



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL II-2 DE LA DIRESA
CALLAO EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

YSBEL ARMENIA BENITES PURIZACA

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

**LIMA, PERÚ
2021**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN UN HOSPITAL II-2 DE LA DIRESA
CALLAO EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
YSBEL ARMENIA BENITES PURIZACA**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Carmen Layten Villanueva

Miembro: Mg. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

A Dios, por darme una familia y los medios que hicieron posible culminar esta hermosa profesión de servicio.

A mis padres, que desde que conocieron mi decisión de estudiar la profesión de Medicina Humana, me apoyaron, se preocuparon, y me aconsejaron en este largo camino.

A mis hermanos, que, en momentos difíciles, siempre estuvieron conmigo, sacándome una sonrisa.

A mis compañeros de carrera, que se convirtieron en hermanos, y que cuando uno se caía, siempre estábamos juntos aconsejándonos y motivándonos para seguir adelante.

ÍNDICE

	Págs
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía general	1
1.2 Ginecología y obstetricia	6
1.3 Pediatría y neonatología	13
1.4 Medicina Interna	18
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	24
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	28
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	35
4.1 Cirugía General	35
4.2 Ginecología y Obstetricia	36
4.3 Pediatría y Neonatología	38
4.4 Medicina Interna	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	44
ANEXOS	48
1. Flujograma de diagnostico y tratamiento de neumonia	49
2. Diagnóstico y manejo de ITU alta no complicada	50

RESUMEN

Durante la carrera de Medicina Humana, está integrado el Internado médico como plan de estudios. Es un año de vital importancia porque permitirá poner en práctica y consolidar los conocimientos adquiridos durante los ciclos previos de carrera universitaria. Ese año se realiza en un establecimiento de salud, el cual es seleccionado de forma individual, dependiente de notas y convocatorias por cada establecimiento. Pero el internado 2020 se vio afectado por la Pandemia del Covid 19, por lo que se hicieron diversos cambios en los establecimientos, que interfirió en la formación del interno de medicina, que de diversas formas se intentaron suplir. A continuación, se detalla la experiencia del internado médico en el Hospital San José del Callao en el año 2020-2021, un establecimiento II-2 con gran capacidad resolutive, y se mencionan casos clínicos manejados en la misma institución.

Objetivo: Detallar las competencias clínicas adquiridas en la sede hospitalaria San José del Callao en el periodo comprendido entre 2020-2021, tiempo en el cual se desarrolló el internado médico y así lograr la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

Metodología: Compilación de información basada en la experiencia clínica adquirida en la sede hospitalaria, contrastada con otras fuentes de información.

Conclusiones: El internado médico es un año de gran importancia para el médico en formación, porque permite entrar en contacto con el paciente y poner en práctica el conocimiento adquirido, usando el juicio crítico para hacer el diagnóstico adecuado con su respectivo manejo. El Hospital San José es un establecimiento II-2, que recibe gran demanda en atenciones, lo que permite conocer diversidad de patologías en las diferentes áreas como cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina.

Palabras claves: Hospital San José del Callao, Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría, Medicina Interna

ABSTRACT

During the Human Medicine career, the Medical Internship is integrated as a curriculum. It is a year of vital importance because it will allow to put into practice and consolidate the knowledge acquired during the previous university career cycles. That year it is carried out in a health establishment, which is selected individually depending on the notes and calls for each establishment. But the 2020 boarding school was affected by Covid 19 Pandemic, which is why various changes were made in the establishments that interfered in the training of the medical intern, which in various ways they tried to supply. Next, the experience of the medical internship at the San José del Callao Hospital in the year 2020-2021, a II-2 establishment with great resolution capacity, is detailed, and clinical cases handled in the same institution are explained.

Objective: To detail the clinical competencies acquired in the San José del Callao hospital headquarters in the period between 2020-2021, time in which the medical internship was developed and thus achieve the obtaining of the Professional Title of Surgeon.

Methodology: Compilation of information based on the clinical experience acquired at the hospital site, contrasted with other sources of information.

Conclusions: The medical internship is a year of great importance for the doctor in training, because it allows to come into contact with the patient and put into practice the acquired knowledge, using critical judgment to make the appropriate diagnosis with its respective management. The San José Hospital is a II-2 establishment, which receives a great demand in care, which allows to know a diversity of pathologies in different areas such as surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics and medicine.

Key words: Hospital San José del Callao, Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics, Internal Medicine

INTRODUCCIÓN

Durante la carrera de Medicina Humana, está integrado el Internado médico como plan de estudios, que se lleva a cabo en el séptimo año de carrera universitaria, y tiene una duración de un año en donde se realizará prácticas preprofesionales en establecimientos de Salud que permitirán integrar y consolidar destrezas y conocimientos que se adquirieron en los ciclos universitarios, a su vez permite entrar en contacto con el paciente y sus dolencias, detectar factores de riesgo, hacer uso de medidas preventivas, aplicar metodologías de diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación. Por otro lado, también es requisito para obtener el título profesional (1).

El internado médico consta de un periodo comprendido de 12 meses, el cual es distribuido en 4 trimestres donde se llevarán a cabo 4 rotaciones, que se llevan de forma obligatoria: cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina, este orden será dispuesto por cada establecimiento de salud.

Por cada rotación, el interno de medicina adquiere la práctica clínica suficiente para poder diagnosticar, y tratar las patologías más frecuentes, que nos permitirán ejercer como profesionales de la Salud.

Sin embargo, el 2020 trajo consigo una serie de cambios y medidas aplicadas por la emergencia sanitaria que trajo la Pandemia por Covid 19, que conllevo al retiro de los internos de sus establecimientos de Salud desde el 15 de marzo del 2020, y que posteriormente con el Decreto de

Urgencia N°090-2020 se dieron a conocer los lineamientos para el retorno de los internos de salud (2), sin embargo, este retorno no fue para muchos al establecimiento de salud donde habían iniciado, si no que tuvieron que regresar a centros del primer nivel de atención, o hacer rotaciones externas en otros establecimientos.

La práctica clínica que se detallará a continuación se basa principalmente en la experiencia adquirida en el Hospital San José del Callao donde se realizó tres de las cuatro rotaciones.

El Hospital San José del Callao es un hospital de categoría II-2 que pertenece a la región Callao, ubicado en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso.

Su creación se lleva a cabo en junio de 1970 por la Fundación Inglesa "St. Joseph's Hospice Association Liverpool", el cual inicio como establecimiento de campaña tras el terremoto 31 de mayo del mismo año.

Ya en el año 1973 pasa a ser dirigido por el Ministerio de Salud y administrado por el Hospital Daniel Alcides Carrión.

Actualmente este establecimiento se encuentra bajo la dirección del Dr. Ever Ramiro Mitta Curay.

Entre los objetivos de este establecimiento perteneciente a la DIRESA CALLAO es poder lograr la satisfacción completa del usuario de salud, otorgándole atención en salud de manera integral y así lograr una mejora en las atenciones en salud.

El establecimiento brinda las especialidades de Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Neurología, Medicina Alternativa, Cirugía General y Laparoscópica, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Urología, Medicina Física y Rehabilitación, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Psicología, Psiquiatría, Odontología.

A su vez se contaba con atención de consulta externa que se llevaban a cabo en los turnos de mañana y tarde, los cuales han sido modificados por

el estado de emergencia sanitaria actual del Estado Peruano; pero manteniéndose la emergencia las 24 horas del día, a cargo de un equipo básico de guardia preparado (3).

El Hospital San José realizó un examen para adjudicar a las plazas de internado, ofreciendo 12 vacantes remuneradas, el cual se llevó a cabo en el mes de noviembre del 2019; sin embargo, posteriormente ofreció más vacantes, hasta obtener un número de 32 internos, quienes iniciaron sus prácticas hospitalarias el 01 de enero del 2020.

Posteriormente, el hospital realizó reuniones con los internos para orientarnos en el trabajo que realizaríamos, resolver nuestras dudas respecto a las tareas que se llevarían a cabo, e indicarnos las autoridades a cargo.

A su vez, se realizó una evaluación de conocimientos generales basado en las rotaciones que se llevarían en el año, y con la nota obtenida se seleccionaría la rotación con la que se quisiera iniciar.

Ya formados los grupos, fueron distribuidos en sus rotaciones respectivas, quienes ya indicaron las tareas específicas a realizar por campo clínico, horarios, y tareas académicas adicionales a realizar.

El trabajo del interno va dirigido a obtener y consolidar las destrezas necesarias específicas de cada rotación para ejercer en el futuro como profesional de Salud.

El presente trabajo tiene como meta describir la práctica clínica adquirida durante el internado médico 2020-2021 con las modificaciones pre y post pandemia por el Covid 19 en el Hospital San José del Callao y en los establecimientos de las rotaciones externas.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es un año de la carrera que tiene suma importancia para los profesionales de salud, ya que permite entrar en contacto con el paciente, con su realidad, vivir la patología permitiendo conocer por mano propia la historia natural de la enfermedad, intervenir en el diagnóstico y posterior manejo y tratamiento, que nos permitirá recaudar experiencia y conocimientos en el manejo clínico para su posterior aplicación.

