



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN DOS HOSPITALES Y PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN: HOSPITAL CENTRO MÉDICO NAVAL, HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y CENTRO DE SALUD ERMITAÑO
BAJO DE 10 MESES DURANTE EL AÑO 2021- 2022**

PRESENTADO POR

**KATHERINE LIZBETH RECUAY ABARCA
ROCÍO HAYDEÉ HUAMANCHAU TINCO**

ASESOR

RONAL CACHI JURADO

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

LIMA- PERÚ

2022



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN DOS HOSPITALES Y PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: HOSPITAL CENTRO MÉDICO NAVAL, HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ Y CENTRO DE SALUD ERMITAÑO BAJO DE 10 MESES DURANTE EL AÑO 2021- 2022

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

PRESENTADO POR

**RECUAY ABARCA KATHERINE LIZBETH
HUAMANCHAU TINCO ROCÍO HAYDEÉ**

**ASESOR
DR. RONAL CACHI JURADO**

**LIMA- PERÚ
2022**

JURADO

PRESIDENTE: Dra. KARIM ELIZABETH UGARTE REJAVINSKY

MIEMBRO: Dr. CARLOS MORALES PAITAN

MIEMBRO: Dra. GRACIELA PILARES BARCO

DEDICATORIA

A nuestros padres; además a los familiares que perdieron la vida durante la pandemia y que, por su esfuerzo, educación, cariño, ánimo y dedicación, han permitido lograr esta gran meta después de siete largos años, y a los que continúan acompañándonos siempre en cada paso

A las familias Recuay Abarca y Huamanchau Tinco

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes y doctores quienes, por su dedicación y vocación para formar a futuros profesionales de la Salud, no solo en el ámbito médico, sino también en lo humanístico y personal, han sido más que docentes, sino amigos y mentores contribuyendo a nuestro aprendizaje y crecimiento. También, agradecer a todos los compañeros y amigos conocidos durante la carrera y en el internado médico, por estar siempre predispuestos a trabajar en grupo, apoyándonos de manera simbiótica en el desarrollo profesional y emocional.

Por último, agradecer a la institución por ser el medio hacia la formación profesional, humanística y asistencial.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT | 8 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL | 11 |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 28 |
| CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL | 31 |
| CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 44 |
| CONCLUSIONES | 45 |
| RECOMENDACIONES | 46 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 47 |
| ANEXOS | 52 |

RESUMEN

El presente documento describe las experiencias de dos internas de un hospital de Segundo nivel de las fuerzas armadas, segundo nivel de atención Minsa y primer nivel de atención de Lima, Perú y el proceso de aprendizaje durante el desarrollo del programa de internado médico en el contexto de pandemia por COVID-19 durante el periodo 2021-2022.

Se recopila la trayectoria profesional antes del inicio de internado médico, se describen las funciones y responsabilidades del interno de medicina, se presentan 16 casos clínicos, 8 pertenecientes al Hospital Naval; 4, al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y 4, al primer nivel de atención del Centro de Salud Ermitaño Bajo, dado el contexto en el cual se desarrolla el programa de internado médico durante la pandemia 2021-2022. Finalmente, se narran los retos, mecanismos de adaptación ante un internado distinto, logros y metas obtenidos por las autoras.

Dentro de las conclusiones más relevantes que se obtuvieron, se encuentran que la principal herramienta para fijar el conocimiento y la práctica médica, durante el internado, es el análisis de casos clínicos, el manejo terapéutico médico o quirúrgico y las recomendaciones al alta. Además, se capacita al futuro médico en el proceso de prevención, promoción en los centros de salud de primer nivel y recuperación y la rehabilitación de los pacientes en los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud, así como en centros de segundo nivel de atención perteneciente a las Fuerzas Armadas del Perú.

La pandemia por COVID 19 limitó y cambió la dinámica del programa de internado médico. Para los internos que obtuvieron plazas del Minsa se implementó la modalidad 50% (5 meses) en primer nivel de atención y el segundo 50% (últimos 5 meses) en los hospitales de la misma jurisdicción. También se implementó la modalidad de internado por hospitales de fuerzas armadas por postulación con el 100% de rotaciones realizadas en el establecimiento de salud cuya plaza se haya adquirido por examen de postulación y entrevista. Se implementaron medidas de protección personal para el interno que fueron

cumplidas parcialmente, así como el reconocimiento temporal de ciertos derechos laborales.

Se debe continuar con las medidas de contención de la pandemia, continuar con el proceso de vacunación por edades a la población peruana, y la reactivación de la economía y el internado médico con el apoyo de las universidades y hospitales con las medidas preventivas necesarias.

Palabras clave: Internado médico, Prácticas Clínicas, Educación de Pregrado en Medicina, Pandemia, infecciones por coronavirus.

ABSTRACT

This document describes the experiences of two interns of a second level hospital of the armed forces, second level of care Minsa and first level of care in Lima, Peru and the learning process during the development of the medical internship program in the context pandemic by COVID-19 during the period 2021-2022.

The professional career is compiled before the start of the medical internship, the functions and responsibilities of the medical intern are described, 16 clinical cases are presented, 8 belonging to the Naval Hospital; 4, to the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital and 4, to the first level of care of the Ermitaño Bajo Health Center, given the context in which the medical internship program is developed during the 2021-2022 pandemic. Finally, the challenges, adaptation mechanisms before a different boarding school, achievements and goals obtained by the authors are narrated.

Among the most relevant conclusions that were obtained, it is found that the main tool to establish knowledge and medical practice, during the internship, is the analysis of clinical cases, the medical or surgical therapeutic management and the recommendations at discharge. In addition, the future doctor is trained in the process of prevention, promotion in first level health centers and recovery and rehabilitation of patients in hospitals belonging to the Ministry of Health, as well as in second level care centers belonging to the Armed Forces of Peru.

The COVID 19 pandemic limited and changed the dynamics of the medical internship program. For inmates who obtained places from the Minsa, the 50% (5 months) modality was implemented at the first level of care and the second 50% (last 5 months) in hospitals of the same jurisdiction. The internship modality was also implemented by hospitals of the armed forces by application with 100% of rotations carried out in the health establishment whose place has been acquired by application examination and interview. Personal protection measures were implemented for the inmate that were partially fulfilled, as well as the temporary recognition of certain labor rights. It is necessary to continue with the measures to contain the pandemic, continue with the vaccination process for the Peruvian population by age, and the reactivation of the economy and the medical internship with the support of the universities and hospitals with the necessary preventive measures.

Keywords: Medical Internship, Clinical Practices, Undergraduate Medical Education, Pandemics, coronavirus infections.

INTRODUCCIÓN

El Internado médico se realiza en el séptimo año de la carrera de Medicina Humana, según la malla curricular peruana, para esta situación extraordinaria, durante la crisis pandémica ya iniciada el 2020, Se implementaron diversas modificaciones que afectaron directamente el desarrollo de las actividades del interno, por ejemplo, la reducción del tiempo de internado a 10 meses, además, al escoger la sede, el 50% de las rotaciones se realizarían en los centros de salud de primer nivel de atención, agregado ello, se tenía la alternativa de optar por rotar en los centros de salud de las fuerzas armadas previo cumplimiento de ciertos requisitos, en donde el internado se realizaría al 100% de las rotaciones en el mismo establecimiento. En el caso de la experiencia de las autoras, el internado médico 2021 se realizó en tres establecimientos distintos, el Centro de Salud Ermitaño bajo, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y el Hospital Centro Médico Naval, dadas las disposiciones sanitarias para ello. Dependiendo del tipo de institución elegida.

El inicio del internado 2021 estaba programado para el primero de mayo del 2021, por lo cual, se realizaron las inducciones correspondientes para el Hospital Centro Médico Naval tres días antes del inicio oficial; sin embargo, la situación del MINSA, respecto a los lineamientos especificando los derechos, deberes y proceso de vacunación del interno no estaban especificados para el año 2021, por lo que se pospuso el inicio del internado médico al primero de julio. Siendo el primer día de inducción establecido, para las instituciones MINSA, dentro de la última semana previa al nuevo inicio estipulado.

Después de la larga espera, se dio inicio al internado médico, el cual, establecido por la directiva administrativa, es de fecha única y en forma simultánea, en el periodo de 10 meses, comenzando el 1 de julio y culminando el 31 de noviembre, para el primer periodo de 5 meses, y para los 5 meses posteriores, iniciaba el 1 diciembre al 30 de abril.

Por otro lado, se realizaron los trámites de acuerdo a las Normas Administrativas Vigentes de Recursos Humanos dado por el jefe de la Unidad de Personal en las distintas instituciones. Al finalizar los procesos de identificación de huella y entrega de carnet de la

institución, durante la primera semana del internado, en presencia de los residentes médicos de cada departamento (Medicina, Ginecología, Pediatría y Cirugía), así como el jefe médico del Centro de Salud de primer nivel, se explicó los horarios de acuerdo al servicio de cada rotación.

El objetivo principal de este documento es describir la adquisición de experiencia profesional de dos internas en un hospital de segundo nivel perteneciente a las fuerzas armadas, un hospital de segundo nivel de atención perteneciente al Minsa y un establecimiento del primer nivel de atención, Minsa , de Lima, Perú y el proceso completo de aprendizaje durante el internado médico durante el periodo 2021-2022, en el contexto de la pandemia del COVID-19, en el apogeo de la segundo y tercer pico de contagio epidemiológico.

Los limitantes principales fueron la reducción del tiempo de internado a dos meses menos de lo usual, así como también, el tiempo establecido de trabajo de lunes a sábado de 7 a.m. a 13 p.m. que no fue respetado en muchas de las rotaciones. Así como también sobre la distribución del Equipo de protección personal que fue insuficiente. A pesar de las limitaciones, la experiencia profesional fue enriquecedora y provechosa para la formación médica.

Es por ello, que decidimos realizar este trabajo para dejar descritas las experiencias y destrezas adquiridas a través de 16 casos clínicos médicos que engloban cada rotación , en el cual cada paciente era un libro de aprendizaje, desde los casos más clásicos en el primer nivel de atención hasta los más complicados manejados en el segundo nivel (Hospitales). Además de conocer la realidad del país en cuanto a sistema de salud, los escasos recursos con los que se cuenta y la adaptación del médico a su entorno en cuanto prevención, al diagnóstico y tratamiento. Esperamos que este documento sirva para la posteridad de futuros colegas en cuanto a mejoras en el sistema de salud y la aplicación de la práctica médica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de Medicina Humana, en Perú, tiene una duración de siete años para la formación profesional, los cuales pasan por tres etapas académico-prácticas, la primera de educación teórica básica, llamada Ciencias Básicas; la segunda, etapa Clínica y la última de Internado Médico. Además, dichos años, según plan curricular, se dividen en ciclos, dos por año

Ciencias Básicas

Esta etapa está conformada por los tres primeros años de estudios (6 primeros ciclos), abarca asignaturas básicas y generales que son de base indispensable para el inicio del enfoque de la carrera de medicina humana. En el primer año, las asignaturas impartidas son Matemática, Psicología General, Lenguaje, Filosofía, Química, Procedimientos básicos en Medicina, Informática Médica, Asignatura de Actividades deportivas y culturales -coro musical, Danzas Folclóricas, basquetbol, etc.- (primer ciclo); Antropología, Inglés Básico, Biología Celular, Ecología, Física Médica y Salud Pública. (Segundo ciclo). En el segundo año, las asignaturas son en tercer ciclo: Anatomía I y II, Embriología, Histología, Bioestadística, Inglés II; para el cuarto ciclo, Inmunología Básica, Bioquímica, Microbiología, Parasitología, e Inglés Médico. En el tercer año de carrera, para el quinto ciclo se cuenta con las asignaturas: Fisiología Humana, Epidemiología, Psicología médica; y para el sexto ciclo: Metodología de la investigación, Fisiopatología, Patología I, Farmacología, y Bioética.

En esta etapa se da el primer contacto con el sistema de salud peruano, en primer y tercer año con las asignaturas Salud Pública y Epidemiología, respectivamente, donde los estudiantes se distribuyen en grupos en los diferentes establecimientos del primer nivel, y se realizan las prácticas preclínicas. En estos cursos, se tiene acceso por primera vez a los programas de salud nacionales y a la problemática social y de salud de la población allegada al centro de salud.

