



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER Y TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN 2020-2021 LIMA - PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADA POR

**GERARDO ALEXIS APUMAYTA CALERO
PEDRO ADRIAN MIRANDA VASQUEZ**

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER Y TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN 2020-2021 LIMA - PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
GERARDO ALEXIS APUMAYTA CALERO
PEDRO ADRIAN MIRANDA VASQUEZ**

**ASESOR
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Dra. Maritza Gloria Ubillús Arriola De Pimentel

Miembro: M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

Miembro: Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Indice	iii
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	1
1.2 Rotación de Cirugía General	8
1.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	13
1.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia	19
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	30
3.1 Rotación de Medicina Interna	30
3.2 Rotación de Cirugía General	36
3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	41
3.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia	47
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	55
CONCLUSIONES	58

RECOMENDACIONES	60
FUENTES DE INFORMACIÓN	62
ANEXOS	67
1. Manejo ambulatorio de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención	68
2. Atención de la persona con mordedura y del animal agresor	69
3. Tratamiento con hierro desde los 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada	70
4. Manejo de la cistitis durante la gestación	70

RESUMEN

En el presente trabajo se describe la experiencia obtenida durante el internado médico (enero 2020 - abril 2021) en sus cuatro rotaciones (Medicina interna, Cirugía, Pediatría-Neonatología y Ginecología-Obstetricia) antes y durante el contexto de la pandemia producto del COVID19. Así mismo se presenta algunos de los casos clínicos atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Hipólito Unanue y Centro Materno infantil Ancón, que fueron las sedes del internado, contrastando el manejo que se brinda a los pacientes dependiendo de la capacidad resolutive de cada establecimiento de salud. Se realiza también una breve revisión en cuanto a diagnóstico y tratamiento de los casos clínicos más resaltantes (Diabetes Mellitus, Apendicitis aguda, Cáncer de Cérvix, Leiomiomas, entre otros) basándose en guías de práctica clínica para así poder conocer el manejo adecuado. Llegando a la conclusión que el internado médico constituye la etapa más importante en toda la carrera de medicina pues se consolidan conocimientos y se adquiere más destrezas.

ABSTRACT

The present work describes the experience obtained during the medical internship (January 2020 - April 2021) in its four rotations (Internal Medicine, Surgery, Pediatrics-Neonatology and Gynecology-Obstetrics) before and during the context of the pandemic caused by COVID19. Likewise, some of the clinical cases treated at Arzobispo Loayza National Hospital, Hipólito Unanue National Hospital and Maternal and Child Health Center- Ancon are presented, which were the places of the internship, contrasting the management that is provided to patients depending on the resolution capacity of each health facility. A brief review is also carried out regarding the diagnosis and treatment of the most outstanding clinical cases (Diabetes Mellitus, Acute Appendicitis, Cervical Cancer, Leiomyomas, among others) based on clinical practice guidelines in order to know the right management. Concluding that the medical internship constitutes the most important stage in the entire medical career because knowledge is consolidated and more skills are acquired.

INTRODUCCIÓN

El internado médico siempre ha sido definido por la mayoría de doctores como una etapa fundamental dentro de la carrera de medicina, ya que es el periodo de transición que atraviesan los estudiantes de medicina para convertirse en futuros médicos, etapa donde prácticamente se vive en el hospital, en contacto con los pacientes, en comunicación con los residentes, asistentes; así como también es la etapa en la cual se consigue mucha experiencia práctica y se consolidan los conocimientos aprendidos durante toda nuestra formación académica potenciando destrezas y habilidades imprescindibles para lograr una correcta atención de los pacientes.

La elección de plazas para el internado médico es una decisión difícil y de gran responsabilidad para el futuro interno, pues se tiene que elegir en que hospital se va a realizar por doce meses las principales rotaciones de la carrera de medicina (medicina interna, cirugía general, ginecología - obstetricia y pediatría – neonatología cada una por un periodo de tres meses), los internos que realizan el presente trabajo escogieron como sedes docentes hospitales de nivel III-1, siendo estos el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Hipólito Unanue ambos de renombre a nivel nacional, perteneciendo a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro y Lima Este respectivamente.

Como todo inicio de una nueva etapa, los hospitales brindaron charlas de inducción a los nuevos internos, las cuales consistían básicamente en dar a conocer la historia, prestigio del hospital, horario de asistencia, prevención de accidentes laborales, ubicación de los principales pabellones y laboratorios y lo mas importante las funciones que se realizarían, es aquí donde prácticamente se informó que se debía de estar a cargo de los pacientes en todo momento y realizar las indicaciones dadas por el asistente o residente incluyendo actividades asistenciales como académicas.

Es así como con mucho entusiasmo y expectativa se inicia la aventura de realizar el internado médico con todas las ganas de aprender y alcanzar metas planteadas. Las primeras rotaciones correspondiente al periodo de enero a marzo transcurrían con normalidad, a pesar de lo demandante y a veces extenuante que significaba asistir al hospital de lunes a domingo con un horario establecido que muy pocas veces se cumplía hasta que aconteció la pandemia producto del COVID 19 y los internos tuvieron que retirarse de los hospitales hasta nuevo aviso.(1)

Es recién a inicios del mes de agosto del 2020 que el poder ejecutivo emite un decreto de urgencia número 090-2020 que marca el retorno de los internos de medicina a los establecimientos de salud de forma gradual bajo ciertos lineamientos como el derecho a una remuneración mínima vital, seguro de salud, horario de 7am a 1pm bajo la modalidad 15 días de asistencia al mes, no actividades en áreas COVID entre otras, pero debido a la gran cantidad de internos y al número reducido de plazas en hospitales se propuso también reanudar el internado en establecimientos de salud nivel I-3 y I-4, de tal forma uno de los internos tuvo que continuar su internado en el Centro de Salud Materno Infantil Ancón de nivel I-4 perteneciente a DIRIS Lima Norte y el otro en su sede de origen (Hospital Nacional Hipólito Unanue).(2)

La reanudación del internado se dio de manera progresiva desde el mes de octubre del 2020 hasta abril del 2021, pero de una forma distinta, se perdió en cierta forma el contacto con los pacientes por las medidas de bioseguridad y hubo una reducción significativa en el número de pacientes, ya que gran parte de los pabellones del hospital y áreas del centro de salud estaban destinadas a pacientes con COVID19 es por ello que para no limitar nuestro conocimiento la universidad inicia con clases virtuales donde se abarcan casos clínicos de patologías frecuentes y se enseña el manejo correspondiente.

Este trabajo se enfoca en la descripción de las actividades realizadas durante la etapa del internado medico principalmente desde el punto de vista clínico con una variedad de casos reales de pacientes tanto de un hospital nivel III-1 y centro de salud I-4 viendo la gran diferencia que existe entre uno y otro de acuerdo a su capacidad resolutoria, sin desmerecer al primer nivel de atención que debería de ser la puerta de entrada al sistema de salud donde se practican medidas preventivas promocionales.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante las rotaciones correspondientes a la etapa del internado médico se pudo conocer una serie de casos clínicos por cada rotación asignada de acuerdo al nivel de atención de cada establecimiento de salud y su capacidad resolutive. Dichos casos son de importancia debido a su frecuencia, importancia y relevancia para la población en general y también para los internos de medicina quienes serán los encargados de manejar patologías comunes durante la etapa del Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS), se describirán algunos de los casos vistos durante la etapa de internado a continuación.

1.1 Rotación de medicina interna

Una de las rotaciones llevadas a cabo durante el internado fue la desarrollada en el área de medicina interna, en la cual se pudo atender a pacientes con diversas patologías tanto agudas como crónicas, a nivel del primer nivel de atención básicamente se atendían patologías simples como pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus, cólicos abdominal, intoxicación alimentaria, la experiencia ganada fue básicamente aprender el correcto llenado de la hoja HIS y las hojas de referencia en caso sea necesario, ampliar la anamnesis buscando factores de riesgo para patologías concretas, acudir a campaña de vacunación, en contraste a nivel hospitalario la función que desarrollaba el interno era en área de hospitalización teniendo que realizar la historia clínica del paciente, las evoluciones, correr el plan indicado por los asistentes, llevar a los pacientes a realizarse algún examen auxiliar, así como curaciones de pie diabético, toma de muestras y análisis de gases arteriales.

A continuación, se describen casos vistos durante esta rotación

Caso 1: Diabetes Mellitus de novo – Obesidad grado II

Se trata de una paciente de sexo femenino de 40 años de edad, ocupación ambulante que acude a consulta por presentar cefalea holocranena, tipo opresivo de intensidad 6/10 desde hace 3 días refiriendo que el dolor es de tipo intermitente niega fotofobia, niega otros síntomas, niega sufrir de alguna enfermedad, al observar a esta paciente llama la atención su obesidad pues presenta un IMC de: 35.15 lo cual motivo a dirigir la anamnesis en búsqueda de factores de riesgo para DM y/o dislipidemia es ahí donde la paciente menciona tener a su madre con diagnóstico de DM, consultada sobre sus hábitos alimenticios mencionó consumir con frecuencia gran cantidad de carbohidratos (fideos, papa, arroz) y poca proteína y verduras debido a su pobre condición económica y no realizar ejercicios pues se dedicaba al comercio ambulatorio y a demás estaba a cargo de sus 2 pequeñas hijas, niega poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso.

En el examen físico presenta PA: 120/80, FC: 75 x min, FR: 18 x min, T: 37° C, Saturación de oxígeno: 98% peso: 90 kg, talla 160 cm

- Piel y Faneras: No se observó acantosis nigricans a nivel de región cervical, la piel estaba tibia, hidratada, elástica.
- Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, abundante panículo adiposo a nivel central midiéndole la circunferencia abdominal (100 cm)
- Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona

Ante la sospecha de un posible diagnóstico de DM y por presentar obesidad grado II se le solicitó glucosa en ayunas, perfil lipídico y Hb glicosilada indicándole que con los resultados vuelva a acudir a consultorio y para la

cefalea se le explico que por las características se trate de una cefalea de origen tensional recomendándole que evite situaciones de estrés y paracetamol 500mg c/8h por 3 días.

La paciente acude 2 días después con resultados de laboratorio antes mencionados: glucosa: 128 mg/dl, colesterol: 180mg/dl, triglicéridos: 130 mg/dl y Hb glicosilada: 7% con lo cual se le explica que al tener dos resultados elevados tiene el diagnostico de diabetes mellitus y que debía iniciar tratamiento para esta patología el cual se basaba en dieta mediterránea a base de verduras y frutas, prohibiéndosele el consumo de harinas refinadas y practicar ejercicios al menos 30 minutos al día, y como tratamiento farmacológico iniciaría con metformina 850 mg c/24h 30 min después del almuerzo, se le indicó que el pilar fundamental para el tratamiento de la diabetes mellitus son la dieta y ejercicio y no solo el tratamiento con pastillas además de las complicaciones que presenta la DM si no se mantiene un buen control glicémico. Se le dio tratamiento farmacológico por un mes debiendo venir el siguiente mes para control y continuación de tratamiento.

Caso 2: Escabiosis

Se trata de una paciente de sexo femenino de 30 años de edad, ocupación ama de casa, niega enfermedades, niega RAMS que acude a consulta refiriendo que desde hace cuatro días presenta prurito en zonas de flexura de brazos, región de la ingle, en muñecas y región abdominal notando también presencia de pequeñas lesiones eritematosas al ser consultada por las características del prurito refiere que este síntoma se intensifica en las noche y además su hija de cinco años que duerme con ella también presenta los mismos síntomas antes descritos, niega crianza de mascotas, pero sí refiere vivir en zonas de hacinamiento y compartir servicios higiénicos para asearse. Al examen físico: PA: 120/70, FC: 72 x min, FR: 18 x min, T: 37° C, SatO2:97%, peso: 57 kg, talla 158 cm

- Piel y Faneras: Se observa lesiones tipo pápulas eritematosas en región interdigital, muñeca, axila y región abdominal y también algunas lesiones costrosas producto del rascado

- Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona

Si bien en el establecimiento de salud no se cuenta con un dermatoscopio para poder observar mejor la lesión o el surco acarino por las características descritas por la paciente se llegó al diagnóstico de infestación por escabiosis indicándole que el tratamiento para la escabiosis consistía tanto en medidas de higiene como tratamiento farmacológico y que el tratamiento sería tanto para ella como para los miembros de su familia que vivían con ella, se le explicó a la paciente que debía de lavar toda su ropa de cama, toallas de aseo y prendas de vestir y luego plancharlas; y si en caso no podía realizar tal indicación tendría que guardar su ropa de cama en una bolsa negra y colocarlo en el sol por un par de días, de igual manera se le indico que tanto ella como todos los miembros de su familia deberían de elegir pronto un día de la semana para iniciar el tratamiento tópico el cual consistía en aplicar permetrina en crema al 5% desde el cuello hasta los pies (en la noche luego de bañarse) y tendrían que repetir el mismo procedimiento una semana después. Además, se le recetó a la paciente un antihistamínico como clorfenamina 4mg c/8h x 3 días para el prurito.

Caso 3: Cetoacidosis Diabética + Nefropatía Diabética

Paciente masculino de 28 años, sin antecedentes de importancia, refiere que aproximadamente hace 2 meses inicia con pérdida de peso de 12 kg asociado con disminución de la agudeza visual a largas distancias. Después, hace 2 semanas refiere incremento de la sed llegando a ingerir 4 litros de agua diario (polidipsia), incremento del hambre llegando a comer 5 veces al día (polifagia) y aumento del volumen urinario aproximadamente en 3 litros (poliuria),

notando que es espumosa como la “cerveza”. Luego, hace 4 días, empezó a presentar falta de aire hasta cuando estaba descansando, esto persistió durante 2 días. Un día antes del ingreso, empezó a presentar disminución de la fuerza muscular, dolor tipo cólico tolerable en epigastrio de intensidad 6/10 no presentó irradiación. Por último, empezó a presentar sed muy incrementada, somnolencia marcada y pareja refiere que cuando lo vestía sintió un olor a manzana. En el ingreso al hospital, en el examen físico: Frecuencia cardiaca: 129 x min, Frecuencia respiratoria: 29 x min, Presión Arterial: 125/80 mmHg, Temperatura: 37.2°C, Saturación: 97% FiO2: 21%

- Piel y Faneras: Piel Tibia/Elástico, llenado capilar < 2 segundos, mucosas muy secas, tejido adiposo muy incrementado
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico con amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Choque de Puntas (-), Ruidos Cardiacos Rítmicos no soplos patológicos en hemitórax derecho.
- Abdomen: Globoso, simétrico, cicatriz en fosa iliaca derecha blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profunda. Ruidos hidroaéreos conservados.
- Sistema Nervioso Central: Somnoliento, sin signos de focalización, Escala de Glasgow: Apertura Ocular: 3, Respuesta Verbal: 4, Respuesta Motora: 6. Dando en total 13 de 15 puntos.

Al paciente se le realiza un Hemoglucotest presentando un valor de 548 mg/dl y en el análisis de gases arteriales fue de pH: 7.01 pCo2: 9.7 mmHg HCO3: 2.3 mEq/L, Na:137.8 mEq/L, K: 3.8, Cl: 121 mEq/L Anión Gap:14.5.