Sin embargo, este año de internado fue completamente diferente, una práctica clínica peculiar donde se tuvo que adaptar a las nuevas modificaciones impuestas por la emergencia sanitaria, las cuales fueron adaptadas a la realidad de cada establecimiento de salud. Algunos establecimientos no recibieron internos, otros redujeron el número de estos, se redujeron áreas clínicas en el mismo establecimiento, etc., que de alguna forma u otra dificultaron la práctica.

1.1 CIRUGIA GENERAL

Al ser la primera rotación que se llevó a cabo, antes de iniciar con la emergencia sanitaria, fue la rotación con la que se pudo realizar la mayoría de los logros académicos previstos por campo clínico que debe manejar un médico cirujano.

Competencias adquiridas según silabo:

Hospitalización

- Se realizaron las visitas médicas guiadas por el médico asistentes y el residente de turno con su respectivo conversatorio por patología clínica mencionada.
- Se realizó el adecuado llenado de Historias Clínicas, realizando el examen general de forma detallada de pacientes con especial hincapié en el examen físico de abdomen: inspección, auscultación, percusión y palpación.
- Se realizó el diagnóstico y manejo de patologías: vesícula biliar, páncreas, colon.
- Examen de pacientes pre y post operatorios
- Toma de muestras para exámenes: AGA y orina
- Se realizó curaciones simples de heridas post operatorias, colocación y retiro de sonda vesical.
- Se asistió a exámenes especiales como ecografías, TAC.
- Se asistió a las interconsultas
- Se realizó terapéutica con asesoría del médico asistente
- Se realizó el correcto de llenado de formatos de epicrisis e indicaciones de alta

Consultorio y tópico externo

- Atención de pacientes en el pre y post operatorio
- Llenado de Historias clínicas dirigida a la patología con el respectivo examen físico dirigido
- Se llevo a cabo procedimientos de cirugía menor como curaciones, retiro de puntos, curaciones de quemaduras, onicoplastías.
- Se asistió en procedimientos de cirugía menor como exéresis de lipomas, drenaje de abscesos, etc.
- Se solicitó los exámenes prequirúrgicos correspondientes
- Se asistió en el diagnóstico y manejo inicial de patologías vesiculares como: pólipo vesicular, colecistitis crónica calculosa, y otras como hernia inguinal unilateral, hernia umbilical, eventraciones, paciente con ostoma, además de pacientes con enfermedad diverticular de colon, patología anorrectal.

-Manejo de paciente politraumatizado

Centro quirúrgico

- Se realizaron las indicaciones preoperatorias y se hizo conocimiento de la forma de preparar al paciente para ingresar a SOP
- Se realizó la adecuada identificación del paciente, diagnóstico y tipo de cirugía
- Se asistió en cirugías laparoscópicas de vesícula biliar
- Se asistió en cirugías de patología apendicular
- Se realizó terapéutica post operatoria con asesoría

Emergencia

- Se brindó atención al paciente, con el respectivo llenado de Historias clínicas de emergencia.
- Se asistió en el diagnóstico y manejo inicial adecuado de patologías como: apendicitis aguda, colecistitis aguda, policontuso y politraumatizado, mordeduras caninas, humanas y felinas.
- Manejo y suturas de heridas superficiales simples.

Otros

- Se cumplió con las normas de bioseguridad, de protocolos del MINSA y de la institución.
- Se cumplió con el manejo del consentimiento informado
- Se realizaron presentaciones y discusiones de casos clínicos y se participó en actividades académicas del servicio.
- Se tuvieron las consideraciones éticas y legales, con una relación médico-paciente empática, aplicándose los principios de bioética.
- Se realizó un adecuado trabajo en equipo, con adecuado trato al paciente y familia.
- Cumplimiento con los procesos administrativos del servicio

CASOS CLÍNICOS DE CIRUGIA GENERAL

Caso 1: Apendicitis aguda

Nombre: GBP

Edad: 19 años

Patológicos: niega

Reacción adversa a medicamentos: niega

Cirugías previas: niega

Fecha de ingreso: 15.03.20

Tiempo de enfermedad: 12 horas **Inicio:** súbito **Curso:** progresivo

Paciente refiere que 12 horas antes del ingreso inicia con dolor en epigastrio difuso en intensidad 6/10 para lo que se medica con ranitidina sin mejoría, además refiere náuseas y vómito en 01 oportunidad de contenido alimentario. El día del ingreso el dolor se localiza en cuadrante inferior derecho, de tipo cólico, aumentado en intensidad a 9/10 por lo que acude a emergencia de Hospital San José.

Al examen físico:

PA: 110/ 80 FC: 90 FR: 20 T° 37.5 Sat. 98%

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado cap. <2 segundos, no palidez

Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

CV: RCR de buena intensidad, no aparenta soplos

Abdomen: no distensión, RHA presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en FID. Mc burney (+), Blumberg (-)

GU: PRU (-), PPL (-)

SNC: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona

Diagnóstico: Síndrome doloroso abdominal

D/c abdomen agudo quirúrgico: Apendicitis aguda

Plan: Hemograma, PCR, ex. De orina

Ecografía abdominal inferior

Con resultados interconsulta a cirugía

Reevaluación con exámenes de laboratorio:

-Hemograma:

Hb: 13.3 g/dl

Leucocitos: 22 000

Plaquetas: 195 000

-PCR: 1.49

-Ex. De orina: No patológico

-Ecografía abdominal inferior: indica proceso inflamatorio apendicular, correlacionar con clínica

Plan: se realiza interconsulta a cirugía, quien, tras evaluación de paciente, decide admitirlo con diagnóstico de Apendicitis aguda.

Plan: Se programa para SOP: Apendicectomía abierta

CASO 2: Ingestión de cuerpo extraño

Nombre: ART

Edad: 7 años

Patológicos: niega

RAMS: niega

Qx. previas: niega

Tiempo de enfermedad: 5 horas **Inicio:** súbito **Curso:**
estacionario

Relato:

Padre de la menor acude a la emergencia refiriendo que menor trago una moneda y que la menor presento dolor de garganta por un tiempo de 1 hora y que actualmente niega molestias. No otra sintomatología agregada.

Al examen físico:

FC: 100 FR: 20 T°: 36.5° Sat 98%

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax

Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, no aparenta soplos.

Abdomen: no glóbulos, RHA presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación profunda

SNC: despierta, conectada con el entorno, orientada

Plan: Reevaluación con radiografía de tórax y abdomen

Al evidenciar cuerpo extraño en cámara gástrica se opta por manejo conservador.

Diagnóstico: cuerpo extraño en cámara gástrica

Plan: Manejo conservador (dieta habitual y vigilancia de heces)

Se explican signos de alarma y de presentarse, asistir a un establecimiento de mayor complejidad.

1.2 GINEOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Primera rotación tras el retorno de internos, donde se realizaron cambios como la disminución de camas hospitalarias, el interno ya no atendía en consultorio externo, se había suspendido el ingreso a centro quirúrgico, entre otros.

Competencias adquiridas según silabo:

-Visitas médicas asesoradas por el médico y residente de turno

-Se realizó el correcto llenado de Historias clínicas, con el adecuado examen integral y toma de funciones vitales.

-Se realizó el examen de mamas y exámenes abdomino-pélvicos, obstétricos como altura uterina, maniobras de Leopold, latidos cardiacos fetales, movimientos fetales, contracciones uterinas.

- Se realizó el tacto vaginal identificándose los cambios a nivel cervical, pelvimetría, índice de Bishop.
 - Se realizó especuloscopia y evaluación de flujo vaginal.
 - Se identificó a las pacientes que requieren de maduración cervical y/o inducción del trabajo de parto
 - Se realizó el test de Fern
 - Curaciones de heridas post quirúrgicas.
 - Se asistió en exámenes como ecografía obstétrica donde se realizó eco Doppler y perfil biofísico fetal, además de eco transvaginal.
 - Se monitorizo con los TNS, TS, y lectura de signos de alarma.
 - Se realizó terapéutica con asesoría
 - Se realizó el correcto llenado de formatos de epicrisis e indicaciones de alta
 - Se realizó la Historia clínica perinatal base, con los factores de riesgo, y signos de alarma
 - Se realizó el diagnóstico y manejo de: Hiperémesis gravídica, Infecciones del tracto urinario, Anemia, inicio de trabajo de parto, Síndrome hipertensivo y hemorrágico, ruptura prematura de membranas y corioamnionitis, embarazo prolongado, retardo de crecimiento intrauterino, VIH en gestación, diabetes en gestación.
 - Se realizó el diagnóstico y manejo de miomas, hemorragia uterina anormal y disfuncional, enfermedad pélvico-inflamatoria.
 - Centro obstétrico: se realizó el llenado del partograma desde el inicio de la fase activa del trabajo de parto, con el respectivo examen obstétrico y monitoreo de la dinámica uterina y de los latidos cardiacos fetales, evaluación de la dilatación, descenso, y variedad de posición, acentuación de trabajo de parto, atención del expulsivo con episiotomía y anestesia local, manejo activo del alumbramiento con revisión de placenta y sus membranas, cordón, diagnóstico de parto obstruido e identificación de hemorragia intraparto.
- Diagnóstico y manejo de trabajo de parto distócico y parto pretérmino
- Indicaciones preoperatorias y preparación del paciente para ingresar a SOP
 - Se realizó bloqueo paracervical y aspiración manual Endo-uterino (AMEU)

-Emergencia: atención de pacientes con respectiva elaboración de Historia clínica, se realizó diagnóstico y manejo inicial de amenaza de aborto, embarazo ectópico, síndrome hipertensivo y hemorrágico, síndrome febril y manejo de emergencias obstétricas.

