



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA ENTORNO A LA PANDEMIA POR  
COVID-19 EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE  
EN EL PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO  
PRESENTADO POR**

**SANDRA PAOLA CACERES MAURICIO**

**ASESORA**

**DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ**

**2021**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA ENTORNO A LA PANDEMIA POR  
COVID-19 EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE  
EN EL PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
SANDRA PAOLA CACERES MAURICIO**

**ASESORA  
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Dra. Carmen Layten Villanueva

**Miembro:** Mg. Gustavo Tagle Carbajal

**Miembro:** M.E. Andrea Lui Lam Postigo

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la fortaleza de seguir esta carrera y superar los obstáculos.

A mis padres, por las reglas y las libertades con las que me criaron que forjaron la persona que soy en la actualidad, por nunca poner límites a mis sueños y apoyarme siempre.

A mis hermanos, por ser mi gran razón de seguir adelante y mejorar cada día.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos los docentes, doctores, los residentes del Hospital Nacional Hipólito Unanue, por ser mis maestros y preocuparse siempre por darnos nueva información a diario.

Agradecida con los pacientes que tuve a cargo porque me enseñaron la fuerza ante la adversidad, por permitirme ser parte de su recuperación y a través de ello reafirmar mi amor y compromiso por esta carrera de medicina humana.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Pediatría .....	4
1.2 Cirugía general .....	6
1.3 Ginecología y Obstetricia.....	8
1.4 Medicina Interna .....	11
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	14
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	16
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.</b>	20
<b>CONCLUSIONES</b>	24
<b>RECOMENDACIONES</b>	26
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	27

## RESUMEN

El internado médico es el último año de la carrera de Medicina Humana que consiste en la práctica pre profesional de los conocimientos adquiridos durante seis años. Consta de cuatro rotaciones en los servicios de Pediatría, Cirugía, Ginecología - Obstetricia, y Medicina Interna, con una duración de tres meses por cada especialidad. En este caso, se eligió como sede el Hospital Nacional Hipólito Unanue, inició el 01 de enero del 2020 con la rotación de Pediatría, se atendió muchas emergencias que pueden clasificarse en dos grandes grupos, en las emergencias diurnas predominaba enfermedad diarreica aguda y en las emergencias nocturnas desde exantemas y crisis asmáticas.

A mitad de marzo la infección por la COVID-19 empezó a esparcirse por Sudamérica y junto a ella las restricciones en el ambiente social y hospitalario. Se suspendió el internado. En octubre del 2020 se reinicia con nuevas medidas. Se continuó con la rotación de Cirugía General donde solo se recibían emergencias como colecistitis aguda y apendicitis. Fue una rotación corta pero concisa donde se aprendió a diferenciar una urgencia de emergencia y el manejo de estos pacientes.

Posteriormente, inició la rotación en el servicio de Ginecología y obstetricia, con guardias programadas en las que se aprendió el uso de la clave azul, decidir cuándo es verdaderamente necesaria una cesárea y cuando se debe esperar a un inicio de parto espontaneo.

Finalmente, la rotación de Medicina Interna. Distinta a las otras porque se recibía además de las emergencias usuales, pacientes con secuelas por COVID-19. En esta rotación se aprendió principalmente el manejo íntegro del paciente y la polifarmacia. El internado fue un nuevo reto tanto para los internos como para los médicos asistentes debido al cese de actividades docentes y el horario restringido de las rotaciones; sin embargo, se hizo adecuado uso del tiempo para una correcta formación del personal de la salud y los manejos básicos en urgencia y emergencia.

## ABSTRACT

The medical internship is the last year of the Human Medicine career that consists of the pre-professional practice of the knowledge acquired for six years. It consists of four rotations in the services of Pediatrics, Surgery, Gynecology - Obstetrics, and Internal Medicine, with a duration of three months for each specialty. In this case, the Hipolito Unanue National Hospital was chosen as the headquarters, it began on January 1, 2020 with the rotation of Pediatrics, many emergencies were attended that can be classified into two large groups, in daytime emergencies acute diarrheal disease predominated and in those night emergencies from exanthemas and asthmatic attacks.

In mid-March, the COVID-19 infection began to spread throughout South America and along with it the restrictions in the social and hospital environment. Internship was suspended. In October 2020 it is restarted with new measures. The rotation of General Surgery continued where only emergencies such as acute cholecystitis and appendicitis were received. It was a short but concise rotation where they learned to differentiate an emergency urgency and the management of these patients.

Subsequently, the rotation in the Gynecology and Obstetrics service began, with scheduled shifts in which the use of the blue key was learned, deciding when a cesarean section is really necessary and when to wait for a spontaneous onset of labor.

Finally, the Internal Medicine rotation. Different from the others because, in addition to the usual emergencies, patients with COVID-19 sequelae were received. In this rotation, the integral management of the patient and polypharmacy were mainly learned. The internship was a new challenge for both the interns and the attending physicians due to the cessation of teaching activities and the restricted schedule of rotations; however, adequate use of time was made for proper training of health personnel and basic management in urgency and emergency.

## INTRODUCCIÓN

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) el internado médico inició el 01 de enero del 2020 en las que las actividades asistenciales comprendían 10 horas diarias de lunes a domingo, incluyendo feriados, a realizar en los servicios de hospitalización, en el servicio de emergencia principalmente guardias nocturnas. En ambos escenarios las responsabilidades del interno constaban de evolucionar al paciente, estar pendiente de las funciones vitales, dar algunas indicaciones médicas, siempre supervisadas por el residente o asistente de turno, solicitar exámenes complementarios, acompañar al paciente en la ambulancia si es que era necesario, entrar a sala de operaciones como instrumentista, entre otras actividades.