Clínica

Comienza desde el cuarto año hasta el sexto año. Esta etapa se basa en clases teóricas dentro de los salones de la facultad de medicina y las clases prácticas, incluso refuerzo teórico en los diferentes hospitales, según asignatura.

Durante estos años, se interactúa más con el segundo nivel de atención, que es el hospitalario, donde la mayoría de estudiantes de medicina humana inician sus actividades de la parte práctica correlacionándola con la teoría. El estudiante de medicina, para esta etapa, adquiere experiencia en la presentación, desarrollo y análisis de los casos clínicos. Al principio se prioriza, el completo llenado de las historias clínicas; y de esta manera, se establece la primera parte de la atención médica, que es la relación médico- paciente, el desarrollo de la anamnesis y la importancia de los antecedentes fisiológicos y patológicos tanto personales como familiares. Luego, habiendo comprendido la relevancia del interrogatorio al paciente, el estudiante de medicina con la base teórica y práctica aprendida, puede afrontar diversas situaciones clínicas, realizando el planteamiento de posibles diagnósticos, los adecuados exámenes auxiliares y proponiendo el posible tratamiento, el cual puede ser médico o quirúrgico.

En el cuarto año, las asignaturas que se desarrollan son Medicina I y II, Diagnóstico por Imagen I y II, Laboratorio Clínico, Oncología, Patología II y Nutrición. En quinto, los cursos se hacen más complejos y orientados a primera vista a las especialidades; por ejemplo: Medicina III, Terapéutica, Psiquiatría, Neurología, Tesis I, Técnica Operatoria, Anestesiología, Cirugía General y Digestiva, Cirugía del Aparato locomotor (Traumatología), Especialidades 2 (Otorrinolaringología, Urología, Oftalmología y Especialidades 1 (Cirugía Plástica, Neurocirugía, Cirugía de tórax, Cirugía de cabeza y cuello). Por último, en el sexto año, los cursos programados son Geriatria, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Legal y Forense, Pediatría, Emergencias Médicas, Ginecología y Obstetricia, Salud Pública II y Tesis II. Lamentablemente, se cursaron de manera virtual dadas las medidas sanitarias para el año 2020, que impidió la realización de clases en los hospitales y además se prohíbe el dictado de clases presenciales teóricas.

Internado Médico

Esta última etapa, que por condiciones especiales de la pandemia del COVID-19 se reduce, a diferencia de otros años, de 12 a 10 meses. Además, que depende del número de plazas ofertadas del sistema del Ministerio de Salud (Minsa), Clínicas privadas y Fuerzas Armadas. Para los internos que adjudicaron plaza del Minsa, según el Oficio Circular n.º 094-2021-DG-DIGEP/Minsa se dictaminó que el 50% de las rotaciones se realizarán en establecimientos de primer nivel de salud, donde la prioridad del aprendizaje son dos de las cuatro rotaciones (Medicina Interna y Pediatría), el otro 50% restante se llevará a cabo en los hospitales de la misma jurisdicción y el internado médico se completaría con las últimas dos rotaciones faltantes (Ginecología y Obstetricia, y Cirugía general), de esta forma se consolida los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los años previos. A diferencia del Minsa, las plazas de los Hospitales de las Fuerzas Armadas, serían adjudicadas por un examen en orden de mérito, las rotaciones se realizarán al 100% dentro del establecimiento médico de segundo nivel de las Fuerzas Armadas. Las actividades que se desarrollan en el ámbito hospitalario se dividirán en 4 áreas las cuales son medicina interna, cirugía general, ginecología– obstetricia y pediatría, en las cuales, se pondrán en práctica lo aprendido en la etapa anterior y se desarrollarán las habilidades en el ámbito médico-quirúrgicas tanto como humanísticas para la atención al paciente. Además, cada interno contará con asesoría y supervisión.

En el área de Medicina Interna, las unidades de aprendizaje son las enfermedades infecciosas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, del sistema nervioso, metabólicos, hormonal, articular, mental, renales, cutáneas, hematológicas, y ética y medicina legal. En Cirugía General, el aprendizaje se basa sobre la Cirugía general y Ética, Traumatología, Urología, Oftalmología y Otorrinolaringología, Cirugía de tórax y cardiovascular, Neurocirugía y Cirugía Pediátrica. En el caso de primer nivel de atención, serían las mismas unidades de aprendizaje, pero de casos de manejo ambulatorio y de promoción y prevención en salud. Aunado a ello, en el área de Ginecología y Obstetricia, las unidades de aprendizaje se basan en los problemas ginecológicos, obstétricos de urgencia y emergencia en los hospitales, mientras que en primer nivel de atención se suma, la ética, prevención y promoción en salud reproductiva femenina y control perinatal en gestantes; finalmente, en el área de Pediatría se imparte el aprendizaje en la atención del recién nacido y tamizaje neonatal relacionados con problemas del recién nacido, en la salud del niño y adolescente, y emergencia, urgencia, promoción y prevención dependiendo el nivel de atención.

A pesar de las diferentes formas del internado médico, como se explicó en apartados anteriores, se siguió un orden distinto, según la entidad prestadora de salud donde se adjudicará. En este caso, para mantener un orden, se iniciará con en el servicio de medicina interna, seguido por pediatría; luego, ginecología y obstetricia y finalizando en el servicio de cirugía general. Y, por lo tanto, ese será el orden en el que se presentarán los casos clínicos.

1.1 Casos clínicos

En nuestra formación académico-profesional dentro de los cuatro servicios mencionados, se presentan una serie de casos clínicos vivenciados por las autoras durante el internado médico, que sobresalen por ser especialmente educativos y provechosos para el ejercicio de la medicina en el ámbito de establecimientos de primer y segundo nivel.

1.1.1 Medicina interna

1.1.1.1 Caso clínico n. °01 (C.S Ermitaño Bajo):

Paciente femenino de 33 años con antecedente patológico de deficiencia auditiva leve más retardo de lenguaje desde el nacimiento y tuberculosis pleural complicada, en la primera semana de tratamiento de primer esquema 4HREZ/ 2H3R3 diagnosticado en Hospital Cayetano Heredia desde tres semanas antes de su ingreso. Acude al centro de salud Ermitaño Bajo para la continuación del tratamiento antituberculoso. La madre de la paciente refiere que presenta tos sin flema, disnea, baja de peso de aproximadamente 4 kg sudoración y fiebre nocturna desde hace 2 meses; además, acude con los exámenes de laboratorio del Hospital Cayetano Heredia: ADA en líquido pleural, 62.9 U/L; Biopsia pleural, fragmentos de tejido pleural con moderado infiltrado inflamatorio de tipo linfocítico y material fibrinoide, coloración para BAAR, negativa; bacilos copia de líquido pleural, negativa; hemograma con hemoglobina en 6.3 g/dl, hematocrito: 21%, Leucocitos: 7170 /mm³, neutrófilos 67.2%, bastonados 0%, monocitos en 6% , linfocitos en 24.5% , plaquetas en 564 000 /mm³; PCR de 74.72 mg/dL; TGO de 58 U/L; GGT de 144 U/L; y una radiografía del 15 de julio del 2021 con signos de derrame pleural en base de pulmón izquierdo y el informe médico del hospital Cayetano Heredia con el diagnóstico de tuberculosis pleural. Se efectúa el ingreso al Programa de Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis -DPCTB- ,agregando el estudio serológico de prueba rápida de VIH de rutina, el cual resulta reactiva positiva y dos pruebas de BK de esputo seriado de dos días distintos que resultan negativos. Se le comunica a la madre los resultados de los

últimos exámenes y se solicita una repetición de la prueba rápida de VIH, teniendo como resultado reactivo positivo nuevamente, por tal motivo se decide, a través del consultorio de Neumología, cambiar el esquema de tratamiento a 7 HREZ/ 2 HR , con la respectiva consejería psicológica y nutricional; además, se le realiza interconsulta a infectología del Centro materno infantil correspondiente (C.M.I Tahuantinsuyo bajo) donde le realizan los exámenes diagnósticos de confirmación de VIH, saliendo reactivos para VIH y se inicia el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (**TARGA**), dos semanas después del inicio de su tratamiento con los medicamentos antituberculosos. A Las 2 semanas de tratamiento combinado, la paciente comenzó a presentar fiebre cuantificada de 39.5°C, náuseas y vómitos recurrentes, que se abordó con metamizol 1g IM Y dimenhidrato IM y paracetamol 500mg horario c/8h por 3 días; sin embargo, la fiebre de 39.5°C, pasado el efecto de los medicamentos, repetía picos hasta llegar a la temperatura de 40°C. Por tal motivo se le diagnostica de manera probable, con el síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica y se la refiere a infectología (C.M.I Tahuantinsuyo bajo) para manejo especializado de tratamiento combinado de antituberculosos y Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

1.1.1.2 Caso clínico n.º 2 (C.S Ermitaño Bajo):

Al tópicico de urgencias médicas, llega un niño de sexo masculino de 1 año 2 meses, traído por su madre, la cual refiere que el menor sufrió quemadura por agua en estado de ebullición en antebrazo derecho hace, aproximadamente, 5 días, por lo cual acudió al Hospital Nacional Cayetano Heredia, de donde fue tratado de urgencia con el diagnóstico de quemadura de segundo grado superficial; razón por la cual lo contrarrefieren al C.S Ermitaño Bajo para continuar curaciones periódicas. Madre refiere llanto por dolor y sangrado al roce con la ropa cada vez que la cambia. Se procede al examen físico en donde sus funciones vitales se encuentran frecuencia cardiaca de 90 lpm, frecuencia respiratoria de 35 rpm, saturación de 98%, y una temperatura de 37.5° C (medición axilar). Además, se encuentra una quemadura reciente de segundo grado superficial, de fondo eritematoso, con la cubierta parcial ampollosa y sangrado activo de capilares, aproximadamente 7 x 5 cm en antebrazo derecho equivalente al 5% de su superficie corporal. El resto del examen físico no contribuye. Se procede a las curaciones, con equipo de curación quirúrgica, para retirar los restos de la ampolla parcial, se procede a limpieza con clorhexidina espuma al 2%, secado con gasas estériles de 10 x 10 cm, aplicación de lidocaína 2% en gel, de sulfadiazina de plata al 1% en crema, colocación de gasa parafinada

recubriendo toda la extensión con adición de gasas estériles simples de 10x10 cm para recubrir completamente el antebrazo más esparadrapo que permita que el infante no se quite las gasas. Además, dado el episodio de febrícula y prevención de sobreinfección bacteriana y control del dolor, se le recetó amoxicilina con ácido clavulánico 250 mg/5mL, 5ml cada 8 horas por siete días y paracetamol 100mg/mL (gotas), 25 gotas cada 8 horas por cinco días. Se le recomienda a la madre bañarlo delicadamente en las mañanas antes de acudir a la posta por sus curaciones diarias, donde se repite el mismo procedimiento por 2 semanas además de rehidratación constante en casa dada la extensión de superficie corporal de la quemadura. A los 14 días se observa reepitelización del área de quemadura con cobertura de capilares y cese total del sangrado al roce, además de temperaturas normales, por lo cual se decide continuar limpieza simple en casa y cobertura con gasas simples.

1.1.1.3 Caso clínico n.º 3: (Hospital Centro Médico Naval)

Paciente varón de 78 años con iniciales JJL natural de Junín procedente del Callao; con tiempo de enfermedad 10 días caracterizado por distensión abdominal acompañado de dolor tipo urente en epigastrio. Además de notar aumento de volumen de miembros inferiores, sensación de falta de aire a moderados esfuerzos, y coloración negruzca en heces. El paciente refiere toma irregular de medicación habitual. Desde hace ocho días dificultad para conciliar el sueño al decúbito por lo cual debe usar 3 almohadas, el día de su ingreso presentó dolor en el pecho por lo que su esposa decide traerlo a emergencia.

Paciente con antecedente de diagnóstico de úlcera gástrica en el 2020, insuficiencia cardíaca en el 2019, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial desde hace 9 años; es portador de stent desde el 2016, además, es paciente con mala adherencia a los tratamientos médicos para cada patología.