-Planificación familiar: se orientó y administró métodos hormonales inyectables y subdérmicos como implantes

Se oriento en salud sexual y reproductiva en prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo.

Entre las dificultades presentes producto de la pandemia por Covid 19, se tuvo la desventaja de entrar a centro quirúrgico, por lo que no se pudo asistir de intervenciones como cesáreas o patologías ginecológicas con tratamiento base en la intervención quirúrgica.

Por otro lado, no se pudo realizar consultorio externo, por lo que no se pudo vivir de cerca la patología ginecológica.

CASOS CLINICOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CASO 1: Embarazo prolongado

Nombre: JRR

Edad: 25

Procedencia: Venezuela

G 1 P 0000

FUR: 05.01.20

Fecha de ingreso a emergencia: 18.10.21

Edad gestacional: 41 sem

CPN: 06

Reacción adversa a medicamentos: niega

Cirugías previas: niega

Patológicos: niega

Relato de enfermedad:

Paciente acude a emergencia de HSJ tras referir haber culminado su fecha posible de parto, sin ninguna molestia. Niega contracciones, niega pérdida de tapón mucoso, no refiere pérdida de líquido.

Examen físico:

-Abdomen

- AU: 34 cm
- SPP: LCI
- DU: ausente
- AP: -3

-Tacto vaginal: no modificaciones cervicales

Diagnóstico:

Primigesta de 41 sem

Plan de trabajo en el hospital:

-Hospitalización

- Evaluación de bienestar fetal:

- Ponderado fetal
- Valorar la cantidad de líquido amniótico
- Monitoreo electrónico fetal: test estresante

-Exámenes de laboratorio: Hemograma completo, grupo sanguíneo y factor, glucosa, urea y creatinina, perfil de coagulación y examen de orina.

-Culminación de la gestación

Evolución

-Ponderado fetal estimado por ecografía obstétrica: 3900 gr

-Líquido amniótico: poso mayor de 5cms

-Test estresante: negativo (No desaceleraciones) = indicación de parto vaginal

-Tras resultados se decide iniciar con maduración cervical pues paciente presenta Bishop < 6 con Misoprostol: 25 ug V. vaginal a la 12.00 am

-Evaluación a las 6 am: contracciones uterinas esporádicas irregulares
Tacto vaginal: dilatación 2cm, borramiento 30%
Se decide colocar segunda dosis de misoprostol.

-Visita médica a las 8.00 am donde médico decide evaluar el tacto vaginal al culminar las 6 horas tras colocación de 2da dosis de misoprostol. LCF: 140

-9.00 am paciente es evaluada por médico de guardia de emergencia quien decide programarla para intervención quirúrgica: cesárea, tras encontrar LCF con valores <120 de forma irregular.

-Puerperio inmediato: madre sin ninguna complicación al igual que recién nacido.

CASO 2: Hemorragia de segunda mitad

Paciente: MTC

Edad: 39

F. emergencia: 12.04.2020 Hora: 9.00am

FUR: 20.08.20 EG: 32 3/6 x eco IT

FPP: 04.06.21 G6 P4014

Patológicos: niega

Cirugías previas: niega

Reacción adversa a medicamentos: niega

Relato:

Paciente acude a emergencia por presentar sangrado vaginal profuso, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Al ex. Físico:

FC: 100/60 FR: 18 T: 36.6 Sat: 98%

Abdomen: AU: 28 cm SPP: LCI LCF: 150 DU: ausente

TV: diferido

Especuloscopia: se evidencia sangrado rojo rutilante por canal vaginal

Diagnóstico de emergencia

1. Gran Multigesta de 32 3/6 x eco IT
2. No trabajo de parto
3. Hemorragia de segunda mitad: Placenta previa total
4. EMA
5. ARO: multiparidad

Plan:

-Se solicita prequirúrgicos: No patológicos, dentro de rangos de normalidad

-Ecografía transvaginal: evidencia de placenta oclusiva total y longitud de cérvix >30mm

-NST

-Hospitalización para reposo absoluto y maduración pulmonar con 1° dosis de Betametasona

12.04.21 – hora: 12.10 pm:

-Se realiza NST donde se evidencia dinámica uterina: 1/ 10' + / 10 "

-Se difiere tacto vaginal

Diagnósticos:

1. Gran Multigesta de 32 3/6 x eco IT
2. Amenaza de parto pretérmino
3. Hemorragia de segunda mitad: Placenta previa oclusiva total
4. EMA
5. ARO: multiparidad

Plan: tocólisis con Sulfato de Mg en centro obstétrico

12.04.21 – hora: 18.00 pm: reevaluación

NST: No se evidencia dinámica uterina = Amenaza de parto pretérmino en remisión, pasa a hospitalización

12.04.21 – hora: 20.50pm: TV cuello blando posterior, orificio cervical interno cerrado

No sangrado vaginal activo. Sangrado en dedo de guante

LCF: 130

DU: no se evidencia

MF: ++

1. Gran Multigesta de 32 3/6 x eco IT
2. d/c Amenaza de parto pretérmino
3. Hemorragia de segunda mitad: Placenta previa oclusiva total
4. EMA
5. ARO: multiparidad

Plan: NST, reevaluar con resultados

12.04.21 – hora: 21.45 pm: evidencia contracciones uterinas regulares:

2-3 / 10/ 25" - LCF: 138

1. Gran Multigesta de 32 3/6 x eco IT
2. Amenaza de parto pretérmino
3. Hemorragia de segunda mitad: Placenta previa oclusiva total
4. EMA
5. ARO: multiparidad

Plan: tocólisis con Nifedipino 20 mg VO cada 20 min por 3 dosis

13.04.21- hora: 00.30 am- paciente en decúbito dorsal, dormida

Actualmente no se evidencia contracciones uterinas

Plan: Agregar Nifedipino 10 mg VO cada 8h

continuar monitorización

13.04.21 - 8.00 am: Segunda dosis de Betametasona

Se solicita NST

Progesterona micronizada 200 mg Vía vaginal

Reposo absoluto

14.04.21 ALTA: Se realiza NST control sin evidencia de contracciones uterinas.

Indicaciones al alta: Nifedipino 10 mg c/8h VO x 3 días

Sulfato Ferroso 300 mg VO c/24 h

1.3 PEDRIATRIA Y NEONATOLOGÍA

Rotación que se llevó a cabo de forma externa en el Instituto Nacional de Salud del Niño e Instituto Materno-Perinatal. Al ser establecimientos de alta complejidad permitieron conocer patologías más complejas por su alta capacidad resolutoria y al ser los principales centros de referencia.

Competencias adquiridas según sílabo:

-Se realizó la historia clínica pediátrica, visita médica en el servicio de hospitalización.

-En las guardias en centro obstétrico, se realizó la atención inmediata del recién nacido con su respectiva evaluación física

-Se orientó a las madres sobre la correcta forma de lactancia materna

-Se llevó registro de las inmunizaciones completas en los pacientes hospitalizados

-Se evaluó y manejó patologías del recién nacido como: asfixia, sepsis neonatal, neumonía neonatal, RCP, meningitis neonatal, hipoglicemia neonatal, ictericia neonatal, síndrome de distrés respiratorio, cardiopatía congénita acianótica, defectos del tubo neural como meningocele, trauma obstétrico como fractura de clavícula.

-Se evaluó y manejó patologías del niño como: anemia, resfrío común, faringitis estreptocócica, enfermedad diarreica aguda, deshidratación, escabiosis, urticaria, infección urinaria, meningoencefalitis.

-Se evaluó y manejó urgencias y emergencias como: dolor abdominal agudo, ingesta de cuerpo extraño.

-Se realizaron procedimientos como: oximetría, otoscopia, control de funciones vitales.

Se hubiera esperado conocer mayor cantidad de casos clínicos en hospitalización, pues algunos pacientes tenían evoluciones largas, lo que dificultaba la entrada de nuevas patologías, pero que se cubrieron con exposiciones diarias de diversas patologías comunes.