Según los reglamentos brindados, el internado médico debería tener como fecha de cierre el 31 de diciembre del 2020, sin embargo el desarrollo de la pandemia por la COVID-19 prolongó este proceso. El internado médico fue suspendido el 15 de marzo del 2020 con la resolución viceministerial 081-2020-MINEDU bajo orden del poder ejecutivo, que a su vez fue acompañada con la resolución viceministerial 095-2020-MINEDU. Conforme al decreto de urgencia 090-2020 (2) el internado tenía como fecha de reinició el 15 de agosto del 2020 con nuevos lineamientos donde se concertaba, entre otros temas, que correspondía al interno la labor de 15 días al mes, a diferencia de 30 días al mes. (3)

Según el oficio circular 068-2021-DG-DIGEP/MINSA (4), se acordó que el internado médico tenga como fecha límite el 30 de abril del 2021.

El internado 2020-2021 tuvo que afrontar las mismas problemáticas de siempre pero adicional a ello un nuevo reto, al SARS-CoV-2. Los coronavirus (CoVs) son un grupo de virus responsables de distintas enfermedades, principalmente respiratorias. En el mes de diciembre del 2019 se descubrió una nueva cepa de los SARS-CoV en la ciudad de Wuhan, China, la cual fue denominada por la OMS como SARS-CoV-2 posteriormente.

Esta nueva variante es la causante de la enfermedad COVID-19. Los síntomas son predominantemente respiratorios; sin embargo, estos pueden presentar otros signos y síntomas pérdida del sentido del olfato o del gusto, diarrea, conjuntivitis, dolor de cabeza, erupciones cutáneas, entre otros. Hasta síntomas graves como la dificultad para respirar, dolor o presión en el pecho, incluso incapacidad para hablar o moverse (5).

El primer caso por la COVID-19 en el Perú se confirma el 6 de marzo del 2020 (6). Se registra a la COVID-19 por la OMS como una pandemia el 11 de marzo de 2020. El 15 de marzo se aprueba el decreto supremo 044-2020-PCM donde se dictaminan nuevas medidas para afrontar a la COVID-19 (7).

A partir de ese momento, cada rubro tanto social, económico como el sector salud fue afectado. Buscándose hasta la actualidad medidas para frenar el avance de la COVID-19 y no impactar de sobre manera las actividades antes descritas.

Teniendo en cuenta los antecedentes, el internado fue gravemente alterado. No permitiendo así, el desarrollo de las 4 rotaciones con una duración de 3 meses por cada una, como históricamente ha sido. Sino que, solo la primera rotación fue cumplida. Al retorno, en octubre del 2020 se implementaron nuevas medidas, en las que destacan: el uso de EPPs (equipo de protección personal) y una prueba rápida para el ingreso de los internos.

Si bien el internado fue desarrollado de una forma distinta, se aprovechó al máximo cada rotación buscando siempre aprender el manejo inicial y de emergencia en distintas patologías. El sector salud experimentó transformaciones, ningún estado estaba preparado para afrontar la pandemia a esta magnitud. Es ahora parte del trabajo y responsabilidad del sector salud y de los futuros médicos, de educar a los pacientes y a la población en general para poder hacer frente a esta nueva enfermedad obteniendo resultados positivos y las menores pérdidas posibles.

A continuación, se relatará la importancia del desarrollo del internado médico en el Hospital Hipólito Unanue y de cómo esta influyó en la formación profesional. Así mismo, se describirá las destrezas adquiridas en las rotaciones antes y después de la pandemia en las distintas áreas del hospital, hospitalización, emergencia y consultorios externos.

Finalmente, se precisarán 2 casos clínicos por rotación, en las que se expondrán los antecedentes, enfermedad actual, el examen físico y auxiliar realizado en el nosocomio, así como, el diagnóstico al que se concluyó para realizar un posterior tratamiento.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Concluidos 6 años de estudios en ciencias básicas y estudios clínicos, llega el último año, el internado médico. En el que como bien es sabido, es la etapa para poner en práctica los conocimientos adquiridos así como para fortalecer la calidad humana y empatía en la relación médico paciente.

Previo al inicio del internado, se designó talleres para explicar el funcionamiento del hospital, además de instrucciones a seguir por el interno. Se informó la capacidad resolutive del nosocomio y que a su vez era un hospital de referencia nacional.

La primera rotación comenzó en Pediatría en el pabellón C-1 que cuenta con un promedio total de 34 habitaciones. Un servicio de UCI pediátrica con 5 camas, un servicio de cuidados intermedios con 7 camas, otro de Rehidratación con 4 camas para los casos de enfermedad diarreica aguda que eran muy frecuentes, un salón de aislados con 3 camas para casos de enfermedades autoinmunes o tuberculosis, y el área de comunes con 15 camas para pacientes que requieran hospitalización.

El servicio está a cargo de los médicos residentes quienes establecieron el ingreso al servicio de pediatría a las 6:30 am todos los días, debido a que la visita médica se realizaba a las 7:30 am en promedio y se debía

contar previamente con la evolución de cada paciente, así como también de su balance hidroelectrolítico. Durante la visita médica se realizaba una ronda de preguntas a cargo del médico asistente que debía ser respondida por los internos, en caso de que estos no respondieran o las respuestas fueran inconclusas pasaban a ser contestadas por los médicos residentes. La dinámica era muy productiva a causa de que siempre se tenía que revisar distintas patologías y actualizaciones de tratamiento. Posterior a la visita se disponía a realizar el plan de trabajo para cada paciente, sean interconsultas, procedimientos o trámites que no se realizaban en el hospital como resonancia magnética. Adicionalmente se tenía programado exposiciones diarias a cargo de cada interno en el aula del pabellón de Pediatría, una exposición semanal del interno de presentación de un caso clínico y una exposición semanal del médico residente sobre actualizaciones de tratamiento.