Examen de Orina:

Examen Físico: Color: Amarillo Aspecto: Claro Densidad: 1025 pH: 6.89

Examen Químico: Glucosa: 2+ Cetonas: 3+ Nitritos: Negativo Proteínas:

Positivo Bilirrubina: Negativo Urobilinógeno: Negativo Hemoglobina: Negativo

Examen Microscópico: Leucocitos: 2 – 3 x campo Hematíes: 0 x campo

Cilindros: Hialinos 2-3 x campo Células epiteliales: Escasa cantidad

Microalbuminuria: 72 mg/min, Proteinuria de 24 horas: 200 mg

Diagnósticos:

- Diabetes Mellitus Descompensada: Cetoacidosis Diabética Severa
- Trastorno Acido Base: Acidosis metabólica Anión GAP elevado + Alcalosis respiratoria
- Nefropatía Diabética estadio III

El plan en el paciente a nivel hospitalario fue:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc } I II en 1 hora
KCl 20% (1amp) }
3. Agua Destilada 1000 cc. } Luego 1000 cc/ h
NaCl 20% (1) KCl (1) } por 4 horas
4. HCO₃ 01 amp } Periférico EV 1 hora
Agua Destilada 800cc }
5. Gluconato de Calcio 01 Ampolla EV stat
6. Enoxaparina 60 mg SC c/ 24 h
7. Metoclopramida 10 mg EV c/ 8 h
8. Retos de Potasio por Catéter Venoso Central I II por 1 hora

9. Insulina R 100 UI } 9 cc en bolo
Suero Fisiológico 100 cc } Luego 9 cc / hora

Caso 4: Hemorragia Digestiva Alta por Úlcera Péptica

Paciente varón de 65 años con antecedente de consumo de Ibuprofeno por artrosis a nivel de rodilla izquierda diagnosticada hace 5 años, diagnóstico de Gastritis Crónica hace 20 años agrega mal hábito alimentario de comer en diferentes horas también de comer al paso en la calle. Refiere que hace 1 mes empieza a presentar dolor tipo urente a nivel de epigastrio al no consumir alimentos y que no calma con la ingesta de alimentos. Hace aproximadamente 1 mes empieza a presentar heces oscuras, familiar refiere que tiene un olor hediondo y es de color de la brea. El día previo al ingreso empieza con 3 episodios de vómitos abundantes de sangre oscura de aproximadamente 200 cc, 100 cc y 250 cc. Por lo que acude a la emergencia del presente nosocomio.

Al examen físico: Frecuencia cardiaca: 110 x min, Frecuencia respiratoria: 25 x min, Presión Arterial: 100/70 mmHg, Temperatura: 37.1°C, Saturación: 97% FiO2: 21%

- Piel y Faenaras: Piel Tibia / Hidratada / Elástico, llenado capilar < 2 segundos, palidez muy incrementada (+++/+++), ictericia (-)
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico con amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Choque de Puntas (-), Ruidos Cardiacos Rítmicos no soplos patológicos en hemitórax derecho.
- Abdomen: Excavado, simétrico, depresible, doloroso a la palpación superficial a nivel de epigastrio, ni profunda. No signos peritoneales Ruidos hidroaéreos conservados. Signo de Bloomberg (-)
- Sistema Nervioso Central: Despierto, reactivo a estímulos externos sin signos de focalización, Escala de Glasgow: Apertura Ocular: 4, Respuesta Verbal: 5, Respuesta Motora: 6. Dando en total 15 de 15 puntos.

Al paciente se le realiza un hemograma donde se halla una Hemoglobina de 7.3 g/dL, Volumen Corpuscular Medio en 88, Hemoglobina Corpuscular media de 28, sin más alteraciones. Se le realiza endoscopia urgente en la que se observa vaso a nivel de antro gástrico, clasificándolo como IIa.

Diagnósticos:

- Hemorragia Digestiva Alta: Úlcera péptica grado IIa según score de Forrest
- Anemia Moderada Normocítica Normocrómica
- Gonartrosis izquierda
- Gastritis Crónica

El plan en el paciente a nivel hospitalario fue:

1. NPO
2. Colocar 2 vías periféricas EV
3. NaCl 0.9% 1000 cc. } I II en 1 hora
4. Omeprazol EV 80 mg en bolo, luego Infusión Continua 8 mg por hora
5. Tratamiento Endoscópico + Biopsia de Úlcera Péptica

1.2 Rotación de Cirugía General

Siguiendo con las rotaciones del internado llego el turno de cirugía donde en el primer nivel de atención básicamente lo realizado fue suturas de heridas superficiales, curación de heridas por quemadura, mordedura canina y también saber diagnosticar a pacientes con signos iniciales de apendicitis u otra indicación de abdomen agudo quirúrgico para referirlo, en contraste a nivel hospitalario se adquirió destrezas preparando al paciente para que ingrese a sala de operaciones, completar el riesgo quirúrgico, seguir indicaciones de anestesiología y ya una vez dentro de sala participar instrumentando, posteriormente brindar al paciente los cuidados respectivos como vigilar la herida operatoria, limpieza de heridas, cambios de bolsa de colostomía, colocación de sonda entre otras actividades.

A continuación, se describen casos vistos durante esta rotación

Caso 5: Quemadura segundo grado superficial

Se describe el caso de un paciente de sexo masculino de 29 años de edad, ocupación cocinero, niega RAMS, que acude a emergencia del centro de salud refiriendo que hace aproximadamente 30 min cuando se encontraba laborando en un restaurante de manera repentina se le cae una sartén con aceite caliente al piso en el intento de protegerse se resbala y el aceite termina impactándole en antebrazo y zona del tronco superior, refiere que sus compañeros le retiran la camisa le arrojaron abundante agua y colocaron hielo.

Al examen físico PA: 110/70, FC: 80 x min, FR: 22 x min, T: 37° C, Sat O2: 97%, peso: 65 kg, talla 165 cm

- Piel y Faneras: se observa en antebrazo derecho 3 lesiones tipo ampolla de aproximadamente 3x3 cm con contenido líquido, eritematosas, dolorosas al tacto y una ampolla descubierta menos eritematosa y dolorosa a la presión. A nivel de pectoral derecho también se observa 2 lesiones tipo ampolla de aproximadamente 2x2

cm con contenido líquido eritematosas que blanquean a la presión y piel alrededor eritematosas.

- Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Sistema nervioso central: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona

Dada las características de las lesiones por quemadura térmica y por la presencia de ampollas y la presencia de mucho dolor al tacto y roce se establece el diagnóstico de quemadura de segundo grado superficial y en cuanto al porcentaje de superficie corporal quemada se estableció un 4% procediendo a la curación primero lavando las lesiones con suero fisiológico, posteriormente se secó con gasas estériles y se aplicó lidocaína 5% en crema con ayuda de un baja lengua y finalmente se aplicó sulfadiazina argéntica de plata al 1% cubriendo las lesiones con gasa y esparadrapo. Las indicaciones finales que se dieron al paciente fue la de realizar la curación diaria de la herida para lo cual debía de asistir al centro todos los días si es que no podría realizarlo en casa, se le sugirió también la adquisición de gasa parafinada y además se le indicó dicloxacilina 500mg cada 6 horas por 7 días.

Caso 6: Mordedura canina

Se trata de una paciente mujer de sexo femenino de 20 años de edad, niega RAMS, quien acude a emergencia por haber sufrido mordedura de un perro hace aproximadamente 45 min, paciente refiere que mientras se dirigía a comprar a la bodega de manera súbita un perro de raza mestiza que siempre cuida esa zona súbitamente le muerde la pantorrilla izquierda motivo por el cual ella intenta correr y el perro vuelve a morderle, al ser consultada si conoce al dueño del perro la paciente menciona que es un perro que vive en la calle

y desconoce si se encuentra vacunado contra la rabia, pero menciona que antes ya había mordido a un menor.

Al examen físico PA: 100/90, FC: 80 x min, FR: 18 x min, T: 37.3° C, Sat O2:99%, peso: 54 kg, talla 155 cm

- Piel y Faneras: En pantorrilla se observa solución de continuidad de aproximadamente 1 cm de longitud y 1 cm de profundidad y otra solución de continuidad de 3 cm de longitud y 0.5 cm de profundidad además de marcas dentales, las heridas presentaban escaso sangrado
- Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona

Se procede a lavar la herida con suero fisiológico, posteriormente se le aplica solución yodada y se le indica que solo se le colocará un punto de afronte con vycril 3/0 en la herida más extensa debido al alto riesgo de infección y que debe lavar la herida todos los días con agua y jabón, el tratamiento antibiotico indicado a la paciente fue el de amoxicilina 500mg más acido clavulánico 125mg cada 8 horas por 7 días e ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 4 días, A demás se le indicó hacer el seguimiento al perro durante 10 días y si en caso muere el perro acudir al centro de salud y si presentase fiebre o presencia de pus, mal olor en la herida vuelva a acudir al centro de salud. Afortunadamente la paciente regreso al centro de salud luego de 15 días mencionando que el perro seguía vivo y sus heridas ya habían mejorado.

Caso 7: Apendicitis Aguda Complicada con Peritonitis Generalizada

Paciente varón de 34 años refiere que hace 2 días en la noche tuvo disminución del apetito y a las horas empezó con un dolor difuso tipo cólico a nivel de todo el abdomen de intensidad 6/10 asociado a fiebre cuantificada en

38.2°C, náuseas llegando hasta vómitos de contenido alimentario en 3 oportunidades de aproximadamente 50 cc. Por lo que acude a la farmacia del barrio y le recetan fármacos que no recuerda el nombre cediendo el dolor durante la noche. Al día siguiente el dolor se volvió más intenso irradiándose a nivel de fosa iliaca derecha de intensidad 8/10, y camino al hospital, el paciente presenta somnolencia y dolor difuso a nivel de todo el abdomen por lo que ingresa por el tópico de cirugía general.

Al examen físico: Frecuencia cardiaca: 133 x min, Frecuencia respiratoria: 33 x min, Presión Arterial: 100/72 mmHg, Temperatura: 38.3°C, Saturación: 97%, FiO₂: 21%

- Piel y Faneras: Piel Tibia/ Hidratado / Elástico, llenado capilar < 2 segundos, palidez (-), ictericia (-)
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico con amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Choque de Puntas (-), Ruidos Cardiacos Rítmicos no soplos patológicos en hemitórax derecho.
- Abdomen: Abdomen en tabla, simétrico, duro, no depresible, doloroso a la palpación profunda, Ruidos hidroaéreos ausentes. Signo de Bloomberg (+) Signo de Mc Burney (+)
- Sistema Nervioso Central: Somnoliento, sin signos de focalización, Escala de Glasgow: Apertura Ocular: 4, Respuesta Verbal: 4, Respuesta Motora: 6. Dando en total 14 de 15 puntos.

Al paciente se le solicita hemograma dando como resultado: Hemoglobina: 12 Leucocitos: 20000 mm³ Plaquetas: 300000 Neutrófilos: 12 000 Segmentados: 8000. Se le realiza ecografía abdominal donde se le encuentra aproximadamente 200 cc de líquido en toda la cavidad peritoneal.

Diagnósticos:

- Síndrome Doloroso Abdominal Agudo: D/C Apendicitis Aguda
- Peritonitis Aguda Generalizada

El plan en el paciente fue:

1. NPO

2. NaCl 0.9% 1000 cc. } I II en 1 hora
3. Omeprazol 40 mg c/ 24 horas EV
4. Metronidazol 500 mg c/ 8 horas EV
5. Ciprofloxacino 400 mg c/ 12 horas EV
6. Metoclopramida 10 mg c/ 8 horas EV
7. Colocar Sonda Foley
8. Se solicita EKG para riesgo cardiológico
9. Se solicita exámenes de laboratorio: Glucosa, Urea, Creatinina, Grupo y factor
10. Se prepara para Sala de operaciones de Emergencia para realizar Laparotomía Exploratoria + Apendicetomía + Lavado de Cavidad

Caso 8: Obstrucción Intestinal por vólvulo de sigmoides

Paciente mujer de 72 años procedente de Ayacucho con antecedente de estreñimiento crónico, refiere que hace 16 horas presenta distensión abdominal progresiva asociado a dolor tipo cólico progresivo de intensidad 7/10 a nivel abdominal que no clama con el cambio de posición, no elimina flatos y presencia de sensación de alza térmica no cuantificada con termómetro.

Al examen físico: Frecuencia cardiaca: 125 x min, Frecuencia respiratoria: 27 x min, Presión Arterial: 100/76 mmHg, Temperatura: 38.2°C, Saturación: 97%, FiO2: 21%

- Piel y Faneras: Piel Tibia / Hidratada / Elástico, llenado capilar < 2 segundos, mucosas secas
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico con amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Choque de Puntas (-), Ruidos Cardiacos Rítmicos no soplos patológicos en hemitórax derecho.
- Abdomen: Distendido, poco depresible, muy doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel abdominal. Timpanismo incrementado. Ruidos hidroaéreos metálicos. Signo de Bloomberg (-)

- Sistema Nervioso Central: Somnolienta, sin signos de focalización, Escala de Glasgow: 14 puntos.

A la paciente se le solicita Radiografía de abdomen: Se evidencia el signo de grano de café y un hemograma presentando leucocitosis con desviación izquierda.

Diagnósticos:

1. Obstrucción Intestinal Baja: Vólvulo Sigmoides
2. D/C Neoplasia Maligna Colónica

El plan en la paciente fue el siguiente:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc. } I II en 1 hora
3. Colocación de Sonda Nasogástrica
4. Omeprazol 40 mg c/ 24 horas EV
5. Metronidazol 500 mg c/ 8 horas EV
6. Ciprofloxacino 400 mg c/ 12 horas EV
7. Metoclopramida 10 mg c/ 8 horas EV
8. Colocación de Sonda Foley
9. Se solicita EKG para riesgo cardiológico
10. Se solicita placa de tórax para riesgo neumológico
11. Se solicita exámenes de laboratorio: Glucosa, Urea, Creatinina, Grupo y factor.
12. Se prepara para Sala de operaciones de Emergencia para una Laparotomía Exploratoria + Sigmoidectomía + Colostomía tipo Hartmann + Dren Pen Rose

1.3 Rotación de Pediatría y Neonatología

Durante la rotación de pediatría y neonatología en el primer nivel de atención se aprendió a realizar la atención inmediata del recién nacido, el examen físico correcto, la colocación de profilaxis ocular, vitamina k y la limpieza del cordón umbilical con alcohol, reconocer signos de alarma si el recién nacido esta hipotónico, no lacta bien, muy irritable y en cuanto a la atención de pacientes en etapa de niño era frecuente el padecimiento de diarreas, vómitos, síndrome

febril por lo cual se aprendió a manejar los planes de rehidratación indicarle las medidas preventivas de higiene a las madres así como también incentivar la aplicación de vacunas de acuerdo a su edad, En el tercer nivel de atención se realizaron funciones similares a las antes descritas añadiéndole el monitoreo de pacientes en hospitalización, en cuidados intermedios, llegando a realizar RCP neonatal, monitoreo de bilirrubina.

A continuación, se describen casos vistos durante esta rotación

Caso 9: Diarrea aguda acuosa con deshidratación moderada

Se recibió en emergencia a una madre que traía a su menor hijo de 8 meses de edad, no RAMS, no tiene antecedentes patológicos, quien menciona que su hijo presenta desde hace 3 días deposiciones líquidas de 4 cámaras al día que rebasan el pañal sin moco sin sangre, niega vómitos, sensación de alza térmica no cuantificada, se le pregunta a la madre sobre las funciones biológicas del lactante y menciona que orina normal, lacta bien, sueño conservado y las deposiciones tienen las características antes mencionadas. En cuanto a los antecedentes perinatales de importancia la madre menciona que su hijo nació de parto eutócico a término pesando 3400 gramos, recibe lactancia materna exclusiva, inició alimentación complementaria a los 6 meses, inmunizaciones completas para la edad, control cefálico a los 3 meses y control torácico a los 6 meses.