Al examen físico, sus funciones vitales son estables, piel tibia e hidratada se aprecia edema de miembros inferiores a nivel de piernas y tobillos con fóvea marcada; tórax y pulmones, amplexación simétrica, no se evidencia uso de musculatura accesorio, no se palpan masas, matidez, en base izquierda, murmullo vesicular pasa en ápices de AHT, abolido en ambas bases. A nivel cardiovascular focos de auscultación audibles sin alteraciones, no se palpa choque de punta, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Pulsos periféricos presentes resto del examen físico sin alteraciones. Se solicitaron exámenes auxiliares la hemoglobina estuvo en 10.2 mg/dL, leucocitos 6700 / mm³, el NT-proBNP fue de 10102 pg/ml, urea 69.4 mg/dL, creatinina 1.23 mg/dL, glucosa 201 mg/dL, CPK-MB 19.5

ng/dL. Se le realizó ecografía donde indica cardiopatía dilatada de origen isquémico necrótico, acinesia septal (MBA) anterior, apical e hipocinesia del resto de paredes, Fracción de eyección 21% multiplanar, patrón diastólico restrictivo, insuficiencia mitral moderada excéntrica, Insuficiencia aórtica leve a moderada e insuficiencia tricuspídea moderada.

Los diagnósticos definitivos realizados durante hospitalizados son ICC FEVI severa reducida, la etiología fue Isquemia: Miocardiopatía dilatada y el factor descompensante fue la mala adherencia. ECOC: Portador 1 STENT por DA x HCl; además, hipertensión abdominal, diabetes mellitus tipo 2, gastritis crónica.

Se decide tratar con dieta blanda, hiposódica, hipograsa, hipoglucida, suplemento de potasio y magnesio. UT: 1000 cc2. Omeprazol 20 mg VO c/ 24h, Furosemida 20 mg EV c/20 mg, digoxina 0.25 mg, media tableta VO c/24 h, espironolactona 50 mg VO c/24h. Captopril 25 mg, media tableta VO c/ 8h, insulina glargina 6 UI SC (9pm), AAS 100 mg 1 tableta VO c/24h. Atorvastatina 20 mg VO c/24h enoxaparina 40 mg sc c/24h, tamsulosina 0.4 mg VO c/24, tramadol 50 mg sc condicional a dolor, insulina R, según escala móvil, corrección y control de funciones vitales c/6h. Se realiza radiografía de tórax encontrándose derrame pleural en ambas bases de pequeñas cantidades.

Luego de 3 días con dicha medicación se nota mejoría clínica, continua con tratamiento por 5 días más luego de lo cual es dado de alta con indicaciones y explicación al paciente y la familia de la importancia a la adherencia al tratamiento

1.1.1.4 Caso clínico n.º 4: (Hospital Centro Médico Naval)

Paciente mujer de 64 años, natural de Iquitos y procedente de Lima acude a emergencia con tiempo de enfermedad de tres días caracterizado por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical, asociado a náuseas y sensación de alza térmica. Es hipertensa hace 10 años; diabética hace 8 años; antecedente de infección urinaria hace 4 meses. En antecedentes quirúrgicos, se mencionan colecistectomía hace 25 años y apendicectomía hace 30 años. Su medicación habitual es enalapril y metformina con mala adherencia al tratamiento, además, no se realiza controles desde hace 2 años. Al examen físico presión arterial es de 150/100mmHg, frecuencia cardíaca en 90 lpm, frecuencia respiratoria en 19 rpm, temperatura en 38°C. piel tibia, hidratada, ruidos cardíacos rítmicos no se auscultan soplos, en pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax sin presencia de ruidos agregados. En abdomen ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, ligero dolor en

hipogastrio. A nivel genitourinario puño percusión lumbar positivo en región lumbar derecha, punto renoureteral superior derecho positivo. En el sistema nervioso central paciente se encuentra LOTEP.

Se efectúan exámenes de laboratorio dando como resultados un examen de orina con leucocituria en más de 100 por campo, hematuria en 10 por campo. En el hemograma se evidencia leucocitosis en 15,3 mil, hemoglobina en 11.4 g/dl, plaquetas en 180 mil, glucosa en 195 mg/dl. Se decide hospitalizarla e iniciar tratamiento antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam por 7 días, además de interconsultar con los servicios de cardiología y endocrinología. Durante la hospitalización llegan resultados de urocultivo en el cual se aisló *E. Coli* sensible a piperacilina/tazobactam, por lo cual se continua con antibióticos hasta el alta.

1.1.2 Pediatría

1.1.2.1 Caso clínico n.º 5 (C.S Ermitaño Bajo):

Al servicio de medicina general, acudió madre de familia con su menor hija de sexo femenino, de 4 años de edad refiriendo que ha presentado prurito generalizado desde hace una semana, aproximadamente; además ha notado que la picazón incrementa principalmente en las noches. Niega sensación de alza térmica, náuseas, vómitos o deposiciones líquidas, alergias alimentarias o medicamentosas, sin cambio en dieta habitual.

La madre refirió que la niña estaba jugando sobre un colchón viejo, que pensaban desechar. Además, informó que su menor hija, y ella comparten dormitorio. A ello, refirió que su esposo, su hijo menor de 2 años y ella han presentado la misma sintomatología de prurito al igual que el menor desde aproximadamente 4 días.

Se procedió al examen físico de la menor, en presencia de la madre, encontrando que sus funciones vitales estaban en parámetros normales. Al examen físico, se observan pápulas de aproximadamente dos milímetros localizadas en manos, muñecas, codos, pies y rodillas, respetando el cuero cabelludo. A predominio de los surcos interdigitales de las manos. En el resto del examen físico no se hallaron alteraciones.

El doctor a cargo la catalogó como escabiosis, recetándole permetrina al cinco por ciento vía tópica, explicándole a la madre que se administra en todo el cuerpo desde el cuello hasta abajo, después de bañarse en las noches antes de dormir y que se deja actuar de

ocho a doce horas; y que luego de la administración debe proceder a bañarse de nuevo con agua y jabón y así repetir procedimiento por 3 días. Así mismo también se le recomendó que debiera hervir todas las prendas de vestir que ha utilizado la niña, las sábanas, frazadas y se explicó que el tratamiento no solo era para el menor de edad sino también para los padres y el hijo menor de 2 años.

1.1.2.2 Caso clínico n.º 6 (C.S Ermitaño Bajo):

En el servicio de tópico de urgencias, acude una madre y padre de familia con su menor hija de 1 año de edad, ambos padecen de deficiencia auditiva moderada más retardo de lenguaje; sin embargo, podían comunicarse escribiendo en una pizarra borrable. La madre refiere que la menor no padecía la misma condición de deficiencia auditiva que los progenitores. Además, que presenta aumento de temperatura desde hace 2 días previo al ingreso, sin cuantificar, que la menor de edad presentó disminución de apetito, se niega la presencia de tos, deposiciones líquidas, vómitos y contacto con persona sintomática respiratoria. Ante eso, la madre le administró paracetamol (presentación en gotas), 10 gotas con intervalo de 8 horas, y que por persistencia de la fiebre decidió acudir al centro médico. Al culminar con el interrogatorio, se continuó con el examen físico, en presencia de la madre y padre, encontrando en las funciones vitales una frecuencia cardiaca de ciento treinta y ocho por minuto, una frecuencia respiratoria de cuarenta por minuto, una temperatura de treinta y ocho (axilar, corregido), con SatO₂ 98%, FiO₂ 21% y con un peso corporal de once kilogramos; en el examen físico se encontró: normocéfala, sin presencia de solución de continuidad; pupilas centrales, isocóricas, fotorreactivas y reactivas a la acomodación, conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica no abombada; mucosas ligeramente secas; orofaringe congestiva levemente sin exudados ; piel tibia, húmeda, elástica; en aparato respiratorio el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes; aparato cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos; abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia; sistema nervioso: despierta, irritable a momentos.

El doctor, con lo hallado en la evaluación, la diagnosticó como faringitis aguda, con Escala de Centor modificado por McIsaac de 2 puntos (fiebre 38°C considerando que usaba antipiréticos cada 8 horas, ausencia de tos), se explicó a la madre en receta escrita que por 3 días debe suministrar 10ml de paracetamol en jarabe cada 6 horas y 5ml de amoxicilina 250 mg/5ml en jarabe cada 8 horas por 5 días, ya que la infección estreptocócica en menores de 3 años tiene un inicio más indolente y la fiebre no suele ser tan elevada ; luego acudir a reevaluación al establecimiento al quinto día , y si el menor presentaba signos de

alarma como fiebre persistente, dificultad respiratoria, disminución de apetito, vómitos persistentes, deposiciones líquidas con moco y/o sangre, poca micción, acudir a emergencia de centro de mayor complejidad de su jurisdicción.

A los dos días la madre regresa al centro de salud, refiriendo de forma escrita, que la fiebre se había controlado, pero que en su mejilla derecha habían brotado erupciones rojas pequeñas, así como manchas rojas en el paladar. Se le realiza nuevamente el examen físico, encontrando diferencia en piel y faneras, donde se encontró eritema en mejilla (signo de la bofetada) y un enantema tipo manchas eritematosas en paladar blando y úvula (signo de Nagoyama). El doctor luego de la evaluación, lo catalogó como eritema infeccioso, suspende la amoxicilina en jarabe y pidió continuar con paracetamol 10 ml en jarabe cada 6 horas por 1 día más. Además, se le explicó a la madre -en un recetario escrito- que aparecería un eritema maculopapular eritematoso en el tronco y extremidades, pero que se desvanecerá al pasar los días, se le recomendó higiene diaria para evitar sobreinfección en lesiones.

1.1.2.3 Caso clínico n.º 7: (Hospital Centro Médico Naval)

Paciente mujer de 9 meses con iniciales G.G.U es traída a emergencia por su madre quien refiere que hace 12 horas presentó fiebre de 38,5° C para lo cual le dio paracetamol, cede sólo por unas horas; menciona sentirla irritable y nota disminución de la lactancia. Última orina hace 03 horas. Paciente realizó deposiciones de características normales, no náuseas ni vómitos. Tiene vacunación al día, es nacida a las 40 semanas por parto eutócico con apgar 9-9. niega antecedentes patológicos. Al examen físico piel se encuentra tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, fontanelas normo tensas. Orofaringe: sin alteraciones; en tórax y pulmones, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax y no hay presencia de ruidos agregados. Cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen, ruidos hidroaéreos presentes de intensidad y frecuencia conservada, no dolor a la palpación superficial ni profunda. Genitourinario, micción espontánea. Sistema nervioso central, se encuentra despierta, reactiva a estímulos, llanto que calma fácilmente. Se solicitan sedimento urinario en el cual se encuentra leucocituria de > de 100 x/c y hematuria de 5-10 x/c. además de urocultivo. En el hemograma se evidencia hemoglobina de 9.9 g/dL, leucocitos en 17,84, segmentados 53,9%, plaquetas 281000. PCR: 67.08, úrea:7,7 creatinina:0,26 procalcitonina: 0,11 Cl:101 K:4.03 Na: 138. Se confirma diagnóstico de infección del tracto urinario y se decide hospitalizar. Durante hospitalización se inicia tratamiento antibiótico con amikacina 75mg

e.v cada 12 horas por 5 días además de antipiréticos condicional a fiebre. Se reciben resultados de urocultivo en el cual se aisló *E. Coli* sensible a amikacina. Evolución de la paciente es favorable, por lo cual es dada de alta al terminar tratamiento antibiótico endovenoso.

