Posterior al descarte de una emergencia hipertensiva se debe reevaluar las cifras de presión arterial, luego que el paciente haya descansado 30 minutos para confirmar una urgencia hipertensiva.

Está recomendado el uso de medicación por vía sublingual para la reducción de la presión arterial³⁵. Debido a la disponibilidad de medicamentos en el primer nivel de atención se indicó 50 mg de Captopril sublingual. A la reevaluación se observa una elevación superior de la presión arterial, debido al episodio emocional que sufrió en el tiempo de espera.

El uso de furosemida no está indicado en el manejo de las urgencias hipertensivas, sin embargo, se le aplicó a este paciente 2 dosis antes de su referencia a un hospital de mayor complejidad. Las fasciculaciones musculares en el paciente se deben a un desbalance de electrolitos en el medio interno, probablemente una hipocalcemia por uso de la furosemida³⁶.

El manejo adecuado para las urgencias hipertensivas se basa en el uso de antihipertensivos orales o sublinguales. La reevaluación de la presión arterial, luego de haber indicado un antihipertensivo sublingual es de 1 a 2 horas³⁷. Si no se consigue el objetivo de presión arterial se puede consumir el fármaco de 2 a 3 veces cada 30 a 60 minutos. Si la presión arterial persiste con valores mayores a 210/120 mmHg, el paciente debe ser referido a un centro de mayor complejidad³⁷.

El primer nivel de atención tiene la característica de ser la puerta de entrada al sistema de salud, pero el beneficio que tiene la cercanía de este a los hogares de la población asignada permite una reevaluación a pacientes referidos y dados de alta para el manejo de la patología crónica. Teniendo en cuenta que la etiología de la crisis hipertensiva es una falla en la medicación que recibe y episodios de agitación emocional, se decide mejorar el manejo de la hipertensión arterial.

El paciente refiere el uso de una monodosis de Losartan 50mg al día. En pacientes con elevación de presión arterial de 20/10 mmHg por encima del objetivo, se recomienda una terapia inicial utilizando dos medicamentos³⁸. La recomendación de

terapia dual para el control de la hipertensión se basa en el uso de un inhibidor de la ECA con bloqueadores del canal del calcio dihidropiridinico³⁹. Sin embargo, en la evaluación del paciente en consulta externa se muestra un edema de miembros inferiores y se auscultan crepitos en bases pulmonares, por lo que se presume una insuficiencia cardiaca congestiva. Debido a los hallazgos en el examen físico se decidió por la terapia dual, utilizando un antagonista de los receptores de la angiotensina 2, junto con un diurético tiazídico (Hidroclorotiazida 25mg).

Con las estrategias sanitarias del centro de salud, se realiza un AMPA, estrategia basada en la auto medida de la presión arterial, en la cual se le indica al paciente que debe acudir al centro de salud una vez al día por una semana para el control de su presión arterial.

Durante esa semana en la cual se presentó una mejoría en el control de la presión arterial, se coordinó con el hospital de Villa El Salvador para realizar una tele interconsulta virtual con el servicio de cardiología, la cual permite a los profesionales de la salud no especialistas, puedan presentar el caso y el manejo del paciente, y así determinar si es adecuado, si necesita de otros exámenes médicos a realizar en el hospital o el requerimiento de una consulta presencial.

Medicina interna 2

Paciente en el que se observa un aumento de volumen de miembro inferior derecho, asociado a rubor calor y dolor, además refiere haber sufrido una herida en la zona del aumento de volumen, la cual no fue aseada correctamente. Se plantea el diagnóstico diferencial de trombosis venosa profunda, debido a la sensación de pesadez. Sin embargo, los signos clásicos son temperatura fría de la piel y coloración normal o cianótica⁵², esta es descartada con el estudio de Doppler.

La celulitis es causada principalmente por invasión de las flora bacteriana de la piel al tejido celular subcutánea, comúnmente son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*⁵². Los exámenes de laboratorio no son necesarios para el diagnóstico, sin embargo, se solicitan por la sospecha de una complicación o

compromiso sistémico⁵³. En este caso, por las comorbilidades que presenta el paciente y los factores de riesgo, se debe realizar un descarte de sepsis.