Se distribuyeron guardias nocturnas cada 3 a 4 días, que iniciaban cuando el turno normal concluía, es decir un interno en su turno de guardia debía estar 36 horas en el hospital cumpliendo su función.

En las mencionadas guardias se aprendía principalmente el manejo en emergencias, a diferenciar una urgencia de emergencia, saber que paciente debía tener un alta y cual otro era meritorio a una hospitalización. Incluso algunos pacientes tuvieron que ser derivados a trauma shock por la inestabilidad hemodinámica del paciente.

Parte de la rotación de pediatría está el servicio de neonatología que tuvo una organización distinta con guardias de 12 horas cada dos días en atención inmediata donde se aprendió la primera atención del recién nacido, dosis profilácticas, vacunas y principalmente el manejo en ictericia neonatal.

A menos de 15 días de finalizar la primera rotación vino la pandemia, motivo por el que el internado fue suspendido.

En octubre del 2020 se reanudaron las actividades con nuevas medidas de protección y de reestructuración del hospital. En hospital estuvo básicamente dividido en 2 grandes zonas, un área COVID y otra área no

COVID. Cabe resaltar que el internado exigía el retorno de los internos en ambiente no COVID por el riesgo de infección que la otra área suponía.

Se rotó por cirugía general, donde debido a la coyuntura, solo se atendían emergencias, no se programaban cirugías y no había consultorio externo. La demanda de pacientes era alta, muchas veces se tuvo que sugerir que acudan a otro establecimiento por la poca cantidad de salas de operación disponibles. Debido a que la Sala de operaciones estaba también dividida para pacientes COVID. Se logró ver las patologías más frecuentes y el manejo médico adecuado, además de poder ingresar a algunas cirugías como instrumentista.

Posteriormente, fue la rotación de Ginecología y obstetricia, que difiere totalmente de otros servicios, por la gran organización, responsabilidad y jerarquía. El horario de ingreso era a las 5:30 am diario y el fin de turno a las 4:00 pm, adicional a ello se programaron de tres a cuatro guardias por mes de 24 horas, en las que se aprendió el uso de la clave azul, la escala de Bishop, decidir cuándo es verdaderamente necesaria una cesárea y cuando se debe esperar a un inicio de parto espontáneo. Así como, diferenciar la indicación de un legrado uterino versus un AMEU. Se permitió el ingreso de internos a la sala de operaciones, principalmente como instrumentistas pero después a participar de las cesáreas, cierre por planos, realización de AMEU, entre otros. Además, se plantearon exposiciones a cargo de los internos como un pequeño conversatorio debido a que los salones estaban prohibidos para evitar aglomeraciones.

Finalmente se rotó por la especialidad de Medicina Interna, que se caracterizó por la gran capacidad resolutive de los médicos asistentes a cargo, destaco la poca utilización del recurso de interconsultas, pero el gran uso de procedimientos. Se aprendió dosis de manejo para trastornos hidroelectrolíticos, manejo en accidente cerebro vascular, neumonía adquirida en la comunidad y extra hospitalaria. Durante el último mes en esta rotación destaco el ingreso de pacientes con secuela por COVID-19 donde también se aprendió el manejo en estos casos.

## 1.1 Pediatría

### Caso clínico 1:

Paciente varón de 4 años de edad, procedente de Lima.

Antecedentes personales niega, antecedentes familiares: 1 hermano con episodio de convulsión febril a los 4 años.

Tiempo de enfermedad: 5 minutos

Madre del paciente refiere que hace 5 minutos llevaba a su hijo a consultorio externo, dentro del hospital, para su control. Refiere que su hijo presentó molestias en la garganta hace 1 semana, apetito disminuido y fiebre. Cuando de pronto empezó a convulsionar y lo trajo inmediatamente a emergencias.

Funciones vitales: PA 110/90 FR:20 FC: 90 Sat: 97% fio2 0.21% T: 38.5°C  
Peso: 17 kg

Se recibe al paciente en crisis convulsiva con relajación de esfínteres por lo que se procede a echar al paciente en la camilla del tóxico de emergencia, se administra diazepam intrarectal, controlada la crisis se evalúa signos neurológicos, no se encuentran signos meníngeos ni de irritación cortical.

El paciente recupera su estado de alerta normal, se busca un foco infeccioso encontrándose en las amígdalas un exudado y ganglios linfáticos cervicales inflamados. Se envía al paciente al servicio donde se realizan medios físicos para bajar la temperatura. Y se administra paracetamol 255mg.

Diagnóstico: Crisis convulsiva febril, faringoamigdalitis bacteriana.

Se vuelve a tomar la temperatura 20 minutos después, encontrándose en 37°C, se receta amoxicilina 50 mg/kg/día: 425 mg cada 12 horas por 10 días. Se indica a la madre el control constante de la temperatura, si se encontrara fiebre se administrará paracetamol 15 mg/kg/6 h: 255 mg cada 6 horas.

Se le solicita un electroencefalograma a las dos semanas y cita por consultorio externo.