1.1.2.4 Caso clínico n° 8: (Hospital Centro Médico Naval)

Paciente varón con iniciales F.H.F de 3 años de edad natural y procedente de Lima, es traído por familiar a emergencia por presentar hace tres días malestar general asociado a tos. Síntomas persisten y el día del ingreso se agrega dificultad respiratoria asociado a tiraje subcostal y habla entrecortada por lo cual acude a emergencia. Paciente sin antecedentes de importancia. Al examen físico FC: 128lpm FR: 30rpm, con temperatura de 36,2C°, saturando 94%. en piel y mucosas se encuentra tibia, hidratada y elástica con un llenado capilar <2", no ictericia, no palidez, no cianosis, no edemas. En tórax y pulmones murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes a la inspiración y espiración y roncales, además de uso de músculos accesorios. Paciente se encuentra despierto y ligeramente irritable, resto de examen físico sin alteraciones. El resultado de los exámenes auxiliares fueron hemoglobina en 14.5 g/dL, glóbulos blancos: 10.01 x10³, segmentados 41%, eosinofilos12,3%, plaquetas 502000. PCR: 3,3. Se diagnostica con crisis asmática moderada. Se decide hospitalizar al paciente y se le indica salbutamol 4 puff c/AC c/2h, bromuro de ipratropio 4 puff c/4h, budesonida 200 µg 2 puff c/12h c/AC, metilprednisolona 20 mg/dosis e.v c/6h y azitromicina 200mg/5ml- 250mg/dosis v.o c/24h

Durante su primer día de hospitalización padre refiere que paciente respira con menor dificultad que al ingreso, no ha presentado fiebre ni vómitos. Al alta, se deja con salbutamol 100µg 2 puff c/aerocámara c/4h por 3 días, luego 2 puff c/6h por 10 días más budesonida 200 µg 2 puff c/aerocámara c/12h por 3 meses, prednisona 50 mg ½ tableta en el desayuno por 3 días, azitromicina 200mg/5ml-6ml (6pm) por 3 días, bromuro de ipratropio 2 puff c/6 h por 5 días.

1.1.3 Ginecología y Obstetricia

1.1.3.1 Caso clínico n.º 9: (Hospital Carlos Lanfranco La Hoz)

En emergencia del servicio de ginecología y obstetricia, acudió una paciente de 26 años, referida del centro de salud San José al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, por presentar

cuadro de gestación no evolutiva de 11.4 semanas, presentar sangrado vaginal de moderada cantidad desde el día anterior asociado a dolor pélvico intermitente, tipo hincada, que no se asocia a sensación de alza térmica, náuseas ni vómitos, como antecedentes obstétricos refirió dos gestaciones previas con su anterior pareja y un aborto espontáneo con su actual pareja, y no recordaba el primer día de fecha de última menstruación. En la evaluación física, con funciones vitales de presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, frecuencia cardíaca de 88 por minuto, temperatura corporal de 37 grados, con saturación de oxígeno de 99%, peso 56.5 kg, Talla 1.60 m; al examen físico: al tacto vaginal, cérvix dehiscencia un dedo, de consistencia fibromuscular, útero ante-verso-flexo de más o menos 12 cm, orificio cervical interno cerrado; a la especuloscopia, se evidenció escaso sangrado. Se solicitó beta HCG cualitativa el cual resultó positivo y una ecografía transvaginal, donde se evidenció saco gestacional: de 44 x 31 mm, útero agrandado de 9 x 40.6 x 66 mm, el grosor del endometrio de 20mm, con presencia de restos. Con ello, el médico residente a cargo cataloga a la paciente con el diagnóstico de ingreso de aborto retenido. El manejo se basó en hospitalizarla con el diagnóstico de aborto incompleto tras inducir el aborto, mediante medicamento (misoprostol vía oral y vaginal) y la realización de aspiración manual endouterina (AMEU) con reporte del procedimiento de útero de más o menos 9 cm y contenido endouterino de 50 cc . Tras el procedimiento se dio de alta médica con indicación de paracetamol 1g VO cada 8h. por 3 días

1.1.3.2 Caso clínico n.º10: (Hospital Carlos Lanfranco La Hoz)

Paciente mujer de treinta años de años con 40 semanas de gestación por ecografía del 2º trimestre, acudió al Servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia con documento de referencia de C.M.I Santa Rosa al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, quien refiere que, desde aproximadamente tres horas antes, presentó pérdida de líquido claro con olor a lejía por vía vaginal. Además, que percibía movimientos fetales, niega sangrado vaginal sensación de alza térmica, cefalea, náuseas o vómitos. Entre los antecedentes, menciona ocho controles prenatales, haber presentado dos gestaciones anteriores, negó pérdidas, y dos hijos a término por vía vaginal.

Se procedió a examinarla y se encontró una altura uterina de 33 cm, latidos fetales cardíacos en 140/ min, al feto en posición longitudinal cefálico izquierdo, movimientos fetales ++/+++ , sin dinámica uterina. Al momento de examen de tacto vaginal, cuello

cerrado, posterior, dehiscente 1 cm, no dilatación, no incorporación. Se colocó una tira reactiva en el fondo de saco vaginal y se observó el cambio de coloración a azul lo cual significa que el líquido proveniente de vagina es alcalino. También se realiza la toma de muestra de fondo de saco vaginal y se procede a llevar al microscopio y se observó cristalización tipo "helecho". Las funciones vitales de la gestante estaban dentro de los parámetros normales.

Se le diagnosticó de ingreso como gestante de 40 semanas por ecografía de 2° trimestre, No trabajo de parto y ruptura prematura de membranas de tres horas. Se le decide administrar ampicilina a dosis 2 gramos, vía endovenosa y estar en constante observación en hospitalización.

1.1.3.3 Caso clínico n.º11: (Hospital Centro Médico Naval)

Paciente mujer de 35 años con antecedentes quirúrgicos de apendicetomía hace 22 años y colecistectomía hace 02 años. Alérgica a los AINES y prednisona. Menarquia a los 10 años, con ritmo catamenial irregular que dura aproximadamente 5 días. Último Papanicolau hace 04 años (negativo), G2 P1001, Gestación1: cesárea por desproporción cefalopélvica. Gestación 2: Gestación actual.

Acude al servicio de emergencia el 14/02/2022 por presentar sangrado profuso acompañado de coágulos asociado a náuseas. Además, trae ecografía transvaginal extra institucional del 03/02/2022 en el cual se observan: Útero en ante-verso-flexo aumentado de volumen la cavidad endometrial muestra formaciones quísticas en fondo uterino y presencia de saco gestacional de 31mm el cual contiene embrión único de 12mm de longitud céfalo-caudal, actividad cardíaca presente (163 lpm) vesícula vitelina 4,5mm, ovarios conservados. hallazgos compatibles con gestación intrauterina de 7 semanas, amenaza de aborto y mola parcial ubicada a nivel corporal fúndico. bHCG 43148,00mUL/ml (03/02/22) Plaquetas 267 mil, leucocitos $8,49 \times 10^3$, segmentados 71,3% hemoglobina 12,8 g/dl, hematocrito en 37.4% y examen orina negativo. Tres días después se tomó control de bHCG obteniendo 70839.0 mUL/ml (07/02/22). Se decide hospitalizar a la paciente, se toma otra ecografía transvaginal útero AVF de diámetro longitudinal: 109mm, anteroposterior 61mm, diámetro transverso: 69mm. Con presencia de saco gestacional con embrión de 25mm con actividad cardíaca presente con 171 lpm. Presencia de imagen hipocogénica en placenta la cual se presenta obliterando el orificio cervical interno (OCI),

al doppler se observa invasión al miometrio. Se concluye como gestación única de 9 semanas 2 días más mola parcial. Además, se toma control de bHCG: 69638,00 mUL/ml.

1.1.3.4 Caso clínico n.º12: (Hospital Centro Médico Naval)

Paciente, mujer de 46 años, natural y procedente de Lima, con antecedente quirúrgico de miomectomía hace 20 años, colecistectomía laparoscópica hace cuatro. Antecedentes Gineco-obstétricos: menarquia a los 15 años, ciclos menstruales irregulares, G1 P1001 (cesárea), acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de cinco meses caracterizado por hemorragia uterina intermitente asociado a dolor tipo cólico. Al examen físico, funciones vitales, presión arterial de 130/90mmHg, frecuencia respiratoria:19 rpm frecuencia cardiaca: 85 lpm; peso 60k talla: 1.58m IMC:24. Piel tibia, hidratada y elástica, palidez leve; a nivel cardiovascular presentó ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. En mamas, se aprecian simétricas, no se palpan masas, son no dolorosas. Tórax y pulmones, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Abdomen con cicatrices por antecedentes quirúrgicos. Al tacto vaginal, útero miomatoso, superficie irregular. Paciente se encuentra lucida, orientada en tiempo, espacio y persona, colaboradora.

Se realizan exámenes auxiliares hb:10 g/dl, glucosa 105 mg/dl, urea 32,3 mg/dl, creatinina:0.75 mg/dl. examen de orina sin alteraciones. Se le realiza ecografía transvaginal: útero en anteverssoflexo, aumentado de volumen con diámetro longitudinal de 160mm, anteroposterior de 111mm y transversal de 119mm. Presencia de mioma mural anterior de 61mm, posterior de 42mm y subseroso anterior de 36mm. No se pueden evaluar miometrio ni anexos.

1.1.4 Cirugía general

1.1.4.1 Caso clínico n.º13: (Hospital Centro Médico Naval)

Paciente varón de 27 años acude a emergencia el 07/02/2022 a las 13:00h con un tiempo de enfermedad de 04 días caracterizado por hiporexia, dolor tipo cólico que inicia en epigastrio y luego migra a fosa iliaca derecha, distensión abdominal, sensación de alza térmica, malestar general, cefalea y deposiciones líquidas sin moco y sin sangre; niega náuseas o vómitos. Al examen físico se encuentran funciones vitales dentro de parámetros normales. La piel se observa turgente, hidratada, elástica con llenado capilar menor a 2 segundos; no palidez ni ictericia. A nivel cardiovascular, se encuentran ruidos cardiacos

rítmicos sin presencia de soplos; en tórax y pulmones, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax sin presencia de ruidos agregados. abdomen globuloso, simétrico, con abundantes vellosidades, ruidos hidroaéreos(+) conservados en tono y frecuencia, doloroso en la palpación de fosa iliaca derecha, Mc Burney(+), Dunphy (+), en sistema nervioso central paciente lúcido orientado en persona, espacio y tiempo . Se realizan exámenes auxiliares: leucocitos: 9.11×10^3 por micro litro, segmentados 61.3%. Examen de orina negativo, PCR: 133.4mg/dl, lipasa 24.3 U/L, amilasa 46,0 U/L. Además se le realizó ecografía abdominal la cual describe en fosa Iliaca derecha imagen tubular, no móvil, no compresible de 11mm de diámetro anteroposterior asociado a colección líquida adyacente secundaria a perforación; así mismo, se aprecia estriación de la grasa adyacente en relación con apendicitis perforada; resto de órganos sin alteraciones. Se decide hacer interconsulta a cirugía general. El servicio de cirugía concluye que se trata de un cuadro de apendicitis aguda complicada y se decide realizar una apendicectomía laparoscópica. Se ingresa a sala de operaciones a las 22:00h. La operación efectuada fue una apendicectomía laparoscópica con lavado de cavidad y se deja dren Penrose. en los hallazgos operatorios se describe apéndice cecal de 10x2mm con base friable, necrosada en toda su extensión, posición retro cecal externa, ciego fijo, plastronado por epiplon e íleon, líquido purulento en fondo de saco y fosa Iliaca derecha de 200cc además de fecalitos libres. Resto de órganos sin alteraciones. La cirugía duró una hora y media, paciente se queda en sala de recuperación para luego pasar a hospitalización donde permanece por siete días con tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam. en su PO1 solo refiere dolor abdominal difuso, permanece en nada por vía oral, no elimina flatos ni realiza deposiciones. el abdomen se observan puntos de sutura bien afrontados, sin signos de flogosis, con RHA presentes tipo propulsivos, doloroso a la palpación de intensidad 6/10 en hemiabdomen derecho inferior, además de presencia de dren Penrose con contenido serohemático de 245cc. En su segundo día pos operado, el dolor disminuye a 4/10, inicia tolerancia oral, niega náusea o vómito, ya elimina flatos, pero aún no realiza deposiciones, por el dren sale 90 cc de contenido serohemático. en su tercer día realiza deposiciones de consistencia líquidas sin moco ni sangre, tolera bien dieta líquida amplia. con sólo 5cc por dren Penrose de contenido seroso. se realiza retiro de dren. Al termino de tratamiento antibiótico, es dado de alta.