Por otro lado, en emergencia, solo se rotó en prioridad III lo que impidió desarrollar patologías más severas que se atendían en prioridades I y II.

CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

CASO1: sífilis congénita

Nombres: VC RN

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 27.01.2021 Hora: 17.30pm

Fecha de ingreso: 28.01.2021 Hora: 9.00 am

Procedencia: Alojamiento conjunto

Antecedentes prenatales:

Edad de la madre: 29años

EG: 38 sem por US de IIT

G2 P2002

CPN: 04

Grupo y Factor O+

VDRL +: 25.09.20 - 27.01.21

VIH: 25.09.21 (-)

Antecedentes natales

-RNT - AEG

-Parto eutócico: 2850gr

-PC: 32cm

-Talla: 48 cm

- No sufrimiento fetal
- Líquido amniótico: claro
- Capurro: 39s
- Grupo y factor: O+
- Apgar 9-9

Tiempo de enfermedad: 1 día

Neonato ingresa al servicio procedente de alojamiento conjunto por haberse encontrado expuesto a sífilis materna con tratamiento incompleto.

Al examen físico:

FC: 150 FR: 46 T°: 36.6 Sat: 98%

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2, no cianosis, no ictericia.

Cabeza: normocéfalo PC: 32cm Fontanela anterior: normotensa.

Ojos: sin secreciones Boca: simétrica labios: íntegros

Paladar: integro Nariz: fosas nasales permeables.

Cuello: simétrico Pulsos carotídeos presentes, simétricos.

Tórax: simétrico Mamas sin secreción.

Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en AHT. Score S-A= 0pts

CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: no distendido, RHA presentes, blando, depresible, no aparenta dolor a la palpación, hepato- esplenomegalia. Cicatriz umbilical: sin secreción

GU: genitales femeninos, sin alteraciones.

Extremidades: moviliza 04 extremidades

Clavículas: superficie lisa y uniforme, integras.

Caderas: Ortolani y Barlow (negativo)

SNC: despierto, activo, llanto enérgico, reflejos de: succión, prensión, moro presente con tono muscular conservado.

Permeabilidad rectal: permeable

Plan:

- Hospitalizar
- solicitar: hemograma, PCR, RPR
- Ecografía de abdomen que evidencia hepato- esplenomegalia

Exámenes de laboratorio

28/01/21

-Grupo y factor: O+

-Hemograma

Hemoglobina: 18.4

Hematocrito: 54.1

Leucocitos: 21 000

N. Segmentados: 61%

N. abastionados: 2%

Linfocitos: 30

Plaquetas: 260 000

-PCR: 0.27

Fecha: 29.01.2021

RPR: reactivo 4 diluciones

-Hemograma:

Hemoglobina: 17.4

Hematocrito: 50.6

Leucocitos: 16 000

N. segmentados: 62

N. abastionados: 1

Linfocitos: 30

Plaquetas: 258 000

-PCR: 0.37

Diagnóstico: Sífilis congénita

Manejo:

- Nutrición enteral
- Lactancia materna directa y/o Fórmula maternizada
- Penicilina G sódica 142 EV cada 12 horas los 7 primeros días, luego cada 8 horas.
- Seguimiento del RPR o VDRL de la madre

CASO 2: Neumonía adquirida en la comunidad

Nombre: EMR

Edad: 6 años

Sexo: femenino

Vacunas completas según calendario

Patológicos: niega

Reacciones adversas a medicamentos: niega

Cirugías previas: niega

Tiempo de enfermedad: 04 días **Inicio:** brusco **Curso:**

progresivo

Madre del menor refiere que 04 días antes del ingreso nota decaimiento asociado a vómitos de contenido alimentario en 05 oportunidades.

03 días antes del ingreso, madre cuantifica fiebre de 39°, asociado a leve dificultad para respirar para lo que lo medica con paracetamol con mejoría de fiebre. 02 día antes del ingreso se agrega tos con expectoración. El día del ingreso al continuar sintomatología decide acudir a emergencia.

Al examen físico:

FC: 100 FR: 22 T: 37° Sat O2: 96%

Piel: tibia, hidratada, elástica, mucosas húmedas, llenado capilar < 2 segundos

Orofaringe: No congestiva

Cuello: no adenopatías cervicales

Tórax y pulmones: MV pasa disminuido en base de hemitórax derecho, asociado a crépitos.

CV: RCR de buena intensidad, no aparenta soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no aparenta dolor a la palpación

GU: genitales femeninos sin alteraciones

SNC: despierta, moviliza 04 extremidades, reflejo pupilar conservado

Diagnóstico: Neumonía adquirida en la comunidad

Plan:

-Se solicita hemograma con valores de Hb: 11g/dl. Leucocitos: 15 000, resto no contributivo.

-PCR:10

-Radiografía de tórax donde se visualiza consolidado en base de hemitórax derecho

-Se decide manejo ambulatorio al no presentar criterios de hospitalización, además de no ser una neumonía severa.

Se dan las siguientes indicaciones:

- Aporte de líquidos para prevenir la deshidratación por vía oral
- Continuar con dieta fraccionada
- Antibiótico: Amoxicilina 90 mg/kg/ día dividido cada 8h por 7 días.
- Paracetamol condicional a temperatura mayor a 38 grados
- Se explican signos de alarma
-

1.4 MEDICINA INTERNA

La rotación se realizó en el hospital sede San José del Callao, adaptándonos a las nuevas medidas tomadas por la emergencia sanitaria como la disminución de camas hospitalarias.

Competencias adquiridas según silabo:

- Se realizaron las visitas médicas guiadas por el médico asistentes y el residente de turno con su respectivo conversatorio por patología clínica mencionada, planteando diagnósticos sindrómicos, diagnósticos diferenciales, etiológicos y plan de manejo.
- Se lleno adecuadamente las Historias clínicas con su respectiva anamnesis y examen físico detallado
- Se tomo muestras de AGA, colocación de sonda vesical, paracentesis diagnóstica, asistencia de colocación de CVC
- Se realizó curaciones simples y poco complejas
- Se asistió a exámenes como radiografías, ecografías, TAC, etc.
- Se asistió en exámenes como toracocentesis
- Se asistió a las respuestas de interconsultas
- Se realizó indicaciones terapéuticas bajo supervisión y asesoría
- Se elaboró el correcto llenado de epicrisis e indicaciones de alta
- Se diagnosticó y manejo patologías como: tuberculosis, dengue, infecciones intrahospitalarias, neumonía adquirida en la comunidad, enfermedades de la pleura, neumonía intrahospitalaria, enfermedad pulmonar intersticial difusa, HTA, pancreatitis, enfermedad úlcero péptica, diabetes mellitus, hipotiroidismo, dislipidemia, obesidad, lupus eritematosos sistémico, ansiedad, infección urinaria, nefrolitiasis, insuficiencia renal aguda, síndrome nefrótico, enfermedades bacterianas de la piel, anemias, etc.
- En emergencia: se atendieron pacientes con el respectivo llenado de Historias clínicas de emergencia, se realizó el correcto diagnóstico y manejo del síndrome Febril, insuficiencia respiratoria, crisis hipertensiva, trastorno del sensorio, dolor torácico, disturbios hidroelectrolíticos.

CASOS CLINICOS DE MEDICINA INTERNA

CASO 1: Pielonefritis

Nombre: CFL

Edad: 30 años

Patológicos: niega

Reacciones adversas medicamentosas: niega

Cirugías previas: niega

FUR: 20.03.2021

G 0 P 0000

Fecha de atención por emergencia: 31.03.2021 Hora: 12.30 pm

Tiempo de enfermedad: 4 días

Relato:

Paciente refiere que inicia con dolor abdominal difuso en cuadrante inferior derecho de intensidad 8/10, asociado a sensación de alza térmica no cuantificable, malestar general hiporexia, náuseas y vómitos. Refiere que un día antes del ingreso acude a consulta ginecológica donde ginecólogo le indica posible abdomen agudo quirúrgico. El día del ingreso se exacerba el dolor por lo que acude a emergencia.

Examen físico en emergencia:

PA: 110/80 FC:110 FR: 20 x min Sat: 98% T° 39

Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

CV: RCR, no aparenta soplos

Abdomen: no globuloso, RHA presentes, sonoridad conservada, dolor a la palpación en hemiabdomen inferior derecho. Mc burney dudoso

GU: PPL derecho (+) PRU medio derecho (+)

SNC: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona

Plan:

-Se solicita ecografía abdominal inferior para descartar abdomen agudo quirúrgico: Apendicitis aguda

-Se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina completo, PCR

-Se realiza interconsulta al servicio de cirugía a las 12.45pm quien tras evaluación indica no abdomen agudo quirúrgico al momento, a descartar pielonefritis probable.