Usualmente los abscesos de piel son polimicrobianos⁵⁴, se definen como una colección de pus en la dermis o en el tejido celular subcutáneo. Se aprecia usualmente un nódulo eritematoso, fluctuante, doloroso a la movilización con celulitis circundante⁵⁵. Debido a la gran inflamación observada en el paciente, no es recomendable un drenaje hasta que la celulitis circundante disminuya, por lo que se inicia terapia antibiótica de cobertura amplia.

La Clindamicina es un agente antibiótico que tiene cobertura a MRSA, además de la cobertura a gram negativos⁵⁶. Está demostrado que asociar una Tetraciclina a la terapia con Clindamicina es eficaz para el tratamiento de una celulitis abscedada⁵⁶. La terapia antibiótica parenteral tiene una duración de 5 a 14 días, dependiendo del curso clínico de la enfermedad. En vista que existió mejoría clínica, se decide interconsulta al servicio de cirugía para el drenaje definitivo del absceso.

El pase a terapia vía oral es con Cefalexina o Dicloxacilina, se continúa la terapia antibiótica por 5 días más para evitar recurrencias. Al drenar el absceso se cultivó el contenido para determinar si la terapia antibiótica es adecuada. En consultorio externo se determinará si continúa la terapia antibiótica, o si se rota a una terapia con mayor cobertura a bacterias.

Ginecología y Obstetricia 1

La masa Anexial es un hallazgo frecuente en el examen físico ginecológico, el 80% son benignos y usualmente son mujeres de 20 a 48 años⁴⁰. El enfoque inicial será para determinar benignidad o malignidad y si requiere de tratamiento quirúrgico de urgencia. En el caso de la paciente, se encuentra en aparente estado regular de salud, hemodinámicamente estable, con leves molestias debido al gran aumento de volumen en la región abdominal.

Al ser una masa mayor de 10cm de diámetro, está indicada la exploración quirúrgica mínimamente invasiva⁴¹. El manejo preoperatorio de elección es el adecuado, con

terapia antibiótica e hidratación parenteral. El riesgo quirúrgico cardiológico fue catalogado como 1, por lo que se plantea una cirugía laparoscópica.

Está reportado que el manejo laparoscópico de masas anexiales benignas tiene varias ventajas frente a la laparotomía, como mayor seguridad⁴². Para poder realizar la técnica laparoscópica, primero se debe punzar el quiste para la aspiración de su contenido y posterior lavado de cavidad quística⁴³. Se aspiró una cantidad de 4 litros de líquido de aspecto mucinoso, debido al compromiso del quiste al ovario, y se procedió a una ooforectomía unilateral. La posibilidad de embarazo **de** posterior a una ooforectomía unilateral tiene un rango de 42 a 88 %⁴⁴.

Al haber realizado una cirugía mínimamente invasiva, la paciente fue dada de alta a las 72 horas post operatorias, debido a que deambulaba con normalidad, toleraba la vía oral, no existía sangrado vaginal, y la herida operatoria no presentaba signos de flogosis. Se le cita en consultorio externo para realizar una ecografía de control en 2 semanas.

Ginecología y Obstetricia 2

La paciente presenta una gestación a término calculada por ecografía del primer trimestre, que es el examen indicado para el cálculo más preciso de edad gestacional⁴⁵. Una vez determinada la edad gestacional y confirmar el bienestar fetal con latidos cardiacos fetales, se identificaron los factores de riesgo en la gestación actual, ya que la paciente es obesa y tiene una mala historia obstétrica, por lo que se indica una cesárea electiva⁴⁶.

Las medidas preoperatorias deben incluir monitoreo fetal por 20 minutos antes de la entrada **a** quirófano, profilaxis antibiótica, que reduce la incidencia de fiebre post operatoria, endometritis, está recomendado el uso de una Cefalosporina de primera generación una hora antes de la incisión⁴⁶, por lo que el manejo preoperatorio **de la** paciente fue adecuado, es importante brindar consejería preoperatoria a la madre que desee recibir métodos anticonceptivos de larga duración, para que el procedimiento de bloqueo tubárico bilateral se realice durante la operación.

