

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL Y EL HOSPITAL HUAYCÁN
EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19, 2022-2023**

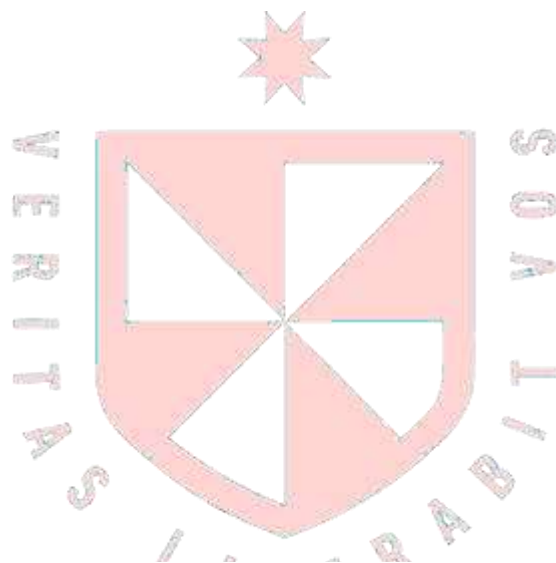
TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
JOSÉ MIGUEL ANDRES SANTA CRUZ ESPINOZA
NATHALY ELENA GRANADOS MARTINEZ

ASESOR
LUIS R. EXEBIO MOYA

LIMA - PERÚ
2023



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 DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL Y EL HOSPITAL HUAYCÁN EN
EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19, 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**JOSÉ MIGUEL ANDRES SANTA CRUZ ESPINOZA
NATHALY ELENA GRANADOS MARTINEZ**

ASESOR

DOCTOR LUIS R. EXEBIO MOYA

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A nuestra familia, que siempre fue nuestro soporte para seguir en nuestro proceso de formación y a los amigos que nos acompañaron durante estos años de estudio

AGRADECIMIENTO

A todos los docentes que compartieron sus conocimientos a lo largo de nuestra carrera y a la confianza brindada para desempeñarnos como buenos profesionales.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

RESUMEN

En presente trabajo refleja parte de la experiencia del internado médico en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Instituto Nacional de Salud del Niño y el Hospital Huaycán. **Objetivo:** Plasmar experiencias, conocimientos prácticos y teóricos aprendidos durante el internado 2022-2023 en establecimientos de salud con diferente capacidad resolutive. **Métodos:** Se realizaron diferentes comentarios sobre el internado médico realizado en los establecimientos de salud con diferente capacidad resolutive bajo el contexto de la pandemia por COVID-19; también se incluyó una revisión de ocho casos clínicos en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría. **Conclusiones:** La etapa del internado médico nos permite fijar conceptos y adquirir habilidades que pondremos en práctica durante la etapa profesional. El hecho de haber realizado el internado en institutos y hospitales de baja complejidad nos da una perspectiva sobre las desigualdades y carencias en el sistema de salud peruano.

Palabras clave: Internado médico, rotaciones, hospitales de baja complejidad, práctica

ABSTRACT

The present project reflects part of the experience of the medical internship at the National Maternal Perinatal Institute, the National Institute of Child Health and the Huaycan Hospital. **Objective:** To capture experiences, practical and theoretical knowledge learned during the 2022-2023 medical internship in health establishments with different resolution capacity. **Methods:** Different comments were made about the medical internship carried out in health establishments with different resolution capacity in the context of the COVID-19 pandemic; A review of eight clinical cases in the specialties of Obstetrics-Gynecology, Internal Medicine, Surgery and Pediatrics was also included. **Conclusions:** The medical internship stage allows us to fix concepts and acquire skills that we will put into practice during the professional stage. The fact of having completed the internship in institutes and hospitals of low complexity, gives us a perspective on the inequalities and deficiencies in the Peruvian health system.

Keywords: Medical internship, rotations, low complexity hospitals, practice

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL Y EL HOSPITAL HUAYCÁN E N

AUTOR

JOSÉ MIGUEL ANDRES SANTACRUZ E N
ATHALY ELENA GRANADOS MARTINEZ

RECuento DE PALABRAS

11133 Words

RECuento DE CARACTERES

63233 Characters

RECuento DE PÁGINAS

58 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

894.0KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 12, 2023 10:06 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 12, 2023 10:07 AM GMT-5

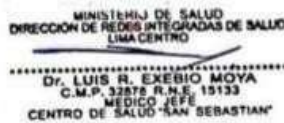
● 11% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5381-0339>

INTRODUCCIÓN

Durante el último año de la carrera de medicina humana, se lleva a cabo el internado médico, una etapa crucial en la formación de los futuros médicos. Esta se enfoca en poner en práctica los conocimientos adquiridos en los años previos en el ámbito hospitalario, donde los estudiantes se ponen en contacto con el proceso de atención de la salud y se familiarizan con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas patologías (1).

El internado es una oportunidad para los estudiantes de ser testigos de las atenciones efectuadas por los médicos especialistas y aprender sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Durante esta etapa, los internos aprenderán sobre cuatro áreas clave de la medicina: Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Las rotaciones por estas áreas determinarán la estadía de los internos de medicina en el establecimiento de salud.

Mi compañera y yo lo realizamos en el INSN e INMP, además del Hospital De Huaycán, respectivamente, los cuales están ubicados en Lima. Esto debido a la coyuntura nacional de la pandemia que redujo el número de vacantes en ciertas DIRIS por lo que se tuvo que rotar por distintos hospitales para cubrir las necesarias.

Asimismo, el contexto nacional de la pandemia por COVID-19 generó un retraso en el inicio del programa. En el mes de mayo de 2022 se publicó en el diario El Peruano “Resolución Ministerial n.º 351-2022-Minsa” que junto con la “Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud”, sentaron las bases necesarias para el inicio del programa en mención (2).

La “Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud” garantiza el acceso de los internos a los equipos de protección personal, un tutor en cada establecimiento de salud, la afiliación al seguro integral de salud, asimismo también informaba sobre el horario de actividades de los internos en

cada establecimiento el cual consistía en un máximo de 150 horas mensuales en turnos de 6 que podían ser llevadas a cabo en la mañana o tarde y también la guardia diurna de un máximo de 12 horas continuas incluidas dentro de las 150 mensuales (2). Si bien hubo el compromiso expreso de los representantes de cada DIRIS de hacer respetar los horarios mencionados, se reportaron muchísimos casos donde los horarios exigidos a los internos excedían enormemente los mencionados en la directiva del Minsa. (2)

A pesar de todo, ha sido un periodo crucial para los internos, ya que nos permite poner en práctica sus conocimientos previos y familiarizarse con el proceso de atención de la salud. Además, es una oportunidad para aprender sobre diferentes áreas de la medicina y adquirir experiencia en la atención de pacientes en un ambiente hospitalario.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El tener la oportunidad de realizar el internado médico en centros hospitalarios de alta y baja complejidad nos prepara como futuros profesionales a enfrentarnos a los problemas más frecuentes, así como también a los menos comunes.

Actualmente, estos 10 meses de internado o también llamado práctica preprofesional, son fundamentales para consolidar conocimientos y habilidades aprendidas durante los años de carrera; además, la experiencia de trabajar en equipo con otros estudiantes de diferentes universidades y diferentes carreras nos ayudará a un futuro a un mejor desenvolvimiento y trabajo en un equipo multidisciplinario. Durante esta última etapa de internado estamos en estrecho contacto con los pacientes y familiares, aprendemos a tener empatía con ellos y mejorar como futuros profesionales el trato médico-paciente.

Rotación en Pediatría

Durante esta, tuvimos la oportunidad de rotar por diferentes servicios como Emergencia, Medicina Interna, Consulta Externa, etc., lo que nos permitió conocer patologías diversas tanto comunes como rinofaringitis, crisis asmáticas, hasta otras no tan frecuentes en la práctica diaria como lupus eritematoso sistémico. Adicionalmente, pudimos aprender sobre la atención del recién nacido, plan de vacunación según edad, prevención de la anemia, etc.

Instituto Nacional de Salud del Niño

Caso clínico 01:

Paciente femenino de 5 años, es llevada por su madre al servicio de Emergencias del INSN por presentar un cuadro de fiebre y tos persistente que ha durado cinco días. Además, la madre refiere que la niña ha estado perdiendo peso y apetito últimamente.

Al momento de la evaluación médica, la paciente se encuentra somnolienta y quejumbrosa por dolor abdominal. Se indaga sobre la alimentación y la madre refiere que suele haber ocasiones donde comen en la calle.

Antecedentes: Niega

Signos vitales: PA 100/60 mmHg, FC 110 lpm, FR 24 rpm, T 38,8 °C.

Examen físico: AMEG, AREN

Piel y faneras: pálida, fría, llenado cap menor de 2 seg.

TCSC: no edemas

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, no masas visibles ni palpables

Ap. Resp.: MV pasa bien en HTD, no ruidos agregados

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, no soplos

Abd: se encuentra distensión abdominal y dolor a la palpación profunda; sin embargo, no se encuentran masas palpables ni visceromegalias.

SNC: LOTEP, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares: hemoglobina de 10,2 g/dL, hematocrito de 31 %, plaquetas de $150 \times 10^3/\text{mm}^3$, leucocitos 18.000 (linfocitos 30%, abastionados 2 %, segmentados 68%), glucemia de 100 mg/dL, y proteína C reactiva (PCR) de 23 mg/dL.

El análisis de orina no muestra alteraciones significativas.

Diagnóstico:

1. Infección gastrointestinal
2. D/C salmonelosis

Caso clínico 2:

Paciente femenina de 6 años, acude al servicio de emergencia del INSN con tos seca, dificultad respiratoria y “ronquidos de pecho” según refiere la madre, de varias horas de evolución. La madre comenta que la niña ha tenido episodios similares en el pasado, pero que en esta ocasión se han intensificado.