Al examen físico FC: 110 x min, FR: 26 x min, T: 36.5 ° C, peso: 9kg, talla: 72cm

- Piel y Faneras: Presenta ojos hundidos, mucosa oral seca, llenado capilar menos de 2 segundos, signo del pliegue negativo.
- Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Móvil a la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos aumentados, no doloroso a la palpación superficial ni profunda

- Sistema nervioso central: Lactante esta activo, reactivo a estímulos

Si bien las características de la diarrea indicaban que se trataba de una diarrea aguda acuosa y no de origen bacteriano se le solicito una reacción inflamatoria en heces la cual se informaba 0 leucocitos por campo siendo entonces el resultado negativo de esta manera nos orientaba hacia una posible etiología viral.

El lactante menor presentaba además deshidratación moderada, ya que se describió en el examen físico la presencia de ojos hundidos y mucosas secas, en cuanto a su estado nutricional se encontraba eutrófico. Se le indico a la madre que debía de darle 675 ml de suero de rehidratación oral a su hijo en un transcurso de 4 horas y volveríamos a reevaluarlo, luego de este tiempo madre refiere que su hijo tolero bien los líquidos y al examen físico ya no presenta mucosas secas indicándole que ya ira a casa, pero con ciertas medidas como darle más líquidos, lactancia con mayor frecuencia y además después de cada deposición tendría que reponer por via oral con 100 ml de SRO, también se le explico cuáles son los signos de alarma para que regrese al establecimiento de salud (presencia de fiebre, el menor vomita todo, no es capaz de beber o tomar pecho o presencia de sangre en las heces) y se le recomendó el lavado de manos constante para preparar los alimentos, antes de dar de comer a su hijo y después de cambiar pañales además del uso de agua hervida.

Caso 10: Anemia leve

Se trata de una lactante menor de 6 meses de edad de sexo femenino que llega a consulta con su madre manifestando tener resultado de examen de hemoglobina (Hb:10.5 g/dl), madre refiere que a su menor hija como parte de CRED se le solicito examen de hemoglobina encontrándose en valores inferiores a lo normal al ser consultada sobre la alimentación de su hija responde que solo recibe lactancia materna exclusiva a libre demanda, pero que no toma con mucha frecuencia, en cuanto a las funciones biológicas la lactante orina normal, lacta bien, sueño conservado, deposiciones pastosas.

En cuanto a los antecedentes perinatales de importancia la madre menciona que su hijo nació de parto eutócico a término pesando 2800 gramos, recibe lactancia materna exclusiva, recién va a iniciar alimentación complementaria, no ha recibido tratamiento preventivo para la anemia a los cuatro meses, tiene inmunizaciones completas para la edad, control cefálico a los 3 meses y menciona que ya se está sentando.

Al examen físico FC: 120 x min, FR: 24 x min, T: 37° C, peso: 8kg, talla: 69cm

- Piel y Faneras: Mucosa oral hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, leve palidez en conjuntiva.
- Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Móvil a la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos aumentados, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Sistema nervioso central: Lactante esta activa, reactiva a estímulos, buena succión

Dado que la paciente ya viene con un resultado de hemoglobina se le inicia el tratamiento para anemia leve con sulfato ferroso en gotas, en el establecimiento de salud se exigía que se entregue el tratamiento por dos meses y con dosis estandarizada para la edad en este caso le correspondía 19 gotas por día y se le dio dos frascos, ya que el MINSa había aprobado dicho manejo terapéutico por la situación de emergencia producto del COVID19. Se le indicó a la madre que el medicamento debía de dárselo a su hija en la mañana junto con jugos ácidos o granadilla para mejorar la absorción y no darlo con leche, te o anís, asimismo se le informo que debía iniciar una dieta rica a base de alimentos que contengan hierro de origen animal como sangrecita o bazo y que el siguiente control de hemoglobina seria en un mes.

Caso 11: Bronquiolitis

Paciente masculino de 4 meses de edad proveniente de El Agustino con antecedentes de vacunación completa para la edad, un hermano de 3 años con un cuadro gripal desde hace 5 días y padre asmático. Tres días previos al ingreso a emergencia, paciente comienza con un cuadro caracterizado por rinorrea, tos y sensación de alza térmica la cual remitía con el uso de paracetamol 12 gotas, pero al día del ingreso se agrega respiración rápida, dificultad respiratoria, tiraje subcostal y la madre refiere como que le “silba el pecho”. Madre niega que su menor haya presentado un cuadro parecido, por lo que acude de emergencia al hospital.

Al examen físico: T: 38.6°C, FR: 51 x min, FC: 145 x min, Sat O₂: 91%

- Piel y faneras: Tibio/ Hidratado/ Elástico llenado capilar < 2 segundos, no edemas, no cianosis
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes en toda la espiración, tiraje subcostal moderado.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de intensidad aumentado en frecuencia, no soplo audible.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), no masas, no visceromegalia
- SNC: Fontanela anterior normotensa, activo y reactivo a estímulo, irritable
- Escala Wood Downes: 5 puntos (Moderado)
- Medidas Antropométricas: Peso: 6.1 kg Talla: 62 cm

En el hemograma: Leucocitos 17 000 a predominio linfocitario (57%), plaquetas 340 000, Hb: 10.4

Reactantes de Fase aguda: PCR 1.5

Electrolitos: Na: 140 mEq/L, K: 3.5 mEq/L, Cl: 101 mEq/L

En la Radiografía de Tórax: Signos de atrapamiento aéreo, aumento de diámetro anteroposterior y atelectasia laminar en base derecha.

Diagnósticos:

- Lactante Eutrófico con Adecuado Estado General, Adecuado Estado de Nutrición y Adecuado Estado de Hidratación.
- Bronquiolitis Moderado
- D/C Asma del Lactante Probable

- D/C Neumonía Viral

El plan en el siguiente paciente fue:

1. NPO
 2. Dextrosa 5% 1000 cc (1)
 3. NaCl 20% 40 cc (1)
 4. KCl 20% 10 cc.
 5. Salbutamol 6 puff cada 10 min por 1 hora, luego 4 puff cada 2 horas por 1 día
- } 30 cc por hora

Caso 12: Sepsis neonatal temprana

Recién nacido de 2 días de nacido durante la evaluación, madre refiere que nota en su hijo dificultad para respirar marcada durante todo el día, febril, pobre succión y agitado. Además, enfermería agregó que presento una temperatura 38. 5° y polipnea (88 x min). En el examen físico impresiona marcada dificultad respiratoria, polipnea, no presenta aparentemente trastorno del sensorio y buena succión.

Antecedentes Perinatales: Madre 24 años, G2P1001 Distócico, Grupo Sanguíneo: O+, 5 Controles prenatales en puesto de salud ingesta de Hierro y Ácido Fólico desde el primer trimestre, 4 ecografías normal, VIH y VDRL negativos, Vaginitis al 2do trimestre tratada, infección de tracto urinario en el tercer trimestre, 2 semanas antes del parto tratado con ceftriaxona aparentemente remitida no control de orina posterior. Ingresa con embarazo de 35 semanas y trabajo de parto en fase activa.

Producto único vivo parto por cesárea APGAR 7 al minuto, 8 a los 5 minutos, peso 1670 gramos Talla 41 cm Capurro 35 semanas, Silverman Anderson 2 puntos, sin malformaciones aparente, a la exploración criptorquidia bilateral.

Paciente ante la sospecha de sepsis se le solicita hemograma y hemocultivo. Obteniéndose los siguientes resultados Hemograma: Leucocitos: 27000 Neutrófilos 980 Monocitos 840 Bandas 0 Hb 19 Plaquetas 167 000 PCR 5 mg/dL, Grupo y Factor O+

Hemocultivo positivo a Estreptococo Beta hemolítico del grupo B

Se inicia esquema antibiótico de primera línea, comienza a presentar datos de dificultad respiratoria (tiraje intercostal discreto, aleteo nasal discreto, frecuencia respiratoria en 78 x min).

Los siguientes diagnósticos:

- Recién Nacido Pretérmino Tardío con Bajo Peso al Nacer
- Sepsis neonatal temprana
- Criptorquidia Bilateral

Se maneja con cámara cefálica a FiO₂ 60% presenta 2 Apneas por lo que se le administra Aminofilina, pasa a intermedios continuo en NPO por 6 días más. En la visita médica del día siguiente se mantuvo polipnéico (FR: 66 – 88), Taquicárdico (FC máxima 190) y afebril, luego de ello se inició estímulo enteral tolerándolo y uso de oxígeno suplementario por 48 horas más, completo esquema antimicrobiano por 10 días con ampicilina, amikacina ya que resulto positivo *Estreptococo Agalactiae* a los 5 días.

1.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Dentro de la rotación correspondiente a ginecología y obstetricia se desarrolló competencias basadas en realizar la atención de un parto guiado por el residente, programar a las pacientes con alto riesgo obstétrico para cesárea, monitorizar a la gestante cuando ya se encontraba en fase activa de labor de parto, realizar la evaluación de las puérperas, instrumentar en las cesáreas, en cuanto a la rotación de ginecología se programaban a pacientes para sala de operaciones por patologías como miomatosis uterina, endometriosis, distopias, legrados teniendo que completar el riesgo quirúrgico, toma de papanicolaou cuando era necesario, monitorizar funciones luego de la cirugía, transfundir paquetes globulares si presentaba mucho sangrado o volver a entrar a sala de operaciones, entre otras funciones.

A continuación, se describen casos vistos durante esta rotación

Caso 13: Miomatosis uterina - Mioma tipo 0

Se trata de una paciente de 45 años de edad que llega por emergencia al hospital refiriendo sangrado en abundante cantidad por vía vaginal, refiere

además haber sido diagnosticada de miomas hace 2 años, pero no recibe tratamiento, refiere cansancio, astenia y presencia de mareos.

En cuanto a los antecedentes ginecológicos: fecha de última regla: hace 2 semanas, Gesta:3, Para:3003, menarquia: 13 años, inicio de relaciones sexuales:16 años, número de parejas sexuales:2, no uso anticonceptivos, sí presenta dismenorrea, régimen catamenial:8/ 28 días, hipermenorrea, niega dispareunia, niega dispareunia, no antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, no cirugías previas, antecedente de infección del tracto urinario en la última gestación.

Al examen físico PA:110/70, FC:100 x min, FR: 23 x min, T: 37⁰ C

- Piel y Faneras: Piel pálida, tibia, llenado capilar menos de 2 segundos
- Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Genito urinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-)
- Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona

Al examen ginecológico: a la inspección se observa manchas de sangrado, palpación bimanual: útero aproximadamente de 7 cm, no dolor a la lateralización de cérvix ni anexos, a la especuloscopia se observa signos de sangrado reciente

Luego de la evaluación se le solicitó una ecografía transvaginal y hemograma completo así como pre quirúrgicos para ir adelantando exámenes, paciente regresa con resultados de ecografía donde se informa mioma submucoso pediculado de 40 mm y una hemoglobina de 7 mg/dl, motivo por el cual se le trasfunde un paquete globular y se reevalúa posteriormente logrando estabilizar a la paciente pasándole otro paquete globular además de ácido tranexámico 1g c/24 horas y hierro sacarato 100mg más NaCl9% 200ml también cada 24h.

Paciente se hospitaliza para manejo definitivo, luego de 5 días paciente continuo con tratamiento de ácido tranexámico y hierro sacarato y un día antes de intervención quirúrgica se le trasfunde otro paquete globular para lograr hemoglobina más de 10 mg/dl y así pueda entrar a sala para resección histeroscópica del mioma, paciente es dada de alta 2 días después de la cirugía sin complicaciones.

Caso 14: Infección del tracto urinario en gestante

Se trata de una paciente de 27 años, primigesta de 36 5/7sg por eco del primer trimestre que acude a consulta refiriendo que desde hace 3 días inicia síntomas urinarios bajos como dolor y ardor al miccionar, además menciona presencia de flujo blanquecino como leche entrecortada de mal olor que le genera prurito, niega fiebre, niega dolor lumbar.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos: fecha de ultima regla: no es confiable, Gesta:1, Para:0, menarquia: 12 años, inicio de relaciones sexuales:15 años, número de parejas sexuales:1, no uso anticonceptivos orales, ITU en el primer trimestre tratada con cefalexina por 5 días, peso habitual 58 kg, peso actual: 69 kg, IMC:23.8, Hb: 12,5, VHB: no reactivo, VDRL: no reactivo, VIH: no reactivo, grupo "O" +, todos los exámenes de laboratorio de hace 1 mes, 6 controles prenatales.

Al examen físico

- Piel y Faneras: Piel tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos
- Tórax y pulmones: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Globuloso, altura uterina: 36 cm, SPP: LCI, Latidos cardiacos fetales: 142, movimientos fetales presentes
- Genito urinario: Puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-), TV: no cambios cervicales

- Sistema nervioso central: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona

Ante la sospecha de una infección baja de tracto urinario se le solicita un examen de orina y urocultivo, la paciente regresa al día siguiente con resultado de examen de orina donde lo más significativo fue la presencia de leucocitos de 20-30 por campo, nitrito (+), piocitos y escasas células epiteliales de tal forma que se hace el diagnóstico de cistitis.

El tratamiento dado a la gestante consistió en ceftriaxona 1g intra muscular por 5 días para el manejo de la cistitis y clotrimazol en ovulo por 3 días para el manejo de vulvovaginitis por candida.

Caso 15: Cáncer de cérvix

Paciente mujer de 60 años G4P2022 procedente de Venezuela con antecedente varias parejas sexuales más de 50, fumadora ocasional refiere que aproximadamente 10 cajetillas semanales, no presento despistaje con Papanicolau y hace 6 años que no menstrua. Aproximadamente hace 3 años empieza con dispareunia que no le llama mucho la atención pensando que se trata de la menopausia. Hace 3 meses, empezó a presentar sangrado que progresivamente con el pasar de los días incrementa en cantidad llegando a ser 50 cc diario de color rojo oscuro asociada a debilidad, malestar general e incremento del sueño. Ahora hace 1 semana, paciente refiere que la pérdida de sangre ha incrementado, tiene que usar aproximadamente 2 toallas higiénicas noche diarias y disminución del volumen urinario. Por lo que acude a la emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Al examen físico: Frecuencia cardiaca: 131 x' Frecuencia respiratoria: 27 x'
Presión Arterial: 92/74 mmHg Temperatura: 37.3°C Saturación: 97% FiO2: 21%

- Piel y Faneras: Piel Fría / Poco hidratada / Elástico, llenado capilar < 2 segundos, mucosas secas, palidez +++/+++
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico con amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados.

- Cardiovascular: Choque de Puntas (-), Ruidos Cardiacos Rítmicos no soplos patológicos en hemitórax derecho.
- Abdomen: Globoso, simétrico, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial, ni profundo. No signos peritoneales. Timpanismo (+). Ruidos hidroaéreos (+). Signo de Bloomberg (-)
- Genito Urinario: Puntos Renouretrales (-) Puño Percusión Lumbar (-)
- Tacto Vaginal: Se palpa masa grande, pétreo que compromete cérvix, canal vaginal y parametrios. Cérvix corto posterior. Se evidencia abundante sangrado oscuro y dolor al realizarle el examen
- Especuloscopia: Abundante sangrado oscuro recidivante al realizar le procedimiento y excesivo dolor. No se evidencia sangrado activo, se visualiza masa oscura que compromete todo el cérvix, paredes laterales de vagina y parametrios.
- Sistema Nervioso Central: Somnolienta, sin signos de focalización, Escala de Glasgow: 15

A la paciente se le realiza un examen de hemoglobina con resultado de 6g/dl y hematocrito de 17. Se le ingresa a la Unidad de Cuidados Especiales de Ginecología – Obstetricia con los siguientes diagnósticos:

- D/C Neoplasia Maligna de Cérvix estadio IIIB vs IV

El plan en el paciente es el siguiente:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc } I II en 1 hora
3. Transfundir 2 Paquetes Globulares de emergencia, luego solicitar Hematocrito control
4. Solicitar TEM toraco-abdomino-pélvica y cerebral para descartar metástasis
5. Solicitar perfil de coagulación

Caso 16: preeclampsia con criterios de severidad

Multigesta de 35 años G3P2002 con 36 semanas por ecografía de primer trimestre con antecedente de obesidad grado II y cesáreas segmentarias en anteriores 2 embarazos por preeclampsia leve. Un día antes del ingreso,

empezó a presenta cefalea holocranena tipo pulsátil de intensidad 8/10 asociado a epigastralgia de moderada intensidad y orina espumosa, asistiendo al tóxico de emergencia del servicio de Ginecología – Obstetricia al día siguiente porque incremento la intensidad de la cefalea y el dolor abdominal.