**Caso clínico 2:**

Paciente varón de 6 años de iniciales HSI, procedente de Lima

Antecedentes personales niega, antecedentes familiares: madre con hipertensión

Relato: Madre refiere que hace 1 semana su hijo presentó gripe, con un episodio de fiebre de 38°C a lo que le administro 2 cucharaditas de paracetamol, hace 3 días se agrega malestar general. 1 día antes refiere que su hijo no quiere comer.

Funciones vitales: PA 110/90 FR:19 FC: 89 Sat: 98% fio2 0.21% T: 36.5°C  
Peso: 20 kg

Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2 segundos. Lesiones maculopapulares múltiples que asientan sobre dedos de pie y manos.

Orofaringe: Vesículas umbilicadas en paladar duro, lengua y mucosa bucal.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, no dolor a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaéreos presentes.

SNC: Lotep. Glasgow 15/15

Diagnóstico: Enfermedad mano pie boca

Tratamiento: Se receta bencidamina en spray para alivio sintomático de la garganta y para que el paciente pueda comer con mayor tranquilidad. Monitorear temperatura. Se explica a la madre y al niño signos de alarma, se recomienda buena higiene, no rascarse para evitar que las vesículas se infecten.

## **1.2 Cirugía general**

### **Caso clínico 1:**

Paciente varón de 34 años de iniciales KOS

Antecedentes personales niega, antecedentes familiares niega

Tiempo de enfermedad: 12 horas

Paciente refiere que hace 12 horas inició con falta de apetito, náuseas y dolor en la boca del estómago. Hace 6 horas cursa con 2 vómitos y refiere que el dolor ahora se encuentra en la zona abdominal baja derecha.

Funciones vitales: PA 120/90 FR:22 FC: 93 Sat: 98% fio2 0.21% T: 37.4°C

Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. Punto de Mc Burney positivo, Rovsing positivo, Blumberg positivo.

SNC: Lotep. Glasgow 15/15

Exámenes complementarios:

Se le solicita al paciente hemograma en el que se aprecia leucocitosis de 14 000, y PCR 14.

Al cumplir con 8 puntos de los criterios de Alvarado se procede a conducta quirúrgica.

Se procede a la colocación de dos vías periféricas para administración de fluidos endovenosos y antibióticos preoperatorios con ceftriaxona y metronidazol.

Se realiza un apendicectomía, en sala de operaciones se observa la base del apéndice sin daño por lo que se decide dejar el muñón libre.

### **Caso clínico 2:**

Paciente mujer de 55 años de iniciales SML, procedente de Lima

Antecedentes personales: 3 gestaciones a término. Niega antecedentes familiares

Tiempo de enfermedad: 1 día

Paciente refiere que el día anterior presentó dolor en el abdomen en lado derecho 6/10 que se intensificó luego de comer grasas. 6 horas después se agregó náuseas y fiebre de 38°C por lo que se administró paracetamol.

Refiere que no tiene ganas de comer y que el dolor aumento en intensidad 9/10.

Funciones vitales: PA 110/80 FR:23 FC: 90 Sat: 97% fio2 0.21% T: 37°C

Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. Signo de Murphy positivo, hipersensibilidad en hipocondrio derecho.

SNC: Lotep. Glasgow 15/15

Exámenes complementarios:

Se le solicita al paciente hemograma donde observa leucocitos: 15 000, PCR 7, examen de orina negativo, y exámenes pre-quirúrgicos; así como una ecografía, la cual da como resultado una vesícula de 9.5 x 4 cm con una pared de 5 mm. Además, en la ecografía se muestra múltiples imágenes litiásicas y barro biliar.

Diagnóstico: Colecistitis crónica calculosa reagudizada y se programa a la paciente para sala de operaciones.

Se inicia tratamiento antibiótico y se realiza una colecistectomía sin complicaciones.

La paciente se va de alta a los 2 días con dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas, indicaciones de dieta hipograsa, metronidazol y ciprofloxacino c/ 12h x 5 días y retiro de puntos y control en 7 días.

### **1.3 Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso clínico 1:**

Paciente mujer de 24 años de edad con iniciales YPC, procedente de Lima.

Antecedentes personales: G1P0010 aborto provocado en casa hace 3 años. FUR: Hace 1 semana. No uso de anticonceptivos. Inicio de las relaciones sexuales: 15 años, parejas sexuales: 6.

Paciente refiere que desde hace un mes presenta descenso de color amarillo-verdoso acompañado de dolor durante las relaciones sexuales. Hace dos días presentó fiebre de 38°C.

Funciones vitales: PA 125/90 FR 18 FC: 78 Sat: 98% fio2 0.21% T: 37°C

Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. Dolor en el hipogastrio a la palpación profunda 7/10.

Ginecológico:

Espéculo: Se observa abundante descenso purulento de mal olor a nivel del cuello, a la movilización del cuello dolor 9/10

Tacto vaginal: Útero anteversoflexo de 7 x 5 cm. Anexos libres.

SNC: Lotep. Glasgow 15/15

Exámenes Complementarios

Se solicita BHCG que sale negativo, hemograma leucocitosis 11 000, PCR 3, ecografía transvaginal.se observa liquido libre en saco de Douglas.

Diagnóstico: Enfermedad pélvica inflamatoria

Tratamiento:

Se decide manejo ambulatorio con ceftriaxona IM 250 mg + doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días y Metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días.