Antecedentes: asma bronquial. RAM: niega

Signos vitales: PA 100/60, FC 120 lpm, FR 32 rpm, Sat: 90 %, T: 37.5 °C

Al examen físico: paciente se encuentra sentada en la cama, respirando con dificultad y fatiga, pero sin signos de agotamiento con aparente regular estado general. Ventilando con uso de músculos accesorios.

Piel: tibia, elástica y turgencia conservada, llenado capilar menor a 2 segundos.

Aparato respiratorio: Amplexación disminuida, tórax con retracciones intercostales y subcostales, sibilancias audibles en ambos campos pulmonares.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad.

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible; no aparenta dolor a la palpación superficial y profunda. No se palpan masas ni visceromegalias.

Exámenes auxiliares: Hemoglobina de 12.8 g/dl, Hto de 38 %, plaquetas de 300 10³/mm, leucocitos 9.500 (linfocitos 50%), abastionados 1%, segmentados 49 %, PCR 8.5 mg/dL, gasometría arterial: pH 7.35, PCO₂ 45 mmHg, PO₂ 60 mmHg, HCO₃ 24 mEq/L. Prueba Antigénica COVID-19 negativa.

Diagnóstico:

1. Crisis asmática moderada.

Caso clínico 3:

Un niño de 4 años acude a emergencia por diarrea y vómitos. La madre del niño informa que ha estado experimentando deposiciones líquidas frecuentes sin sangre ni moco durante los últimos dos días, acompañadas de vómitos y dolor abdominal.

Antecedentes: niega. RAM: niega

Signos vitales: T: 36.8 °C, PA 95/60, FC: 67 lpm, FR: 18 rpm, Sat 98 %

Examen físico:

Piel y faneras: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2seg, sin signos evidentes de deshidratación.

TCSC: no edemas

Cabeza y cuello: Normocéfalo, simétrico.

Orofaringe: mucosa oral hidratada, no se observan lesiones

T y P: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Abdomen: blando y depresible, sensibilidad en la zona del colon sigmoide, ruidos hidroaéreos aumentados.

Diagnóstico:

1. Enfermedad diarreica aguda.
2. Síndrome emético

Caso Clínico 04:

Niño de 4 años es llevado por sus padres a la sala de emergencias del Instituto Nacional de Salud del Niño, presentando síntomas de fiebre, tos y congestión nasal de 3 días de evolución. Los padres reportan que la fiebre ha sido intermitente, con picos de 38.5 °C, y que el niño ha estado más irritable de lo habitual.

Antecedentes personales: Nacido a término, con vacunación completa para su edad, sin antecedentes de hospitalizaciones ni enfermedades crónicas. RAM: niega

Signos vitales: T: 37.8°C, FC: 110 lpm, FR 24 rpm, Sat: 98 %

Examen físico:

Piel y anexos: Hidratada y elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Cabeza: Normocéfalo, sin deformidades ni lesiones.

Ojos: Conjuntivas normales, sin secreción ni inyección conjuntival.

Nariz: Secreción nasal de aspecto seromucoso, sin epistaxis ni deformidades.

Boca: Mucosas húmedas, sin lesiones ni placas. Amígdalas no inflamadas.

Oídos: Conducto auditivo externo sin secreción ni eritema. Membrana timpánica íntegra y sin abombamiento.

Cuello: Sin adenopatías ni masas palpables.

Tórax y pulmones: Amplexación conservada, simétrico, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos.

Abdomen: Blando, depresible, sin dolor a la palpación ni visceromegalias.

Diagnóstico:

1. rinofaringitis aguda de etiología viral.

Rotación en Ginecología y Obstetrícia

La rotación por Ginecología y Obstetricia fue una de las más productivas en la formación como médicos debido a la oportunidad de ver una gran cantidad de gestantes y no con diversas patologías que llegaban tanto a consulta externa como al servicio de emergencias. Además de tener la oportunidad de atender trabajos de partos, experiencia de gran valor para nuestra carrera como médicos.

Caso clínico 1:

Ingresa a emergencia la paciente gestante de 34 semanas de iniciales MLP, de 28 años de edad, G1P001, refiriendo dolor abdominal tipo cólico, cefalea intensa y visión borrosa

Antecedentes: Hipertensión arterial no controlada.

RAM: niega

Medicación actual: auto medicada con enalapril solo cuando presenta cefalea.

Signos vitales: PAI: 165/100, FC: 95 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.8 °C, Sat: 98 %

Examen físico,

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg.

TCSC: edema ++/+++ en miembros inferiores

TyP: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Abd: epigastrio doloroso a la palpación.

SNC: LOTEPE, G 15/15

Diagnóstico:

1. Gestante de 34 semanas

2. No trabajo de parto
3. Hipertensión crónica
4. Preeclampsia severa.

Caso clínico 2:

Paciente, mujer de 27 años, gestante de 40 semanas, primípara, acude a emergencias en trabajo de parto. La paciente refiere dolor tipo contracción intenso y pérdida de líquido, niega pérdida de sangre, al evaluar frecuencia cardiaca fetal se encuentra dentro del rango de normalidad.

Antecedentes: sin antecedentes de importancia. RAM: niega

Signos vitales: T: 36.5 °C, FC: 108 lpm, FR: 22 rpm, PA: 110/70, Sat: 98 %.

Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 seg

TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Abd: Útero grávido, RHA (+), feto en posición podálica

TV: Dilatación completa, I: 80 %, membranas íntegras, pelvis adecuada para parto vaginal

SNC: LOTEP, G15/15

Diagnóstico:

1. Gestante de 40 semanas por ecografía del 1er trimestre
2. Trabajo de parto fase activa

Caso cClínico 3:

Mujer de 68 años acude al servicio de urgencias del INMP, derivada de un centro de atención médica de primer nivel, debido a la aparición de molestias en la región pélvica y sensación de presión en el área vaginal de 2 semanas de duración. Además,

refiere incontinencia urinaria de esfuerzo y sensación de evacuación incompleta tras la defecación.

Antecedentes:menarquia a los 12 años, comienzo de relaciones sexuales a los 20 años, G5 P5, con partos vaginales y sin complicaciones en embarazos previos.

Signos vitales: PA 130/85, FC 75 lpm, FR 18 rpm y Sat 98 %.

Examen físico:

Piel y anexos: cálida, hidratada y elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Tórax y pulmones: amplexión conservada, tórax simétrico, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, sin ruidos añadidos.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos.

Mamas: simétricas, blandas e indoloras. No se detectan masas.

Abdomen: blando, depresible, sin masas ni visceromegalias. Ruidos hidroaéreos presentes.

Examen vaginal: prolapso uterino de tercer grado con presencia de cistocele.

Diagnóstico:

1. disfunción del piso pélvico: prolapso uterino de 3er grado más cistocele.

Caso clínico 4:

Mujer de 28 años, gestante de 39 semanas y 4 días, G2P1, acude al servicio de obstetricia del INMP refiriendo dolor tipo contracciones, sin pérdida de líquido ni sangre.

Antecedentes: sin antecedentes de relevancia, refiere más de 5 controles prenatales en centro de salud de su jurisdicción. RAM: niega

Signos vitales: T: 36.9 °C, FC: 100 lpm, FR: 18 rpm, PA: 115/80, Sat: 97 %.

Examen físico

Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos

TyP: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, buena amplexación

Ap. Cardiovascular: RCR, no soplos

Abd: Útero grávido, RHA (+)

TV: Dilatación: 7cm, I: 80%, Ap: -3/-2, membranas íntegras, P: ginecoide.

SNC: LOTEPE, G15/15

Diagnóstico de ingreso:

1. G2 de 39 semanas y 4 días por FUR
2. Trabajo de parto fase activa

Rotación en Medicina Interna

En la rotación de medicina interna recordamos toda la semiología aprendida durante los primeros años de clínicas, pusimos en práctica todos los conocimientos teóricos y farmacológicos adquiridos; si bien en la mayoría de los casos, los pacientes tienen más de un diagnóstico y en ocasiones es más complicado realizar un correcto tratamiento, esto nos ayudó para adquirir la habilidad de prescribir correctamente el o los tratamientos requeridos. Además de la rotación por hospitalización también lo hicimos por el servicio de emergencia y cuidados intermedios.

Hospital Huaycán - Emergencia Medicina Interna

Caso clínico 1: Paciente, varón de 48 años llega a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días aproximadamente, refiere dificultad respiratoria a medianos esfuerzos y sensación de falta de aire, malestar general, tos no productiva, dolor torácico y sensación de alza térmica, niega vómitos, niega diarrea, niega sangrado, niega molestias urinarias.

Antecedentes: Familiar refiere 2 antecedentes quirúrgicos ambos por ACV y nutrición parenteral, refiere medicación habitual pero no recuerda los nombres de los fármacos; niega RAM, niega patologías previas.

Signos vitales: T: 36.7 °C, PA: 76/56, FC: 66 lpm, FR: 52 rpm, SAT: 87 %

Examen físico: AMEG, AMEN, AMEH

Piel y Faneras: pálida, fría, llenado cap > 2 seg, signo de pliegue (+)

TCSC: no edemas

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, no masas visibles ni palpables

Boca: mucosa oral pálida, secas, lesiones visibles en gingiva y lengua.

Ap. Resp.: MV pasa disminuido en HTD, crepitantes basales derechos

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, no soplos

Abd.: B/D, RHA (+), no se aprecian ni palpan masas, no dolor a la palpación profunda ni superficial, no signos peritoneales

G-U: PRU (-), PPL (-)

Ap. Locom.: 4 extremidades con movilidad conservada.