Al examen físico: Frecuencia cardiaca: 85 x' Frecuencia respiratoria: 20 x' Presión Arterial: 164/112 mmHg Temperatura: 37° Saturación: 97% FiO2: 21% Latidos Cardiacos Fetales: 152 x

- Piel y Faneras: Tibia / Hidratada / Elástica, llenado capilar < 2 segundos, mucosas hidratadas, palidez (-), ictericia (-)
- Tórax y Pulmones: Tórax simétrico con amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Choque de Puntas (-), Ruidos Cardiacos Rítmicos no soplos patológicos en hemitórax derecho.
- Abdomen: Cicatriz de cesárea, Útero Grávido, Actitud Fetal: Longitudinal Cefálico izquierdo, AU: 36 cm
- Genito Urinario: Puntos Renoureterales superiores y medios (-) Puño Percusión Lumbar (-)
- Tacto Vaginal: Cérvix largo posterior, dilatación:0, borramiento: 0%, producto fuera de pelvis, no trabajo de parto, pelvis compatible.
- Sistema Nervioso Central: Activa, reactiva a estímulos externos, sin signos de focalización, Escala de Glasgow: Apertura Ocular: 4, Respuesta Verbal: 5, Respuesta Motora: 6. Dando en total 15 de 15 puntos.

A la paciente se le ingresa con los diagnósticos de:

1. Multigesta de 36 semanas por ecografía del primer trimestre
2. Alto Riesgo Obstétrico: Cesárea anterior 2 veces – Preeclampsia leve en 2 embarazos previos
3. Preeclampsia con signos de severidad
4. Obesidad Grado II (IMC: 37)

El plan es el siguiente en el paciente:

1. NPO

2. NaCl 0.9% 1000 cc } I II en 1 hora
3. Se coloca Sonda Foley
4. Sulfato de Magnesio al 20% 6 gramos en bolo, luego 2 gramos cada hora
5. Nifedipino 30 mg Via Oral
6. Se solicita Grupo y Factor, Glucosa, Urea y Creatinina
7. Se prepara para sala de operaciones de emergencia para Cesárea de Emergencia

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Los establecimientos de salud donde se desarrolló el internado médico fueron 3: Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) y el Centro de Salud Materno Infantil Ancón (CSMI-Ancón). El HNAL ubicado en el Centro de Lima en la Avenida Alfonso Ugarte N° 848 es un hospital de nivel III-1, perteneciente a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, de alta especialización y de referencia a nivel local y nacional, pues brinda servicios complejos a la población y también incentiva a la docencia e investigación en salud. No cuenta con una población de referencia, ya que acuden pacientes de diversos lugares de la capital y del país siendo los principales pacientes procedentes de los distritos de Lima Cercado, Breña, San Juan de Lurigancho y Comas. Durante el año 2019 se llegó a atender 139 181 pacientes. Dentro de las principales causas de morbilidad en consulta externa se encuentran la hipertensión arterial, diabetes mellitus sin complicación, lumbago y asma muy por el contrario a las causas de hospitalización dentro de las que destacan la atención de parto único, parto por cesárea, apendicitis aguda y parto por cesárea electiva, dentro de las principales causas de atención en emergencia se encuentran el dolor abdominal, rinofaringitis, diarrea y gastroenteritis. En cuanto a la distribución de camas hospitalarias, el servicio de Medicina interna tiene el 31.94% de las 789 camas disponibles, seguido de cirugía general con 14.2 %, especialidades quirúrgicas con 11.03%, obstetricia con 10.14% y ginecología con 7.6%.(3)

El Hospital Nacional Hipólito Unanue ubicado en el Agustino en la avenida César Vallejo N° 1390 es un nosocomio de nivel III-1, perteneciente a las

Redes Integradas de Salud Lima Este que tiene como finalidad prestar atención integral en salud, a la persona, familia y comunidad contando con profesionales altamente capacitados. Es importante mencionar que este hospital es el único establecimiento especializado en salud de nivel III-1 de Lima Este que cubre una población demandante que supera los dos millones y medio de habitantes, de bajo nivel socio – económico. Este hospital recibe usuarios procedentes de los distritos de Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho y Santa Anita principalmente. Durante el año 2018 se registraron 384 524 atenciones destacando dentro de las principales causas de atención en consulta externa patologías como la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) con 9% (22,586 casos), luego esta las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial con 4% y 3%, respectivamente y en cuarto lugar la Tuberculosis no confirmada bacteriológicamente.(4)

El HNHU sufrió un cambio a raíz de la pandemia por el COVID 19 ya que gracias al Decreto N° 055-2020 se implementó un módulo de hospitalización temporal para la atención de pacientes con sospechas y diagnóstico de COVID-19. El módulo hospitalario cubre un área de 2,100 m² y tiene la capacidad para albergar 100 camas hospitalarias temporales completamente equipadas para el manejo y tratamiento de personas afectadas por el Coronavirus. Luego, el pabellón C2 se adecuó a cuidados intensivos para manejo de pacientes con infección severa de SARS COV-2 y parte del pabellón C1. Reduciendo la cantidad de camas de hospitalización de todos los servicios.(5)

El centro de salud materno infantil Ancón se encuentra ubicado en el distrito de Ancón en la avenida José Carlos Mariátegui- Ex Marginal 575, es un centro de salud nivel I-4, perteneciente a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, es el único establecimiento de salud de más alta capacidad resolutive en dicho distrito contando con atenciones en los servicios de medicina general (no se cuenta con ginecólogo ni pediatra), psicología, nutrición, laboratorio clínico, terapia física, odontología, su atención se centra en actividades preventivas promocionales. Tiene dentro de sus principales causas de morbilidad a patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus, infecciones del tracto respiratorio y anemia. Los pacientes que no

puedan ser atendidos en el centro por no contar con la capacidad resolutive necesaria son referidos al hospital Calos Lanfranco La Hoz ubicado en el distrito de Puente Piedra. Este centro de Salud cuenta con un área acondicionada fuera del establecimiento donde se atiende a pacientes sospechosos de COVID 19 y también se realizan pruebas rápidas y moleculares.(6)

El desarrollo del internado en los meses de enero, febrero y marzo fue agradable aunque también costo un poco adaptarse a la nueva rutina de estar a las 6 a 6 30 am en el hospital para evolucionar a los pacientes, luego esperar pasar visita con los asistentes en una ronda donde se discutían los casos, para posteriormente poner en marcha todos los exámenes auxiliares o procedimientos que necesitaban nuestros pacientes llámese tomar muestra de sangre, curar heridas, llevar a ecografía o toma de placas, etc., también mencionar que se tenía un cronograma de actividades académicas donde residentes e internos presentaban los casos más resaltantes del pabellón y las guardias cada ciertos días dependiendo de la rotación en la que nos encontráramos; asimismo se tenía que realizar la historia clínica completa de los nuevos ingresos que se hospitalizaban, con el pasar del tiempo se le toma aprecio al hospital y se hace costumbre la rutina.

Todas nuestras actividades que realizábamos sufrieron un cambio radical en el contexto de la pandemia que si bien es cierto volvimos a los establecimientos de salud alrededor del mes de octubre-noviembre cuando los casos estaban disminuyendo esto no significaba que la realidad sería la misma de antes.

El continuar el internado en el HNHU significó un reto por el temor al contagio del COVID 19, se tenía que asistir al hospital con una vestimenta adecuada, una vez dentro del hospital se colocaba el equipo de protección personal, siempre recordando no tocarse la cara con la incomodidad del uso de la mascarilla, el lavado de manos constantes y la preocupación de cometer algún error; luego cuando ya se estaba en el pabellón en contacto con los pacientes se veía una gran disminución de la demanda llegando a tener muy pocos pacientes por interno alrededor de 3 por interno y ya no se tenía la misma confianza de antes al examinar a un paciente, se tenía que realizar el examen físico ya no tan minucioso por el riesgo de contagio, las actividades

académicas habían quedado suspendidas de forma presencial y se realizaban de manera virtual, con el pasar del tiempo se logró recuperar mas la confianza y ya se interactuaba más con el paciente, se volvieron a realizar guardias, se instrumentaba en las cirugías, atendía partos y de esta forma al menos se sentía que ya se adquiría mas práctica y destreza complementando los conocimientos con las clases virtuales brindadas por la universidad.

La situación que se atravesó al retornar al internado médico en un lugar distinto al que se había elegido desde un inicio fue duro de aceptar, cambiar un hospital reconocido como el HNAL por un establecimiento de salud I-4 y en un lugar tan alejado como Ancón y más aún en el contexto de una pandemia significo un gran reto. Al llegar al CSMI-Ancón el jefe de dicho centro dio la bienvenida y apoyo a los internos indicando que tenía toda la predisposición en formar parte del aprendizaje en esta etapa crucial como es el internado; es así como poco a poco se conoció el establecimiento de salud, se aprendió sobre el manejo que se les da a los pacientes en el primer nivel de atención, se tuvo la oportunidad de realizar la atención inmediata del recién nacido, realizar sutura simples, curación de heridas, dar tratamiento para anemia según la norma técnica, se participó en la campaña de vacunación contra la difteria así como también en la vacunación canina y también en algunas oportunidades atendía a los pacientes con diagnóstico de COVID 19 en la carpa ubicada fuera del establecimiento, lo más gratificante de haber rotado en un establecimiento de salud nivel I era escuchar a los doctores decir que similares patologías se atenderían en el SERUMS para lo cual ya se contaba con cierta experiencia y sobre todo se sabía cuándo referir a un paciente antes de cometer un imprudencia.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

El abordaje de cada paciente demanda un reto para quien lo atiende, ya que se busca brindarle atención de calidad debiendo tener una buena actitud crítica y científica para de esta forma poder solucionar el problema que aqueja al paciente es por ello que para el manejo de los diversos casos vistos en la etapa del internado medico recurrimos a guías de práctica clínicas y a la medicina basada en evidencias

3.1 Rotación de Medicina Interna:

En el caso 1 donde se le realizo el diagnostico de diabetes mellitus a la paciente de 40 años, obesa, sedentaria y con familiar de primer grado con Diabetes mellitus, la Asociación americana de diabetes nos dice que para el diagnóstico se tiene que cumplir uno de los siguientes criterios:

- Glucosa en ayuna ≥ 126
- Test de tolerancia oral a la glucosa ≥ 200 a las 2h
- Glucosa al azar ≥ 200 con síntomas como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso
- Hb glicosilada ≥ 6.5

Dado que este caso fue visto en el primer nivel de atención la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención recomienda que al momento del diagnóstico se le debe solicitar a la paciente exámenes de laboratorio como Hb glicosilada, perfil lipídico, examen de orina, microalbuminuria de 24 horas, creatinina, TGO, TGP, hemograma, además de cuantificar el peso, IMC, perímetro

abdominal, presión arterial, examen cardiovascular, inspección de extremidades inferiores, fondo de ojo e identificar factores de riesgo cardiovascular como consumo de tabaco, hipertensión y pasar consulta odontológica y psicológica.(7)

Identificado el caso de diabetes mellitus habrá que iniciar el tratamiento (Anexo 1), se recomienda iniciar con monoterapia a base de metformina, siempre y cuando el paciente se encuentre estable es decir sin signos de descompensación aguda, ya que tiene efecto anorexigénico, disminuye la gluconeogénesis, potencia la acción periférica de la insulina y disminuye el riesgo cardiovascular, la dosis recomendada es de 500 a 850 mg cada 24 horas después del almuerzo pudiéndose incrementar la dosis de forma progresiva hasta 2550 mg para lograr controlar los niveles de glucosa, en los casos en los que la metformina este contraindicada principalmente por tener una tasa de filtración glomerular menor de 30 ml/min/1.73m² o una creatinina ≥ 1.4 mg/dl en mujeres y ≥ 1.5 en varones o el paciente sea intolerante se recomienda iniciar con sulfonilureas (glibenclamida 2.5-5mg cada 24 horas con la primera comida con dosis máxima de 20mg al día).(7)

Al tratamiento farmacológico hay que sumarle los cambios en los estilos de vida que incluye:

- Educación: tanto al paciente como a la familia hay que educarlos sobre el autocuidado y autocontrol respetando las características culturales, nivel educativo y origen étnico. La educación debe darse desde el momento del diagnóstico y de forma continua.
- Recomendaciones nutricionales: todas las personas con diagnóstico de diabetes mellitus deben pasar consulta por el nutricionista o por un personal de salud capacitado para que le de las indicaciones correspondientes que se basan principalmente en una dieta baja en carbohidratos, rica en vegetales y fraccionada en cinco comidas al día, una de las técnicas usadas es el método del plato donde se le indica a los pacientes que deben dividir su plato primero en la mitad y luego la segunda mitad en dos cuartos de esta forma en la primera mitad deben ir todos los vegetales, en el primer cuarto de la segunda mitad se incluye a las proteínas como carne, pollo, pescado y en el segundo

cuarto se incluye a los carbohidratos como cereales, tubérculos y legumbres.