**Caso clínico 2:**

Paciente mujer de 45 años procedente de Loreto

Antecedente personal: ITS a repetición

Tiempo de enfermedad: 3 meses

Paciente refiere sangrado post coital y dispareunia. Trae PAP: LIE-AG

Funciones vitales: PA 110/80 FR:23 FC: 90 Sat: 97% fio2 0.21% T: 37°C

Al examen físico:

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes. No refiere dolor a la palpación superficial ni profunda

Ginecológico:

Espéculo: A nivel de exo cérvix lesión exofítica de 2 x 1 cm en labio anterior que no infiltra a vagina

Tacto vaginal: Tumoración solida a nivel del cuello. Útero anteversoфлекso de 6 x 4 cm. Anexos libres

Tacto rectal: Parametrios impresionan libres

SNC: Glasgow 15/15

Exámenes complementarios:

PAP LIE-AG, Biopsia de cérvix: Carcinoma de células escamosas no queratinizante.

Diagnóstico:

Cáncer de cérvix: estadio clínico IB 2

Tratamiento: Se realiza histerectomía radical tipo C1

Después de la cirugía se lleva la muestra a anatomía patológica

Informe final de anatomía patológica:

Tamaño tumoral 1.8 x 0.8 cm en exo cérvix, parametrios libres, márgenes libres, ganglios linfáticos (0/20), invasión linfovascular negativo.

Se da de alta a la paciente 2 días después de la cirugía. Se le indica acudir a su posta en 7 días para retiro de puntos. Y control en 06 meses por consultorio externo de ginecología.

#### **1.4 Medicina Interna**

##### **Caso clínico 1:**

Paciente varón de 89 años procedente de Ayacucho

Antecedentes personales: Hipertensión arterial hace 10 años con tratamiento irregular con Losartán. Apendicetomía hace 6 años.

Tiempo de enfermedad: 4 meses

Episodio actual: 20 minutos

Relato: Paciente refiere que 4 meses antes del ingreso comenzó con debilidad muscular, parestesias en miembros inferiores que aumentaron con el pasar del tiempo. 1 hora antes del ingreso presentó disartria, debilidad extrema en miembros inferiores y parestesias. Además, refiere dificultad para orinar.

Funciones vitales: PA: 140/80. FC 69 FR:19 T 37.5 Sat: 94

Al examen físico:

Piel y Faneras: Tibia, elástica, hidratada. Se aprecia signo de clubbing. Llenado capilar < 2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible. No dolor a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaéreos presentes.

Locomotor: Moviliza 4 extremidades.

SNC: Glasgow 15/15. MMII parestesia, sensibilidad vibratoria ausente, reflejos aquilianos ausentes.

Exámenes auxiliares: Hemograma normal.

Ecografía renal: Hidronefrosis bilateral. VIH negativo. HTLV-1: positivo

Resonancia de medula espinal con contraste: focos hiperintensos en áreas periventriculares y subcorticales; atrofia en los segmentos torácico de la medula espinal.

Urodinamia: Vejiga neurogénica

Diagnóstico:

Infección por HTLV-1

Paraparesia espástica tropical

Vejiga neurogénica

HTA controlada

Tratamiento: Indicación de sonda vesical, metilprednisolona vía oral, losartán 50 mg cada 12 horas.

### **Caso clínico 2:**

Paciente mujer de iniciales FM de 60 años procedente de Lima.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial hace 4 años con tratamiento irregular con Losartán.

Antecedentes familiares: Madre fallecida por accidente cerebrovascular e hipertensión.

Tiempo de enfermedad: 15 minutos

Paciente refiere que hace 1 hora presentó disnea asociada a palpitations y síncope.

Funciones vitales: PA 145/85 FC 130 FR 20 Sat 96% FIO2 0.21%

Examen físico:

Piel y Faneras: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar <2 segundos.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos taquicárdicos, buena intensidad. Pulso deficitario.

Abdomen: Blando, depresible. No dolor a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaereos presentes.

SNC: Glasgow 14/15.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: normal. Perfil de coagulación: INR: 0.8. HBAC1: 5.5.  
Glicemia: 95

EKG: Se observan QRS irregulares, ausencia de onda P. FC: 140.  
Enzimas cardiacas: negativas. Ecocardiograma: FEY conservada. No se evidencia miocardiopatía ni estenosis mitral.

Diagnóstico: Fibrilación auricular de respuesta ventricular alta.

Tratamiento: Se realiza cardioversión farmacológica con Flecainida ya que la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, para el control de la frecuencia cardiaca se inicia carvedilol. Como siguiente paso la anticoagulación para evitar cardioembolismo, para el riesgo de trombosis se realiza el CHAD2S2-VASc con un score de 2, posterior a ello se realiza el HAS BLED para evaluar el riesgo de hemorragia con un puntaje de 0. Se realiza anticoagulación con warfarina y heparina de bajo peso molecular, posterior a ello se retira la heparina y se sigue el tratamiento con warfarina en su estancia hospitalaria hasta mantener un INR entre 2 y 3.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) es un centro hospitalario público peruano, hospital de categoría III-1, inaugurado el 24 de febrero de 1949 y ubicado Av. Cesar Vallejo N° 1390, distrito de El Agustino Lima, Perú. Recibe el nombre en honor de Hipólito Unanue, quien fue pionero de la medicina peruana y precursor de la independencia.

Es encargado de la atención especializada, prevención y disminución de riesgos, formación y especialización de personas, así como docencia e investigación.

La población a la que atiende es de aproximadamente dos millones de habitantes, que abarca los distritos de: El Agustino, Lurigancho, Cieneguilla, Ate, Chaclacayo, La Molina, La Victoria, Lima, Pachacámac, San Borja, San Juan de Lurigancho, Santa Anita, además de la Provincia de Huarochirí. El hospital también atiende a los pacientes referidos a nivel nacional.

El hospital antes de la pandemia contaba con un área de emergencias que se dividía en una para adultos y otra para pediatría.