La extracción fetal debe ser rápida y no traumática, ya que varios estudios reportan que la prolongación del tiempo, desde la incisión hasta el parto tiene relación directa con niveles disminuidos en gases arteriales en el recién nacido así también como **v**calores de Apgar disminuidos⁴⁷. No presentaron complicaciones, nació en líquido amniótico claro sin signos de sufrimiento fetal, sin embargo, después de la extracción se observó atonía uterina.

El cuadro clínico de la atonía uterina es un sangrado post parto, el cual se cuantificó en 600 ml, un volumen esperado al realizar una cirugía de extracción fetal. El manejo inicial es asegurar la estabilidad hemodinámica, reponiendo el volumen perdido con cristaloides, y se debe realizar el masaje uterino con la técnica bimanual. Si el sangrado persiste está recomendado el uso de oxitocina en altas dosis, hasta 40UI en 1000cc de solución salina⁴⁸.

El reporte operatorio de la paciente informa que el sangrado no cedió ante el manejo médico, por lo que se procedió a colocar suturas de Hayman, que consiste en la realizar de 2 a 4 suturas compresivas que van desde la pared anterior a la posterior, sin realizar histerotomía. Esta técnica quirúrgica se considera una opción aceptable para controlar el sangrado post parto, así como la sutura tipo B-Lynch^{49,50}.

Las complicaciones más comunes de una paciente obesa, después de una cesárea son dehiscencia e infección de herida operatoria, hemorragia post parto, tromboembolismo, complicaciones respiratorias, etc⁵¹. Por lo tanto, es necesaria la evaluación continua de signos vitales con pulsioximetría, así como medidas para mantener el balance hidroelectrolítico. El cuidado de la herida operatoria es importante, debido a que al panículo adiposo de la paciente predispone a una infección de herida operatoria.

Se realizó un buen manejo del sangrado post parto, así también como de la analgesia del paciente, por lo que a las 48 horas post operatoria presenta una evolución favorable. La paciente deambula con normalidad, secreta loquios escasos sin mal olor y tolera la vía oral; los valores de hemoglobina se fueron recuperando progresivamente con la aplicación de hierro sacarato endovenoso. Se da de alta a la

paciente junto con el recién nacido, y se le programa cita por consultorio externo en una semana para evaluar la cicatrización de herida operatoria.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Debido al contexto sanitario, el inicio al internado de Ciencias de la Salud 2021 se aplazó para el mes de julio del 2021. Lo usual era que el internado tenga una duración de 12 meses, que esta se inició el 1 de enero de un año y termina el 31 de diciembre. El internado médico es la etapa a la cual todo estudiante de medicina espera realizar, debido a que es el momento donde puede realizar mayor práctica clínica, esto en instituciones de alto nivel de complejidad.

La pandemia se inició en los meses de marzo del 2020, el próximo a ser interno de medicina cursaba en el 6to año de carrera, en donde se dictan los cursos de pediatría y ginecología. Debido a la orden de inmovilización obligatoria dada en el país, estos cursos fueron llevados a cabo en línea, **en** donde se incluían clases teóricas y la revisión de casos clínicos como la parte práctica. Los conocimientos adquiridos ese año no pudieron ser aplicados en prácticas hospitalarias como en años anteriores. Por lo tanto, el internado de ciencias de la salud 2021, sería el primer contacto con pacientes ginecológicos y pediátricos.

Junto con las nuevas disposiciones del ministerio de Salud para la reanudación del internado de ciencias de salud, se desarrolló uno en el primer nivel de atención. Una experiencia sin precedentes, en la cual es un apoyo crucial en la puerta de entrada al sistema.

La rotación de primer nivel de atención se dio porque los internos del año 2020 necesitaban completar sus rotaciones para recibir el bachiller de medicina. El regreso a centros de alta complejidad era muy alejada en ese momento por la emergencia sanitaria. La experiencia en primer de nivel de atención permite al interno aplicar conocimientos de salud pública y gestión en salud, aparte de la labor asistencial realizada en el centro de salud. La demanda de pacientes en el C.S San Bartolo era alta, ya que es el único establecimiento de salud del balneario sur, que recibe la atención de partos y cuenta con una ambulancia.