- Actividad física: se recomienda 150 min semanales de ejercicios aeróbicos de moderada intensidad vale decir trotar, bailar, caminar, etc.
- Otros: evitar el consumo de tabaco, se recomienda vacunar a todo paciente con diabetes contra la influenza y anti neumococo una vez al año.(7)

Todo el tratamiento está enfocado en evitar las complicaciones agudas (cetoacidosis diabética, hipoglicemia, estado hiperglucémico hiperosmolar) y crónicas (retinopatía, nefropatía, neuropatía) propias de la enfermedad es por eso que se recomienda cumplir los objetivos del control cardiometabólico:

- Glucosa en ayunas de 80-130 mg/dl
- Glucosa post prandial < 180 mg/dl
- Hb glicosilada < 7 mg/dl
- Colesterol total <200 mg/dl
- Colesterol HDL >50 mg/dl
- Colesterol LDL < 100 mg/dl
- Triglicéridos < 150 mg/dl
- PA < 140/90 mmHg(7)

El control de glucosa debe realizarse cada mes a cada 3 meses y la Hb glicosilada cada 3 meses hasta que se alcance el objetivo y luego cada seis meses, en el caso de la paciente vista en el centro de salud se le debe hacer el seguimiento antes descrito y los criterios para referirla serían los siguientes:

- Inadecuado control metabólico durante 3-6 meses cumpliendo el tratamiento indicado se debe referir al médico internista o endocrinólogo
- En caso no se cuente con nutricionista o profesional capacitado para tal función
- Paciente con complicación crónica que requiera atención por oftalmología, neurología, nefrología y cardiología
- Infección aguda grave

- Paciente con diabetes e hipertensión arterial
- Paciente con complicación aguda

En el caso 2 correspondiente a escabiosis se llegó al diagnóstico de esta patología de forma clínica, la medicina basada en evidencias define a la escabiosis o acarosis como una infestación de la piel causada por el sarcoptes scabiei manifestándose como una erupción intensamente pruriginosa con distribución característica en el cuerpo, existe también una variante menos común que es la costrosa que ocurre en personas inmunodeprimidas asociado a una gran carga de ácaros y lesiones con escamas gruesas, fisuras y costras.(8)

La transmisión de este ácaro suele ocurrir mediante el contacto directo y constante de piel con piel tal es el caso de contagio entre los miembros de la familia y en parejas sexuales, dentro de las manifestaciones clínicas de la forma clásica destacan:

Prurito: A menudo intenso que empeora en la noche como resultado de una reacción de hipersensibilidad tipo retardada a los ácaros, huevos o sus heces. Inicio de los síntomas 3 a 6 semanas después de la infestación primaria y en pacientes previamente infestados los síntomas inician 1 a 3 días después de la infestación.(8)

Las lesiones observadas son múltiples pápulas eritematosas pequeñas excoriadas, surco acarino como líneas serpiginosas delgadas de 2-15 mm color gris, rojo o marrón, pueden también observarse vesículas, pústulas y ampollas.(8)

La distribución de las lesiones cutáneas involucra varias áreas entre ellas los espacios interdigitales, flexuras de muñeca, codo, axilas, región peri areolar, periumbilical, cintura, genitales masculinos, rodilla, glúteos; la espalda y cabeza suelen no afectarse.(9)

El diagnóstico debe sospecharse en pacientes con uno o más de los siguientes (en el caso presentado la paciente cumplía todos los criterios):

- Prurito generalizado que empeora en la noche, no afecta la cabeza y es desproporcionado con los cambios visibles en la piel

- Erupción pruriginosa tipo pápula eritematosa
- Otros miembros del hogar con síntomas similares

Otros exámenes:

Raspado de piel en múltiples sitios comunes de afección para de manera microscópica identificar a los ácaros, huevos o gránulos fecales de ácaros. Prueba de la cinta adhesiva que consiste en colocar un trozo de cinta transparente en el lugar de la lesión y llevarla al microscopio. Dermatoscopia se usa para visualizar directamente los ácaros (signo del ala delta que representa la cabeza del ácaro), las madrigueras y también para poder dirigir el raspado. Los análisis de sangre generalmente no están indicados.(9)

Se menciona como terapia de primera línea para el tratamiento de escabiosis a la permetrina tópica al 5% y a la ivermectina oral como tratamiento alternativo(10)

La administración de la permetrina debe realizarse a fondo desde el cuello hasta las plantas de los pies incluidas áreas debajo de las uñas, en los niños pequeños la afectación de cuero cabelludo es común por lo tanto también se debe aplicar n cuero cabelludo y cara sin afectar ojos y boca, la permetrina a menudo se aplica en la noche para luego de 8 a 14 horas eliminarlo mediante el lavado. Puede ser necesaria una segunda dosis de aplicación una a dos semanas después, sin embargo, no se ha estudiado su eficacia relativa.(10)

La ivermectina via oral tiene la ventaja de ser de fácil administración y es útil en grandes brotes como en asilos o en lugares donde la terapia tópica es poco práctica, no es recomendad en gestantes ni en niños de menos de 15 kg, la dosis recomendada es de 200 mcg/kg seguido de otra dosis luego de una semana.(10)

Otros agentes como alternativa al tratamiento son el benzoato de bencilo al 25% que se puede aplicar una vez al día por la noche durante dos días seguidos y luego repetir en una semana el azufre tópico, lindano tópico.(11)

En este caso el tratamiento dado para la paciente fue el de permetrina 5% tanto para ella como para los miembros de su familia y se consideró exitoso ya que a la semana las lesiones activas resolvieron y el prurito disminuyó, es de destacar que algo de prurito puede persistir por dos a cuatro semanas después de un tratamiento exitoso.

En el caso 3 el objetivo del manejo incluye la restauración del volumen circulatorio y perfusión tisular, resolución de la hiperglicemia y corrección del desbalance electrolítico y acidosis. En enfermedades críticas y que presentan compromiso del sensorio con Cetoacidosis Diabética, la insulina intravenosa continua es el manejo estándar. Según la Asociación Americana de Diabetes, el manejo fue el adecuado. Ya que primero se confirmó el diagnóstico viendo el nivel de glucosa y las cetonas en orina, luego se empezó con fluidos endovenosos siendo NaCl 0.9% 1000 cc por hora. Después se realizó un análisis de gases arteriales donde el potasio sérico no se encontraba alterado, por lo que se le administró 20 a 30 mEq de potasio por litro endovenoso llegando a ser 4 a 5 mEq/L a nivel sérico junto a la Insulina Regular que fue a una dosis de 0.1 unidades por kilo por vía endovenoso en bolo y se dejó en infusión 0.1 unidades por kilo por hora endovenoso. Como se encuentra con un pH < 6.9 se debe administrar bicarbonato de sodio.(12)

Según la Guía de Práctica Clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Ministerio de Salud del año 2017, en el paciente por presentar una microalbuminuria de 72 mg/ 24 h se le debe ofrecer un antagonista del sistema renina-angiotensina siendo de elección Enalapril 10 a 20 mg cada 12 horas al día o Losartan 50 a 100 mg dos veces al día.(13)

En el caso de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) del 2020 en los pacientes con Diabetes tipo 2 con compromiso renal se debe considerar el uso del Inhibidor del co - transportador 2 de sodio – glucosa (SGLT2) en paciente que presentan un rango de la filtración glomerular ≥ 30 mL/ min / 1.73 m² y albumina en orina > 30 mg/ 24 h, por lo que este fármaco estaría indicado en el caso del paciente atendido en la institución. Este fármaco reduce el riesgo a la progresión a una enfermedad renal crónica, eventos cardiovasculares o ambos.(14) El problema radicaría que en el hospital no tenemos disponibilidad de este medicamento. Sin embargo, contrastando con la norma técnica también es recomendado el uso del inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina II o el bloqueador del receptor de la angiotensina cuando se presenta albumina en orina de 30 – 299 mg/ 24 h.

En el caso 4, la evaluación inicial de un paciente con sangrado gastrointestinal superior comienza con la comprobación si se encuentra hemodinámicamente estable y si necesita la reanimación de líquidos y/o transfusión de sangre, no siendo este el caso. De igual forma se debe de disponer de dos accesos venosos para permitir una rápida infusión de líquidos con cristaloides o coloides ante cualquier emergencia. Luego se debe constatar 3 fundamentos básicos: Confirmar la presencia de hemorragia, evaluar la magnitud del sangrado y comprobar si la hemorragia persiste activa. Todos estos fundamentos se comprueban con la Endoscópica, siendo diagnóstica y terapéutica. Se considera de alto riesgo a nuestro paciente, según la clasificación de Forrest es IIA y requiere manejo endoscópico. En la elección de tratamiento endoscópico, se han descrito varios tipos terapia de inyección, coagulación térmica, clips hemostáticos, sellador de fibrina, coagulación plasmática de argón o terapia combinada. En gran parte de los pacientes se tratan con terapia de coagulación térmica o clips hemostáticos.(15)

Respecto al manejo farmacológico, todos los pacientes con úlceras pépticas sangrantes deben recibir tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones endovenoso a dosis altas (ejemplo: Omeprazol 80 mg endovenoso luego en infusión continua 8 mg por hora). Si luego de la endoscopia no se visualiza una ulcera con estigmas de alto riesgo se disminuye la dosis del inhibidor de bomba de protones, no siendo este el caso.(15)

3.2 Rotación de Cirugía General:

El caso 5 fue el de un paciente que llegó de emergencia por una quemadura, revisando las guías tendríamos que definir el tipo de quemadura en este caso una quemadura térmica ya que fue producto del impacto de aceite caliente y en cuanto a la profundidad la definiremos como una quemadura de segundo grado superficial que daña epidermis y dermis papilar presentando las siguientes características:(16)

- Flictena o ampollas no rotas de contenido líquido
- Presencia de dolor al tacto, temperatura

- Muy dolorosas
- Blanquean a la presión
- Cicatrización espontánea en 2 semanas aproximadamente
- Folículo piloso conservado

Para definir la extensión de una quemadura se puede usar la regla de los 9 de Wallace que permite cuantificar grandes superficies afectadas de modo rápido con los siguientes porcentajes en adultos:(16)

- Cabeza: 9%
- Tronco 18%: tórax 9% y abdomen 9%
- Dorso :18%
- Miembro superior: 9% incluida la mano
- Miembro inferior: 18%
- Zona genital:1%

En el caso del paciente se le asignó un 4%, ya que tuvo afectado el área del pectoral derecho y antebrazo derecho.

Si bien este paciente no fue un gran quemado porque no se afectó >20 % de su superficie corporal total ni hubo afectación de cara, ojos, orejas, genitales debimos empezar la evaluación por el ABC verificando la vía aérea, ventilación y circulación. Luego haremos la valoración de la quemadura en este caso diremos:(16)

- Extensión: 4%
- Grado de profundidad: segundo grado superficial
- Localización: no zonas de gravedad como cara, cuello, genitales, manos, pies

Entonces le daremos la valoración de una quemadura menor cuya intervención primaria consistirá en cuidado de las heridas y de la piel irrigando la herida con abundante agua a temperatura ambiente con una duración de 20 minutos también puede realizarse con agua hervida, agua destilada o NaCl 9% (ninguna es más eficaz que otra), el uso de antisépticos como clorhexidina sirve para la descontaminación y eliminación de tejido desvitalizado, el retiro de ampollas o flictenas tiene nivel de evidencia bajo, el siguiente paso es el tratamiento tópico para disminuir el crecimiento de bacterias y prevenir la

infección se usan pomadas antimicrobianas o apósitos de plata, el uso de sulfadiazina argéntica tiene alta evidencia por su amplio espectro y además posee capacidad exfoliante y de limpieza, son necesarias curaciones 1 vez al día por ultimo se describe que el vendaje dependerá de la funcionalidad y en caso de usar debe favorecer la movilidad, ser confortable, facilitar la expansión del edema y ser fácil de colocar como de retirar, en cuanto al tratamiento antibiotico profiláctico la guía recomienda o usar antibióticos sistémicos, ya que no hay estudios que mejoren el pronóstico y más bien generarían resistencia.(17)

He ahí el dilema si usar antibióticos sistémicos en pacientes con quemaduras de segundo grado superficial en este caso sí se le dio tratamiento profiláctico.

En el caso 6 corresponde a una paciente que sufre mordedura canina en pantorrilla, la guía del MINSA recomienda que ante toda mordedura canina se debe iniciar intervenciones de tal forma que se previene la infección por el virus de la rabia:(18)

- Se debe de lavar la herida con abundante agua y jabón por lo menos por diez minutos, en caso se cuente con yodopovidona u otro antiséptico también puede ser utilizado, recordemos que este es un paso crucial para disminuir la carga viral y la posible contaminación de la mordedura.
- En caso se tenga que suturar se recomienda realizar puntos de afronte flojos y no incluir el tejido celular subcutáneo de tal modo que facilitamos el drenaje en una posible infección.
- De estar indicado el suero antirrábico se recomienda aplicarlo alrededor de la herida 15-30 minutos antes de suturar.
- Se recomienda suturar en zonas como cara y cabeza
- En caso la mordedura haya sido en mano, pie, oreja y está indicado usar el suero antirrábico habrá que infiltrar con poca presión para evitar causar un síndrome compartimental
- Se recomienda además tratamiento antibiotico

Entonces resultaría importante saber cuáles son las indicaciones del suero antirrábico:(18)

- Mordeduras en cara, cuello, genitales, cabeza, pulpejo de dedos, manos y pies ocasionadas por perro domestico sospechoso de rabia
- Mordeduras múltiples, de gran profundidad producidas por perro domestico sospechoso de rabia
- Mordeduras causadas por perros huidos o desconocidos en cara, cuello, genitales, cabeza, pulpejo de dedos de manos y pies (evaluar situación epidemiológica)
- Mordedura ocasionada por animal con diagnostico confirmado de rabia

Se considero esta mordedura como una exposición leve, ya que el perro si bien fue desconocido, la norma también menciona que se debe hacer evaluación epidemiológica y en el centro de salud de Ancón no se ha visto casos de rabia; además de ser una lesión superficial y no localizada en cara, ni cabeza, ni cuello, ni genitales ni pulpejos de manos ni pies por lo que el manejo (Anexo 2) en casos de exposición leve consiste en tratamiento y control de las heridas, control por 10 días al perro, no requiere profilaxis antirrábica a menos que el perro muera o desaparezca o presente sospecha de rabia dentro de 10 días. (18)

En el caso que hubiese sido una exposición grave (mordedura por perro sin síntomas o sospecha de rabia, pero que la lesión se encuentre en cara, cabeza, cuello, genitales o pulpejos de dedo o lesiones profundas o múltiples) el manejo hubiese sido similar al de exposición leve añadiendo profilaxis con dos dosis de la vacuna antirrábica el día 0 y 3 y suspender profilaxis si el perro está sano, en caso no se complete el seguimiento del perro porque muere o huye se debe confirmar rabia por laboratorio y realizar la evaluación epidemiológica para decidir si se completa el esquema de vacunación los días 7, 14 y 28.(18)

En el caso 7, según la Guía de Práctica Clínica diagnóstico y manejo de apendicitis aguda del departamento de cirugía general del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” del año 2017, se define como una

Apendicitis aguda con Peritonitis generalizada cuando se evidencia signos peritoneales difusos, incremento de la resistencia de la pared abdominal – muscular, signos del rebote positivos. En el caso descrito hasta se llega a evidenciar el “abdomen en tabla” siendo considerado un caso avanzado. El examen ecográfico es opcional dependiendo bastante de la experiencia del ecografista. El manejo preoperatorio es dejarlo en NPO, hidratación endovenosa, uso de antibióticos que abarquen gérmenes gram (-) y anaerobios, usar analgésicos o antiespasmódicos cuando este seguro del diagnóstico y se le decide programar para cirugía de emergencia. Durante la cirugía se realiza la apendicectomía y lavado de cavidad se coloca drenaje laminar o tubular (opcional). El cierre de pared debe ser por planos, piel y tejido celular subcutáneo se deja abierto para un cierre primario diferido después de 4 o 5 días. Sin embargo, en algunos casos se toma en cuenta realizar el cierre primario de piel y tejido celular subcutáneo para irrigación a presión con un litro de suero salino.(19)

En la guía de JERUSALEM 2020, recomienda el uso de scores para excluir el diagnóstico de apendicitis aguda (Ejemplo: Escala de Alvarado), respecto al manejo en apendicitis no complicadas y complicadas recomienda la apendicectomía laparoscópica como método preferido sobre la apendicectomía abierta, donde es fundamental la experiencia del equipo en laparoscopia. No se recomienda el uso de drenajes, ya que estos no tienen ningún beneficio en la prevención de abscesos intrabdominales y llevan a una estancia hospitalaria prolongada. En el uso de antibióticos postoperatorios todavía existe una gran variación y los regímenes que se deben usar.(20)

En el caso 8, la obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides solo se encuentra aproximadamente en el 25% de los casos, siendo más común en adultos mayores de 70 años y pacientes con desordenes neuropsiquiátricos y diabetes. La presentación clínica incluye náuseas, vómitos, distensión, constipación y dolor abdominal. Respecto al diagnóstico la tomografía con contraste ha reemplazado a las radiografías abdominales y los enemas de contraste hidrosolubles como el estudio diagnóstico para el vólvulo sigmoides. Solo el 60% de pacientes con vólvulo sigmoides son diagnosticados con radiografías abdominales, en cambio la tomografía con una sensibilidad casi del 100% y especificidad mayor al 90% ha logrado confirmar el diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico está indicado para pacientes con signos de peritonitis. Perforación o descompresión no operatoria recurrente o fallida. En caso no halla ninguno de estas complicaciones, la detorsión no operatoria con colocación de tubo de descompresión o sigmoidoscopia flexible es la terapia de primera línea. Luego de una descompresión endoscópica exitosa se ha visto tasas de recurrencia de hasta el 86% y como las tasas de mortalidad de los pacientes con vólvulo sigmoideas recurrente es alta. La sigmoidectomía electiva se recomienda generalmente en los pacientes durante el ingreso inicial o poco después.(21)

El manejo quirúrgico implica sigmoidectomía con anastomosis colorrectal primaria. Sin embargo, en casos de pacientes con signos de perforación o peritonitis deben someterse a una resección del intestino volvulizado. El tamaño de la resección dependería del estado del colon proximal al vólvulo. El procedimiento en casos de inestabilidad hemodinámica, coagulopatía, acidosis o hipotermia es la cirugía tipo Hartmann que no es reconstructiva. Fuera de estos casos también se tiene como opción, la anastomosis colorrectal con desviación proximal y anastomosis colorrectal sin desviación proximal. Esta elección dependería del paciente e individualizarlo en función a los parámetros clínicos que presenta. (22)

En el caso del paciente mencionado cumple criterios para realizarle una Sigmoidectomía y una cirugía tipo Hartmann ya que el paciente se encuentra con signos de compromiso sistémico que puede correlacionarse a una posible isquemia a nivel de colon se puede ver también en el examen complementario del hemograma con una leucocitosis con desviación izquierda. Sumado a esto, la ausencia de un sigmoidoscopio en emergencia deja sin otra posibilidad terapéutica.(22)

3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología:

En el caso 9 se describió a un lactante de 8 meses con diarrea aguda acuosa y deshidratación moderada, para el manejo de esta paciente nos basamos en la GPC propuesta por el MINSA para la atención de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño.