Pabellones de hospitalización para cada especialidad con su respectiva área de intermedios, sala de cuidados intensivos, consultorios externos, una sala de operaciones general que era solicitada por cualquier especialidad previa

solicitud y un área de recuperación. Cada paciente que ingresaba por emergencia pasaba previamente por triaje de donde era referido.

Cuando ocurrió la pandemia el hospital sufrió una reestructuración. El hospital se dividió en dos grandes zonas, un área COVID y otra área no COVID. Para el área COVID se utilizó el espacio de emergencia pediátrica, así como pabellones de otras especialidades y se implementaron carpas de considerable extensión para la atención de esta enfermedad. El resto del hospital fue destinado como área no COVID, donde para ingresar se debía presentar una prueba rápida negativa tomada al ingreso del nosocomio.

Todo el internado posterior a la pandemia se realizó con equipo de protección de personal (EPPs) que fue diariamente entregado por la sede hospitalaria, se proporcionaron mascarillas semanalmente. El horario fue recortado a la mitad, se acudía 15 días al mes y con programación de guardias en los servicios de emergencia.

### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Los variados casos que se vieron durante el internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue fueron resueltos según las guías del MINSA, así como por la experiencia de los doctores, residentes y artículos publicados en revistas indexadas que sugerían algunos manejos a diversas patologías.

A su vez, se usó la aplicación de UpToDate para corroborar información y manejo.

En rotación de pediatría, la mayoría de casos se recibían en emergencias y se aplicaban las dosis pediátricas estipuladas. Del 100% de pacientes recibidos en emergencia, solo el 40% podría clasificarse como una emergencia. El servicio antes de la pandemia por la COVID-19 estaba diariamente copado por pacientes, el personal de salud muchas veces no se daba abasto. El tópico de emergencias estaba a cargo de un médico asistente y un residente de pediatría, además del interno quien era el encargado de recibir a los pacientes y clasificarlos según quien requiera atención inmediata. Muchas veces, la afluencia obligaba a tomar las funciones vitales fuera del consultorio y si algún paciente presentaba fiebre se ordenaba su pase por medios físicos para luego ser atendido por el consultorio. Se reservaba las camillas de consultorio para convulsiones, intoxicaciones o referencias de otros hospitales. Ya que, el Hospital Hipólito Unanue por la ley de emergencia es centro de referencia nacional.

En el primer caso de Pediatría de la convulsión febril, se siguieron las guías de la sociedad americana de pediatría (8), así como, las recomendaciones para el manejo de las convulsiones infantiles (9). Se procede a en primer lugar tratar la convulsión para luego desfocalizar al paciente. El paciente presentó el episodio convulsivo en el curso de una enfermedad febril, faringoamigdalitis posteriormente diagnosticada, además el paciente no tenía epilepsia, alguna infección en el sistema nervioso central o desequilibrio hidrometabólico. La edad del paciente también pertenece a la frecuencia de edad en la que ocurren estos episodios, entre los 6 meses y los 5 años de edad, con una incidencia máxima a los 18 meses. Otro factor a tener en cuenta es a temperatura asociada mayor de 38.4°C. Finalmente se obtiene en la anamnesis un episodio de convulsión febril en el hermano mayor. En cuanto al tratamiento para la faringoamigdalitis, la sociedad española de pediatría (10) mantiene como primera línea a las penicilinas, amoxicilina con una dosis de 40-50 mg / kg / día cada 12 o 24 h; máximo 500 mg / 12 h o 1g / 24 h durante 10 días. Lo cual se indicó al paciente con la dosis correspondiente al peso que este poseía.

En cuanto al caso del exantema, según la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, el tratado de Pediatría 9na edición (11) y la experiencia de los médicos residentes se pudo diferenciar a la enfermedad Mano, pie, boca causada por el virus Coxackie, cuyo periodo de incubación coincidía con la fase catarral de una semana previa a la aparición de las vesículas umbilicadas en la boca y que concomitante pueden presentarse en manos y pies. El tratamiento es sintomático y se deben tratar en caso hubiera complicaciones como la más frecuente, impétigo.

En la rotación de cirugía como se realizó durante la pandemia, solo se atendían casos de emergencia y los más frecuentes fueron apendicetomías y colecistectomías.

En el primer caso se diagnosticó apendicitis usando la escala de Alvarado graficada en el libro Williams (12), el paciente obtuvo 8 puntos de 10 por: Dolor que migra al cuadrante inferior derecho, anorexia, náuseas y vómitos, dolor en cuadrante inferior derecho, leucocitosis > 10 000. A partir de 7 puntos la

conducta es quirúrgica y es lo que se indicó en este paciente. El antibiótico antes de la conducta quirúrgica está avalado en múltiples revistas y se recomienda para prevenir una infección de herida quirúrgica y de formación de abscesos intraabdominales (13).

En el segundo caso se tiene a una paciente múltipara, que es un factor de riesgo para litiasis vesicular. La litiasis vesicular como tal no requiere conducta salvo excepciones. Sin embargo, la paciente presentaba colecistitis aguda según la clínica. Se tuvo sospecha diagnóstica con un signo local de inflamación como es el signo de Murphy positivo y con un signo sistémico como fue la leucocitosis (14). Según los criterios de Tokyo – 2018, se necesitaría una imagen para tener un diagnóstico definitivo, que fue la obtenida con la ecografía que demostró una vesícula con una pared engrosada mayor de 4 mm. Motivo por el que se procedió a realizar una colecistectomía (15).