SNC: LOTEPE, no signos meníngeos

Diagnósticos:

1. Insuficiencia Respiratoria Aguda
2. Deshidratación severa
3. d/c neumonía aspirativa
4. d/c IRA vs. IRC
5. d/c trastorno hidroelectrolítico

Caso Clínico 2: Paciente varón de 73 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 horas, refiere dolor abdominal de inicio brusco, también refiere imposibilidad de defecar desde hace 5 días, niega vómitos, niega sensación de alza térmica, niega diarrea, niega sangrado, niega molestias urinarias.

Antecedentes: HTA con tratamiento, niega antecedentes familiares, niega antecedentes quirúrgicos, niega RAMs.

Signos vitales: T: 37 °C, PA: 110/90, FC: 98 lpm, FR: 19 rpm, SAT: 97 %

Examen físico: AREG, AREN, AREH

Piel y Faneras: Tibia, tersa, cálida, llenado cap < 2 seg, signo de pliegue (-)

TCSC: no edemas en miembros inferiores ni superiores

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, no masas visibles ni palpables

Ap. Resp.: MV bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, no soplos

Abd.: distendido, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación superficial, no se palpan masas, no signo peritoneales

G-U: PRU (-), PPL (-)

Ap. Locom.: 4 extremidades con movilidad conservada.

SNC: LOTEP, no signos meníngeos

Diagnósticos:

1. Constipación
2. D/c obstrucción intestinal

Caso clínico 3: Paciente, mujer de 49 años, es traída a emergencia por familiares por trastorno del sensorio, su hija refiere que no responde al llamado y está flácida desde hace 6 horas, “pensamos que se había quedado dormida”, refiere que la paciente presentó molestias urinarias días previos pero no quiso asistir a consulta; niega sensación de alza térmica, niega vómitos, niega diarrea y niega ingesta de sustancias nocivas previo al cuadro.

Antecedentes: Diabetes *Mellitus* tipo 2 con tratamiento irregular desde hace 1 año, HTA con tratamiento irregular, hermana y mamá con diabetes mellitus tipo 2, refiere apendicectomía hace 20 años, niega RAM.

Signos vitales: T: 36.4 °C, PA: 85/60, FC: 65 lpm, FR: 15 rpm, SAT: 96 %, GLU capilar: 23 mg/dL

Examen físico: AmEG, AREN, AREH

Piel y Faneras: Tibia, tersa, cálida, elástica, llenado cap < 2 seg, signo de pliegue (-)

TCSC: no edemas en miembros inferiores ni superiores

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, no masas visibles ni palpables

Ap. Resp.: MV bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, no soplos

Abd.: B/D, RHA (+), no dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales

G-U: PRU (-), PPL (-)

Ap. Locom.: 4 extremidades flácidas, sin movimiento

SNC: no LOTEP, pupilas fotorreactivas e isocóricas, ROTs (+)

Diagnóstico:

1. Hipoglucemia
2. Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada
3. HTA mal controlada
4. D/c trastornos hidroelectrolíticos

5. D/c ITU

Caso clínico 4:

Paciente femenina de 24 años, es traída por su pareja a emergencia refiriendo dolor torácico de moderada intensidad asociado a náuseas y falta de aire, la paciente refiere un tiempo de enfermedad de 30 minutos, el inicio fue brusco y ocurrió luego de enterarse que su menor hijo sufrió un accidente automovilístico en la movilidad de su escuela; niega sensación de alza térmica, niega vómitos, niega diarrea y niega síntomas urinarios.

Antecedentes: pareja de la paciente refiere que estuvo en terapia psicológica hace 1 año por cuadro de depresión leve, niega antecedentes quirúrgicos, niega RAM.

Signos vitales: T: 36.8 °C, PA: 115/99, FC: 120 lpm, FR: 22 rpm, SAT: 99 %

Examen físico: AREG, AREN, AREH

Piel y Faneras: Tibia, tersa, cálida, elástica, llenado cap < 2 seg, signo de pliegue (-)

TCSC: no edemas en miembros inferiores ni superiores

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, no masas visibles ni palpables

Ap. Resp.: no dolor a la palpación de parrilla costal, MV bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, acelerados, no soplos

Abd.: B/D, RHA (+), no dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales

G-U: PRU (-), PPL (-)

Ap. Locom.: 4 extremidades flácidas, sin movimiento

SNC: LOTEP, pupilas fotoreactivas e isocóricas, ROTs (+), no signos meníngeos

Diagnóstico:

1. D/c IAM
2. D/c Trastorno de ansiedad

Rotación en Cirugía General y Traumatología

Durante la rotación de Cirugía y Traumatología pudimos practicar habilidades adquiridas así como el manejo de emergencias, realizar procedimientos y asistir en la cirugías; por otro lado, al realizar las historias clínicas y evaluaciones pertinentes a los paciente, aprendimos a diferenciar emergencias que requieren manejo quirúrgico o médico. A continuación, presentamos los casos clínicos vistos con mayor frecuencia en nuestro establecimiento de salud.

Hospital Huaycan - Emergencia cirugía y traumatología

Caso clínico 1: Paciente, varón de 13 años, llega a emergencia traído por el profesor luego de sufrir una caída durante el recreo, el menor refiere dolor en zona occipital de la cabeza, además refiere tener "sueño" y náuseas luego del golpe; niega SAT, niega agresión y niega sangrado nasal, niega vómitos, niega convulsiones y niega pérdida de conocimiento.

Antecedentes: niega cirugías previas, niega RAMs, niega patologías

Signos vitales: T: 36.5 °C, PA: 97/83, FC: 115 lpm, FR: 21 rpm, SAT: 98 %

Examen físico: AREG, AREN, AREH

Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado cap < 2 seg

TCSC: no edemas en miembros inferiores ni superiores

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, se observa herida con sangrado activo moderado en región occipital de 5 cm aproximadamente, con bordes irregulares, se palpa tejido óseo irregular.

Ap. Resp.: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, acelerados, no soplos

Abd.: B/D, RHA (+), no dolor a la palpación superficial ni profunda, no signos peritoneales

G-U: PRU (-), PPL (-)

Ap. Locom.: moviliza las 4 extremidades

SNC: LOTEP, pupilas fotoreactivas e isocóricas, tendencia al sueño, EG: 14/15

Diagnóstico:

1. TEC leve
2. Herida en cuero cabelludo
3. D/c Fractura de cráneo

Caso clínico 2: Paciente, femenina de 63 años es traída a emergencia por bomberos luego de sufrir accidente de tránsito, la paciente refiere mucho dolor abdominal y torácico, dificultad para respirar, imposibilidad para movilizar mmii derecho, pérdida de conciencia al momento del accidente por unos 10 minutos, niega náuseas, niega sangrado y niega vómitos.

Antecedentes: HTA con tratamiento, DM2 con tratamiento, niega cirugías previas, niega RAMs.

Signos vitales: T: 37.2 °C, PA: 93/71, FC: 120 lpm, FR: 25 rpm, SAT: 96 %

Examen físico: AMEG, AREN, AREH

Piel y Faneras: Tibia, elástica, llenado cap < 2 seg, signo de pliegue (-)

TCSC: no edemas en miembros inferiores ni superiores

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, no se palpan ni observan masas

Ap. Resp.: A la percusión timpanismo del HTD, MV abolido en HTD, no ruidos agregados

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, acelerados, no soplos

Abd.: levemente distendido, doloroso a la palpación profunda, se observan 2 equimosis, una en la región periumbilical y la segunda en el flanco derecho

G-U: PRU (-), PPL (-)

Ap. Locom.: moviliza 2 extremidades inferiores con dificultad y dolor, mmii derecho acortado y rotación externa, hematoma en cara lateral de muslo derecho y región glútea del mismo lado, moviliza las 2 extremidades superiores con normalidad

SNC: LOTEPE, pupilas fotorreactivas e isocóricas, EG: 13/15

Diagnóstico:

1. Policontusa
2. Trauma abdominal cerrado
3. D/c Neumotórax derecho
4. D/c Fractura de cadera derecha
5. D/c fractura de fémur derecho

Caso clínico 3: Paciente, mujer de 4 años, es traída por su abuela a emergencia, familiar refiere que le cayó una olla de agua hervida en la mitad inferior de la cara, cuello y pecho de la menor; refiere mucho dolor, llanto inconsolable, niega náuseas, niega vómitos, niega pérdida de conciencia.

Antecedentes: Niega patologías, niega cirugías previas, niega RAM

Signos vitales: T: 36.5 °C, PA: 99/70, FC: 112 lpm, FR: 22 rpm, SAT: 98 %

Examen físico: AREG, AREN, AREH

Piel y Faneras: se observan ampollas de 1x2 cm aproximadamente en región cervical y tórax anterior de la paciente, también se observa ropa de la menor adherida a menton y cuello anterior; piel expuesta, eritematosa, no secretora, dolorosa a la palpación.

TCSC: no edemas en miembros inferiores ni superiores

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, no se palpan ni observan masas

Ap. Resp.: tórax anterior cubierto por ropa de la menor, adherida a plano superficial de la piel, MV pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, no soplos

Abd.: se observa piel eritematosa, sin ampollas, B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación.

G-U: PRU (-), PPL (-)

Ap. Locom.: moviliza las 4 extremidades con normalidad

SNC: LOTEP, pupilas fotorreactivas e isocóricas, EG: 15/15.

Diagnóstico:

1. Quemadura de 2do grado superficial

Caso clínico 4: Paciente de 20 llega a emergencia luego de sufrir un accidente en moto lineal, refiere dolor intenso y aumento de volumen en tobillo y pie izquierdo, imposibilidad para deambular y movilizar la articulación del lado afectado, niega náuseas, niega vómitos, niega pérdida de conciencia y niega contusión en otra parte del cuerpo.

Antecedentes: niega patologías, niega cirugías previas, niega RAM.