-Reevaluación con resultados de laboratorio

Reevaluación a las 4.30 pm

-Hemograma:

- Hemoglobina: 11 mg/dl
- Leucocitos: 25 000
- Plaquetas: 250 000

-PCR: 22

-Ex. Orina: leucocitos 298

Nitritos (+)

Esterasa leucocitaria (+)

Diagnóstico: Pielonefritis

Plan:

-Hospitalización

-Toma de urocultivo

-Antibioticoterapia empírica con ceftriaxona 2g c/24h EV

CASO 2: Pancreatitis aguda

Paciente: OOI

Edad: 67 años

Patológicos: Diabetes Mellitus 2

Medicación habitual: Metformina 850 mg cada 12 horas V. oral

Gabapentina 300mg cada 12 horas V.oral

Hospitalizaciones: (4)

Junio-2020 / Setiembre 2020 / Diciembre 2020 / Marzo 2021: Pancreatitis

Cirugías previas: niega

RAMS: Niega

Tiempo de enfermedad: 1 día Inicio: insidioso Curso: progresivo

Relato:

Paciente refiere que, tras ingesta de comida grasosa, inicia con dolor a nivel de epigastrio tipo cólico que se irradia a región lumbar, en intensidad 8/10, para lo que se medica con Gaveovet sin mejoría, por lo que acude a hospital San José.

Al examen físico:

PA: 130/80 FC: 90 FR: 22 Sat: 97% T: 37.0

-Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados

-CV: RCR de buena intensidad, no aparenta soplos

-Abdomen: distendido, RHA presente, blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel de epigastrio de moderada intensidad.

-GU: PPL (-), PRU (-)

-SNC: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona

Diagnóstico: Sd. Dolorosa abdominal: d/c pancreatitis

Plan:

-S/S amilasa, lipasa, PCR, hemograma, glucosa, urea, creatinina, DHL, TGO, TGP

-Reevaluación con exámenes

Exámenes de laboratorios

Amilasa	1561
Lipasa	7827
PCR	0.49
Hemograma	
Hb	11.7
Leucocitos	9.10
Plaquetas	277

Glucosa	73
Urea	22
Cr	0.31
DHL	165
TGO	25
TGP	30

Diagnóstico: Pancreatitis aguda

Plan:

Hospitalización

-NPO

-NaCl 0.9% 1000cc – 45 gotas

-Ketoprofeno 100 mg EV – 1 dosis

-Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas

-Dimenhidrinato 50 mg EV cada 24 horas

-Balance hidroelectrolítico + CFV

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital San José del Callao está ubicado en Jr. Las Magnolias 475- Carmen de la Legua Reynoso en la cuarta cuadra de la Av. Elmer Faucett. Tiene una ubicación estratégica, ya que tiene una vía de acceso rápido tanto para la región Callao como de Lima.

Su infraestructura es a base de material desmontable ya que inició como hospital de campaña, con uso de Drywall, con columnas y vigas de acero, los dos niveles contienen en sus pisos material cerámico y vinílico, con vidrios templados para mayor seguridad, con estructuras de materia noble en relación con las normas de construcción sanitarias actualmente vigentes.

La población a la que se le brinda atención en el Hospital San José es predominantemente por el Seguro Integral de Salud, y en menor cuantía por demanda. La mayor afluencia es de pobladores de la región Callao, pero también de otros distritos como Los Olivos, San Miguel, San Martín de Porres, etc.

Los pacientes que mayormente suelen requerir atención son la población económicamente activa y la población infantil que cursa del año a los cuatro años.

Es un establecimiento de Salud de categoría II-2, con capacidad resolutive en especialidades como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, y otras como cardiología, neumología, medicina física y

rehabilitación, gastroenterología, neurología, reumatología, psiquiatría, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología, urología, así como consulta con otros profesionales.

El área de emergencia está organizada para poder dar atención y tratamiento inmediato y permanente de emergencias, o en caso de ser necesario, la referencia a un establecimiento que permita la atención adecuada.

Los pacientes que no pueden recibir atención sean por factores de infraestructura, recursos humanos, se les suele referir a centros de mayor complejidad, principalmente al Hospital Daniel Alcides Carrión por la cercanía u otros como Hospital 2 de mayo, Loayza, Instituto nacional Materno Perinatal e Instituto Nacional de Salud del niño según paciente y patología a resolver, y con las coordinaciones previas respectivas (4).

Los pacientes que suelen ser referidos son aquellos:

- Adultos mayores y pacientes pediátricos que requieran intervención quirúrgica.
- Gestaciones con amenaza de parto pretérmino
- Complicaciones que requieran UCI
- Patologías que requieran intervenciones quirúrgicas de subespecialidades

Ante la pandemia actual por COVID 19, se realizaron diversos cambios en el sector salud en nuestro país. Se cerro la atención de consultorios externos, por lo que muchos pacientes quedaron con patologías no tratadas, en espera de estudios para concretar diagnósticos.

Por otro lado, todas las cirugías programadas quedaron sin fecha, generando mayor número de emergencias por complicaciones como hernias estranguladas, colecistitis agudas, pancreatitis de origen biliar, etc.

Al disminuir áreas clínicas en los centros de salud, estos disminuyeron el número de internos para la reincorporación, muchos teniendo que ser

distribuidos a sede de menor complejidad, dificultando el aprendizaje de rotaciones como cirugía, ginecología y obstetricia.

-Horario de actividades: antes de la pandemia, el horario estaba dispuesto por los jefes de servicio de las rotaciones, muchas veces con un horario que se excedía de horas de actividad y que muchas veces no se respetaba.

Tras el reinicio de actividades por la emergencia sanitaria se decretó continuar con el internado presencial en campos clínicos que podía brindar el establecimiento de salud, el cual se viene realizando en un régimen de 15 días en áreas NO COVID, con actividades de lunes a sábado de 7.00-13.00 pm y guardias diurnas con un máximo de 2, que se realizan de 7.00 a 19.00 horas.

La reducción de horas de actividades hospitalarias dificulta la adquisición del mínimo de competencias necesarias, pero que buscan lograrlas de diferentes formas, como actividades extraacadémicas de exposiciones y charlas.

-Estipendio mensual: muchos de los internos en medicina no recibían un sueldo mensual, o incluso algunos recibían un sueldo no mayor a 400 soles. Con el decreto de emergencia se dispuso a recibir una remuneración vital mínima de novecientos treinta la cual permite muchas veces adquirir de forma propia el EPP que en muchos establecimientos de salud no cumplen con otorgarlos.

-Seguro de salud: un beneficio que trajo consigo los lineamientos de reincorporación fue el otorgamiento de seguro de salud que muchos de los internos de medicina no contaban y es necesario por el riesgo que presentan al estar en contacto cercano con pacientes con sospecha o probable infección por COVID19.

-EPP: cada establecimiento de salud tiene el deber de otorgarle al interno su material de protección; sin embargo, en muchos establecimientos no se otorgaba, o era entregado a destiempo o incompleto.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

El conocimiento médico es interminable, día a día se actualiza información, se descubren nuevos métodos de diagnóstico, aparecen patógenos causantes de inéditas enfermedades no antes vistas, como lo vivido actualmente, la pandemia por el Sars Cov 2, también aparecen dudas sobre la eficacia de fármacos y preguntas sobre nuevas terapias aplicadas para combatir enfermedades, es por ello, que el profesional de salud tiene que informarse a lo largo de toda su carrera, es una profesión de estudio diario, y que los médicos hemos aceptado desde un inicio, por tal motivo, es de mucha importancia estar al tanto de las evidencias científicas que serán puestas en práctica en la atención clínica como en futuras investigaciones

Por ese motivo, los médicos hacemos uso de herramientas que nos permiten ver el manejo basado en la evidencia para escoger entre uno u otro manejo, o por guías protocolizadas que están basadas en la práctica de cada establecimiento de Salud, también hacemos uso de normas de nuestro Ministerio de Salud (MINSa) que nos permiten decidir y poder brindar la mejor opción para el paciente, o por otro lado, consultar con herramientas que tenemos al alcance del celular como el UpToDate que nos brinda la universidad para disuadir cualquier disyuntiva, otras fuentes de información de las que se hace uso muchas veces son paginas como PUBMED, MEDLINE, Cochrane, entre otras. (5)

CASO 1: Apendicitis aguda

La apendicitis aguda es la causa de abdomen agudo quirúrgico más frecuente.

El caso presentado es de un cuadro típico de apendicitis aguda, siendo el manejo tradicional la apendicectomía, como la que se realizó. La intervención puede ser abierta o por métodos mínimamente invasivos como es la Vía laparoscópica, que según reportes tiene menor tasa de complicaciones y reduce la estancia hospitalaria. Pero según Sauderland et al, se debe realizar la cirugía abierta en casos de apendicitis complicadas, caso contrario se puede realizar via laparoscópica, por otro lado, otros estudios indican que esta decisión se tomará según el establecimiento de salud y la experiencia del cirujano (6). El hospital San José, sin embargo, solo realiza apendicectomías abiertas por no contar con disponibilidad de laparoscopia para este tipo de intervenciones.