Además, en los meses de rotación en el primer nivel de atención, la principal actividad realizada fue la campaña de vacunación contra el COVID-19, así también como la detección temprana de casos nuevos en la comunidad de San Bartolo, porque se instaló un consultorio diferenciado para sintomáticos respiratorios con personal de salud contratado por la modalidad CAS COVID.

Al interno de medicina no se le tenía permitido hacer evaluaciones a pacientes sospechosos de COVID. Sin embargo, durante la segunda ola de contagios el consultorio especializado se encargaba de realizar pruebas antigénicas, y todo paciente con prueba negativa era atendido en el servicio de emergencia regular. Por lo tanto, la exposición del interno de medicina a desarrollar la enfermedad COVID-19 era relativo, ya que está demostrado que las pruebas antigénicas pueden dar falsos negativos.

El departamento de cirugía general del HMA, se caracteriza por ser una rotación compleja, debido a la alta carga de pacientes que son admitidos por el consultorio externo o por emergencia. La experiencia adquirida en este servicio sirvió de formación para el resto de las rotaciones, ya que fue la primera luego de estar en el primer nivel de atención, hizo dar cuenta al interno que un hospital de mayor complejidad la elaboración de una historia clínica, y la realización de un examen físico debe tener un orden adecuado, debido a la constante auditoria por parte de la oficina de seguros.

Además, el apoyo de los médicos residentes de primer, segundo y tercer año fueron los momentos en el cual mayor aprendizaje se obtuvo, ya que se consolidaban conceptos teóricos, mientras se realizaban procedimientos prácticos. Por ejemplo, durante la curación de una herida operatoria infectada, se hacía recordar los diferentes tipos de infección de sitio operatorio, así como los tejidos involucrados en cada uno de estos. La mayor desventaja del interno de medicina en el departamento de cirugía es que no se le permitía entrar a la sala de operaciones, debido al riesgo de contagio de SARS COV 2, y la contaminación de los ambientes quirúrgicos.

La rotación en el servicio de pediatría se caracterizó por su alta demanda en la tercera ola de contagios de la pandemia y la aparición del Ómicron. El pico de contagios y hospitalizaciones aumentó en niños, en vista que eran los que no estaban vacunados. El servicio se diferenció en pacientes COVID-19 y los que no, por lo tanto, el interno de medicina era responsable de los pacientes hospitalizados en la zona No COVID del servicio de pediatría.

En la emergencia del servicio de pediatría se aprendió a manejar patologías complejas, con un enfoque diferente al aprendido en el primer nivel de atención, ya que el uso de antibióticos debía estar demostrado por lo menos con un examen de laboratorio patológico.

Como se mencionó antes, el curso de Pediatría fue realizado en línea, por lo que el interno contaba con los conocimientos conceptuales, pero no con la práctica de manejar menores de edad. La realización de historia clínica a un menor de edad es compleja, debido a que los niños no expresan sus síntomas de manera específica, y se tiene que llegar a un diagnóstico con la anamnesis realizada a la madre y un buen examen físico. En el servicio de neonatología se aprendió a evaluar al recién nacido, así como el diagnóstico y manejo de patologías perinatales más comunes, como ictericia, síndrome de distrés respiratorio, sepsis neonatal, etc.

La rotación de medicina interna es caracterizada por la alta demanda que tiene antes de la pandemia y después de esta. El HMA tiene un departamento de emergencia de medicina interna, el cual fue adaptado para el manejo de pacientes sintomáticos respiratorios.

El interno de medicina tuvo la oportunidad de rotar dos semanas y media en el servicio de emergencia, y 2 semanas y media en el servicio de hospitalización. Las habilidades adquiridas fueron la elaboración de una historia clínica hasta la realización de procedimientos básicos como toracocentesis, paracentesis, toma de muestras para laboratorio, etc. En el piso de hospitalización, el interno de medicina afrontó el reto de conocer y manejar patologías extrañas o múltiples en un mismo paciente, por lo que el aprendizaje se basaba en la comunicación que se tenía con los médicos residentes de primer año a cargo de los internos.