Signos vitales: T: 37 °C, PA: 120/90, FC: 118 lpm, FR: 20 rpm, SAT: 99 %

Examen físico: AREG, AREN, AREH

Piel y Faneras: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar > 2 seg en mmii izquierdo, coloración violácea en zona distal del mmii izquierdo

TCSC: aumento de volumen y cambio de coloración en pierna y pie izquierdo, dolor, aumento de temperatura y rigidez a la palpación de la zona afectada, no edemas en miembros superiores

Cabeza y Cuello: normocéfalo, simétrico, no se palpan ni observan masas

Ap. Resp.: MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados

Ap. CV.: RCR, buena intensidad, no soplos

Abd.: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación, no signos peritoneales

G-U: PRU (-), PPL (-)

Ap. Locom.: moviliza las 3 extremidades con normalidad, mmii izquierdo con limitación del movimiento.

SNC: LOTEP, pupilas fotoreactivas e isocóricas, EG: 15/15.

Diagnóstico:

1. Síndrome compartimental
2. D/c fractura de tobillo izquierdo
3. D/c fractura de tibia y peroné izquierdos

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Los autores del presente trabajo realizaron cinco meses de internado en los establecimientos de salud mencionados, ya que los otros meses fueron ejecutados en establecimientos de primer nivel de atención; esto debido a los lineamientos que emitió el Ministerio de Salud previo al inicio del internado médico a nivel nacional.

El INMP es un hospital fundado el 10 de octubre de 1826 inicialmente con el nombre de “Casa de la Maternidad de Lima” por el Mariscal Don Andrés de Santa Cruz cuyo objetivo era asistir a las mujeres pobres en su labor de parto además de formar parteras (3). Actualmente, es un hospital de referencia ubicado en el Cercado de Lima, que se especializa en la atención de la salud materna, perinatal y neonatal (3). Es el principal centro de referencia en el país en estas áreas; tiene una extensión de terreno de alrededor de 11,000 metros cuadrados y está clasificado como un establecimiento de salud de nivel III-2; esto significa que proporciona atención especializada en áreas específicas de la salud y tiene la capacidad de realizar procedimientos complejos; además, el INMP cuenta con unidades de cuidados intensivos neonatales y obstétricos para brindar atención de alta complejidad en estas áreas (3). En este hospital, se llevaron a cabo las rotaciones de Ginecología y Obstetricia y Neonatología, el horario de actividades duraba, en promedio, 8 horas diarias o 12 si se realizaba la guardia diurna.

El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) fue inaugurado el 1 de noviembre de 1929 inicialmente con el nombre “Julia Swayne de Leguía” con el presidente Augusto B. Leguía (4). En la actualidad, es un centro hospitalario de referencia ubicado en el distrito de Breña en la ciudad de Lima; el INSN está especializado en la atención de la salud de niños y es reconocido como uno de los principales centros de referencia en el país en esta área (4).

Con una extensión de terreno de aproximadamente 18 000 metros cuadrados, está categorizado como un establecimiento de salud de nivel III-2, lo que significa que brinda atención especializada en áreas específicas y tiene la capacidad de realizar procedimientos complejos; cuenta con unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, y con un equipo de profesionales altamente capacitados en áreas como Pediatría, Neonatología, Cirugía, entre otras (4).

Además de la atención hospitalaria, también se dedica a la investigación y a la formación de profesionales de la salud; en este hospital se lleva a cabo la rotación de Pediatría y tiene como ventaja el contar con un gran número de especialidades, incluyendo un servicio de emergencia (4). Los horarios de actividades del internado suelen ser de turnos de 8 horas aproximadamente o 12 en el caso de guardias diurnas.

El Hospital de Huaycán, ubicado en el distrito de Ate a la altura de kilómetro 00 de la carretera central, inició como un puesto de salud en un local en el año 1984; con el pasar del tiempo fue aumentando la demanda, con ello el nivel de complejidad y el número de profesionales de la salud que acudían a prestar sus servicios (5). Como servicios que ofrece el hospital, en la actualidad, tenemos a Pediatría, Medicina, Ginecología y Obstetricia y Cirugía y Traumatología, cada uno de ellos con su perspectiva área de hospitalización, emergencia y consultorio externo; además cuenta con consultorio externo de ciertas especialidades como Neumología, Psiquiatría, Medicina Física, entre otros. (5) Los horarios del internado médico varían según la especialidad de rotación, generalmente se realizaban turnos de 6 y 12 h, acompañado de guardias nocturnas sobre todo en emergencia.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en Pediatría

Caso clínico 1:

Tratamiento:

Ante la sospecha de una infección gastrointestinal, se realiza:

- Radiografía abdominal: muestra signos de distensión gástrica e intestinal.
- Se inicia tratamiento con hidratación y antibióticos de amplio espectro, mientras se espera el resultado del cultivo de heces.

Evolución:

La paciente evoluciona satisfactoriamente en las próximas 48 horas, con resolución del dolor abdominal y mejoría en el estado general. El cultivo de heces muestra la presencia de *Salmonella typhi*, confirmando el diagnóstico de fiebre tifoidea.

La paciente es dada de alta con indicaciones de seguimiento y completar el tratamiento con antibióticos por vía oral.

Comentario:

La salmonelosis es una infección bacteriana que puede ser adquirida por el consumo de alimentos contaminados, especialmente carne de ave, huevos y productos lácteos. Los síntomas comunes de la enfermedad incluyen fiebre, diarrea, dolor abdominal y náuseas (6) .

En esta patología es importante evaluar el grado de deshidratación y aplicar el plan correspondiente:

- Plan A: para prevenir la deshidratación
- Plan B: para tratar la deshidratación
- Plan C: para tratar la deshidratación grave con o sin shock (7).

Caso clínico 2:

Tratamiento:

- Terapia de rescate con salbutamol inhalado mediante cámara espaciadora.

- Se administra corticoide oral

Evolución:

se observa mejoría clínica progresiva, por lo que se decide dar de alta a la paciente con recomendaciones de continuar con los medicamentos prescritos y seguimiento ambulatorio por consulta externa

Comentario:

La crisis asmática es un episodio agudo de dificultad respiratoria en el que se produce una obstrucción de las vías respiratorias debido a la inflamación y constricción de los bronquios. Es una condición que afecta a millones de personas en todo el mundo y puede ser potencialmente mortal si no se trata adecuadamente (8).

La presentación clínica de la crisis asmática puede variar, pero en general, los síntomas incluyen dificultad respiratoria, sibilancias, tos y opresión torácica. Estos síntomas pueden empeorar rápidamente y conducir a una insuficiencia respiratoria si no se tratan de manera oportuna (8).

En cuanto al tratamiento, al tratarse de una crisis moderada, se puede aplicar 6 a 8 pulsaciones de salbutamol con cámara cada 20 minutos hasta 3 dosis o nebulización de salbutamol 0.15mg/kg cada 20 minutos hasta 3 dosis. (9) Se realiza una reevaluación del paciente a los 15 minutos tras la última dosis, de presentar mejoría se puede dar de alta con SABA a demanda y una dosis de prednisona de 1 mg/kg por unos 3 a 5 días (9).

Caso clínico 3:

Tratamiento:

- Se le prescribe al niño un tratamiento con suero de rehidratación para prevenir la deshidratación y medir la tolerancia oral.
- Se coloca al paciente en observación durante una hora.

Evolución:

Pasado este tiempo, el paciente tolera bien la vía oral, motivo por el cual se le da de alta con indicaciones a la madre para seguir con el tratamiento en casa y en caso se presente algún signo de alarma pueda regresar al servicio de emergencia.

En las enfermedades diarreicas agudas, es importante valorar el grado de deshidratación que presenta el paciente. En el caso clínico, al tener un grado de deshidratación muy leve se puede iniciar tolerancia oral con un suero de rehidratación oral con una dosis de 1ml/kg hasta un máximo de 50 ml (Anexo 2). En caso tolere bien la vía oral el paciente puede irse de alta con indicaciones (Ministerio de Salud (2022) (10).

Caso Clínico 04:

Tratamiento:

- tratamiento sintomático: paracetamol para el control de la fiebre y la irritabilidad
- solución salina nasal para mejorar la congestión
- mantener la hidratación
- medidas generales como descanso y aumento en la ingesta de líquidos.

Se aconseja a los padres estar atentos a signos de alarma como dificultad respiratoria, fiebre alta persistente o empeoramiento del estado general del niño, indicándose que, en caso de presentarse, deberán acudir nuevamente a la consulta médica. Se les cita por consulta externa para hacerle seguimiento al paciente.

La rinofaringitis, también conocida como resfriado común, es una infección viral muy común en la infancia. Se caracteriza por síntomas como congestión nasal, secreción nasal, tos y fiebre baja. En la mayoría de los casos, la rinofaringitis es una enfermedad autolimitada y se resuelve en pocos días sin necesidad de tratamiento específico.

El tratamiento de la rinofaringitis en niños se enfoca en aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. Algunas medidas incluyen mantener al niño hidratado, administrar paracetamol o ibuprofeno para reducir la fiebre y el dolor, y limpiar la secreción nasal con suero fisiológico (11).

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 1:

Tratamiento:

- Se decide hospitalizar a la paciente
- iniciar protocolo de sulfato de magnesio
- Pruebas de preeclampsia para posterior reevaluación.
- Se inicia tratamiento antihipertensivo con nifedipino y labetalol.

Exámenes auxiliares:

TGO en 132 U/L, TGP en 142 U/L, LDH en 1020 U/L, creatinina en 1.32 mg/dl, urea en 52 mg/dl, proteinuria +++/+++, plaquetas en 140 000 mm³, leucocitos en 14 200 mm³, hemoglobina en 11.8 gr/dl, glucosa en 138, BT en 0.73 mg/dl y BD en 0.27 mg/dl.