Por otro lado, un pilar importante es el uso de antibióticos, los cuales se inician con el objetivo de disminuir la probabilidad una sepsis, y evitar el riesgo de infección de sitio operatorio y se instaura previo a la intervención quirúrgica. Se usan medicamentos de amplio espectro como ceftriaxona junto con cobertura anaerobia como metronidazol, por otro lado su extensión dependerá del caso se ser una apendicitis complicada o no, o presencia de peritonitis generalizada, llegando hasta 7 -10 días de cobertura antibiótica, lo cual también es justificado por fuentes como Cochrane, que indica que su uso es efectivo en la prevención de complicaciones del post operatorio como infecciones de herida, y posibles abscesos intraabdominales posteriores (7).

CASO 2: cuerpo extraño

La ingesta de cuerpo extraño son situaciones que se ven frecuentemente en la edad pediátrica. En el caso clínico se presenta una ingesta de una moneda, siendo el cuerpo extraño más frecuente en ser ingerido (8). Debe realizarse una anamnesis detallada para averiguar de forma correcta el tipo

de cuerpo extraño ingerido, su localización, tamaño, tiempo de ser ingerido, número de cuerpos extraños ingeridos, porque de ello dependerá el manejo a realizarse. En este caso se dio un manejo conservador – expectante mediante la vigilancia de las deposiciones. Se decidió esta medida terapéutica porque la paciente al momento del ingreso se encontraba asintomática, con examen físico no patológico, ubicándose el cuerpo ingerido en estómago, y la mayoría de los cuerpos extraños suelen desecharse de forma espontánea. Explicándose signos de alarma que requerirían que ingrese a emergencia de forma inmediata, se explicó que de ser así, se asista una establecimiento de mayor complejidad como el INSN, pues ellos cuentan con especialistas las 24 horas del día.

Esta decisión terapéutica también es sustentada por la Sociedad Argentina de pediatría, quien también indica manejo expectativo, con radiografía control a las 2 semanas, y de no evidenciarse movimiento del objeto en 2 a 4 semanas, se realizaría una posible endoscopia (9). La sociedad española de urgencias de pediatría refiere manejo semejante, al encontrarse el cuerpo extraño por debajo del diafragma y asintomático, debe hacerse observación en casa con seguimiento ambulatorio, de no ser expulsado en 2 semanas, se realizará una Radiografía control y endoscopia tras 3-4 semanas sin respuesta (10).

CASO 3: Embarazo a término tardío

El embarazo prolongado se presenta en el 10% de las gestaciones, y ya desde que se encuentra en vías de prolongación, presenta un riesgo aumentado de presentar mayor morbimortalidad perinatal y morbilidad incrementada en la madre, por ello desde las 41 semanas en adelante se busca culminar la gestación y así evitar futuras complicaciones.

Al ser una gestante que ya cumplió las 41 semanas, y a partir de esta edad gestacional existe un incremento de la morbimortalidad perinatal y de la morbilidad materna como se mencionó, el plan objetivo es hospitalizar a la paciente, evaluar el bienestar fetal y culminar la gestación sea por cesárea

o parto vaginal según la evaluación de las comorbilidades y antecedentes de la paciente, manejo estandarizado tanto en la Guía de Manejo del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital San José del Callao, como la Guía de Práctica Clínica en obstetricia y perinatología del INMP(11), como en las recomendaciones dadas por el UpToDate(12).

Tras la evaluación de la paciente y no tener contraindicaciones para parto vaginal, se decide esa vía de finalización. Se evalúa con el score de Bishop y al obtener un puntaje <6, se decide por maduración cervical que se realiza con misoprostol en 2 oportunidades sin lograr objetivo, y tras reevaluación y observar LCF < 120 de forma irregular, se decide finalizar gestación por cesárea al hacer referencia a alteración del bienestar fetal, lo cual es justificado también con la guía del INMP y UpToDate.

CASO 4: Placenta previa y Amenaza de parto pretérmino

El manejo del sangrado producto de la placenta previa consiste en mantener hemodinámicamente estable a la mamá a través de una vía periférica, controlar el bienestar fetal a través del test no estresante al tener una edad gestacional de 32 semanas 3 días, maduración pulmonar porque se podría complicar con una amenaza de parto pretérmino, reposo, y evitar los tactos vaginales, manejo dado por el Hospital San José, también indicado en la Guía del INMP (11) y UpToDate (12).

Se decide realizar maduración pulmonar tras tener una edad gestacional menor a 34 semanas y tras posible presencia de amenaza de parto pretérmino con la aplicación de Betametasona 12 mg IM cada 24 horas en 2 dosis como protocolo estandarizado de elección en el hospital San José, y en múltiples protocolos (14) y guías.

Al evidenciar en la paciente dinámica uterina de 1 en 10 minutos, se decide iniciar con tocólisis con sulfato de Magnesio al 20%, la cual según guías como la del INMP, protocolos de medicina fetal de Barcelona (15), UpToDate(16), indican realizarlo en gestaciones menores de 32 semanas; sin embargo, se realizó en la paciente que presentaba 32 semanas 3 días

al evaluarse riesgo- beneficio y considerarse recomendación a favor según la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú(17).

Tras reinicio de dinámica uterina, se decide reiniciar con tocólisis con Nifedipino 20 mg VO cada 20 minutos hasta 3 dosis, luego se indicó 10 mg vía oral cada 8 horas, el cual es considerado de primera línea en protocolos de la clínica medicina fetal de Barcelona, al igual que lo califica como primera línea el UpToDate (18), y la guía del INMP (11).

La progesterona micronizada por vía vaginal según diversos estudios, indican no tener mayor ventaja en la prevención de parto pretérmino (19).

Al poder deshacer el cuadro de Amenaza de parto prematuro, ceder el sangrado y estar estable la paciente, deberá guardar reposo. Y tras tener el diagnóstico de placenta previa oclusiva total, deberá de programar su cirugía electiva para la futura culminación de la gestación (20)(21).

CASO 5: Sífilis congénita

La sífilis congénita es una infección causada por el T. Pallidum, que es obtenida por el neonato a través de la placenta de la madre que tiene infección por sífilis en la gestación, la cual puede ser adquirida en cualquier momento de la gestación, sin embargo, aumenta a mayor edad gestacional. Esta infección puede producir hasta 143 000 muertes perinatales a nivel mundial, es por ello su importancia.

El RN es hijo de madre con prueba para sífilis positiva, que al examen físico presenta hepato-esplenomegalia confirmada por ecografía, por lo que se le realiza los exámenes respectivos, saliendo reactivo, por lo que tiene indicación el manejo antibiótico con penicilina G sódica a dosis de 50 000 UI/Kg/ EV cada 12h los primeros 7 días, luego cada 8 horas hasta completar 10 días, medida dictada por el MINSA y es aplicada en todos los establecimientos de salud (22).

CASO 6: Neumonía adquirida en la comunidad

Se tiene una paciente mujer de 6 años con diagnóstico de Neumonía adquirida de la comunidad no grave y sin criterios de hospitalización. Por ese motivo se decide manejo ambulatorio con amoxicilina por V. oral en dosis de 90 mg/kg/día dividido cada 8 horas por 10 días, indicado también en la Guía de Práctica clínica de neumonía dada por el MINSA – 2019 (23) (ver anexo 1).

Recomendaciones dadas por el UpToDate concuerdan que, en este grupo etario, el manejo de elección es con amoxicilina al sospecharse de etiología bacteriana, el cual fue el prescrito. (24).

Se solicitó una radiografía de tórax, la cual no se es necesaria para hacer diagnóstico, pero si debe ser solicitada en casos de hospitalización, duda diagnóstica, casos graves, sospecha de complicaciones como derrame pleural según guía del MINSA (23).

CASO7: Pielonefritis

Las infecciones del tracto urinario son la segunda causa de infección tras las infecciones de las vías respiratorias. Pueden ser catalogadas como no complicadas y complicadas cuando existe alguna comorbilidad de fondo o alteración anatómico que induzca a la presencia de este tipo de infecciones.

En el caso presentado se decide hospitalizar a la paciente tras presencia de náuseas y vómitos que no le permiten tener una adecuada tolerancia oral, siendo criterio de hospitalización.

De acuerdo con un artículo de revisión por Natalia Guzmán, se sugiere solicitar una ecografía renal en primera instancia para descartar obstrucciones de la vía urinaria la cual no fue tomada en la consulta de emergencia, pero que posiblemente fue tomada en el piso de hospitalización.

Se instauro manejo antibiótico con ceftriaxona 2g por vía endovenosa cada 24 horas, lo cual también se encuentra indicado en la Guía de práctica

clínica para el diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario del Hospital Santa Rosa (25), establecimiento del MINSA, sin embargo, existen otras opciones como cefazolina y amikacina indicada en la Guía de Práctica clínica de manejo de ITU no complicada por EsSalud (26) (ver anexo 2).