En el servicio de ginecología y obstetricia, el interno debe salir con los conocimientos básicos de manejo de urgencias obstétricas, como hemorragia post parto y emergencia hipertensivas del embarazo. Los residentes del servicio recalcan que lo que se debía aprender en este, debía ser lo que uno utilizaría en el Serums para evitar una muerte materna o fetal.

La identificación de pacientes aptos para un parto eutócico y las que tienen contraindicación para parto vaginal debe ser el aspecto en el cual más se recalcó durante la rotación, ya que como serumista se tiene que tomar la decisión de atender el parto por vía vaginal, o realizar una referencia a un centro de mayor complejidad para una cesárea.

El curso de ginecología y obstetricia brindado por la universidad fue vía Internet, por lo tanto, la parte práctica de este se realizó por completo en el hospital, en donde se aprendió como realizar tacto vaginal, maniobras de Leopold y poder determinar altura de presentación.

En el primer nivel de atención, el consultorio de obstetricia era donde el interno de medicina reforzó conocimientos de métodos anticonceptivos, dando charlas de consejería a todo que lo solicite, así también como la realización de controles prenatales.

Ante esta experiencia mixta, de un primer de atención y hospitalario, respecto a pacientes obstétricas, el interno adquiere conocimientos suficientes para poder manejar en un centro de salud de primer nivel a las gestantes de la población asignada.

CONCLUSIONES

El internado médico es la etapa más importante y decisiva en la formación del médico, pero, en este caso, necesitó adaptarse a las condiciones del MINSA para el reinicio de actividades académicas en centros de salud. La rotación de primer nivel de atención fue beneficiosa para el interno, que al siguiente año será enviado al Serums, debido a que la experiencia es similar.

No obstante, el aprendizaje adquirido en el primer nivel de atención, no es comparable a lo aprendido en el HMA, ya que un hospital de mayor complejidad cuenta con diferentes especialidades. Esto permite al interno aprender sobre el manejo adecuado de patologías según especialidad, y no como un médico general. La demanda de pacientes en el hospital III-1 es superior a la del primer nivel de atención lo que significa mayor oportunidad de aprendizaje.

El internado de ciencias de la salud en un país como el Perú, implica una labor asistencial utilizando los medios que se le proporcionan, que usualmente son limitados, por lo que la experiencia adquirida en un hospital del MINSA, que tiene una alta demanda y bajos recursos, forma al profesional de la salud en el manejo de un paciente con los recursos disponibles.

Pese a los retos que se presentaron en el contexto de realización del internado de ciencias de la salud, los internos de la DIRIS LIMA SUR que rotaron en primer nivel de atención y luego en un centro de mayor complejidad, pudieron superar esta etapa, teniendo la obligación de desarrollar nuevas habilidades en un corto periodo, y aprovechándolo al máximo.

RECOMENDACIONES

Los internos que ingresarán en el mes de mayo, deberán llevar sus conocimientos conceptuales al centro de primer nivel, y plasmarlos en la atención a sus pacientes. Y, , aprovechar el tiempo que les brinda en el primer nivel de atención y ser proactivos, ya que es la única manera de recibir apoyo de todos los doctores.

En el hospital de mayor complejidad, estar atento a las oportunidades para poder realizar diferentes procedimientos, buscando siempre mantener una buena relación con los residentes, ellos son los que más podrán enseñarles.

Utilizar siempre el equipo de protección personal, lo más importante es la protección de la salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1 Garcia M, Korta M, Callejon A, “Bronquilitis Aguda Viral” P Rotoc diagn ter pediatr. 2017;1:85-102 Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf
- 2 “Guia de Practica Clinica para Diagnostico y tratamiento de bronquilitis en niños menores de dos años” R.M. N° 556-2019/MINSA Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
- 3 Walsh B, Smallwood C. Pediatric Oxygen Therapy: A Review and Update. *Respiratory care* 2017; 62(6):645–661
- 4 Hammer J. Albuterol responsiveness in infants with respiratory failure caused by respiratory syncytial virus infection. *J Pediatr* 1995; 127: 48
- 5 Hanna S, Tibby SM, Durward A, Murdoch IA. Incidence of hyponatraemia and hyponatraemic seizures in severe respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Acta Paediatr* 2003; 92:430.
- 6 Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics* 2014; 134:e1474.
- 7 Mansbach JM, Piedra PA, Teach SJ, et al. Prospective multicenter study of viral etiology and hospital length of stay in children with severe bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012; 166:700.
- 8 National Institute for Health and Care Excellence. Bronchiolitis: diagnosis and management of bronchiolitis in children. Clinical Guideline NG 9. June 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9> (Accessed on August 20, 2015).
- 9 May PJ, Tong SYC, Steer AC, et al. Treatment, prevention and public health management of impetigo, scabies, crusted scabies and fungal skin infections in endemic populations: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 2019;24(3):280-293.
- 10 Vargas-Navia Natalia, Ayala Monroy Geovanna A., Franco Rúa Catalina, Malagón Caicedo Juan Pablo, Rojas Hernández Juan Pablo. Tiña Capitis en niños. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Feb 11]; 91(5): 773-783. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000500773&lng=es.