Evolución:

La presión arterial continúa elevada a pesar de la terapia antihipertensiva instaurada. Dada la gravedad de la situación, se decide interrumpir la gestación mediante una cesárea segmentaria transversa. Durante la intervención, se observa un útero grávido con superficie irregular, por presencia de múltiples miomas en cara anterior, siendo el de mayor dimensión de 5x4 cm, líquido amniótico claro y placenta normoinserta, con recién nacido femenino de 1830 gramos, talla 44 cm, Apgar 7 y 9 al minuto y a los 5

minutos respectivamente, con edad gestacional de 34 semanas por Capurro. Se registra una pérdida de sangre estimada en 700 cc.

Posteriormente, se realiza la reparación uterina correspondiente y se brinda cuidado postoperatorio a la paciente. Se mantiene tratamiento antihipertensivo con nifedipino y labetalol, además de sulfato de magnesio por 24 horas para prevenir convulsiones.

La paciente evoluciona favorablemente, hemodinámicamente estable, y se da de alta con indicaciones para cuidado de la herida operatoria, control de la presión arterial en el hogar y seguimiento ambulatorio con el servicio de obstetricia y cardiología.

Comentario:

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por hipertensión y daño en órganos, como el hígado y los riñones, que se presenta en mujeres después de la semana 20 de gestación (12).

La preeclampsia puede manifestarse con síntomas como hipertensión (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg en al menos dos mediciones separadas por cuatro horas) proteinuria (≥ 300 mg de proteína en orina en 24 horas), edema repentino en cara, manos y pies, dolor en la parte superior derecha del abdomen, cefalea intensa, alteraciones visuales (12).

El diagnóstico de preeclampsia se basa en la presencia de hipertensión y proteinuria. Si no se puede realizar un examen de orina de 24 horas, se puede utilizar la relación proteína-creatinina en una muestra aislada de orina como sustituto (13). Además, se deben realizar pruebas de laboratorio para evaluar el daño a órganos, incluyendo pruebas de función hepática, recuento plaquetario, creatinina y ácido úrico. Por otro lado, la ecografía y el Doppler pueden ayudar a evaluar el bienestar fetal (13).

El tratamiento definitivo de la preeclampsia es la interrupción del embarazo, ya sea mediante parto inducido o cesárea (14). Sin embargo, el manejo de la preeclampsia puede variar según la severidad y la edad gestacional. En los casos de preeclampsia leve, el manejo es expectante con reposo, monitoreo fetal y control estricto de la presión arterial. (14) En casos más graves, se puede administrar sulfato de magnesio para prevenir convulsiones y corticoides para acelerar la maduración pulmonar fetal. Además, se debe controlar la presión arterial con antihipertensivos como metildopa, labetalol o nifedipino (14) .

Caso clínico 2:

Tratamiento:

- Se ordenó subir a centro obstétrico para atención de parto vaginal institucional

Evolución:

Después de varios intentos de parto, el personal médico nota que la frecuencia cardíaca fetal comienza a descender y que la paciente presenta signos de fatiga.

Se toma la decisión de realizar una episiotomía para facilitar el parto. El personal médico trabaja rápidamente y logra extraer al feto sin complicaciones. El recién nacido es un varón de 3,4 kg con una puntuación de Apgar de 9/10. Finalmente se realiza episiorrafia y se controla sangrado.

Después del parto, se realiza una revisión de la placenta y se determina que está completa. Se hace la evaluación puerperal de la paciente donde se determina que el útero se ha contraído adecuadamente y signos de paciente se encuentran estables. El médico asistente da la orden de pasar al piso de hospitalización.

Habiendo pasado 24 horas del parto, durante la evaluación la paciente se encuentra recuperada, el útero ha contraído satisfactoriamente y se encuentra con anemia leve; sin embargo, se encuentra hemodinámicamente estable y sin ningún signo de alarma por lo que se le da de alta con medicación de sulfato ferroso y un método anticonceptivo debido a su deseo de no tener más descendencia.

Comentario:

La atención del parto institucional se puede dividir en general en los siguientes puntos:

- Admisión y valoración inicial: Al llegar a la institución, se realiza una evaluación inicial de la madre y el feto, incluyendo antecedentes médicos y obstétricos, registro de contracciones, frecuencia cardíaca fetal, examen vaginal para determinar la dilatación y el borramiento del cuello uterino y la posición del feto (15)
- Monitoreo fetal: Durante el trabajo de parto, se monitorea la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas para evaluar el bienestar del feto y el progreso del parto (15).
- Manejo del dolor: Se ofrece a la madre opciones para el manejo del dolor, como métodos no farmacológicos (ejemplo: técnicas de relajación, masajes, uso de agua caliente) o farmacológicos (analgésicos, anestesia epidural) (15).
- Etapa activa del parto: Se acompaña a la madre durante las contracciones y se le brinda apoyo emocional y físico, fomentando la movilización y la adopción de posiciones cómodas (15).
- Etapa de expulsión: Cuando el cuello uterino esté completamente dilatado (10 cm), se inicia la etapa de expulsión, en la cual se guía a la madre a realizar pujos durante las contracciones para ayudar al descenso y salida del bebé (15).
- Nacimiento del bebé: Se asiste al bebé durante su salida del canal de parto y se realiza el pinzamiento y corte del cordón umbilical según las recomendaciones actuales (15).

- Atención inmediata al recién nacido: Se evalúa al recién nacido según la escala de Apgar y se realizan intervenciones iniciales, como la estimulación táctil, la aspiración de secreciones, la colocación en contacto piel a piel con la madre y el inicio temprano de la lactancia materna (15).
- Etapa de alumbramiento: Se espera a que la placenta se desprenda y se expulse espontáneamente o se puede administrar medicación para facilitar su salida (15).
- Evaluación final y alta: Se realiza una evaluación final de la madre y el bebé, asegurando que ambos estén en buenas condiciones de salud antes del alta hospitalaria (15).

Caso clínico 3:

Tratamiento:

- Se solicita una ecografía pélvica y urodinamia para evaluar el compromiso de órganos pélvicos y esfínter.
- Se decide realizar una reparación de piso pélvico (colporrafia anterior).

Evolución:

Luego del procedimiento la paciente es dada de alta y se le indica una cita control por consulta externa.

Comentario:

La distopía genital, también conocida como prolapso de órganos pélvicos, es una condición en la que los órganos pélvicos (útero, vejiga, recto y/o vagina) descienden debido a la debilidad del soporte de los tejidos y músculos del suelo pélvico. (16) El prolapso se clasifica en grados según su severidad, siendo el grado 3 uno de los más

avanzados, en el que el órgano prolapsado sobresale más de 1 cm por fuera del introito vaginal en reposo (16).

En el caso de una distopía genital grado 3, la paciente puede presentar síntomas como una sensación de masa o bulto en la vagina, dolor pélvico, dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), incontinencia urinaria o de heces, estreñimiento, dificultad para orinar y/o sensación de evacuación incompleta (16).

El tratamiento de la distopía genital grado 3 puede ser conservador o quirúrgico, dependiendo de la severidad de los síntomas y las preferencias de la paciente (16). La colpografía anterior es una de las técnicas quirúrgicas utilizadas en casos de prolapso anterior, como el cistocele (descenso de la vejiga hacia la vagina) (16). Esta intervención consiste en el reposicionamiento y refuerzo de la pared vaginal anterior mediante la sutura de los tejidos debilitados, con el objetivo de restaurar la anatomía y función normales de la vagina y los órganos pélvicos (16).

Caso clínico 4:

Tratamiento:

- Chance para parto vaginal institucional.

Evolución:

El trabajo de parto progresa adecuadamente, y la paciente da a luz a un neonato de sexo masculino, con un peso de 3.4 kg y un Apgar de 8 y 9 a los 1 y 5 minutos, respectivamente. Sin embargo, después de la expulsión de la placenta, se observa que la paciente presenta sangrado vaginal abundante y persistente, con un útero blando y poco contraído a la palpación.

Ante la sospecha de atonía uterina, se inicia el manejo activo del tercer estadio del parto:

- Administración de oxitocina intravenosa (10 UI) inmediatamente después del parto para favorecer la contracción uterina.
- Masaje uterino bimanual para estimular la contracción del útero y disminuir el sangrado.

A pesar de estas intervenciones, el sangrado continúa y la atonía uterina persiste. Se decide escalar el manejo farmacológico: administración de misoprostol (800 mcg) para aumentar el tono uterino más administración de ergometrina (0.2 mg). Con estas medidas, el sangrado disminuye notablemente y el útero se contrae adecuadamente. Se realiza una exploración bimanual para descartar retención de restos placentarios y se confirma que el útero está vacío.

La paciente es monitoreada para asegurar que el sangrado se mantenga controlado y que el útero siga contraído. Se administra transfusión de sangre para compensar la pérdida sanguínea y prevenir complicaciones asociadas a la anemia.

Finalmente, la paciente se recupera satisfactoriamente y es dada de alta junto a su recién nacido a los tres días del parto, con indicaciones para acudir a consulta de control postparto y signos de alarma a tener en cuenta.

Comentario:

La atonía uterina es una de las principales causas de hemorragia postparto y se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del parto, lo que puede llevar a una pérdida excesiva de sangre. (17) Las causas de la atonía uterina incluyen factores predisponentes como parto prolongado, parto rápido, embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, uso de medicamentos útero relajantes como el sulfato de magnesio, y antecedentes de atonía uterina. (17) La atonía uterina se manifiesta por un útero flácido y no contraído después del parto, acompañado de una hemorragia vaginal persistente y, en ocasiones, una cantidad excesiva de sangre acumulada en la cavidad uterina. (17) El tratamiento de la atonía

uterina se basa en el manejo activo del tercer estadio del parto y la adopción de medidas específicas para promover la contracción uterina y controlar la hemorragia. (17)

De presentarse, se pueden aplicar las siguientes medidas (anexo 1):

- Masaje uterino: La aplicación de un masaje uterino vigoroso y constante puede ayudar a estimular la contracción del útero y reducir la hemorragia.
- Medicamentos uterotónicos: La administración de medicamentos que favorecen la contracción uterina, como la oxitocina, el misoprostol o la ergometrina (18).
- Compresión bimanual: Si la hemorragia persiste a pesar de las medidas anteriores, se puede realizar una compresión bimanual del útero (18).
- Taponamiento uterino con dispositivos como el balón de Bakri o el uso de gasas (18).
- Intervenciones quirúrgicas si las medidas anteriores no logran controlar la hemorragia. Se pueden considerar intervenciones quirúrgicas, como la ligadura de las arterias uterinas o la histerectomía de urgencia (18).