Otras sugerencias son el uso de cefotaxima, ceftriaxona como se indicó en el caso, cefepime, incluso piperacilina/ Tazobactam según patógenos sugerentes el cual debe tener una duración de 7 a 10 días (27) .

CASO 8: Pancreatitis aguda

La pancreatitis es un proceso inflamatorio que se produce por activación temprana de proenzimas pancreáticas que puede producir daño local, SIRS, fallo orgánico y hasta la muerte.

El caso es de una mujer de 67 años con parámetros clínicos y laboratoriales de Pancreatitis aguda.

El manejo dado se basa en los pilares de: fluidoterapia, manejo del dolor, y soporte nutricional, lo cual se realizó como indicación en la emergencia del Hospital San José.

Se indica el reposo gástrico, lo cual fue indicado de forma adecuada según Guía del MINSA.

La reposición de fluidos se realizó con NaCl 0.9%, que también está indicado en el UpToDate (28) y Guía del Minsa de manejo de pancreatitis aguda (29), pero se pueden usar otros como Lactato de Ringer; sin embargo, para esta reposición debemos considerar comorbilidades y estado hemodinámico para poder ver el requerimiento de volumen.

El control del dolor se realizó con AINES como Ketoprofeno, por otro lado, el UpToDate y la Guía del Minsa indican principalmente el uso de Opiáceos que se van a usar de forma escalonada.

Tras una evolución favorable, con posterior tolerancia oral adecuada de la paciente, se decidió el alta.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

4.1 CIRUGIA GENERAL

Esta rotación se realizó prepandemia, se realizó en el hospital San José del Callao, con un horario de 12 horas diarias, hasta incluso más de 30 horas seguidas en el establecimiento de Salud, era una experiencia realmente nueva.

Durante esta rotación nos permitían rotar 2 semanas en las especialidades de urología y traumatología donde nos permitía manejar las principales urgencias de la especialidad.

En la especialidad de Cirugía general permitían rotar por diferentes campos clínicos como:

Hospitalización: donde se tenía a cargo hasta 12 camas de pacientes de cirugías programadas y de emergencia. Por las mañanas se realizaba una visita médica dirigida por el médico asistente y el residente de turno, se discutía la fisiopatología, clínica y manejo de las patologías.

Consultorio de cirugía: donde se atendían las consultas de los pacientes y si era patología quirúrgica, se procedía a programar la intervención, sean procedimientos de cirugía menor o mayor.

Tópico de cirugía: donde se atendían procedimientos de intervención mínima como curaciones de quemaduras, retiro de puntos, curaciones de heridas, extracción de uñas, etc.

Emergencia: se atendían las emergencia y urgencias de los pacientes, curaciones y suturas de heridas, manejo de pacientes con heridas por arma blanca y por arma de fuego, abdomen agudo quirúrgico como apendicitis, etc.

Actividades académicas: cada interno tenía a cargo exposiciones con las patologías más comunes de la especialidad, y tras ello un test para evaluar los conocimientos adquiridos.

Fue una rotación completa, ya que permitió interactuar en las diferentes áreas, lo que permitió adquirir las principales destrezas y conocimientos de las patologías quirúrgicas más frecuentes, nos permitió el aprendizaje tanto teórico como práctico, una formación completa para la futura práctica clínica.

4.2 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Fue la primera rotación post pandemia que se realizó, y por el estado de emergencia se redujeron horas de práctica y campos clínicos. Se rotaba por 3 campos clínicos detallados a continuación y se redujo el horario a 6 días por semana, con 7 horas por día y 2 guardias en emergencia en los 15 días por cada rotación. Las áreas donde se interactuó fueron:

Hospitalización: Se redujeron el número de camas a 15 camas, y de ser necesario se podían solicitar camas extras a otras especialidades. Se realizaba una visita médica dirigida con el médico asistente y residente de turno y se comentaban las patologías halladas.

Emergencia: se atendían las emergencia y urgencias de las gestantes y pacientes ginecológicas. Se programaba cirugías de emergencia si se requería como cesáreas, legrados uterinos, aspiraciones manuales endouterinas.

Centro obstétrico: se hacía el seguimiento de la gestante en fase activa hasta llegar al expulsivo, además de la vigilancia estricta durante el puerperio inmediato de 2 horas, que, tras finalizar, la paciente era pasada al piso de hospitalización.

Actividades académicas: se realizaban exposiciones, donde se discutían patologías frecuentes y su manejo respectivo.

Una de las principales dificultades que se presentó fue el no poder ser partícipe de cesáreas ya que, por la cantidad de médicos en centro quirúrgico, no era posible que el interno sea partícipe.

Por otro lado, no se pudo rotar por consultorio externo, por lo que no pudo visualizarse de cerca el seguimiento de un control prenatal adecuado, pero que fue explicado detalladamente en las actividades académicas por su real importancia.

4.3 PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

Al reducirse campos clínicos en el hospital San José del Callao, se realizó esta rotación de forma externa en el Instituto Nacional de Salud de Breña y el Instituto Nacional Materno Perinatal respectivamente.

Rotación de Pediatría:

La rotación se llevó a cabo en el piso de Hospitalización del servicio de Medicina A, donde por el estado de emergencia se redujeron las camas hospitalarias y en un horario que respetaba el dado por el Decreto de urgencia. También se realizó 2 guardias en emergencia en prioridad III donde se manejaba las principales urgencias pediátricas.

La mayoría de los pacientes tenía una hospitalización larga por lo que se podía vivir de cerca el caso clínico y su evolución.

Entre las dificultades que se presentaron fue no tener contacto cercano con gran número de patologías, pero que fue resuelto con exposiciones diarias de patologías comunes dadas por los residentes a cargo y un doctor asistente.

Rotación de Neonatología:

La rotación se realizó en áreas como alojamiento conjunto donde se estaba en contacto con neonatos que no presentaban ninguna patología que requiera de hospitalización y podías conocer los requerimientos normales neonatales.

Otra área de rotación fue intermedios III y IV, donde se hospitalizaban neonatos con algún grado de alteración, desde ictericias, dificultades respiratorias que requerían apoyo oxigenatorio, infecciones con manejo antibiótico endovenoso, condiciones como anencefálicos, entre otros.

También se realizó 2 guardias en centro obstétrico, donde el interno de guardia realizaba la historia clínica perinatal, además de realizar la atención inmediata del recién nacido y posteriores evaluaciones.

La rotación permitió adquirir y consolidar los conocimientos y destrezas principales de las patologías pediátricas y neonatales, a través de las visitas guiadas, las atenciones en emergencia, las actividades académicas a cargo de un grupo de profesionales con grandes cualidades de docencia, además de ser centro de alta complejidad, siendo centros de referencia, por lo que permite interactuar con gran número de diversidad en patologías pediátricas.

4.4 MEDICINA INTERNA

La rotación de Medicina se llevó a cabo en el hospital San José del Callao, que tras el estado de emergencia redujo el número camas en hospitalización.

En dicha área se permite rotar en 2 campos clínicos:

Hospitalización: donde se cuentan con 10 camas y se observa de cerca las patologías más frecuentes que son discutidas durante la visita médica, permitiendo conocer y discutir diagnósticos y sus manejos respectivos.

Emergencia: se manejan las principales urgencias y emergencias de los pacientes, en caso de ser patología que requieran ser hospitalizadas, se procede al llenado de Historia clínica, recetas e indicaciones. Y si son patologías que requieran de especialidades o intervenciones más complejas se procedía a referir al paciente.

Medicina es una rotación importante en el desarrollo del futuro profesional, pues aquí se ven la mayor cantidad de patologías que veremos futuramente y pondremos en práctica cuando llevemos a cabo el SERUMS.

Al llevarse a cabo la rotación en un hospital II-2, tenemos la oportunidad de una gran demanda de patologías que nos ayudan en nuestra formación como futuros médicos. Se ven patologías cardiacas como síndromes coronarios, respiratorias como insuficiencias respiratorias, gástricas como hemorragias digestivas, endocrinológicas como son las emergencias diabéticas como cetoacidosis o coma hiperosmolar, ente otras, que nos permiten aprender a como darles tratamiento y observando la mejoría de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

-El internado médico es un año de gran importancia para el médico en formación, porque permite entrar en contacto con el paciente y poner en práctica el conocimiento adquirido, usando el juicio crítico para hacer el diagnóstico adecuado con su respectivo manejo.

-El Hospital San José es un establecimiento II-2, que recibe gran demanda en atenciones, lo que permite conocer diversidad de patologías en las diferentes áreas como cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina.

-El interno es pieza fundamental del equipo médico, pues cumple roles importantes, en la evaluación del paciente, toma de exámenes, llenado de formatos como epicrisis, historias clínicas, recetas, indicaciones de alta, etc.