- 11 Shi VY, Lio PA. In-office diagnosis of cutaneous mycosis: a comparison of potassium hydroxide, Swartz-Lamkins, and chlorazol black E fungal stains. *Cutis* 2013; 92:E8.
- 12 Chen X, Jiang X, Yang M, et al. Systemic antifungal therapy for tinea capitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; :CD004685.
- 13 Abdel-Rahman SM, Herron J, Fallon-Friedlander S, Hauffe S, Horowitz A, Rivière GJ. Pharmacokinetics of terbinafine in young children treated for tinea capitis [published correction appears in *Pediatr Infect Dis J.* 2006;25(8):760]. *Pediatr Infect Dis J.* 2005;24(10):886-891. [PubMed 16220086]
- 14 Keipert JA. Beneficial effect of corticosteroid therapy in microsporum canis kerion. *Australas J Dermatol* 1984; 25:127.
- 15 Jaffe BM, Berger DH. The appendix. In: Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed, Schwartz SI, Brunickardi CF (Eds), McGraw-Hill Companies, New York 2005.
- 16 Golz RA, Flum DR, Sanchez SE, et al. Geographic Association Between Incidence of Acute Appendicitis and Socioeconomic Status. *JAMA Surg* 2020; 155:330.
- 17 Chung CH, Ng CP, Lai KK. Delays by patients, emergency physicians, and surgeons in the management of acute appendicitis: retrospective study. *Hong Kong Med J* 2000; 6:254.
- 18 Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, et al. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *BMC Med* 2011; 9:139.
- 19 Wong , P, Moron , P, Espino, C. Cirugía : I cirugía general. (xxiii, 674 p : il ed.). Lima, Peru: UNMSM; 1999. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm
- 20 Souza-Gallardo LM, Martinez-Ordaz JL. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(1):76-81
- 21 Sporn E, Petroski GF, Mancini GJ, et al. Laparoscopic appendectomy--is it worth the cost? Trend analysis in the US from 2000 to 2005. *J Am Coll Surg* 2009; 208:179.
- 22 Sun F, Wang H, Zhang F, et al. Copious Irrigation Versus Suction Alone During Laparoscopic Appendectomy for Complicated Appendicitis in Adults. *J Invest Surg* 2018; 31:342.

- 23 Greenall MJ, Evans M, Pollock AV. Should you drain a perforated appendix? *Br J Surg* 1978; 65:880.
- 24 HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018; 22:1.
- 25 Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet* 2003; 362:1561.
- 26 B. Laiz Díez et al. Obstrucción intestinal debido a hernia estrangulada en el espacio prevesical. *Rev Chil Cir* 2018;70(1):75-78
- 27 Nilsson H, Nilsson E, Angerås U, Nordin P. Mortality after groin hernia surgery: delay of treatment and cause of death. *Hernia* 2011; 15:301.
- 28 Bratzler DW, Houck PM, Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Workgroup, et al. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *Clin Infect Dis* 2004; 38:1706.
- 29 Rosenberg J, Bisgaard T, Kehlet H, et al. Danish Hernia Database recommendations for the management of inguinal and femoral hernia in adults. *Dan Med Bull* 2011; 58:C4243.
- 30 Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia. *Surg Clin North Am* 1993; 73:529.
- 31 Sanchez-Manuel FJ, Seco-Gil JL. Antibiotic prophylaxis for hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; :CD003769.
- 32 Chobanian AV, Bakris GI, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *Hypertension*. 2003; 42:1206-52.
- 33 World Health Organization. 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) Statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*. 2003; 21:1983-92.
- 34 Elliott WJ. Hypertensive emergencies. *Crit Care Clin* 2001; 17:435.
- 35 Herrero P, Vázquez J, Alvarez A, Fernández F. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las crisis hipertensivas. *Hipertensión*. 2003; 20: 272-82.
- 36 Hropot M, Fowler N, Karlmark B, Giebisch G. Tubular action of diuretics: distal effects on electrolyte transport and acidification. *Kidney Int* 1985; 28:477.