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico 1:

Plan de trabajo:

1. colocar monitor
2. O2, 5 L con mascarilla venturi
3. NaCl 0.9% 1000 cc EV, XXX gotas por minuto
4. SS radiografía simple de tórax PA
5. SS hemograma, creatinina, urea, examen completo de orina y electrolitos
6. SS análisis de gases arteriales (AGA)

La neumonía es causada por la inflamación aguda a nivel pulmonar y está a su vez debido a una infección, la causa bacteriana más frecuente es por *streptococcus pneumoniae* y causa viral el COVID-19. (19) El caso presentado nos relata una neumonía adquirida en la comunidad (NAC) o también llamada extrahospitalaria, la sintomatología incluye malestar general, escalofríos, rigidez, fiebre, tos, disnea y dolor torácico (19).

Para realizar un diagnóstico oportuno, debemos primero saber la edad del paciente, posterior a ello solicitar una radiografía de tórax en la cual vamos a poder apreciar un patrón algodonoso en el lugar de la infección, también solicitamos análisis de sangre y marcadores de inflamación. (19) El tratamiento va a depender del estado en la que se encuentre el paciente, ya que vamos a saber si se le da un tratamiento ambulatorio, hospitalario o en cuidados intensivos; el tratamiento aparte de incluir antibióticos, incluye analgésicos y oxígeno si fuera necesario (19).

Caso clínico 2:

Plan de trabajo:

1. SS radiografía simple de abdomen de pie
2. colocación de enema
3. solicitar SNG, colocación si fuera necesario

Las diferentes causas de constipación son multifactoriales, se dividen en primarias y secundarias; en la primaria hay una alteración de la función colónica y/o anorrectal y en la secundaria es debido a diferentes condiciones médicas y al uso de medicamentos (20). En la anamnesis, es importante preguntar las características de las heces, así como también los síntomas asociados que se presenten; los signos de alarma como la baja de peso sin intención, sangre en las deposiciones, anemia, cambio brusco del hábito intestinal luego de los 50 años, dolor abdominal significativo

e historia familiar de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal, estos nos indican realizar más estudios al paciente y descargar diferentes patologías (20).

La obstrucción intestinal es una alteración mecánica significativa o la detención completa del tránsito intestinal, esta obstrucción se acompaña de dolor abdominal tipo cólico, vómitos y ausencia de flatos (21). Para el correcto diagnóstico de la obstrucción intestinal debemos pedir una radiografía simple de abdomen de pie, en el cual observaremos las asas intestinales distendidas, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en la ampolla rectal; su tratamiento se basa en aspiración mediante sonda nasogástrica, líquidos EV y antibióticos en caso se sospecha de isquemia intestinal (21).

Caso clínico 3:

Plan de trabajo:

1. Dextrosa 33 %, 5 ampollas EV en bolo
2. NaCl 0.9 % 1000 cc EV, XXX gotas por minuto
3. O2 a demanda por mascarilla de venturi
4. SS hemoglucotest control
5. SS creatinina, urea, examen completo de orina y electrolitos
6. SS análisis de gases arteriales (AGA)

La hipoglucemia es una de las complicaciones más frecuentes del tratamiento farmacológico de la diabetes con hipoglucemiantes (22). Los síntomas y signos más frecuentes son náuseas, sudoración, calor, temblor, palpitaciones hambre y parestesias, a nivel encefálico causa cefaleas, visión borroso, confusión, convulsiones y coma; en adultos mayores el estado hipoglucemia puede causar síntomas similares a las de un ictus, IAM o muerte súbita (22).

En el caso presentado la paciente se encuentra en una hipoglucemia nivel 3, es decir, la persona requiere asistencia de otra debido a una alteración del estado mental y/o físico. El tratamiento se puede administrar por vía oral con alimentos azucarados, o por vía endovenosa con dextrosa (22).

La hipertensión arterial es la elevación de manera sostenida de la presión sistólica mayor o igual a 130 en reposo o la diastólica mayor o igual a 80 en reposo (23). Existen 2 tipos de hipertensión arterial, secundaria y primaria, la última es la más frecuente, generalmente no aparecen síntomas graves, sin embargo, en caso no se cuente con un tratamiento oportuno las complicaciones implican mayor riesgo a IAM, ACV, etc. (23).

El tratamiento de la HTA implica cambios en el estilo de vida y fármacos como diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores del receptor de angiotensina II y bloqueantes de los canales de calcio (23).

Caso clínico 4:

Plan de trabajo:

1. SS electrocardiograma
2. SS troponinas

El infarto agudo al miocardio junto con la angina inestable constituye el llamado síndrome coronario agudo; el IAM incluye elevación o no del segmento ST en el electrocardiograma, identificar la presencia de estos cambios es de fundamental importancia para el correcto y oportuno tratamiento. (24) El electrocardiograma y la clínica también nos ayudan a saber el lugar del infarto, un infarto de ventrículo derecho se produce por oclusión de la arteria coronaria derecha o circunfleja izquierda dominante, en un infarto inferoposterior podemos visualizar aumento de volumen

venoso yugular y los infartos anteriores son más grandes y de peor pronóstico, ay que, hay una obstrucción de la arteria descendente anterior (24).

El paciente con IAM presenta dolor precordial opresivo, el cual irradia al brazo, cuello, mandíbula y hombro izquierdo; el tratamiento farmacológico se realiza con antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, antianginosos, etc. (24).

La ansiedad es un estado emocional estresante y displacentero, que provoca nerviosismo y desasosiego. (25) Los síntomas suelen aparecer de manera brusca por un factor estresante y puede durar minutos u horas; de manera crónica puede llevar a una depresión moderada o severa; es importante descartar otras patologías asociadas a los síntomas y signos que presentan los pacientes, su tratamiento suelen ser benzodiazepinas, ISRS y psicoterapia conjunta (25).

Rotación en Cirugía General y Traumatología

Caso clínico 1:

Plan de trabajo:

1. Limpieza y sutura de la herida
2. Diclofenaco 75 mg IM STAT
3. NaCl 0.9% 1000cc EV, XXX gts por minuto
4. SS radiografía de cráneo
5. SS TAC cerebral sin contraste

El traumatismo encéfalo craneano se sospecha con la clínica que presenta el paciente, luego de algún traumatismo y se confirma con los exámenes de imagen que se solicitan, radiografías y/o tomografía (26). Las causas más frecuentes incluyen las caídas, sobre todo en adultos mayores y niños; los accidentes automovilísticos o en

cualquier medio de transporte son una de las causas más frecuentes, también tenemos a los traumatismos causados por agresión y/o actividades deportivas (26).

En el caso clínico presentado, la primera medida es la correcta limpieza y sutura de la herida, posterior a ello se le indica un analgésico para disminuir el dolor que presenta, así mismo se le solicita una radiografía y tomografía para observar si hay daño óseo o cerebral debido al traumatismo. Las fracturas de cráneo pueden ser lineales, deprimidas o conminutas, en su mayoría se presenta una fractura de tipo lineal sin compromiso neurológico, sin embargo, si lo hubiera nos indica que hay un mayor riesgo de hematomas intracraneales (26).

Inicialmente debemos realizar una evaluación usando la escala de Glasgow para catalogar la gravedad del TEC, luego del resultado de la tomografía podremos evidenciar algún daño a nivel cerebral; sin embargo, la sintomatología nos puede orientar, por ejemplo cuando hay presencia de un hematoma epidural, los síntomas más frecuentes son cefalea, disminución del nivel de conciencia y déficit neurológico focal; en cambio, en los hematomas subdurales predominan la cefalea, convulsiones, hemiparesia, aumento de la PIC, asimetría de pupilas, etc. (26) El pronóstico de los pacientes que sufren de un TEC leve generalmente es bueno, la recuperación es rápida y la mortalidad es muy baja; en el caso del paciente se debe hacer una TAC sin contraste control luego de las 12 o 24 horas del accidente, debido a las náuseas y tendencia al sueño que presenta, debemos también vigilar constantemente si se agrega algún signo o síntoma de riesgo, causando el empeoramiento del paciente (26).

Caso clínico 2:

Plan de trabajo:

1. Trauma Shock
2. Monitor con signos vitales

3. O2 a demanda con mascarilla de venturi
4. NaCl 0.9% 1000cc EV, XXX gts por minuto
5. diclofenaco 75 mg + ketoprofeno 100 mg EV
6. Eco Fast abdominal
7. Inmovilizar extremidades inferiores y cadera
8. SS radiografía de tórax PA
9. SS radiografía de cadera derecha
10. SS radiografía de pelvis
11. SS radiografía de fémur derecho

El abdomen puede ser lesionado con muchos tipos de traumas y se clasifican según la estructura que está dañando, y estos son de pared abdominal, de órganos sólidos, de víscera hueca y de vasos (27). El trauma abdominal cerrado involucra un golpe directo, impacto con un objeto o una desaceleración repentina, comúnmente el primer órgano en ser afectado es el bazo, seguido por el hígado y una visera hueca, intestino delgado; el diagnóstico suele ser clínico más una imagen, ultrasonido o tomografía (27). En caso encontremos sangre acumulada en la cavidad abdominal o el paciente se encuentre hemodinámicamente inestable se realiza una laparotomía exploratoria para el control de la hemorragia; se requiere que el paciente se encuentre en constante observación ya que podría desarrollar alguna complicación como sepsis (27).