Primero es importante definir la diarrea aguda como la disminución en la consistencia y/o aumento de la frecuencia habitual de las heces en un periodo menor de 14 días y el tipo en el caso de la paciente fue de tipo acuosa porque solo había disminución de la consistencia sin moco y sin sangre.(23)

Además, lo más importante en estos pacientes es identificar el grado de deshidratación, pues en base a ello elegiremos el plan de tratamiento:

Se define deshidratación moderada o con algún grado de deshidratación cuando presente dos o más de los signos de los siguientes:(23)

- Estado de conciencia: irritable, intranquilo
- Ojos: hundidos
- Mucosa oral y lengua: secas
- Lagrimas: escasas
- Sed: bebe con avidez
- Signo del pliegue: desaparece en un tiempo menor de 2 segundos

En el caso el lactante de 8 meses presentaba dos signos (ojos hundidos y mucosas secas) por lo que se inició el plan B del tratamiento que consiste en tratar la deshidratación de la siguiente manera:

Dar Suero de rehidratación oral a dosis de 50-100 ml/kg durante 3 a 4 horas dándole con cucharitas cada 1 a 2 minutos por vía oral y luego volveremos a reevaluar. Es importante saber que dentro de estas 4 horas si el niño vomita debemos esperar 10 minutos para luego volver a darle el SRO de forma más lenta, se reevaluará cada dos horas hasta que desaparezcan los signos de deshidratación.(23)

Si luego de las 4 horas el lactante ya no tiene signos de deshidratación, tiene buena micción y buena tolerancia oral se ira de alta con el plan A que consiste en:(23)

- Aumentar la ingesta de líquidos en mayor cantidad
- Continuar con la alimentación de rutina
- Reconocer signos de deshidratación y alarma (luz mal, letargia, más de 10 deposiciones en un día o más de 4 deposiciones en 4 horas, sed intensa, fiebre, sangre en heces) para regresar al establecimiento de salud

- Enseñarle a prevenir futuros brotes de diarrea mediante medidas higiénicas como el lavado de manos
- Zinc a dosis de 20 mg de zinc elemental por día durante 10 días

En el caso 10 fue acerca de una lactante de 6 meses con diagnóstico de anemia leve Hb: 10.5 g/dl, el abordaje que se le dio a este caso fue basado en la norma técnica de anemia redactada por el MINSA donde se menciona que para el diagnóstico de anemia tenemos el diagnóstico clínico que consiste en una anamnesis dirigida buscando síntomas (astenia, cansancio, taquicardia, etc.) y signos (palidez de palma de manos, mucosas, sequedad de piel en dorso de muñeca y antebrazos, caída de cabello, coloración del lecho ungueal) de anemia especialmente en niños, adolescentes y gestantes, pero no pueden ser bien evaluado en lactantes. Pero el criterio más importante será el laboratorial donde se dosará hemoglobina, hematocrito y ferritina sérica (si se tiene la disponibilidad), se considerará anemia en un territorio hasta una altitud de 1000 msnm en niños de 6 meses a 5 años cumplidos si presentan los siguientes valores de hemoglobina:(24)

- Anemia leve: 10.0 – 10.9 g/dl
- Anemia moderada: 7.0 – 9.9 g/dl
- Anemia severa: < 7 g/dl

Es importante mencionar que todos los niños a partir de los 4 meses de edad deberían de recibir el tratamiento profiláctico para la anemia hasta los 6 meses con dosis de 2mg/kg/día de hierro elemental ya sea con sulfato ferroso o hierro polimaltosado. A partir de los 6 meses el tratamiento preventivo es a base de sobres de micronutrientes (1 por día hasta completar 360 sobres).(24)

En el caso presentado la lactante no había recibido hierro de forma profiláctica y ya se encontraba con anemia leve por lo que se le debería instaurar el tratamiento de la siguiente forma (Anexo 3):

Niños de 6 a 35 meses de edad la dosis de hierro elemental es de 3mg/kg/día pudiéndose usar jarabe de sulfato ferroso/ jarabe de complejo polimaltosado férrico/ gotas de sulfato ferroso/ gotas de complejo polimaltosado férrico con una duración de 6 meses continuos.(24)

Los controles de hemoglobina se realizan al mes, a los tres meses, a los seis meses de iniciado el tratamiento.(24)

Durante la pandemia se emitió una norma técnica que daba el tratamiento ya no por formula de peso sino que era un aproximado, como ejemplo es el tratamiento que se le dio a esta paciente que pesaba 8 kg y con la formula debería de recibir 24mg de hierro elemental equivalente a 19 gotas de sulfato ferroso ya que 1 gota de sulfato ferroso contiene 1.25 mg de hierro elemental coincidentemente las 19 gotas que debía de recibir la paciente era similar a la estimación de dosis estandarizada propuesta por el MINSA en el marco de la situación de emergencia por el COVID 19 que menciona que la dosis de sulfato ferroso para un niño de 6 a 9 meses es de 19 gotas, pero que hubiese pasado si la lactante hubiese tenido un peso mayor, la dosis estimada por el MINSA no hubiese sido la adecuada y tal vez no se estaría cumpliendo con el objetivo de dar un adecuado tratamiento.(25)

En el caso 11, la guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis en niños menores de dos años del año 2019 define Bronquiolitis como el primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, precedido de rinitis aguda o catarro por 3 a 5 días en los niños menores de 2 años. Siendo su etiología en un 70% por el virus sincitial respiratorio.(26)

En el examen físico encontramos: taquipnea, retracciones subcostales, intercostales, supraclaviculares, sibilancias o estertores. Para la evaluación de la severidad no recomienda un score clínico porque la evidencia no es suficiente, pero se debe monitorizar los siguientes parámetros: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, sibilantes, saturación de oxígeno y presencia de tirajes.(26)

Se decide la hospitalización si cumple con las siguientes características:

- Edad menor de 3 meses
- Apnea observada o reportada
- Saturación de oxígeno $\leq 92\%$ de 0 a 2500 msnm / $\leq 85\%$ a más de 2500 msnm
- Inadecuada tolerancia oral a líquidos (50% del volumen usual)

- Dificultad respiratoria (tirajes o taquipnea)
- Mal estado general
- Presencia de comorbilidad (cardiopatía, enfermedad pulmonar crónica, inmunodeficiencia)
- Cuidador incapaz de proporcionar la observación apropiada o de cumplir con la terapia domiciliaria prescrita
- Agravamiento del cuadro clínico en cualquier momento
- Falta de respuesta al tratamiento después de 48 horas
- Dificil accesibilidad al establecimiento de salud.

Dentro de los criterios de severidad encontramos la irritabilidad, letargia, frecuencia respiratoria marcadamente incrementada o disminuida, dificultad respiratoria marcada, aleteo nasal y apnea recurrente. Solo se usaría la radiografía de tórax en caso de que existan dudas diagnósticas, cuadros severos o mala evolución.(26)

Para el manejo sintomático recomienda el acrónimo FALTAN. Fiebre: Administrar paracetamol si presenta temperatura > de 38° C axilar y medios físicos. Alimentación: Si el niño es < 6 meses y no ha iniciado su alimentación complementaria, motivar a la madre a amamantarlo con frecuencia. En caso de ya iniciado la alimentación complementaria continuar con los alimentos habituales. Líquidos: Aumentar el aporte para conserva una hidratación adecuada del organismo si tenemos en cuenta las perdidas por medio de secreciones, perdidas insensibles, dándole mayor énfasis a la fiebre. Tos: Evitar el uso de antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, descongestionantes, etc. Alarma: Acudir al centro de salud más cercano, si presenta dificultad para respirar, persistencia de fiebre (con 48 horas de tratamiento), dificultad para beber o lactar o vómitos recurrentes, compromiso del sensorio y si el niño empeora o no mejor a pesar del tratamiento dado. Nariz: Si la presencia de secreciones interfiere con la alimentación o el sueño limpiar fosas nasales con una solución casera de agua con sal o suero fisiológico al 0.9% aplicando 5 a 10 gotas en cada fosa nasal hasta mantenerlas libre de obstrucción. (26)

Se debe nebulizar con solución salina al 0.9% o en instilación nasal con el fin de permeabilizar las vías aéreas según requerimiento del paciente de acuerdo

con la valoración médica, no debe ser solución hipertónica, no se recomienda el uso de corticoides sistémicos. La nebulización con Beta 2 agonistas no se debe utilizar en la emergencia o durante la hospitalización. Solo en caso de que lactante presente factores de riesgo para asma, se le realiza la prueba terapéutica y se continua si presenta mejoría clínica, con vigilancia estricta del paciente. La prueba terapéutica consiste en: Salbutamol inhalado 2 puff cada 10 minutos por 1 hora, pudiéndose extender a 2 puff cada 20 minutos por 2 horas con aerocámara. En caso de bronquiolitis severa se puede utilizar el dispositivo de presión continua de vía aérea (CPAP) mejorando la resistencia de las vías aéreas, bajando el impacto de las atelectasias distendiendo el diámetro bronquial y bronquiolar.(26)

En el caso 12, se define a la sepsis bacteriana del recién nacido como un síndrome clínico formado por signos y síntomas sistémicos de infección y aislamiento de un patógeno bacteriano en el torrente sanguíneo. Siendo el caso de una sepsis confirmada porque presenta signos y síntomas con cultivo positivo, siendo temprana porque aparece antes de las 72 horas de vida. La infección de inicio temprano se debe generalmente a la transmisión vertical por líquido amniótico contaminado ascendente o durante el parto vaginal de bacterias. La corioamnionitis materna es un factor de riesgo bien reconocido y la colonización del estreptococo del grupo B (GBS) materno es otro factor de riesgo importante.(27)

Dentro de los factores de riesgo neonatales tenemos el bajo peso al nacer, prematuridad, sexo masculino, APGAR menor o igual a 3 a los 5 minutos. Las causas más comunes de sepsis de inicio temprano y tardío son el estreptococo del grupo B y Escherichia coli siendo dos tercios aproximadamente de la infección de inicio temprano.(27)

Las manifestaciones clínicas van desde síntomas sutiles hasta shock séptico profundo, siendo la mayoría inespecíficos. Los más frecuentes son pobre succión, inestabilidad de la temperatura (principalmente fiebre), irritabilidad, letargo, taquipnea, mala alimentación, taquicardia, mala perfusión, hipotensión, palidez, llenado capilar lento. En el hemograma: Leucocitos < 5000 por mm³ y > 25000 por mm³ luego de 12 horas de vida, Relación de

abastados / segmentados mayor 0.2, Plaquetas < 100000 y Granulaciones tóxicas y vacuolizaciones (Cuerpos de Dohle).(27)

El régimen de antibióticos empíricos debe incluir agentes contra el GBS y los otros organismos que causan más comúnmente sepsis neonatal. La combinación de ampicilina 50 mg/kg/día, cada 12 horas la primera semana, luego cada 8 horas y gentamicina 4 mg/kg/ dosis cada 24 horas; por 7 a 10 días. Se debe realizar balance hídrico, control de funciones vitales, considerar rotación de antibiótico si persiste sintomatología luego de 48 horas de tratamiento. Si presenta evolución clínica favorable, reactante de fase aguda y seguimiento negativos; hemocultivo negativo al tercer día, suspender antibióticos.(27)

3.4 Rotación de Ginecología y Obstetricia:

El caso 13 correspondiente a leiomioma pediculado fue visto en el servicio de ginecología, para el manejo tomaremos como base a la guía del INMP.

Se define al mioma como neoplasias benignas de músculo liso que no tienen capsula verdadera y responden a estrógeno y progesterona pudiendo ser únicos o múltiples, la FIGO clasifica a los miomas de la siguiente manera: (28)

- Tipo 0: pediculado o intracavitario
- Tipo 1: Menos del 50 % intramural
- Tipo 2: Mas del 50% intramural
- Tipo 3: 100% intramural o en contacto con el endometrio
- Tipo 4: intramiometral
- Tipo 5: Subseroso menos del 50% intramural
- Tipo 6: subseroso más de 50% intramural
- Tipo 7: Subseroso pediculado
- Tipo 8: Otros (cervical, parasitario, ligamento ancho)

Y la clasificación mediante histeroscopia de los miomas submucosos es la siguiente: (28)

- Tipo 0: Desarrollo 100% dentro de la cavidad uterina, pediculado o con base sésil
- Tipo I: A nivel endocavitario más del 50%

- Tipo II: A nivel endocavitario menos del 50%

El cuadro clínico es importante para sospechar de la ubicación del mioma, aunque casi la mitad de los miomas son asintomáticos y los que dan síntomas tienen como principales características:(28)

- Hemorragia uterina anormal generalmente desencadenado por miomas intramurales y submucosos
- Dolor pélvico: producido por miomas intramurales y subserosos
- Dismenorrea, dispareunia, sensación de pesadez
- Masa palpable
- Infertilidad principalmente por miomas submucosos

El diagnóstico de esta patología es mediante la ecografía transvaginal y para los casos de miomas submucosos la histerosonografía nos ayudara a localizar mejor al mioma. (28)

El manejo dependerá de los síntomas que presente la paciente en este caso como la paciente presentaba síntomas se debió de haber iniciado con tratamiento médico preoperatorio para reducir el tamaño del mioma, controlar el sangrado y mejorar la hemoglobina usando fármacos como:(28)

- Análogos de GnRH como leuprolide disminuye el tamaño del mioma en un 35% de las pacientes
- Terapia de remplazo hormonal combinada como primera línea en casos de hemorragia uterina anormal
- Terapia con progestágenos
- DIU de levonogestrel
- Acetato de ulipristol

Y en esta paciente se realizó la miomectomía histeroscópica puesto que cumplía con las siguientes indicaciones:

- Mioma a predominio de cavidad uterina
- Mioma tipo 0,1y 2 (paciente presentaba mioma tipo 0)
- Miomas submucosos que midan menos de 2.5 cm tipo 0 y 1

El caso 14 visto durante de la rotación de obstetricia fue el de una gestante de 36 5/7 semanas de gestación con cistitis siendo esta una patología frecuente por lo cual debemos conocer el manejo apropiado de acuerdo a la medicina basada en evidencias.