- 37 Caldevilla D, Martínez J, Artigao L, División J, Carbayo J, Massó J. Crisis Hipertensivas. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2008 Oct [citado 2022 Feb 15]; 2(5): 236-243. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300007&lng=es.
- 38 Weber MA, Schiffrin EL, White WB, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. J Hypertens 2014; 32:3.
- 39 Bakris GL, Sarafidis PA, Weir MR, et al. Renal outcomes with different fixed-dose combination therapies in patients with hypertension at high risk for cardiovascular events (ACCOMPLISH): a prespecified secondary analysis of a randomised controlled trial. Lancet 2010; 375:1173.
- 40 Bou-Khair Ricardo M., Frontera Daniel A., Escobar María E., Gryngarten Mirta, Zuccardi Luis A.. Estruma ovárico benigno: diagnóstico y tratamiento en la adolescencia. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2005 Dic [citado 2022 Feb 17]; 103(6): 519-523. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000600009&lng=es.
- 41 Yuen PM, Yu KM, Yip SK. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. Am J Obstet Gynecol. 1997;177:109-14.
- 42 Yuen PM, Yu KM, Yip SK. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. Am J Obstet Gynecol. 1997;177:109-14.
- 43 Panici PB, Palaia I, Bellati F, et al. Laparoscopy compared with laparoscopically guided minilaparotomy for large adnexal masses: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007; 110:241.
- 44 Ayhan A, Celik H, Taskiran C, et al. Oncologic and reproductive outcome after fertility-saving surgery in ovarian cancer. Eur J Gynaecol Oncol 2003; 24:223.

- 45 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Exploración ecográfica del primer trimestre. ProgObstetGinecol. 2015.<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2015.06.009>
- 46 American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). ACOG Practice Bulletin n.º 156: Obesity in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 126(6), e112–126. PMID: 26595582
- 47 Bader AM, Datta S, Arthur GR, et al. Maternal and fetal catecholamines and uterine incision-to-delivery interval during elective cesarean. *Obstet Gynecol* 1990; 75:600.
- 48 Munn MB, Owen J, Vincent R, et al. Comparison of two oxytocin regimens to prevent uterine atony at cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001; 98:386.
- 49 Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2002; 99:502.
- 50 Ghezzi F, Cromi A, Uccella S, et al. The Hayman technique: a simple method to treat postpartum haemorrhage. *BJOG* 2007; 114:362.
- 51 Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:1175.
- 52 Dhar Damian. Trastornos dermatológicos: Celulitis. MSD Manual.[Internet] 2019. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornosdermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/celulitis#v963560_es
- 53 Denis Spelman. Cellulitis and skin abscess: epidemiology, microbiology, 60 clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. Franklin D Lowy. 2021 [citado 19 abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscessepidemiology-microbiology-clinical-manifestations-anddiagnosis?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2#H1796633244
- 54 Summanen PH, Talan DA, Strong C, et al. Bacteriology of skin and soft-tissue infections: comparison of infections in intravenous drug users and individuals with no history of intravenous drug use. *Clin Infect Dis* 1995; 20 Suppl 2:S279.

- 55 Meislin HW, Lerner SA, Graves MH, et al. Cutaneous abscesses. Anaerobic and aerobic bacteriology and outpatient management. *Ann Intern Med* 1977; 87:145.
- 56 Miller LG, Daum RS, Creech CB, et al. Clindamycin versus trimethoprim-sulfamethoxazole for uncomplicated skin infections. *N Engl J Med* 2015; 372:1093.