La mayoría de las fracturas de cadera son por caídas, en pacientes geriátricos se asocia a osteoporosis o fuerza mínima; los lugares más frecuentes son en cabeza y cuello femoral, intertrocantérica, subtrocantérica (28). Los síntomas van desde la imposibilidad de deambular, acortamiento del miembro afectado y rotación externa del mismo; para realizar el diagnóstico necesitamos la clínica y estudios de imagen, lo ideal es una radiografía del lado afectado, y su tratamiento se basa en una reducción abierta con fijación interna (RAFI), en algunas ocasiones se necesita reemplazo de la cabeza femoral o de toda la articulación (28).

Caso clínico 3:

Plan de trabajo:

1. Hidroterapia a chorro en zonas afectadas
2. NaCl 0.9 % 1000cc EV, XX gts por minuto
3. Morfina 0.1 mg/kg EV infusión lenta
4. Debridación y limpieza de las zonas afectadas
5. Sulfadiazina de plata 1 %

Las quemaduras son lesiones producidas por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, en el caso de la paciente, fue el agua hervida; las lesiones producidas se van a dividir en 3 grupos, las quemaduras de primer, segundo y tercer grado (29). Las quemaduras de primer grado comprometen epidermis, ocasionan eritema y dolor, no dejan cicatriz y la más común es la solar; por otro lado, la quemadura de tercer grado compromete epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo, no produce dolor, no dejan folículo piloso ni glándulas sudoríparas viables, ocasionan grandes cicatrices y no curan en menos de 3 semanas (29).

En el caso clínico podemos evidenciar una quemadura de segundo grado, ya que compromete epidermis y dermis, estas son muy dolorosas, producen flictenas y edema; a su vez se subdividen en superficial, intermedia y profunda (29). Las superficiales producen eritema con ampollas, son dolorosas, los folículos y glándulas sudoríparas quedan intactas, su epitelización es espontánea y ocurre en 5-7 días; las intermedias causan inflamación cutánea con levantamiento de la epidermis, desarrollan vesículas llenas de suero y son muy dolorosas, su epitelización ocurre en 10-14 días aproximadamente pero hay alteración en la pigmentación de la piel afectada; y finalmente las profundas afectan la epidermis y la capa profunda de la dermis, no se ven ampollas y la piel se recupera lentamente, luego de 21 días aproximadamente (29).

Caso clínico 4:

Plan de trabajo:

1. NaCl 0.9 % 1000cc EV, XXX gts por minuto
2. Diclofenaco 75 mg + Ketoprofeno 100 mg + Cefazolina 1g EV
3. SS pre quirúrgicos urgente
4. Realizar fasciotomía de emergencia en SOP
5. SS radiografía de tobillo
6. SS radiografía de pierna

El síndrome compartimental se inicia con el edema a nivel tisular que aparece luego de la lesión aumentando así la presión intersticial, cuando esta supera los 8 mmhg, la perfusión tisular disminuye e incluso puede interrumpirse lo cual resulta en una isquemia tisular el cual empeora el edema (30). Dentro las causas más frecuentes del síndrome compartimental tenemos a las fracturas, contusiones de alto impacto y lesiones por reperfusión luego de una lesión vascular; el síntoma patognomónico y principal es el aumento progresivo del dolor en el miembro o zona afectada, el cual exacerba al movimiento (30).

El tratamiento inmediato es realizar una fasciotomía, ya que al exponer los tejidos, frenamos el aumento de la presión en el tercer espacio, luego de ello debemos controlar los niveles de potasio en el paciente y tratar en caso haya alguna alteración, así como también la rabdomiolisis si lo hubiera (30).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Como internos de medicina, hemos tenido la oportunidad de vivir la evolución de la pandemia de COVID-19 a lo largo de nuestro año de rotación en los hospitales. Durante los diez meses que duró nuestro programa de internado, hemos sido testigos de una disminución considerable en la cantidad de infecciones y hospitalizaciones, principalmente por la disponibilidad de las vacunas.

A pesar de que la pandemia de COVID-19 sigue siendo motivo de preocupación, hemos tenido la oportunidad de adquirir conocimientos y habilidades en otras áreas, lo cual nos ha permitido mejorar nuestras habilidades tanto clínicas como de diagnóstico.

Además, hemos tenido la oportunidad de trabajar con un equipo interdisciplinario de médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud, lo que ha enriquecido nuestra experiencia y nos ha brindado apoyo y orientación constante.

En general, nuestro año de rotación en los hospitales ha sido una experiencia valiosa que nos ha ayudado a avanzar en nuestra carrera y a desarrollar una pasión por la medicina y el cuidado de los pacientes. Estamos agradecidos por las oportunidades que hemos tenido y estamos ansiosos por seguir aprendiendo y creciendo como médicos en el futuro.

CONCLUSIONES

El internado médico representa una etapa crucial en la formación de los futuros médicos, durante el año de actividades de este programa tenemos la oportunidad de adquirir la experiencia práctica necesaria para el buen desempeño y aprender a trabajar en equipo con los distintos profesionales del área de la salud. El internado médico del 2022 se llevó a cabo aun durante la pandemia de COVID-19 por lo que los internos se vieron en la obligación de afrontar desafíos para los cuales no fueron formados, como la adaptación a nuevas normas de bioseguridad lo que conlleva que el interno adquiere un alto nivel de responsabilidad.

A lo largo de este programa de internado médico, se visibilizaron diversas características en los centros de salud, como la variabilidad en el cumplimiento de horarios e indicaciones presentes en los lineamientos del Ministerio de Salud, el acceso y uso de los equipos de protección personal y la adopción de medidas de sanidad claras.

El internado médico brindó herramientas, a los estudiantes, que permitieron mejorar su criterio diagnóstico, tratamiento y abordaje de las distintas patologías de los pacientes, lo que, finalmente, resulta en una atención de mejor calidad.

RECOMENDACIONES

Los representantes de las Diris deberían velar por el cumplimiento estricto de los lineamientos del internado debido a que no se respetan los horarios establecidos y la carga laboral a la que es sometido un interno puede ser, en algunas ocasiones, abrumadora, lo que puede afectar no solamente su desempeño sino también su salud.

Se deberían implementar zonas dedicadas para el descanso de los internos, no solamente de medicina sino también de las distintas profesiones.

Es muy necesario que se regrese a efectuar un internado de 12 meses completos como antes de la pandemia, si bien el tiempo que estuvimos en los hospitales fue muy provechoso, fue muy corto, lo que nos limita a desempeñarnos el 100 % en cada servicio.

Es fundamental el aumento de plazas de internado en hospitales del Minsa; es cierto que no somos la única universidad que tiene internos en dichas sedes, consideramos que todos merecemos realizar un internado con la misma igualdad de condiciones y recursos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guerrero-Zamudio, N., & Chávez-Ríos, J. R. (2016). Proceso de atención de enfermería en pacientes con enfermedad cerebrovascular: revisión integrativa. *Enfermería Actual*, 23(2), 20-26. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003&lng=es&tlng=es.
2. El Peruano. (2022). Aprueban la Directiva Administrativa para el desarrollo de Resolución Ministerial N° 351-2022/MINSA. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-administrativa-para-el-desarrollo-de-resolucion-ministerial-n-351-2022minsa-2067305-1/>.
3. Recordando siempre la historia del Instituto Nacional Materno Perinatal, la ex Maternidad de Lima | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 13 de octubre de 2022 [citado 30 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/234>
4. INSN - Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. INSN - Instituto Nacional de Salud del Niño. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/>
5. Hospital de Huaycán [Internet]. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalhuaycan.gob.pe/Antiguo/rese_historica
6. Bula-Rudas FJ, Rathore MH, Maraqa NF. Salmonella Infections in Childhood. *Adv Pediatr*. 2015 Aug;62(1):29-58. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26205108/>
7. Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja. (2022). Resolución Directoral N° 000101-2022-DG-INSNSB: Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en el Instituto Nacional de Salud del Niño. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>.

8. Global Initiative for Asthma. (2019). Global Strategy for Asthma Management and Prevention - GINA 2019 - Spanish Version. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>
9. Orellana S, Carlos, et al. Manual de Urgencias y Emergencias en Pediatría. Lima: Asociación Médica del Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña; 2017.
10. Directiva Administrativa para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gob.pe/docs-trans/resoluciones/2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>
11. Universidad Industrial de Santander. (2017). GUÍA DE ATENCIÓN MÉDICA DE RESFRIADO COMÚN (RINOFARINGITIS AGUDA).[citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.15.pdf
12. Fuentes M, Vivas M, Urrutia A, Valdés J, Duarte D, Díaz H, et al. Preeclampsia: Un acercamiento a su fisiopatología y predicción por medio de biomarcadores. Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. 2022;13:1-9. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/126-revista-fasgo/n-13-2022/2578-preeclampsia-un-acercamiento-a-su-fisiopatologia-y-prediccion-por-medio-de-biomarcadores>.
13. Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y, Quirós Figueroa L. Actualización en preeclampsia. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 30 de marzo de 2023];5(1):e340. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340>
14. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. Hypertension. 2018;72(1):24-43.[citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29899139/>