Las gestantes con cistitis agua tiene síntomas similares a las mujeres no embarazadas e incluye disuria, urgencia miccional, polaquiuria, algunas veces hematuria.(29)

El diagnostico debe sospecharse en gestantes que presenten disuria, polaquiuria o urgencia, aunque estos síntomas también pueden ocurrir como un cambio fisiológico del embarazo, la presencia de fiebre, escalofríos, puño percusión lumbar positiva nos debe hacer sospechar de un cuadro más severo como lo es la pielonefritis por lo que debe de realizarse un examen de orina y urocultivo, confirmándose el diagnostico de cistitis mediante el crecimiento bacteriano en el cultivo ($\geq 100\ 00$ UFC), pero ante la demora del urocultivo también se considera sospecha diagnostica la presencia de piuria, leucocitos o hematíes en el examen de orina.(29)

El manejo de la cistitis (Anexo 4) se basa en el tratamiento antimicrobiano y a menudo empírico eligiendo amoxicilina-acido clavulánico, fosfomicina, cefalexina; la nitrofurantoina es otra opción a partir del segundo o tercer trimestre del embarazo. La duración optima del tratamiento es incierta, pero se prefiere ciclos cortos de 3 a 7 días para minimizar la exposición del feto a los antibióticos.(30)

Es importante que generalmente una semana después de iniciado el tratamiento antibiotico la gestante se realice un urocultivo como parte del seguimiento, en caso la paciente no presente síntomas, pero tenga bacteriuria en el urocultivo el manejo óptimo es incierto.(30)

Se debe mencionar que es mandatorio tratar a las gestantes que presenten infecciones urinarias ya que el no hacerlo se ha asociado con un mayor riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal.

En el caso 15, según la norma técnica del año 2016, la definición cáncer de cérvix es una alteración celular que da cuando el epitelio del cuello uterino que se expresa en un comienzo por lesiones precursoras de progresiva y lenta

evolución, las cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasivo que sobrepasa la transformación maligna a la membrana basal. El virus de papiloma humano es una causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo del cáncer de cérvix. En nuestro país cada 5 horas fallece de cáncer cervical, una mujer.(31)

La clínica del cáncer de cuello uterino incluye: sangrado anormal en el ciclo menstrual o por lo vagina que no se pueden explicar, sangrado cuando hay contacto con el cérvix (durante el coito o uso del espejulo) y dispareunia. Puede presentar anuria y/o uremia cuando hay obstrucción de ambos uréteres. Un crecimiento hacia la pared pélvico provoca ciatalgias y compromiso anterior, en estadios avanzados puede provocar dolor vesical y hematuria. En la visualización del cérvix se puede observar rojo, friable, exofítico o una lesión ulcerada, se puede hallar induraciones o nódulos en los parametrios, en la palpación recto vaginal en lesiones avanzadas. (31)

El diagnóstico definitivo del cáncer se realiza con la biopsia por Inspección Visual por Ácido Acético (IVAA) por colposcopía. Otra alternativa de despistaje es la citología cervical o Papanicolaou, pero solo presenta una sensibilidad de 50% siendo muy variable porque depende bastante del personal, el paciente y el tiempo de la toma. Las pruebas moleculares para la detección del virus del papiloma humana en cambio son más efectivas que el PAP y el IVAA, pero el costo es muy elevado y se recomienda a partir de los 30 años. (31)

Según la FIGO, el cáncer de cérvix presenta una invasión directa a los parametrios, vagina, útero y órganos adyacentes (vejiga y recto); también se propaga por las vías linfáticas regionales, el obturador, el iliaco externo e interno, ganglios iliacos comunes y paraorticos. La metástasis a distancia es por vía hematógena, un fenómeno tardío, hacia pulmones, hígado y esqueleto. (32)

La estadificación se basaba principalmente al examen clínico agregando ciertos procedimientos, los hallazgos por imágenes o patológicos, asignaran el estadio. La evaluación imagenológica proporciona información sobre el tamaño del tumor, compromiso ganglionar y diseminación local o sistémica, según los recursos disponibles (ecografía, tomografía, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones). Pero, el mejor método de evaluación radiológica es la resonancia magnética de los tumores primarios mayores de

10 mm. El objetivo es identificar el abordaje apropiado para la paciente y evitar la terapia dual de cirugía y radiación, ya que presenta gran riesgo de aumentar la morbilidad. En etapas iniciales la cirugía es la idónea, donde pueden seleccionarse la conización cervical, la histerectomía simple total o la histerectomía radical; según la etapa de la enfermedad y extensión de la diseminación. La quimio radiación concurrente se considera el tratamiento estándar para pacientes con cáncer de cuello uterino localmente avanzado (LACC). El régimen semanal se administra por vía endovenosa cisplatino durante el curso de radioterapia, de igual forma tiene pobre pronóstico, el caso de nuestra paciente, pero se pudo evitar.(32)

En el caso 16, en la guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la Preeclampsia y Eclampsia del Instituto Nacional Materno y Perinatal del 2017 define a la Preeclampsia severa o con criterios de severidad con los siguientes criterios: (33)

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mmHg y diastólica igual o mayor a 110 mmHg
- Deterioro de la función hepática con enzimas hepáticas (TGO) 2 veces el valor normal
- Dolor severo persistente en cuadrante superior derecho o epigastrio que no controla con medicamentos
- Trombocitopenia $<100,000/mm^3$
- Creatinina >1.1 mg/dL
- Edema Pulmonar
- Trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales.

También recomienda el uso de sulfato de magnesio y para el uso seguro tener protocolos de atención con la dosis y vía de administración especificada según el nivel de atención. Agrega la sugerencia de tratamiento intervencionista debido la alta morbimortalidad materna y perinatal, siendo la interrupción del embarazo, la única manera efectiva de tratamiento. (33)

Solo en gestantes menores de 34 semanas, se puede considerar el manejo expectante, debido a la maduración pulmonar fetal y disponer de los recursos

necesarios para el manejo del recién nacido prematuro. También con el manejo intervencionista se evita complicaciones severas como eclampsia, síndrome de HELLP, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura hepática, las cuales comprometen altamente la vida del feto y la madre. El único riesgo sería el nivel de prematuridad del neonato y si se llegara a necesitar UCI neonatal o intermedios.(33)

En cuanto al uso de sulfato de magnesio en el instituto se administra 10 gr (cinco ampollas de 10 ml al 20%) con 50 ml de NaCl al 9% por 1000 cc en volutrol, pasar 40 cc en 20 minutos y posteriormente 10 microgotas por minuto equivaldría a 10 cc por horas. Se debe monitorizar el reflejo rotuliano presente, control de la diuresis horaria (> 30 cc / hora) y frecuencia respiratoria > 14 respiraciones por minuto. El manejo de la sobredosis es con Gluconato de Calcio al 10%, una ampolla de 10 ml endovenoso durante 10 minutos si se evidencia depresión del estado de conciencia, disminución de la frecuencia respiratoria y superficial (<14 respiraciones por minuto). Solo se suspende el sulfato de magnesio si se halla arreflexia. (33)

El cuanto al uso de antihipertensivos en el país lo más usado es el Nifedipino, si luego de 20 minutos de empezado el manejo continuo persiste con hipertensión severa, administrar Nifedipino 10 mg vía oral y si fuera necesario, repetir cada 20 minutos (máximo 3 a 4 veces). Tener cuidado al usarlo con el sulfato de magnesio porque produce una hipotensión mayor. (33)

En el boletín practico del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) número 222 del 2018, recomienda que en la evaluación inicial se debe obtener un hemograma completo con estimación de plaquetas, creatinina sérica, lactato deshidrogenasa, transaminasa y pruebas de proteinuria al mismo tiempo evaluación clínica materna y fetal completa. La evaluación fetal debe tener ecografía del peso fetal estimado y la cantidad del líquido amniótico y las pruebas fetales previas al parto. El manejo posterior dependerá de la edad gestacional y la evaluación. (34)

La decisión final del parto debe tener un equilibrio entre los riesgos maternos y fetales. La observación continua solo es apropiada para una mujer con un producto prematuro si tiene preeclampsia sin características graves o hipertensión gestacional. Si se continua solo con manejo expectante en la etapa de prematuro tardío, incluiría el desarrollo de hipertensión severa,

síndrome de HELLP, desprendimiento prematuro de placenta, restricción del crecimiento y óbito fetal. En las gestantes con preeclampsia sin características graves pueden desarrollar preeclampsia con criterios de severidad en unos días por tal motivo, se debe advertir a las gestantes que informen inmediatamente ante cualquier síntoma persistente, preocupante o inusual.(34)

La preeclampsia con criterios de severidad puede provocar complicaciones agudas y a largo plazo tanto para la gestante y el producto. Las complicaciones maternas incluyen edema pulmonar, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, síndrome de dificultad respiratoria aguda, coagulopatía, insuficiencia renal y lesión retiniana. El curso clínico de la preeclampsia con características graves se manifiesta por deterioro progresivo de la condición materna y fetal. Por tal motivo, se recomienda el parto cuando se diagnostique hipertensión gestacional o preeclampsia con criterios de severidad a las 34 0/7 semanas de gestación o más, luego de estabilizar a la madre o con trabajo de parto o rotura de membrana antes del parto. No se debe retrasar el parto por la administración de esteroides en el periodo prematuro tardío. (34)

Ahora, si se da el caso de una gestante con preeclampsia con criterios de severidad y con menos de 34 0/7 semanas de gestación, con condición materna y fetal estable, se puede considerar el manejo expectante. En dos ensayos controlados aleatorizados donde se comparó el manejo expectante de gestantes con preeclampsia con criterios de severidad y edad gestacional menos de 34 y con las que se decidió terminar la gestación, se demostró que el manejo expectante se asocia con una edad gestacional más alta en el momento del parto y mejores resultados neonatales. En una revisión sistemática de Cochrane se vio reiterado estas observaciones. Sin embargo, en un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico en América Latina, los autores no hallaron ningún beneficio con el manejo expectante de la preeclampsia con criterios de severidad desde las 28 a las 34 semanas de gestación.(34)

Durante el manejo expectante, se recomienda el parto en cualquier momento en caso de deterioro de la condición materna o fetal. Algunos estudios retrospectivos compararon la inducción del parto versus el parto por cesárea

en gestantes con preeclampsia con criterios de severidad pretérmino concluyendo que la inducción del parto era razonable y no perjudicaba a los lactantes con bajo peso al nacer. La decisión final de realizar un parto por cesárea debe individualizarse, teniendo en cuenta la probabilidad anticipada de parto vaginal y de la naturaleza y la progresión del estado patológico de preeclampsia. En el caso descrito se decidió terminar la gestación por vía cesárea, ya que la gestante había sido cesareada anterior dos veces y además presentaba preeclampsia con criterios de severidad y una edad gestacional de 36 semanas.(34)

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En la época antes del COVID 19, en el inicio del internado médico, en enero del año 2020 fue una etapa de transición por presentar un mayor contacto con el paciente y el hospital, en comparación a años anteriores de nuestra formación, conllevando esto a una mayor responsabilidad. La primera rotación de ambos fue en el servicio de Ginecología – Obstetricia de una duración de 3 meses, en el cual, te designaban 1 mes en el área de Obstetricia, 1 mes en Sala de Partos y el último mes en Ginecología, ambas sedes reconocidas nacionalmente por el buen desarrollo de los internos de medicina en el ámbito práctico y teórico por la diversidad de pacientes y casuística, llegando uno a atender entre 20 a 25 partos durante la rotación, ingresando a sala de operaciones en cesáreas, legrados uterinos, miomectomías, entre otras cirugías complejas todo bajo la supervisión y la guía de médicos residentes y asistentes.

En el servicio, se realizaban presentaciones clínicas sobre temas relevantes y fundamentales para nuestra formación como médicos, siendo esto enriquecedor. En la quincena del mes de marzo, cuando el presidente declaró el estado de emergencia y se nos informó que no podíamos volver a nuestras sedes, fue totalmente inesperado e incierto debido a que uno se entregaba totalmente a los pacientes y laborando arduamente en el hospital, siempre asistiendo temprano para realizar historias clínicas, observar la evolución diaria del paciente; tener ese nexo cercano y aprendizaje constante, y que de un día para el otro esta etapa culmine.

Luego de esto, en el tiempo de cuarentena, se busco realizar cursos a distancia, desarrollar el marco teórico, actualizarse sobre varios temas médicos; dándole énfasis en este tema que origino la pandemia. Luego, el

retorno de los internos de medicina fue complicado, debido a que nuestro sistema de salud se encontraba totalmente colapsado por la pandemia y problemas que arrastraba años por malos manejos de nuestros representantes; de igual forma, se dio y fue un retorno lento progresivo.

Algunos volviendo a la sede hospitalaria que adjudicaron y otros enviados a centros de salud de primer nivel, presentando prácticas pre - profesionales con mucha desigualdad debido al nivel de resolución de cada centro. De igual forma, los alumnos de séptimo año que regresaron a sede hospitalaria presentaban menor cantidad de pacientes y no podían realizarse visitas médicas o presentaciones debido a que provocaban aglomeraciones; sin embargo, se encontró soluciones como realizar las actividades por vía virtual.

En la rotación de Cirugía General se había tomado una serie de medidas debido a la pandemia. Como realizar solo cirugías de emergencia disminuyendo la cantidad de operaciones, también los consultorios externos se encontraban cerrados, la mayoría de los asistentes ya no continuaban se encontraban en descanso por presentar comorbilidades poniéndolos en riesgo constante y había menor número de camas de hospitalización. De igual forma, se trataba de reemplazar con clases virtuales y se nos daba un mayor tiempo para estudiar a cada paciente, la patología que presentaba, y sacarle el máximo provecho a cada uno. En el caso del primer nivel de atención, se atendían a pacientes que necesitaban suturas simples y pacientes que necesitaban ser trasladados a un mayor nivel de atención.

Respecto a Neonatología – Pediatría, si bien la atención inmediata del recién nacido se hace desde un centro de salud nivel I-4 no se veía otras patologías características de esta etapa de vida por lo que se implementó la medida de poder realizar rotaciones externas en hospitales. De igual forma, por el cierre de consultorios externos, no se puede realizar un seguimiento del crecimiento y desarrollo de los pacientes pediátricos. Hasta en algunas instituciones, llegaron a prohibir que los internos de medicina se encuentren en el tópic de emergencia ya que llegaban pacientes sin prueba y se buscaba no exponerlos perjudicándonos en cierta forma en el tema práctico para definir un buen diagnóstico y un manejo adecuado. Se implementó también exposiciones y clases en esta rotación.

Por último, la rotación de medicina interna hay una gran brecha entre realizar el internado en un centro de salud y el nivel hospitalario por los exámenes complementarios que se pueden realizar, los procedimientos y la hospitalización de pacientes. Prácticamente, la mayoría de los casos no es como el libro como usualmente refieren y no vienen casos floridos. Lo bueno de llevar clases virtuales con médicos internistas fue que pueden ayudarte a dar este enfoque con casos reales que se han presentado en el hospital.

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue, el retorno fue a partir del 16 de octubre del año 2020, donde llegaron a retornar aproximadamente 70 internos, siendo 11 de nuestra casa de estudios, que se dividieron en 2 grupos para cumplir con los lineamientos del Ministerio de Salud de ir 15 días y descansar 15 días. En un principio, solo se nos permitió ir a los servicios de Cirugía General y Pediatría, porque tanto el servicio de Ginecología – Obstetricia y Medicina Interna estaban colapsados y era mucha exposición hacia los internos. Por tal motivo, luego de acabar ambas rotaciones se nos iba a enviar a algún centro de salud para culminar; no obstante, para la quincena de diciembre cuando los casos de la primera ola disminuían se decidió aperturar ambos servicios para el internado médicos para así finalizar el internado. En el caso del Centro de salud materno infantil Ancón la cantidad de internos asignados a esta sede fue de 7 personas todos de la USMP, divididos en grupos de 3 y 4 personas reiniciando el internado el primero de noviembre. Hubo grandes obstáculos en todo momento, pero se trató de buscar soluciones con gran apoyo de los tutores y el coordinador de la universidad en la sede. Se presentó bastante comunicación y unión entre todos los internos para coordinar y se pueda cumplir con todas las medidas tanto de la universidad, del hospital y el ministerio de salud.