1.1.4.2 Caso clínico n. °14: (Hospital Centro Médico Naval)

Paciente, varón de 19 años, natural y procedente de Lima, religión católica, de ocupación estudiante, llega a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por dolor en hipogastrio y en fosa iliaca derecha derecho de intensidad 7/10, asociado a náuseas, vómitos hiporexia y distensión abdominal, niega sensación de alza térmica. No tiene antecedentes de importancia. Al examen físico presenta presión arterial en 120/80mmHg, frecuencia cardiaca en 96 lpm, temperatura en 37 grados Celsius. Piel tibia, hidratada y elástica, no ictericia ni cianosis, pulmones y cardiovascular sin alteraciones. El abdomen se aprecia levemente distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, McBurney dudoso, Blumberg positivo. Resto del examen sin alteraciones. Se realiza exámenes de laboratorio encontrándose leucocitos de 12 mil por microlitro, plaquetas en 309 mil por microlitro, glucosa en 133 mg/dl. Se le realiza ecografía en la cual no se aprecia apéndice cecal. Sin embargo, por presentación clínica el cirujano de guardia decide realizar apendicectomía, durante la cirugía se evidencia un apéndice sin alteraciones significativas. Al día siguiente, paciente continúa muy adolorido, presenta náuseas y vómitos, por lo cual se decide realizar una tomografía donde se aprecia vólvulo intestinal, ante eso se decide reingresar a quirófano para sigmoidectomía. Se realiza la operación mencionada, paciente presenta franca mejoría y es dado de alta después de 1 semana.

1.1.4.3 Caso clínico n.º15: (Hospital Carlos Lanfranco La Hoz)

El paciente, varón de 56 años, llega al tópico de emergencia de Cirugía general traído por familiar, quien refiere dolor abdominal en cuadrante inferior derecho de intensidad 5/10 tipo cólico, que disminuye levemente a la posición de decúbito y aumenta al movimiento. Refiere ingerir analgésicos para el dolor, pero este no disminuye, aumento de intensidad del dolor a 7/10 asociado a náuseas y tres episodios de vómitos de contenido amarillento e hiporexia. Acude a tópico de medicina en donde se le permeabilizar una vía periférica y proceden a rehidratarse con NaCL 0.9% 1000cc, se le realiza un hemograma cuyos resultados marcan leucocitos en 21 000, hemoglobina en 15 mg/dL, plaquetas en 176 000, segmentados en 92,2 %, linfocitos en 3.4%, y una ecografía que reporta litiasis vesicular y hepatopatía difusa moderada, con lo cual se interconsulta al tópico de cirugía con los diagnósticos de Síndrome doloroso abdominal, a descartar colecistitis aguda, a descartar apendicitis aguda de posición alta. En el tópico de cirugía, paciente refiere que intensidad del dolor aumenta a

8/10 y se agrega sensación de alza térmica y escalofríos, por lo cual se le aplica Metamizol 1g EV por vía periférica. Se le realiza el examen físico con funciones vitales estables, con frecuencia cardíaca en 70 por minuto, frecuencia respiratoria en 19 respiraciones por minuto, temperatura en 36, 8°C y presión arterial de 110/70 mmHg. Al examen físico destaca a nivel abdominal, un abdomen globuloso, distendido, con presencia de ruidos hidroaéreos, blando, depresible, con dolor a la palpación en cuadrante superior derecho y fosa iliaca derecha, signo de Murphy (+), signo de McBurney (+), signo de Blumberg (-). Se le realiza solicitud y nota de ingreso para sala de operaciones con el diagnóstico prequirúrgico de abdomen agudo quirúrgico. En el reporte operatorio, se le da el diagnóstico postoperatorio de laparoscopia diagnóstica convertida a laparotomía exploratoria más colecistectomía parcial, más lavado de cavidad, más colocación de dren Penrose doble por perforación vesicular aplastronada más bilioperitoneo, más síndrome de Mirizzi grado II. En los hallazgos operatorios, se encontró una vesícula biliar de 8x4 cm, perforado en su pared posterior, plastronado por epiplón y colon transverso más fístula colecistobiliar que involucra un tercio de circunferencia biliar, líquido purulento en el espacio de Morrison y espacio parietocólico derecho de 100 cc, además de bilioperitoneo en el espacio suprahepático y Morrison de 100 cc. En el postoperatorio inmediato, el manejo fue no ingerir nada por vía oral, omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, ceftriaxona 1gr EV cada 12 horas, metronidazol 500 mg EV cada 8 horas, metamizol 2 gr EV cada 8 horas, metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas, control de funciones vitales y balance hidroeléctrico. En el día postoperatorio número uno, continúa ceftriaxona 1gr EV cada 12 horas, metronidazol 500 mg EV cada 8 horas, se inició la tolerancia oral, metamizol condicional a elevación de temperatura corporal mayor o igual a 38.3, dexketoprofeno 50 mg EV cada 8 horas, metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas y la deambulacion con faja abdominal además de uso de inspirómetro de incentivo 10 veces cada hora por cada 2. En los siguientes días, se fue aumentando la tolerancia oral y el resto igual hasta el día de la alta médica.

1.1.4.4 Caso clínico n.º16: (Hospital Carlos Lanfranco La Hoz)

Paciente varón de cuarenta y cinco años acudió a la emergencia de traumatología por dolor en hombro derecho; refirió, además, dificultad para la movilización del hombro derecho desde hace treinta y cinco minutos. El paciente refiere que el accidente ocurrió mientras trabajaba en construcción civil, cuando se cayó hacia atrás con apoyo de mano derecha en supinación, para evitar impacto de la caída de un ladrillo, refiere deformidad y dolor

inmediato en región del hombro. Niega sensación de alza térmica, náuseas o vómitos. Negó presentar antecedentes patológicos de importancia.

Al examen físico, ectoscópicamente adolorido, destacando en examen de miembro superior derecho con aumento de volumen y deformidad en hombro, doloroso a la palpación, signo de la charretera y limitación funcional. El resto del examen físico sin alteraciones y funciones vitales dentro de los parámetros normales.

Se le solicita una radiografía y se confirma el diagnóstico de luxación de hombro anterior derecho y se descartó la posibilidad de fractura. Por tal motivo, se procede a realizar la reducción de la luxación con la maniobra de la silla, explicándole, antes de iniciar, al paciente en qué consistía la maniobra y el posterior tratamiento. La maniobra consistió en pedirle que se sienta en la silla de costado apoyando su axila derecha en el respaldar y traccionar el miembro superior derecho, inmediatamente se realizó la rotación externa y rotación interna. Una vez reducido el hombro, se colocó un cabestrillo para la inmovilización, indicándose por tres semanas, además de paracetamol 500mg, 1 tableta condicional al dolor y control por consultorio de medicina física para la rehabilitación.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Sistema de Salud peruano:

En el Perú, el sistema de salud es descentralizado, es decir, administrado por cinco entidades: el Ministerio de Salud (Minsa), que cubre los servicios para el 60% de la población; EsSalud (seguro social), el 30% de la población asalariada; y las Fuerzas Armadas (FF. AA.), la Policía Nacional (PNP) y el sector privado, los cuales juntos proporcionan servicios sanitarios al 10% restante (1). El seguro integral de salud (SIS) es financiado con los impuestos de todos los contribuyentes y es brindado por el gobierno, mientras que la seguridad social está orientada a trabajadores con un empleo formal y que,

por ende, reciben un salario mensual fijo. Los proveedores privados de salud brindan servicios médicos en clínicas a sus asegurados de forma particular (2). No obstante, aún con la implementación de la Ley 29344 de Aseguramiento Universal de Salud en el 2009, existen muchas brechas por cerrar en el acceso universal a los servicios de salud como un derecho universal como tal (3).

2.2 Minsa

El Ministerio de Salud dirige y organiza el SIS a sus asegurados, un servicio que cubre desde las consultas, medicamentos, procedimientos y la mayoría de insumos de uso médico. Sin embargo, los recursos con los que se cuenta en la institución son bastante limitados, razón por la cual muchas veces no garantiza una atención adecuada a todos sus asegurados. Pese al aseguramiento universal a la población, aún quedan expuestas las fallas del sistema de salud especialmente en la cantidad de recursos e infraestructura, lo cual se encuentra a su vez limitado por el presupuesto anual asignado de aproximadamente 2,3% del Producto Bruto Interno (PBI) del Perú. A ello se agrega, la inadecuada gestión del presupuesto asignado, que aun siendo anual es bajo, no logra ejecutarse por completo (4). Así, debido a la falta de una adecuada administración de los recursos limitados en presupuesto y de su ejecución, es que se explica que la atención no genera satisfacción en sus usuarios (5), así como la alta mortalidad por falta de atención oportuna y escasez de recursos materiales y humanos en los servicios de salud durante el contexto de la pandemia por COVID-19, sobre todo durante la primera y segunda ola (6).

2.3 Centro de Salud Ermitaño Bajo

Centro de salud que pertenece al Minsa, y bajo la dirección local de la Diris Lima Norte, es categorizado como centro de primer nivel de atención 1-3 desde el 31 diciembre del año 2019 por Resolución Administrativa n.º 186-2019-Minsa-DIRIS-LN/6, después de revisar el informe n.º 284-2019-CTC-Minsa/Diris-LN/6 que solicita categorización de Ermitaño Bajo como Centro de salud.

Está ubicado en Jr. Los Pinos S/N - distrito de Independencia y ofrece la atención directa de consulta externa, atención de soporte con Laboratorio clínico y actividades de atención directa y de soporte como:

- Atención de Urgencias y Emergencias
- Referencias y contrarreferencias

- Desinfección y Esterilización
- Vigilancia Epidemiológica
- Registro de atención e información
- Salud ambiental
- Acciones de salud ambiental en la comunidad
- Salud familiar y comunitaria
- Prevención y diagnóstico de cáncer
- Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)
- Atención con medicamentos
- Atención de Parto Inminente

2.4 Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH)

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH) está categorizado, mediante la Resolución Directoral n.º134-DG-DESP-DISA III-LN-2005 como hospital de Mediana Complejidad (Nivel II-2), por lo que satisface las necesidades de salud poblacional jurisdicción en el ámbito de referencias y contrarreferencias, brinda atención integral de tipo ambulatoria y hospitalaria especializada con relevancia en la recuperación y la rehabilitación de los problemas de salud poblacional.

El HCLLH está ubicado en el Kilómetro 31 de la Panamericana Norte, en la avenida Sáenz Peña cuadra 6 S/N en el Distrito de Puente Piedra.

Es el hospital de referencia de los Establecimientos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte y ejerce jurisdicción Sanitaria sobre Distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y parte de los Distritos de Ventanilla y Carabaylo.

El hospital tiene como misión brindar los servicios de salud básicos y especialidad con calidad e inclusión social en el marco de la atención integral, el cual se basa en la persona, familia y comunidad con un enfoque de preventivo curativo y reparador a la población asignada, y como visión es ser un hospital que satisfaga las necesidades de atención integral de salud con el respeto a los derechos de las personas (7).

El hospital cuenta con aproximadamente de mil 200 trabajadores entre asistenciales y administrativos.

2.5 Hospital Centro Médico Naval

El sistema de salud de la Marina es planeado, organizado y dirigido, normativa y administrativamente, por la Dirección de Salud de la Marina, quien controla las actividades de establecimiento y depende de la Dirección General del Personal de la Marina. Se encuentra localizado en Av. Venezuela Sin número, Bellavista, Callao (A la Altura de la Cuadra 34 de la Av. Venezuela).

El ámbito de responsabilidad de la Dirección de Salud de la Marina abarca los establecimientos de salud naval (IPRESS) a nivel nacional, el cual sobresalen el centro altamente especializado el Centro Médico Naval "CMST" y en IPRESS del primer nivel de atención: Policlínico Naval de San Borja, Hospital de la Base Naval del Callao "PMUM", Policlínico Naval de Ancón, Clínica Naval de Iquitos y la Posta Naval de Ventanilla, las cuales acorde con las políticas del Alto mando naval, han recibido mejorías y actualizaciones en su infraestructura para el bienestar tanto del personal en actividad, personal en retiro, como sus familiares derechohabientes, descentralizando , de este modo, los servicios de salud que brinda.