-A raíz de la actual emergencia sanitaria que se está viviendo y que generó la redistribución de internos a sedes hospitalarias del primer nivel, se vio la diferencia y desventaja en cuanto a la adquisición de experiencia y manejo clínico, ya que la mayoría de los pacientes suele asistir a establecimientos de mayor complejidad, dificultando el contacto con patologías más complejas en los primeros niveles.

-Un adecuado internado médico no solo requiere de un gran número de horas de práctica, gran cantidad de tareas por cumplir es importante que nuestros maestros, doctores y residentes con los que se está en contacto, nos guíen en el aprendizaje y práctica de conocimientos, corrigiéndonos para así mejorar en nuestra profesión.

RECOMENDACIONES:

-Es importante poder tener a disposición establecimientos de salud que admitan gran demanda de patologías, para poder adquirir mayores conocimientos y experiencia clínica, es por ello, que debemos analizar y así escoger el mejor establecimiento de salud que se adecue a nuestros requerimientos.

-Es importante respetar las normas de bioseguridad dadas por cada establecimiento, especialmente en nuestra labor de evaluación constante de pacientes, y así evitar enfermar y contagiar a nuestros seres queridos, compañeros de trabajo, amigos, etc.

-Muchas veces se puede tener días agotadores por la gran cantidad de pacientes, y aquí la importancia del trabajo en equipo con nuestros compañeros de internado que permitirá dividir tareas, agilizar labores, y aligerar la carga.

-Investigar cada caso, todos los pacientes son distintos y en cada uno se adquiere un nuevo conocimiento, el paciente es el mejor libro de conocimientos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Arroyo F. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. *Acta Med Peru.* 2020;37(4):562-4
2. RM 622-2020-MINSA Lineamientos para Retorno Internos de Ciencias de La Salud - Anexo [Internet]. Scribd. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/475393493/RM-622-2020-MINSA-Lineamientos-para-retorno-internos-de-ciencias-de-la-salud-anexo-pdf>
3. Conociéndonos HSJ [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hsj.gob.pe/web_sanjose/html/nosotros/conociendonos.html
4. RD163_ASIS_2017.pdf [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2018/RD163_ASIS_2017.pdf
5. Galán-Rodas E, Egoavil MS. Herramientas de productividad para el profesional médico y la investigación. *Acta Médica Peruana.* julio de 2013;30(3):143-7.
6. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico* [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297020/html/index.html>

7. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendicectomy. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2005 [citado 28 de abril de 2021];(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001439.pub2/full/es>
8. Ingesta de cuerpos extraños.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/c_extranos.pdf
9. Cadena León J, Cázares Méndez JM, Toro Monjaraz EM, Cervantes Bustamante R, Ramírez Mayans JA. Manejo de la ingesta de cuerpos extraños por vía digestiva. Acta Pediatr Mex. 5 de septiembre de 2019;40(5):290.
10. 26_Ingesta.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/26_Ingesta.pdf
11. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018
12. Postterm pregnancy - UpToDate [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postterm-pregnancy?search=embarazo%20prolongado&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H8
13. Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment - UpToDate [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment?search=amenaza%20de%20parto%20pretermino&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1331942469
14. corticoidesmaduracionpulmonar.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/corticoidesmaduracionpulmonar.pdf>

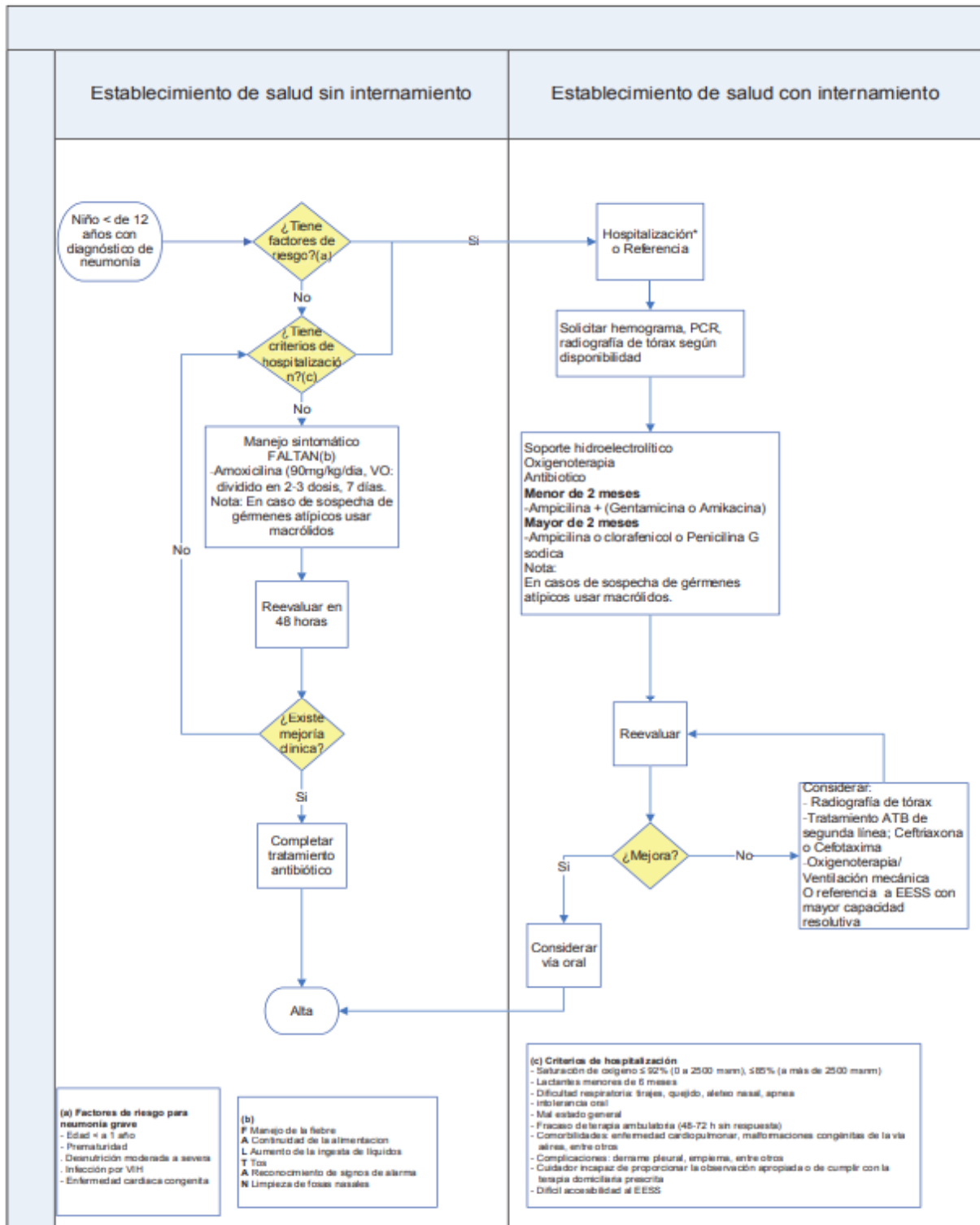
15. Neuroprotective effects of in utero exposure to magnesium sulfate - UpToDate [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/neuroprotective-effects-of-in-utero-exposure-to-magnesium-sulfate?search=neuroprotecci%C3%B3n%20de%20magnesio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
16. Yanque-Robles O, Zafra-Tanaka JH, Taype-Rondan A, Arroyo-Campuzano JE, Rosales-Cerrillo CH, Mucha J, et al. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino en el Seguro Social del Perú (EsSalud), 2018. Acta Médica Peruana. enero de 2019;36(1):46-56.
17. Inhibition of acute preterm labor - UpToDate [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/inhibition-of-acute-preterm-labor?search=tocolisis&source=search_result&selectedTitle=1~80&usage_type=default&display_rank=1
18. Amenaza parto pretermino [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/amenaza-parto-pretermino.html>
19. Evidencias en indicaciones de la progesterona. Buitrón-García FR.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom178b.pdf>
20. Placenta previa: Management - UpToDate [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management?search=placenta%20previa&source=search_result&selectedTitle=1~116&usage_type=default&display_rank=1
21. [Internet]. Cdn.gob.pe. 2021 [cited 16 April 2021]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/441362/resolucion-ministerial-n-1138-2019-minsa.PDF>
22. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B-MINSA.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>

23. "GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS" R.M. N° 1041-2019/MINSA -Versión corta
24. Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-children-outpatient-treatment?search=manejo%20de%20neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad%20%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
25. RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf [Internet]. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>
26. GPC_ITU_Vers_Extensa.pdf [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_ITU_Vers_Extensa.pdf
27. Guzmán N, García-Perdomo HA. Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. *rmu*. 27 de marzo de 2020;80(1):1-14.
28. Management of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2
29. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. :17.

ANEXOS

ANEXO N°1

6.7 FLUJOGRAMA DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS.



*Si se encuentra en un Establecimiento de salud que cuenta con internamiento hospitalizar.

Minsa- 2019

Anexo N°2

2.3. Diagnóstico y Manejo de ITU alta no complicada