Como siguiente rotación se tuvo a Ginecología y obstetricia donde se recibían solo emergencia en tiempo de pandemia pero también consultas del personal administrativo y de salud del hospital, que conllevó a una de las patologías más frecuentes en mujeres en edad fértil y sexualmente activas (16). El primer caso de la paciente con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria que se realiza según los criterios de Hager que indica el dolor abdominal bajo, el dolor cervical y dolor anexial, los cuales presentaba la paciente a excepción del dolor anexial. Según la Norma técnica peruana la paciente tendría un dolor abdominal bajo asociado a fiebre o dolor cervical o descenso, criterios que se cumplían en este caso. Además, la paciente presentaba factores de riesgo descritos en los antecedentes. Por esos motivos la paciente fue tratada con un manejo ambulatorio ya que se encontraba en estadio I-II. El tratamiento aconsejado figura en la Norma técnica y en Up to date (17).

La siguiente presentación del caso fue de un cáncer de cérvix estadio I B2, el cual según la Figo 2018 el tratamiento de elección sería una histerectomía radical tipo C1 con un control en 06 meses, que fue lo realizado por el médico especialista en oncología.

Finalmente, la rotación de medicina interna donde se apreció una amplia variedad de casos con patologías crónicas y graves que afectaban a todos los grupos etarios. El primer caso es de un paciente con historia de disminución progresiva de la fuerza muscular en miembros inferiores, paraparesia y se le hace el diagnóstico de paraparesia espástica tropical, asociado a vejiga neurogénica debido a la infección por HTLV-1. A través de los exámenes complementarios se pudo confirmar el diagnóstico. Se tuvo en consideración la edad del paciente de 89 años por lo que las decisiones quirúrgicas no se tomaron, se decidió uso de corticoide por vía oral (18) y para la vejiga neurogénica sonda vesical de forma intermitente por el riesgo de que el paciente desarrolle nuevamente hidronefrosis. Se aplicaron guías y artículos sobre el tratamiento en esta enfermedad.

El segundo caso fue de una paciente con diagnóstico de Fibrilación auricular de respuesta ventricular alta (19). Se administró el tratamiento correcto, anti coagular debido a que es el principal factor cardioembólico, controlar la frecuencia cardíaca y la cardioversión que se dio con flecainida. Para eso fue necesario hacer uso de los scores que definían la necesidad de anticoagular y además de aproximar el riesgo de hemorragia correspondiente.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.**

El inicio del internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue fue una nueva e inimaginable experiencia desde del ámbito profesional y social. Debido a las 10 horas diarias en el hospital y a las guardias de 36 horas sin postguardia, se tomaron múltiples decisiones para hacer el proceso más llevadero, desde mudarse hasta suprimir algunos cursos que podían complicar el proceso del internado y de estudiar para el examen nacional de medicina. Al realizarse el internado en un hospital nacional los beneficios están garantizados desde un inicio, sin embargo, fueron superados en la forma vivencial. Se observaron muchas patologías que solo habían sido aprendidas mediante libros, se tuvo la oportunidad de desarrollar un comunicación medico paciente, aprender el manejo en una emergencia y de los casos más frecuentes en el Servicio Rural Urbano y Marginal (SERUMS).

Al llegar la pandemia, se presentaron distintas opciones, abandonar el internado o continuarlo con un horario más permisivo en un hospital o posta. La incertidumbre del desarrollo de la pandemia no solo invadía a los internos, sino también a las familias, quienes debían aceptar que este se vea involucrado en un ambiente hospitalario con los riesgos que conllevaba.

Se tomaron medidas para proteger a la familia, como el aislamiento en una habitación sin contacto con el resto, entre otros, y se continuó con el internado en el Hospital Hipólito Unanue.

Cuando se abrieron las sedes, el cambio fue drástico. Se observó al hospital dividido en 2 zonas, COVID y no COVID. Nuevas áreas de entrada y procedimientos al ingreso. Las especialidades solo atendían emergencias y los consultorios externos estaban inoperativos.

Se reinició con cirugía y fue donde se vieron los mayores problemas debido a que esta es una especialidad que está directamente relacionada con la sala de operaciones, sala que es dividida por distintas especialidades y en la actualidad también dividida con el área COVID. Estos impases fueron los motivos por los que las cirugías se destinaban solamente para emergencias y no programaciones. Las salas de operaciones estaban colapsando. Se tenía que aconsejar a algunos pacientes en condición de operación a acudir a una clínica si estaba en sus posibilidades. En algún momento de la rotación se suspendieron las cirugías debido a la escasez de oxígeno, además de preferir realizar cirugías abiertas y no laparoscópicas por el riesgo que este implica con la COVID-19

Las actividades docentes fueron suspendidas para evitar aglomeraciones, pero esto no evito que muchos residentes de esta especialidad nos proporcionaran conocimientos y formas de abordaje en la emergencia. Se permitió el ingreso a algunas cirugías, aunque no se tuvo la oportunidad de realizar alguna colecistectomía o apendicetomía como los internos de los años anteriores.

En el área de ginecología y obstetricia al igual que cirugía la atención era solo con prueba rápida negativa. Se pudo observar lo bien capacitado que esta el servicio en general, desde medico asistentes, obstetras y enfermeras. Se aplicó muchas veces la clave azul, se derivó a muchas gestantes que acudían a emergencia en fase expulsivo a sala de partos. En el área de hospitalización se monitorizaba constantemente a las gestantes, se aprendió el uso de los test no estresantes, test estresantes, perfil biofísico, así como algunas clases del uso del ecógrafo por el medico asistente de turno. Se programaron

exposiciones guiadas por el médico residente, que a su vez complementaba con nuevas actualizaciones de algunas guías o tratamientos.