15. Ministerio de Salud del Perú. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para el parto normal. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2009.[citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. Prog Obstet Ginecol 2020;63(1):54-59. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf
17. Távara Angie, Núñez Maritza, Tresierra Miguel Ángel. Factores asociados a atonía uterina. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2022 Abr [citado 2023 Mar 30] ; 68(2): 00005. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000200005&lng=es. Epub 06-Jul-2022.
18. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, Lloyd I, Chandraharan E, Miller S, Burke T, Ossanan G, Andres Carvajal J, Ramos I, Hincapie MA, Loaiza S, Nasner D; FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. Int J Gynaecol Obstet. 2022 Mar;157 Suppl 1(Suppl 1):3-50. [citado 2023 Mar 30]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35297039/>
19. Claudia Defilippi G, Valentina Salvador U, Andrés Larach K. Diagnóstico y tratamiento de la constipación crónica. Rev Med Clin Condes. 1 de marzo de 2013;24(2):277-86.
20. Obstrucción intestinal - Trastornos gastrointestinales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%B3gica/obstrucci%C3%B3n-intestinal>
21. Obstrucción intestinal - Trastornos gastrointestinales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%B3gica/obstrucci%C3%B3n-intestinal>

22. Hipoglucemia - Trastornos endocrinológicos y metabólicos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/hipoglucemia?query=Hipoglucemia>
23. Hipertensión - Trastornos cardiovasculares [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n>
24. Infarto agudo de miocardio - Trastornos cardiovasculares [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedad-coronaria/infarto-agudo-de-miocardio-im>
25. Generalidades sobre los trastornos de ansiedad - Trastornos psiquiátricos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
26. Traumatismo encefalocraneano - Lesiones y envenenamientos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-encefalocraneano/traumatismo-encefalocraneano-tec>
27. Revisión de los traumatismos abdominales - Lesiones y envenenamientos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-abdominal/revisi%C3%B3n-de-los-traumatismos-abdominales>
28. Fracturas de cadera - Lesiones y envenenamientos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/fracturas/fracturas-de-cadera>

29. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del gran quemado en pediatría [Internet]. Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/GPC%20Gran%20Quemado%20en%20Pediatr%C3%ADaF.pdf>
30. Síndrome compartimental - Lesiones y envenenamientos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/lesiones-y-envenenamientos/fracturas/s%C3%ADndrome-compartimental>

ANEXOS

Anexo 1:

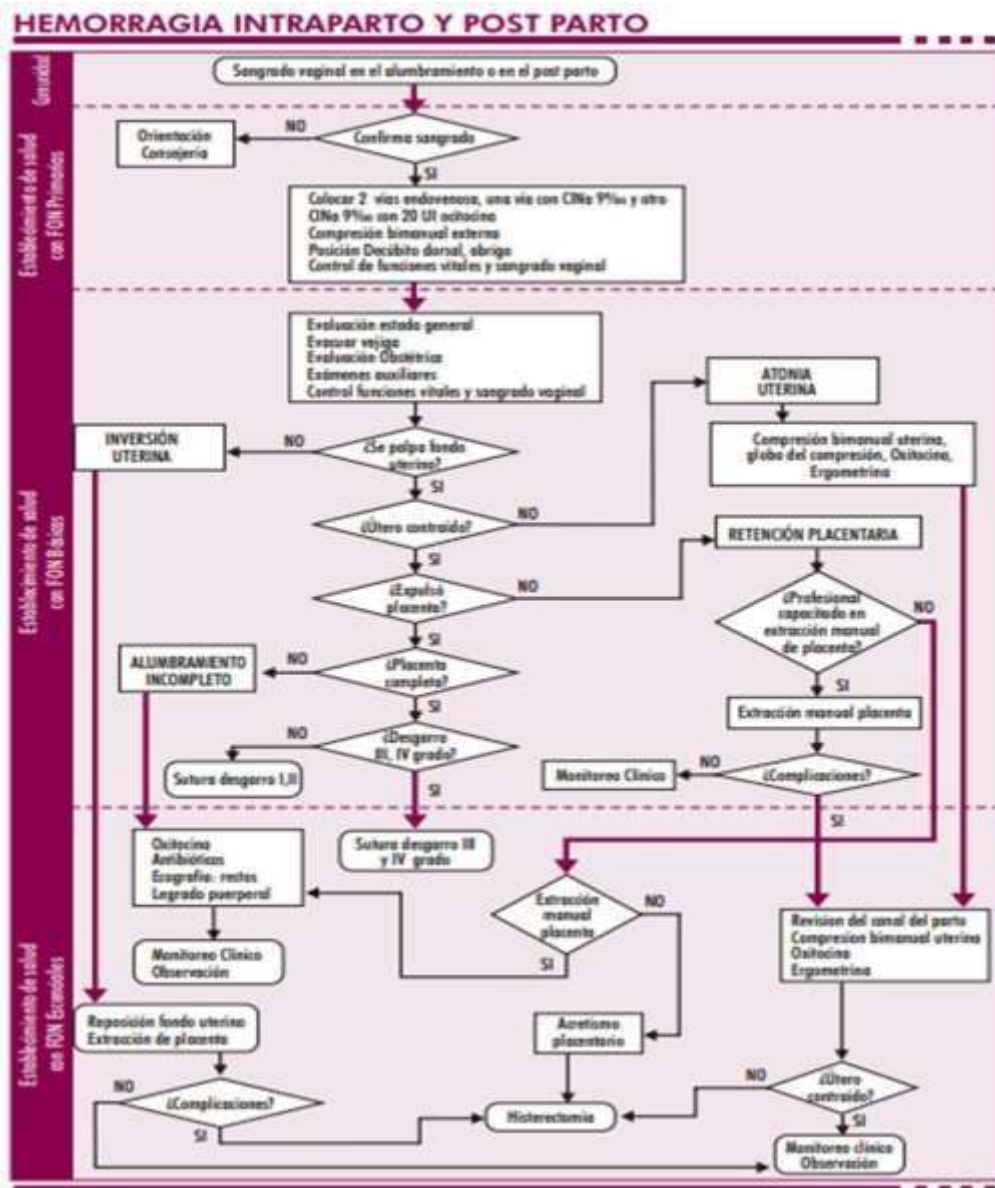


Figura 1. Flujograma extraído del Ministerio de Salud del Perú. (2010). Disponible: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

Anexo 2:

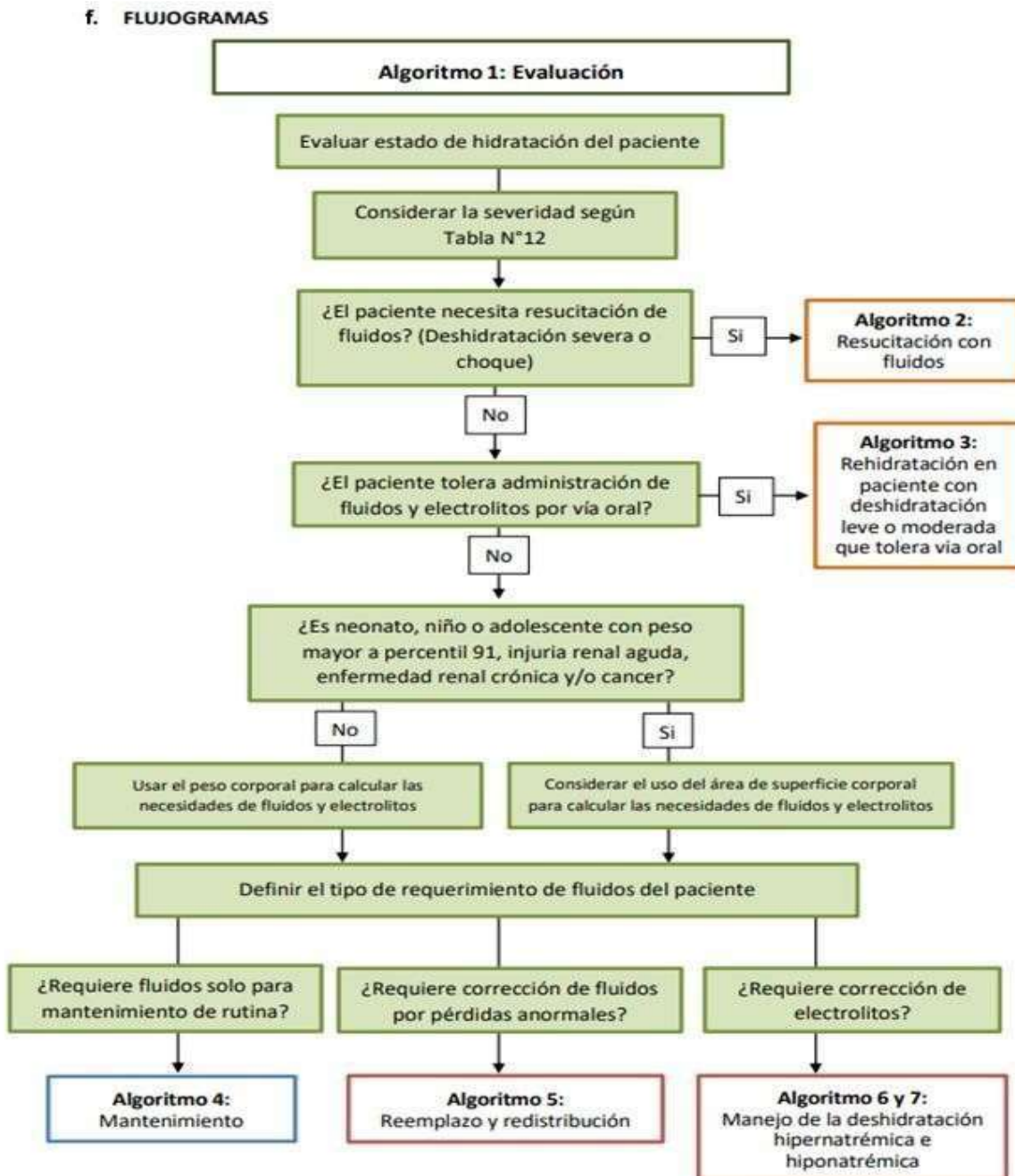


Figura 2. Flujograma extraído de: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). (2017). Disponible en:

<http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC-Fluidoterapia-Version-Corta.pdf>