El Hospital Centro Médico Naval tiene como finalidad llevar servicios de alta calidad y mejorar la atención integral de salud, la Dirección de Salud de la Marina viene adquiriendo equipos de tecnología avanzada y ha renovado servicios del Centro Médico Naval "CMST" como Sala de Supervisores, Sala de Especialidades Quirúrgicas, Servicio de Emergencia, Consultorios Externos, Nefrología y Oncología. Por ello, cuenta con alta especialización, precisión y capacidad resolutive en cuanto a personal humano y recursos tecnológicos.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se correlacionará los casos clínicos mencionados con la base teórica de evidencia científica, conservando el orden en el que se presentaron.

3.1 Medicina Interna

3.1.1 Tuberculosis y VIH:

El manejo integral de la persona diagnosticada con tuberculosis requiere que reciba atención integral en el establecimiento de salud durante todo su tratamiento que incluye atención médica y por enfermería, asistencia social, atención de las comorbilidades, evaluación nutricional y exámenes de laboratorio, las cuales requieren tamizaje de prueba

rápida para VIH, en el mismo lugar de la atención, previa consejería , además de exámenes como hemograma completo, glicemia en ayunas, creatinina, perfil hepático, prueba de embarazo, radiografía de tórax, prueba de sensibilidad rápida (8). Esto es necesario para poder categorizar el tipo de tuberculosis e iniciar el tratamiento a dosis adecuada y oportuno. El esquema en personas con TBC sensible con coinfección de VIH deben cambiar del estándar sensible de 2 HREZ/ 4 H3R3 al de 2 HREZ/ 9HR, con 50 dosis en la primera fase de dos meses diarios y 175 dosis en la segunda de siete meses de dosis diaria de rifampicina e isoniacida (8).

3.1.2 Quemaduras

La posibilidad de sufrir quemaduras es frecuente en la vida diaria. Desde las solares a las causadas directamente por el fuego, hay toda una gama de posibilidades con diversas sustancias y situaciones de riesgo (9).

Existen tres tipos (10):

- de primer grado, que dañan solamente la capa externa de la piel;
- de segundo grado, que dañan la capa externa y la que se encuentra por debajo de ella;
- de tercer grado, que dañan o destruyen la capa más profunda de la piel y los tejidos que se encuentran debajo de ella.

Además de la edad del paciente y la profundidad que abarca una quemadura, para evaluar el pronóstico y/o la gravedad hay que tener en cuenta la superficie afectada por esta. Para ello, uno de los métodos frecuentemente usado es la «Regla de los Nueve de Wallace» (ANEXO 1), en la que se grafican las distintas áreas del cuerpo según su extensión en múltiplos de 9% de la superficie corporal total (este cálculo varía en el caso de los niños, ya que distribución anatómica es mayor en su superficie craneal y sus extremidades son más cortas) (11).

Tomando en cuenta estas variables clasificamos la gravedad de las quemaduras en:

- **Quemaduras menores:** Se consideran como las de primer grado o segundo grado de tipo superficiales menores al 15% de extensión (10% en niños) y del tercer grado menores de 1% de extensión.

- **Quemaduras moderadas:** Se consideran a las quemaduras de segundo grado con un 15-30% de extensión o, también a las de tercer grado, pero menores al 10% de extensión.
- **Quemaduras graves:** Son las de segundo grado con una mayor extensión que sobrepasa el 30% o también las de tercer grado, pero mayores al 10% de extensión.

Tratamiento (12) (13)

- líquidos endovenosos , sobre todo para quemaduras mayores al 10% de la superficie corporal,
- adecuada limpieza de la herida, curación y evaluación permanente,
- medidas sintomáticas,
- Si la gravedad lo amerita, transferencia a centros del quemado,
- Atención quirúrgica y fisioterapia sobre todo para las quemaduras de espesor parcial y/o profundo o de espesor total de tercer grado mayor al 10% de extensión y las quemaduras de tipo eléctricas profundas.

Tratamiento inicial: inicia justo antes de arribar al hospital. La prioridad a evaluar es como en cualquier paciente traumatizado: vías aéreas, respiración y circulación. primero asegurar la vía aérea, nos cercioramos de que no haya nada obstaculizando esta vía, luego se ventila al paciente y sí se sospecha de inhalación de humo, entonces se ofrecerá oxígeno al 100%. Se desnuda totalmente al paciente. Se limpia con agua todos los productos químicos, excepto los que son de tipo polvos, esos se retiran previos al lavado. Las quemaduras causadas por algún químico deben ser lavados durante aproximadamente 20 minutos.

En pacientes en estado de shock o con quemaduras mayores al 10% de la superficie corporal se deben administrar líquidos intravenosos. Por ello se coloca una vía intravenosa de calibre 14 o 16 G en 1 o 2 venas periféricas, buscando un área de piel no quemada, si fuese posible. Debido a que se pierde la protección natural de la piel, se debe evitar la venotomía o la canalización, ya que tienen un alto riesgo de infección. En el caso de primer nivel de atención, todo caso de shock asociado a quemadura con gran extensión se debe referir a un centro de mayor capacidad resolutive.

3.1.3 Infección del tracto urinario complicada

La infección del sistema urinario incluye la cistitis y pielonefritis. Una infección urinaria complicada es aquella que presenta una de las siguientes características:

- Fiebre mayor a 37,7 °C
- Escalofríos
- Malestar general
- Dolor lumbar
- Dolor en el ángulo costovertebral

Por lo tanto, una pielonefritis está considerada como una infección urinaria complicada; en personas con comorbilidades como diabetes mellitus mal controlada no se debe considerar automáticamente como complicada; sin embargo, se deben mantener en observación ya que estos pacientes tienen mayor riesgo de complicarse.

La bacteria más comúnmente aislada es E coli también se ha visto la presencia de klebsiella, proteus, entre otros. El agente patógeno va a depender de las comorbilidades del huésped.

Clínica:

En cistitis se ve presencia de disuria, frecuencia y urgencia miccional, dolor suprapúbico y hematuria y por otro lado en la pielonefritis los pacientes suelen presentar fiebre, escalofríos, dolor en el flanco, sensibilidad en el ángulo costovertebral y náuseas/vómitos, además, pueden presentar síntomas de la cistitis, pero no siempre están presentes.

Tratamiento:

Ante una infección urinaria complicada debe iniciarse empíricamente antibiótico teniendo en cuenta el probable agente etiológico según características del paciente, además de uso reciente de antibióticos, entre otros.

3.1.4 Insuficiencia cardiaca (IC)

Es un conjunto de signos y síntomas causados por una falla estructural o funcional del corazón. La insuficiencia cardiaca debida a disfunción del ventrículo izquierdo se clasifica según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) estas son la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (≤ 40 por ciento); insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada (≥ 50 por ciento) y insuficiencia cardiaca con fracción de eyección de rango medio (41 a 49 por ciento). Los tres principales factores de la función del ventrículo izquierdo son la precarga, que se mide con el retorno venoso y el volumen diastólico final; la contractibilidad miocárdica y la post carga.

Existe una terapia farmacológica inicial de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, la cual incluye una combinación de terapia con diuréticos, si fuesen necesarios, un inhibidor del sistema renina-angiotensina y un bloqueador beta. Por lo tanto, los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida generalmente deben tomar una combinación de tres tipos de agentes farmacológicos. Luego está la terapia secundaria que para la mayoría de los pacientes consiste en un antagonista del receptor de mineralocorticoides y un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa 2.

3.2 Pediatría

3.2.1 Eritema infeccioso

El eritema infeccioso, nombrada como quinta enfermedad, es una infección viral que afecta con frecuencia los glóbulos rojos. Es causada por un parvovirus humano (B19). Es más frecuente durante la época primaveral y suele provocar brotes localizados en los niños en aproximadamente edad escolar (en particular, en aquellos de 5 a 7 años de edad). La transmisión es por vía respiratoria, parece tener lugar por gotitas respiratorias y por la exposición percutánea a sangre y hemoderivados, con altas tasas de contagiosidad en los contactos familiares; la infección puede cursar sin signos ni síntomas (14).

La patogenia consta de dos fases; la primera se caracteriza por una viremia que se desarrolla a los 6 días después de la inoculación intranasal, aparecen síntomas generales con escalofríos, prurito, fiebre y mialgias asociadas a reticulocitopenia, que se puede asociar a pancitopenia; asociado a un descenso de la hemoglobina sin significación clínica (15).

El eritema en la cara es rojizo marcado con una imagen de bofetada que suele acompañarse de palidez peribucal (signo de la abofeteada) también se le conoce como signo en alas de mariposa. También pueden aparecer machas rojas en el paladar blando úvula conocidas como “signos de Nagoyama”. En el tronco también se observa una erupción simétrica, maculopapular, en “entramado o reticular” y a menudo se desvanece a los días sin descamación (16).

Tratamiento

Tratamiento de sostén: Sólo se requiere tratamiento sintomático del eritema infeccioso (14).

3.2.2 Escabiosis

Es una parasitosis cutánea altamente contagiosa; es originada por el *sarcoptes scabiei hominis* que reside en la epidermis. Su forma de transmisión entre humanos es por contacto directo, y también se transmite a través de prendas de vestir y sábanas (17,18).

La sintomatología, generalmente, incluye el prurito, que se hace más intenso por la noche, además la presencia de lesiones cutáneas tales como líneas finas en los espacios interdigitales de las manos, nódulos de dos a veinte milímetros de tamaño en tronco, manos y pies. (17)

Se utiliza preferentemente la permetrina al cinco por ciento en loción, ya que es un escabicida de aplicación local. Se debe untar por toda la superficie corporal excepto en la cara y mucosas. (18)

Se debe tener en cuenta que toda persona que esté en contacto cercano o directo con el paciente que presenta esta condición debe ser tratado simultáneamente, aunque no tengan signos. Además de lavar las prendas de vestir y las sábanas a una temperatura mayor de sesenta grados Celsius y dejar secar al sol. (18)

3.3 Ginecología y Obstetricia

3.3.1 Aborto Incompleto

El aborto es la interrupción espontánea o provocada de una gestación menor de 20 semanas, con un peso menor de 500 gramos o menor de 25 cm de longitud. La mayoría son precoces (80%) ocurren en las primeras 12 semanas. (19). Es la causa más frecuente de hemorragia de la primera mitad de la gestación.

En la etiología, se divide acorde al tiempo de gravidez, hasta las 12 semanas: como mayor frecuencia están las cromosomopatías, entre ellas destacan las trisomías; diabetes *Mellitus*; insuficiencia lútea; infecciones relacionadas a infecciones de transmisión sexual (TORCH, *Chlamydia trachomatis*); inmunológico; alteración uterina. Después de las 12 semanas, con mayor frecuencia la etiología se asocia a la incompetencia cervical relacionada a pérdidas gestacionales indoloras. (19)

La clasificación del aborto espontáneo es la siguiente:

Aborto

- incompleto,
- completo,
- séptico.
- inminente,
- inevitable y
- en curso,
- retenido,
- frustrado,

En el caso clínico mencionado, se trató de un aborto incompleto, es decir la expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado, que en la ecografía transvaginal se observa que la línea endometrial es mayor de 15 mm, es decir, heterogéneo. (19)

En el abordaje del aborto incompleto, se recomienda colocar vía endovenosa con cloruro de sodio al 9%, además de solicitar exámenes auxiliares como ecografía transvaginal, hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, RPR, prueba de Elisa VIH o prueba rápida. En procedimiento, según las guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), si el tamaño uterino es menor de 12 cm, su manejo se hará AMEU ambulatorio, con el uso de misoprostol, pero en caso de ser mayor de 12 semanas se hará legrado uterino (19).

La toma de decisión para la alta médica, después de la evacuación uterina por AMEU, depende de si la paciente está hemodinámicamente estable, sin complicaciones, y con la recomendación importante de reposo domiciliario, después de dos horas de observación post AMEU. Si es que hay necesidad de postergar el alta, será según criterio clínico médico especializado. Además, se imparte la información con orientación y consejería en salud sexual y reproductiva con la respectiva descripción de opciones y la elección de un método anticonceptivo (19).

3.3.2 Ruptura prematura de membranas:

Se entiende por ruptura prematura de membranas como una solución de continuidad espontánea de las membranas ovulares lo que produce la salida de líquido amniótico

después de la vigésima segunda semana de embarazo hasta antes del comienzo del trabajo de parto (20,21,22).