CONCLUSIONES

La experiencia de realizar el internado médico es única y depende de las expectativas que hayas tenido antes del ingreso, además esta decir que es el año mas importante durante la carrera de medicina humana, pues se condensan todos los conocimientos adquiridos a lo largo de los años y se adquiere mayores destrezas practicas para el manejo de pacientes.

Nadie esperaba que ocurra una pandemia, pero está en las personas con inteligencia saber adaptarse a los cambios y darle un enfoque positivo a una situación complicada; es así como los internos de medicina tuvimos que aceptar retornar al internado bajo ciertos lineamientos, pero sabiendo que podíamos sacarle el máximo provecho con la poca cantidad de pacientes con los que estaríamos en contacto.

Ha sido enriquecedora la etapa del internado medico tanto durante las rotaciones en el hospital donde se veían casos complejos que requerían gran manejo y también las rotaciones en centros de salud de poca capacidad resolutive, pero que de una forma u otra es al lugar donde iremos a realizar nuestro SERUMS dentro de poco, para lo cual debemos estar preparados y fortalecer las medidas preventivo promocionales y así evitar saturar a los hospitales de mayor complejidad que realizan actividades recuperativas y rehabilitadoras que son las que mas costo le generan al estado.

Por último durante la rotaciones se aprendió que cada paciente es diferente, cada uno va al establecimiento de salud a buscar una solución para alguna dolencia que lo aqueja esperando un trato cordial y amable por parte del medico es por eso que no debemos perder la empatía con los pacientes, no basta con tener gran cantidad de conocimientos sino somos lo suficientemente capaces de lograr que los pacientes luego de la atención

hayan entendido su patología, que pueden hacer para controlarla y sobre todo tener a alguien en quien confiar y recurrir ante otra posible dolencia.

RECOMENDACIONES

Siempre hay que tener en consideración adaptarse ante cualquier situación inesperada como la que se vivió en este internado donde se puede rescatar tantos puntos positivos como negativos. Empezando, el cambio radical de algunos compañeros de estar en una sede hospitalaria a un primer nivel de atención, que buscaron adaptarse a este cambio tratando de darle clases semanales sobre los temas que debemos llevarnos si o si como médicos cirujanos. Otro punto fundamental es buscar la unión entre todos los compañeros para llegar a consensos rápidos y efectivos ante cualquier circunstancia que pueda suceder, tener comunicación con las autoridades que están a cargo de cada uno porque aun somos estudiantes y siempre estamos a cargo de alguien. En el caso de que alguien no pueda resolver el problema que estas presentando buscar a otra persona, en cualquier centro hospitalario hay tutores que están a cargo de todo el grupo de internos o de cada universidad es fundamental tenerlos en cuenta antes de empezar cada rotación, también como elegir a delegados que representen a todos y siempre estén en constante comunicación con los docentes y tutores. Respecto a los pacientes, recomendaría bastante presentar rotaciones en primer nivel de atención y a nivel hospitalario. De esta forma, vemos de una forma integral al paciente, desde el momento que no presenta una patología y se realiza actividades de promoción y prevención de salud hasta el momento que se hace un diagnóstico oportuno y una derivación adecuada a un centro hospitalario. En ese nivel, ya observamos la repercusión de no presentar un primer nivel con buen funcionamiento. Por el tema de pandemia, todos nuestros centros de salud han colapsado, la labor del interno es fundamental para el funcionamiento. Pero hay que considerar que en todo momento

estamos expuestos ante este mortal virus y es muy relevante que siempre tengamos puesto nuestro equipo de protección individual que nos debe disponer el centro de salud donde laboremos.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. Vizcarra M, Zevallos V. Estado de emergencia nacional por el brote del COVID 19 [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2>
2. Vizcarra M, Salinas V. Decreto de urgencia 090-2020. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3>
3. Pinedo Y, Arratea M. Análisis de situación de salud 2019 - Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_3c5fbe977fad07d_.pdf
4. Soto C, Rodriguez M. Hospital Nacional Hipólito Unanue - Análisis Situacional de Salud Hospitalario 2019. [Internet] Lima [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/portal/documentos/wp-content/uploads/2019/11/RD-181-08-19.pdf>
5. Miranda L. Presidente de la República Visita Culminación de Trabajos de Ambiente de Hospitalización Temporal Para Pacientes Covid-19 en Hospital Nacional Hipólito Unanue - Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/presidente-de-la-republica-visita-culminacion-de-trabajos-de-ambiente-de-hospitalizacion-temporal-para-pacientes-covid-19-en-hospital-nacional-hipolito-unanue/>
6. Moriano J, Gonzales A. Análisis de situación de salud Distrito Ancón. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD_MINSA/DOCUMENTOS_ASIS/ASIS_DISTRITO%20ANCON%202019.pdf
7. García P, Pun M. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer

- Nivel de Atención. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
8. Romani L, Steer A, Whitfeld M. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* agosto de 2015;15(8):960-7. [Internet] - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=sarcoptes%20scabiei&source=search_result&selectedTitle=1~92&usage_type=default&display_rank=1
 9. Welch E, Romani L, Whitfeld M. Recent advances in understanding and treating scabies. *Fac Rev.* 2021;10:28. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=sarcoptes%20scabiei&topicRef=4038&source=see_link
 10. Tincopa O. Escabiosis (sarna): Revisión epidemiológica, clínica, patogénica y terapéutica. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista_aAKj_02_Articulo_de_revision_27-2.pdf
 11. Salavastru C, Chosidow O, Boffa M, Janier M. European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* agosto de 2017;31(8):1248-53. [Internet] - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28639722/>
 12. Clement S, Braithwaite SS. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. 2020;43:10. [Internet] - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/lookup/doi/10.2337/dc20-S010>
 13. Nuñez M, Hanco J. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y CONTROL DE DISLIPIDEMIA, COMPLICACIONES RENALES Y OCULARES EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Lima 2017. [Internet] - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
 14. Tuttle KR, Bakris GL. American Diabetes Association. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: *Standards of Medical Care in Diabetes—2020.* *Diabetes Care.* enero de 2020;43(Supplement 1):S111-34. [Internet] [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/lookup/doi/10.2337/dc20-S010>
 15. Sánchez CV, Pagán JCG, Molina AJH. Hemorragia gastrointestinal. :31. [Internet] España [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.aegastro.es/documents/pdf/03_Gastroenterologia.pdf
 16. GPC Manejo del Paciente con Lesiones por Quemaduras [Internet] Cusco - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en:

http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAs/Propuestas%20previas%20de%20GPC/GPC%20Manejo%20del%20Paciente%20con%20Lesiones%20por%20Quemaduras.pdf

17. Pérez T, Martínez P. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras - Junta de Andalucía [Internet] España - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-para-el-cuidado-de-personas-que-sufren-quemaduras/>
18. Bustamante J, Carpo Y. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia Humana en el Perú. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
19. Gutierrez E. GPC Diagnóstico y Manejo de Apendicitis Aguda. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resolución_Directoral_N273-2017-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica_Diagnostico_y_Manejo_de_Apendicitis_Aguda_compressed.pdf
20. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg.* diciembre de 2020;15(1):27. [Internet] - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00306-3>
21. Naveed M, Jamil LH, Fujii-Lau LL, Al-Haddad M, Buxbaum JL, Fishman DS, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointest Endosc.* febrero de 2020;91(2):228-35. [Internet] - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016510719322205>
22. Vogel JD, Feingold DL, Stewart DB, Turner JS, Boutros M, Chun J, et al. Clinical Practice Guidelines for Colon Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction. *Dis Colon Rectum.* julio de 2016;59(7):589-600. [Internet] - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://journals.lww.com/00003453-201607000-00002>
23. García P. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
24. García P, Pessah L. Norma Técnica Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

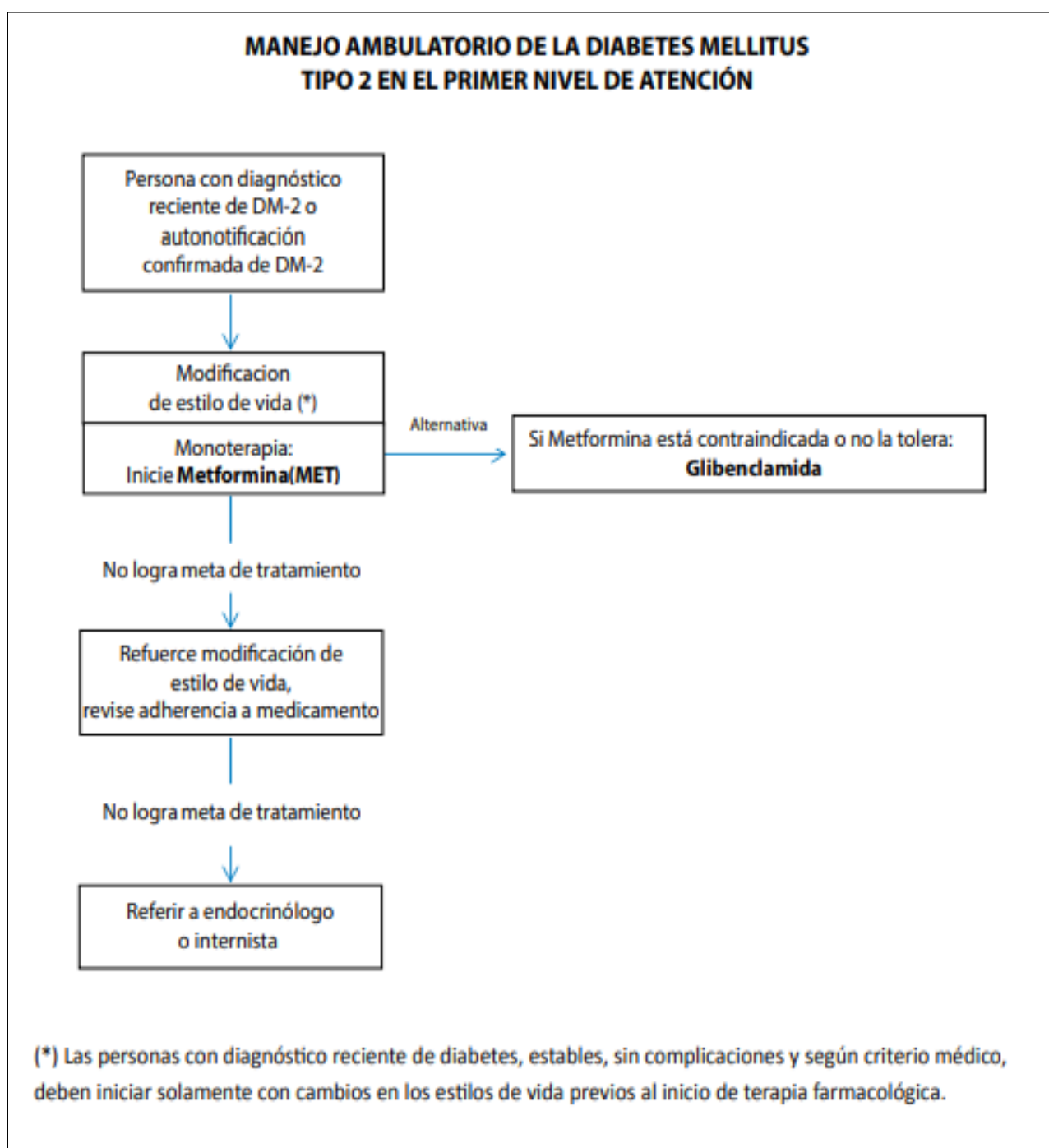
25. Zamora V. Prevención y Control de la Anemia en el Contexto del COVID-19 [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/695082/RM_275-2020-MINSA.PDF
26. Santa-Cruz F, Jugo J Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis en niños menores de dos años [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
27. Calderon J, Gavilano L. Per.; Ministerio de Salud, Per.; Dirección General de Salud de las Personas. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
28. Guevara E, Sánchez A. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Leiomioma del Útero. [Internet] Lima - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
29. Nicolle L, Gupta K, Bradley S, Colgan R, DeMuri G, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am ;68(10):e83-110. [Internet] - [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion%20del%20tracto%20urinario%20%20en%20gestantes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H253488747
30. Smaill F, Vazquez J. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 25 de noviembre de 2019 [citado 14 de abril de 2021]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000490.pub4>
31. Venegas G. NT: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
32. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynecol Obstet. octubre de 2018;143:22-36. [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijgo.12611>
33. Guevara E, Perez C Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -. :255. [Internet]. [citado

14 de abril de 2021]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>

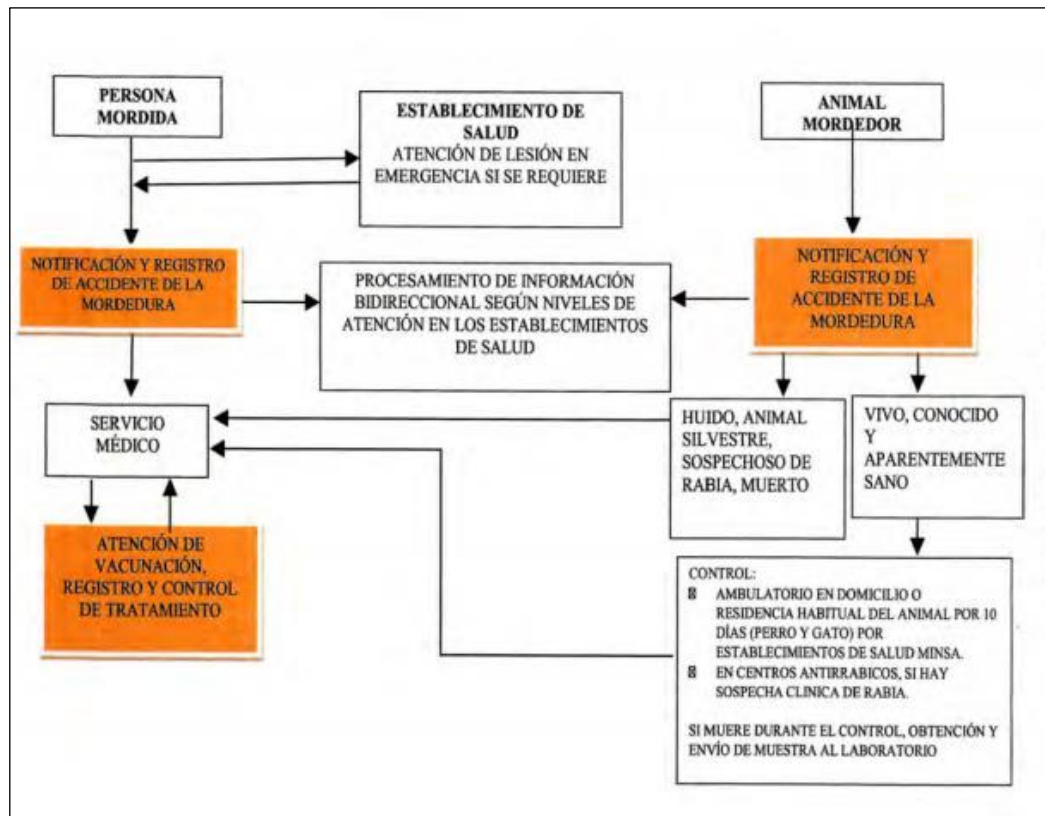
34. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* junio de 2020;135(6):e237-60. [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en:
https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2020/06000/Gestational_Hypertension_and_Preeclampsia__ACOG.46.aspx

ANEXOS

ANEXO Nº 1



ANEXO N°2



ANEXO N°3

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS* (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
 (3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
 (4): Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día

ANEXO N°4