Entre las causas más fuertemente relacionadas, se encuentran los traumatismos, principalmente los de afectación abdomino-pélvica, gestación múltiple, polihidramnios, coito frecuente, infecciones cervicovaginales, déficit de vitamina C, cobre y zinc, etc. Se ha reportado factores asociados como antecedente de rotura prematura de membrana, presentaciones podálicas o transversa, e infección de las vías urinarias (20).

Se han descrito complicaciones como corioamnionitis, sepsis, shock séptico, muerte materna asociadas a la ruptura prematura de membrana de más de diecinueve horas (20,21).

El cuadro clínico se presenta clásicamente, una gestante que acude a la emergencia después de la vigésima segunda semana de embarazo por pérdida de líquido vaginal con olor a lejía, de aspecto transparente (20).

Con respecto a los exámenes auxiliares tenemos la prueba de Nitrazina, la cual consiste en la determinación del pH a través del papel con nitrazina con un resultado positivo alcalino ya que el líquido amniótico tiene esta característica; también, acorde a las condiciones e insumos disponibles, una prueba útil y práctica es la observación en el microscopio de la imagen de hojas de helecho para corroborar el diagnóstico. Además, tenemos pruebas más avanzadas y precisas como son el test amnisure y el amniquick, siendo el primero uno que detecta la insulin-like growth factor protein-1 y el segundo detecta a la placentar alpha microglobulin-1, ambos dándonos una prueba más sensible y específica de ruptura prematura de membranas (21).

El manejo debe ser intrahospitalario para así monitorear tanto a la madre como al feto, se indica reposo en cama, se evitan los tactos vaginales a repetición, se buscan signos de infección uterina y se administra antibioticoterapia (20), el antibiótico de elección es la ampicilina dos gramos vía endovenosa (21). En un metaanálisis de ensayos aleatorizados, en el 2015, se concluyó que las mujeres con una ruptura de membranas mayor de doce horas, la terapia antibiótica profiláctica se asoció a la disminución de las complicaciones como corioamnionitis y endometritis, de manera significativa (23).

3.3.3 Enfermedad trofoblástica gestacional

La patología trofoblástica gestacional, es producto de formación de tejido placentaria anormal, están las presentaciones premalignas y las neoplasias trofoblásticas gestacionales. Entre las primeras se encuentra la mola hidatiforme parcial y la total; en las segundas se encuentran la mola invasiva, coriocarcinoma, el tumor trofoblástico de sitio placentario y el trofoblástico epitelioide. la incidencia mundial de mola hidatiforme es de 1 en 1000 gestaciones (24). los principales factores de riesgo para desarrollar esta patología es haber tenido un embarazo molar previo y una gestación durante los extremos de la vida. las mujeres blancas presentan mayor riesgo de desarrollar mola parcial y las asiáticas la total (25). el tratamiento va a depender mucho si la paridad está satisfecha, de estarlo se realizará una histerectomía, de lo contrario el procedimiento seria aspiración y curetaje. Además, se debe dar seguimiento con control de BHCG, se recomienda evitar el embarazo al menos por 6 meses.

3.3.4 Miomatosis uterina

La miomatosis son los tumores pélvicos más comunes en la mujer, en su mayoría no presentan síntomas; sin embargo, esto va a depender del lugar en donde se encuentren (26). La FIGO clasifica a los miomas según su ubicación; estos pueden ser submucosos que son el tipo 0,1 y 2; intramurales son el tipo 3,4 y 5; subserosos tipo 6 y 7; y los cervicales son del tipo 8.

Existen factores de riesgo para esta patología que son la menarquia antes de los 10 años, uso de anticonceptivos orales a temprana edad, menores de 16 años, también se ha visto que una dieta rica en carnes rojas, deficiencia de vitamina D y la ingesta de alcohol pueden ser predisponentes en algunos pacientes. Por otro lado, la paridad y el tabaco pueden ser factores protectores.

Como se explica en líneas más arriba la mayoría de pacientes cursan asintomáticas sin embargo de presentarse síntomas estos se clasifican en tres categorías:

- Sangrado menstrual abundante o prolongado
- Síntomas relacionados con el aumento de volumen, como presión pélvica y dolor
- Infertilidad, aborto espontáneo, complicaciones obstétricas

El diagnostico se basa en la historia clínica, de ser sintomático, y una ecografía transvaginal sugestiva en la que muestre la presencia de estos.

Los anticonceptivos combinados de estrógeno y progesterona son la base del tratamiento en pacientes con mioma submucoso. Para pacientes que no deseen la fertilidad en el momento se puede iniciar en el primer nivel tratamiento médico para disminuir molestias del sangrado uterino anormal.

los tratamientos médicos efectivos de segundo nivel para el sangrado uterino abundante asociado con fibromas son los agonistas y antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) estos van a disminuir los niveles de LH y FSH y con eso el nivel de estrógeno y progesterona, esta situación, a su vez, causará una reducción del mioma; además, la embolización de la arteria uterina es una opción de tratamiento mínimamente invasiva que trata tanto el sangrado como los síntomas de volumen.

3.4 Cirugía general

3.4.1 Apendicitis aguda

La apendicitis se define como una inflamación del apéndice cecal, la cual es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico (28). La fisiopatología se basa en la obstrucción de la luz, que en adultos se da por presencia de fecalitos, esto genera primero inflamación que, a su vez, causará irritación del peritoneo visceral los cuales tienen fibras parasimpáticas, esto explica porque al inicio el dolor en apendicitis no es localizado en fosa iliaca derecha, sino que es un dolor difuso que suele iniciar en epigastrio; luego se agregará irritación del peritoneo parietal con afectación de las fibras simpáticas, esto explica la migración del dolor. Hay presencia de edema local que continúa con isquemia localizada, trombosis y oclusión de pequeños vasos, con estasis del flujo linfático, con aumento de la presión luminal e intramural por la acumulación de moco en el lumen apendicular, perforación y la formación de absceso o peritonitis (28,29). Esta patología ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida, se da con más frecuencia en el sexo masculino, con relación de 1,4:1 (28). En los menores se debe principalmente a la hiperplasia folicular linfoide que generalmente se da tras una infección. Por otro lado, en las aéreas endémicas, los causantes de este cuadro suelen ser los parásitos, sin importar la edad (28,29).

Entre los microorganismos implicados en la apendicitis, son con predominio en fases tempranas los aerobios, mientras que se vuelve mixta a predominio anaeróbicos en etapas tardías (28). En mayor frecuencia se aísla *Escherichia coli* y los bacteroides (29).

En las manifestaciones clínicas, la más común es el dolor abdominal, localizado en el cuadrante inferior derecho, asociado a la hiporexia o anorexia, náuseas, fiebre y a vómitos (29). También se considera el dolor migratorio, es decir la cronología o secuencia de Murphy, pero solo el 50% de pacientes lo presentan (28). En muchos pacientes la clínica es atípica, la cual incluye la presencia de indigestión, flatulencias, diarrea o malestar generalizado (28).

En el examen físico, los signos frecuentes son el dolor en el punto de Mcburney, el signo de Rovsing, el signo de Psoas y el signo de Obturador (28,29).

En los resultados de laboratorio, en el 80% de los pacientes, se presentan leucocitosis con desviación izquierda. En algunos pacientes, es poco probable que estén en rangos adecuados, salvo que se trate de un cuadro muy temprano de la enfermedad. El rango alterado de la leucocitosis se ha dividido según el cuadro agudo, gangrenoso y perforado, siendo la primera a partir de 14,500 +/- 7300 cel./microL; la segunda, 17,100 +/- 3900 cel./microL, y la última de 17,900 +/- 2100 cel./microL(28).

Se utiliza la Escala de Alvarado, este se basa en la anamnesis, el examen físico y auxiliares. Esta escala tiene como sumatoria máxima de 10 puntos. Se otorga un puntaje a cada uno son los siguientes: dolor que migra a cuadrante inferior derecho del abdomen, anorexia, náuseas o vómitos, dolor al rebote en cuadrante inferior derecho, fiebre > 37,5 °C y desviación izquierda; y de los que reciben 2 puntos por ítem, son la presencia de dolor en cuadrante inferior derecho y leucocitosis > 10mil cel./microL (anexo 2). Una sumatoria de 0 a 3 puntos indicaría que se debe buscar otras causas que expliquen el cuadro; si se obtiene un puntaje de 4-6 se deberá realizar mayores estudios de imágenes como solicitar una tomografía; y si el puntaje obtenido es igual o mayor a 7 la probabilidad de estar frente a una apendicitis es muy alta (30).

En los estudios por imágenes ya sea ecografía abdominal o tomografía en las cual se encuentre un aumento del diámetro apendicular mayor de 6mm, con engrosamiento de pared mayor de 2mm o la presencia de apendicolito es indicativo de apendicitis aguda (29).

El tratamiento se basa en la cirugía, la apendicetomía convencional o por laparoscopia (2), con el uso profiláctico de antibióticos que cubran bacterias gram negativos aeróbicos y anaeróbicos, 1h antes de la intervención y en caso de tratamiento antibiótico según la clínica del paciente (28). El manejo ante una apendicitis perforada va a depender del estado del paciente, si la perforación es contenida o está libre (32),

En los casos complicados ante una apendicitis con perforación, el tratamiento antibiótico el tratamiento es de 7 días pudiendo prolongarse hasta por 10 días. En caso de que los signos de infección persistan con un tratamiento mayor de 7 días se debe reevaluar el foco y se busca si existe infección residual (34).

3.4.2 Vólvulo

El vólvulo se explica como una torsión de un segmento de colon sobre su propio eje, en su mayoría se dan en el colon sigmoides. Existen algunos factores que pueden predisponer al desarrollo de esta patología como es el estreñimiento crónico que a su vez puede causar dilatación y elongación de las asas intestinales y la dismotilidad colónica.

Clínicamente puede producir sintomatología de obstrucción, náuseas, vómitos, distensión abdominal, timpanismo y dolor a la palpación; además, puede haber fiebre y leucocitosis. la imagen radiográfica clásica del vólvulo sigmoides es el “grano de café”. El enema con Gastrografin muestra el signo de “pico de pájaro”. Los hallazgos tomográficos diagnósticos del vólvulo sigmoide incluyen un patrón de torbellino, causado por el colon sigmoide dilatado alrededor de su mesocolon y vasos, y una apariencia de pico de pájaro de los segmentos colónicos aferentes y eferentes.

Si no hay signos de peritonitis o de gangrena se debe iniciar tratando de devolvular de forma endoscópica; sin embargo, hay hasta un 40% de probabilidad de recurrencia con esta técnica.

3.4.3 Síndrome de Mirizzi

El síndrome de Mirizzi (SM) es una complicación de la colelitiasis de larga data en el cual un cálculo impacta en la bolsa de Hartmann o el conducto cístico, originando una colestasis por compresión externa de la vía biliar principal (VBP). se da usualmente entre el 0,1% de los pacientes con enfermedad biliar (34) (35) y el 1% de aquellos con presencia de cálculos en colédoco (35).

Clasificación:

Las diferentes clasificaciones se apoyan en la existencia o no, de la fistulosa entre la vesícula y la VBP, así como la extensión de la destrucción de esta.

En 1989 se crea una clasificación realizada por Csendes en cuatro tipos (36):

I. Compresión extrínseca de la vía biliar principal por el cálculo impactado.

II. compromiso de 1/3 de la circunferencia de la vía biliar principal.

III. compromiso de 2/3 de la circunferencia de la vía biliar principal.

IV. Afectación de toda la circunferencia de la vía biliar principal.

En 2007, Csendes agrega un quinto grupo para aquellos casos del I al IV con la presencia de fistula colecistoentérica con o sin íleo biliar (36).

El diagnóstico clínico del síndrome de Mirizzi es difícil al tener en cuenta que no existen patrones patognomónicos de presentación. La sintomatología, generalmente, es la misma que la de la colecistitis aguda y/o coledocolitiasis: dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho, que puede irradiarse al dorso, ictericia; y algunos casos muestran pruebas funcionales hepáticas elevadas (37).

La ecografía abdominal es de elección para realizar el cribado, mientras que para el diagnóstico es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colangiografía directa. El síndrome de Mirizzi se asocia a una mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar 2,5 por ello el tratamiento habitual y clásico del SM es quirúrgico, aunque en función del tipo la modalidad operatoria será diferente (38).

La presencia de fístula colecisto-coledociana, tipos II, III y IV, condicionan la necesidad de colecistectomía parcial o completa por vía abierta, mientras que el tipo I puede ser intervenida mediante laparoscopia (39).

3.4.4 Luxación de hombro

Las luxaciones se definen como el desplazamiento del hueso, es decir, que este ya no presenta la relación anatómica con sus superficies articulares. (40,41) Las articulaciones que se comprometen con más frecuencia corresponden al hombro, cadera, tobillo y rodilla.

El mecanismo de lesión suele darse cuando el paciente realiza un movimiento de giro forzado y al mismo tiempo un esfuerzo muscular. Se reporta que la posición más frecuente es de abducción y rotación interna para que esta lesión se produzca, además, tiende a presentarse más en varones, sobre todo en jóvenes (42).

Usualmente, el cuadro clínico se presenta con dolor y aumento de volumen de la articulación del hombro asociado a limitación funcional del miembro comprometido, por lo cual si un paciente acude con el cuadro clínico descrito sumado a los signos clásicos como

son el "signo de la charretera", formado por la deformación al desplazarse la cabeza del humero de la cavidad glenoidea simulando la charretera del traje militar, además del "signo del hachazo", que se describe como la visibilidad anormal del hundimiento debajo del acromion, se puede tener una mayor probabilidad diagnóstica. (40) Agregado a la identificación clínica, debemos solicitar las radiografías pertinentes, para así descartar la presencia de una fractura. Debemos tener en cuenta que la luxación anterior se llega a observar fácilmente en las radiografías, no siendo así en la luxación posterior que puede llegar a pasar desapercibida (40, 42).

El tratamiento definitivo de la luxación consiste en realizar maniobras de reducción para encajar el hombro en su sitio. Una vez que esté reducido, se colocará un cabestrillo y así obtener la inmovilización de este, durante aproximadamente unas tres semanas (42).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico inició el 1 de julio de 2021; sin embargo, días antes el centro de salud y los hospitales antes mencionados, citaron a todos los internos de medicina entrantes, para la realización de una charla de inducción sobre temas como el correcto llenado de las historias clínicas y formatos especiales propios de cada institución, la importancia de la bioseguridad, relación médico- paciente, normas de convivencia, etc. Además, de una pequeña introducción de las distintas especialidades por las que rotaríamos (cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina), se realizó también la presentación de las principales autoridades de la institución.

Los hospitales Carlos Lanfranco la Hoz, el centro médico naval y el centro de salud Ermitaño bajo brindaron un ambiente adecuado para que los internos de medicina se desarrollen tanto en el ámbito personal como profesional, propiciando un ambiente laboral pacífico con el resto del equipo médico que incluyen asistentes, residentes, licenciados y personal técnico. Durante este tiempo

El internado nos permitió vivir experiencias médicas importantes para nuestra formación profesional; el saber cómo reaccionar de manera adecuada ante distintas situaciones

médicas, además de afianzar conocimientos obtenidos durante los 6 años anteriores de la carrera, con la finalidad de brindar la atención adecuada a nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

El internado médico, el último año de pregrado de la carrera de medicina humana es muy importante para el estudiante, ya que se logra un mayor desenvolvimiento en la práctica médica, basado en los conocimientos que adquiridos en los 6 años anteriores.

Este año el internado tuvo algunos inconvenientes originados por la emergencia sanitaria; sin embargo, se logró el desarrollo de las actividades necesarias como prácticas pre profesionales ya sea en un hospital y/o centro de salud. Se puso énfasis en la bioseguridad con equipamientos otorgados por las instituciones, durante las prácticas en el servicio de emergencias, y por los mismos internos, hincapié en prácticas como el lavado de manos, sin dejar de lado el reforzar la práctica médica y humana.

Es por ello que no son suficientes las clases teórica y clases prácticas remotas, ya que se trata de poder formar parte de un establecimiento donde la teoría y la practica sean concordantes y simultáneos, puesto que a pesar de ser considerado el último año, las dos años previos anteriores fueron impartidos de forma virtual sin prácticas presenciales, de tal modo es importante fortalecer la última etapa como estudiante pre-profesional de la salud, para subsanar la práctica perdida en el contexto de cuarentena estricta.

RECOMENDACIONES

Los centros de salud deben continuar con las medidas de prevención y promoción para contrarrestar la pandemia por covid19, ya sea con la aplicación de vacunas, brindar información y tratamiento adecuado.

Es importante la comunicación asertiva para poder trabajar adecuadamente en equipo y así aprovechar al máximo la experiencia durante el internado; propiciando siempre el respeto, responsabilidad, adecuada comunicación y evitar así conflictos internos.

Como personal de salud debemos ser empáticos con el paciente, fortaleciendo la relación médico-paciente, esto nos acercará al paciente y brindará la confianza necesaria para obtener una mejor historia clínica y evaluación para lograr un diagnóstico y tratamiento acertado y oportuno.

En las charlas de inducción es importante participar en las clases de bioseguridad impartidas por el área de epidemiología de las instituciones con fin de poder así formar parte de la prevención de riesgos e infecciones.

Promover el adecuado uso de equipo de protección.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS | El Perú [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/workforcealliance/countries/per/es/>
2. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud pública de México. 2011;53: s243-54.
3. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougnot B, Murillo JP, Villegas-Ortega J, Sara JC. Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(2):196-206

4. Comex: Perú gasta en salud por debajo del promedio en América Latina. Diario Gestión. 2019.
5. Benites-Zapata V, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, MárquezBobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguín E. Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2015. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34:478-84.
6. Presupuesto histórico. El peruano [Internet]. [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/100391-presupuesto-historico>
7. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Responsive Medical Health WordPress Theme [Internet]. [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.hcllh.gob.pe/>
8. Norma técnica para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, aprobada por R.M N° 752- 2018/ MINSa. MINSa. 2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
9. González Bosquet L. Las quemaduras y su tratamiento. Offarm. 1 de octubre de 2003;22(9):62-8.
10. Jiménez Serrano R, García Fernández FP, Jiménez Serrano R, García Fernández FP. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos. 2018;29(1):45-51.
11. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE QUEMADURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. :6.
12. Quemaduras [Internet]. National Library of Medicine; [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/burns.html>
13. Quemaduras - Lesiones y envenenamientos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/quemaduras/quemaduras>
14. Eritema infeccioso - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-virales-diversas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/eritema-infeccioso>
15. Eritema Infeccioso (erythema infectiosum, infecciones por parvovirus B19) [Internet]. [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/fifth/fact_sheet.htm
16. Reyes-Gómez U. Eritema Infeccioso o Quinta Enfermedad. :5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis101k.pdf>

17. Medecins Sans Frontieres. Guía clínica y terapéutica. 2016. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>
18. Fazio S, Yosipovicht G. (2019) Pruritus: Overview of management. Uptodate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.uptodate.com/contents/pruritus-overview-of-management?search=prurito&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
19. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2018: 87-94.
20. Saccone G, Berghella V. Profilaxis antibiótica para la rotura prematura de membranas a término o a corto plazo: metaanálisis de ensayos aleatorizados. Am J Obstet Gynecol 2015; 212: 627.e1.
21. Ministerio de Salud. Guía de atención de emergencias obstétricas. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>
22. Fundación medicina fetal Barcelona. Rotura prematuras de membrana a término y pretérmino. [Internet]. Medicinafetalbarcelona.org. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematura-membranas.html>
23. Ruptura de membranas antes del trabajo de parto: Boletín de práctica de la ACOG, número 217. Obstet Gynecol 2020; 135: e80.
24. Barber E, Soper J. Clinical Gynecologic Oncology [Internet]. 9na ed. Philadelphia: Elsevier; c2018. Gestational Trophoblastic Disease; [citado 2022 Marzo 03]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/search?pub=Clinical%20Gynecologic%20Oncology%20%28Ninth%20Edition%29&cid=316524&show=25&sortBy=relevance>
25. Melamed A, Gockley AA, Joseph NT, Sun SY, Clapp MA, Goldstein DP, Berkowitz RS, Horowitz NS. Effect of race/ethnicity on risk of complete and partial molar pregnancy after adjustment for age. Gynecologic Oncology. 2016 Oct;143(1):73-76. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.07.117>
26. Tropeano G, Amoroso S, Scambia G. Non-surgical management of uterine fibroids. Human Reproduction Update 2008;14(3): 259–274
27. R.B. M, I.M. DS, A. B, C.R. B, M.S. M, N. S. The levonorgestrel-releasing intrauterine system: Its effect on the number of hysterectomies performed in perimenopausal women with uterine fibroids. Gynecol Endocrinol. 2013;29(5):492-495.

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=2013219841>.

28. Martin RF. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 19 enero de 2021 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
29. General C. APENDICITIS AGUDA EN ADULTOS [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zm.pdf>
30. Ronald F Martin, MDStella K Kang, MD, MS. Apendicitis aguda en adultos: evaluación diagnóstica [Internet]. Uptodate.com. 16 octubre de 2019 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&source=see_link
31. Modificado de: Alvarado A. Una puntuación práctica para el diagnóstico temprano de apendicitis aguda. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 557
32. Soybel DSMM. Manejo de la apendicitis aguda en adultos [Internet]. Uptodate.com. 15 febrero de 2021 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&source=see_link
33. Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa H. Guía de Práctica Clínica - Departamento de Cirugía [Internet]. Gob.pe. 2011 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>
- 34.1. Gil JMG. El síndrome de Mirizzi, un desafío para el cirujano. *Revista Cubana de Cirugía* [Internet]. 15 de mayo de 2016 [citado 4 de marzo de 2022];55(2). Disponible en: <http://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/400>
35. Sánchez Beorlegui J, Monsalve Laguna E, Soriano Gil-Albarellos P, Cabezali Sánchez R, Moreno de Marcos N, Aspíroz Sancho A. Síndrome de Mirizzi asociado a la Colelitiasis complicada del anciano: diagnóstico y tratamiento laparoscópico. *Revista de Gastroenterología del Perú*. enero de 2008;28(1):15-21..

36. Palacios Martínez D, Gutiérrez López M, Gordillo López FJ.
37. Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva. *Semergen*. 1 de marzo de 2011;37(3):167-9.
38. Síndrome de Mirizzi: 2 casos de una patología poco frecuente. |
39. RAPD Online | SAPD [Internet]. [citado 4 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2015/38/1/04>
40. Ministerio de Salud. PRIMEROS AUXILIOS EN EL NIVEL COMUNITARIO [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>
41. CAMPILLOS P, PARDO M, AGUDO P. Luxación de hombro en Atención Primaria. *MEDICINA GENERAL*. 2002; 47: 733-36
42. Leggin BG, Gaunt BW, Schaffer MA. Rehabilitation of Shoulder instability. Skirven TM, ed. In: *Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity*. th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2011:chap 92

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 1. Regla de los Nueve de Wallace

| | |
|------------------|-------------------|
| Cuello y cabeza | 9% |
| Tronco posterior | 18% |
| Tronco anterior | 18% |
| Brazos | 18% (9 cada uno) |
| Piernas | 36% (18 cada una) |
| Genitales | 1% |

Anexo 2

Puntuación de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis

| Característica | Punto |
|--|----------|
| Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho | 1 |
| Anorexia | 1 |
| Náuseas o vómitos | 1 |
| Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho | 2 |
| Sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho | 1 |
| Fiebre > 37,5 ° C (> 99,5 ° F) | 1 |
| Leucocitosis del recuento de glóbulos blancos > 10 x 10 ⁹ / litro | 2 |
| Total | 9 |

Anexo 3

| Tabla 1. Escala de Centor modificada por McIsaac | |
|---|-------------------|
| Criterios | Puntuación |
| Edad 3-14 años | 1 |
| Exudado amigdalario | 1 |
| Adenopatías laterocervicales con inflamación y dolor | 1 |
| Temperatura > 38 °C | 1 |
| Ausencia de tos | 1 |

12. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud pública de México. 2011;53: s243-54. 13. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougnot B, Murillo JP, Villegas-Ortega J, Sara JC. Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(2):196-206