En el área de sala de partos a pesar de haberse asignado guardias nocturnas, la afluencia de gestantes en fase activa fue escasa, no se pudo atender más de un parto por guardia y solo contábamos con tres al mes. Por otro lado, se pudo ingresar a sala de operaciones como instrumentista en cesáreas pero además de ello, para cerrar la piel por planos, clampaje, recibimiento del recién nacido. Además de ingresar a algunas cirugías de ginecología como histerectomía radical donde se apreció la destreza de los especialistas en oncología principalmente.

La parte ginecológica estuvo más restringida ya que muchas no calificaban como emergencia por lo que no pudieron ser atendidas, sino esperar hasta que se abra consultorio externo.

La rotación de medicina interna resalta por la gran capacidad resolutive de los médicos internistas, manejan la polifarmacia, problemas metabólicos y de distintos sistemas que usualmente en otra área requerirían interconsultas, pero aquí no. Las interconsultas más frecuentes eran a cirugías si se consideraba una emergencia que necesite sala de operaciones. En esta rotación no se pudo asistir a guardias de emergencia, debido a que los pacientes no ingresaban necesariamente con pruebas negativas para una atención. Se aprendió el manejo inicial en un trastorno hidroelectrolítico, en emergencias, se tuvo la oportunidad de realizar una intubación, se realizó reanimación cardio pulmonar, se aplicó los conocimientos de dosis de insulina, corrección de electrolitos. Se pudo rotar en el área intermedios donde se observó y trató a pacientes con pronóstico reservado, algunos con ventilador mecánico.

Al inicio del segundo mes de rotación en este servicio, se trató a pacientes con secuelas por la COVID-19 como neuropatías periféricas, afectaciones pulmonares en distintos grados, por lo que el manejo fue distinto. Además, se recibió pacientes que estaban de alta del servicio COVID-19 pero que necesitaban atención para manejo de otras patologías por medicina interna,

el traslado fue directo entre ambos ambientes, lo que conllevó al contagio en un pabellón y a un interno.

En general, la rotación por medicina general, a pesar de los inconvenientes y riesgos fue la más productiva, gracias a los muy capacitados residentes, a la complejidad de los casos que permitía que se apliquen todos los conocimientos obtenidos durante los 7 años de la carrera para pensar en alguna patología que encaje con el cuadro del paciente. Adicionalmente sobresalió la importancia de la anamnesis en el desarrollo de la enfermedad actual y de los antecedentes, ya que muchas veces eso hace la diferencia en el tratamiento del paciente y ver la posibilidad de patologías hereditarias e incluso autoinmunes.

## **CONCLUSIONES**

Se inició el internado con muchas expectativas por ser hospital nacional, docente y de referencia

Los primeros meses antes de la pandemia fueron realizados de forma completa tanto en la práctica como en la clínica. El hospital tiene una gran afluencia de pacientes y se adiciona a ello las referencias desde otros hospitales de menor complejidad, por estos motivos se tenían servicios saturados tanto en emergencia como en hospitalización, se vio además la necesidad de mejoras en el servicio del personal de salud para poder brindar una atención correcta y personalizada a los pacientes con un diagnóstico claro y tratamiento eficaz.

Lo más resaltante en todas las rotaciones son los servicios de emergencias, se considera esencial rotar en esta área pues es donde se manejan las patologías más frecuentes que se verán a lo largo de la carrera, por lo que debe ser de conocimiento básico para no dudar a la hora de enfrentarse con uno de estos casos. Es también, en este servicio donde se aprende a diferenciar una urgencia de emergencia, clasificar que paciente puede esperar y cuál debe ser atendido inmediatamente. Además, se aplican los distintos scores para ver que paciente requiere una actitud quirúrgica, trauma shock, u hospitalización para tratamiento endovenoso o ampliar estudios.

La pandemia afectó principalmente el lado docente, puesto que las exposiciones y clases realizadas tanto por internos como médicos fueron cesadas. Sin embargo, permitió centrarse en una menor cantidad de casos y con mayor enfoque, poniendo en práctica los conocimientos y la calidad humana. También se aprendió de la patología de la COVID-19 a pesar de no rotar en esta área, pero por recibir pacientes con secuela de esta enfermedad se ahondó en este tema, el manejo, las complicaciones y consecuencias.

La medicina humana es un área en constante cambio y como tal, el personal de salud debe estar listo para adaptarse ante estas situaciones. Se pueden observar deficiencias y desventajas pero lo importante es saber aprovechar el recurso material y humano que se tiene para organizarlo mejor y hacerlo eficiente frente a esta pandemia, que es lo que se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## **RECOMENDACIONES**

Se sugiere brindar un curso de bioseguridad previo al internado médico y actualizarlo mensualmente para reforzar conocimientos.

Garantizar EPPs diarios que incluya mascarillas para el interno, esta acción debe ser compartida con la sede hospitalaria y la universidad a la que pertenece el interno.

Se recomienda la vacunación de los miembros antes iniciar del internado, ya que se ha evidenciado el contagio en el ambiente hospitalario y las complicaciones que trae.

Se sugiere que el hospital acepte rotar a los internos en las guardias de medicina humana en emergencia no COVID, siempre y cuando se cumplan las normas de bioseguridad.

Se aconseja principalmente en el área de medicina interna la creación de un ambiente especial para pacientes con secuela COVID-19 y otro ambiente separado para pacientes que son traídos directamente del área COVID a pesar de contar con prueba molecular negativa, puesto que se ha evidenciado el contagio a través de las superficies.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Directiva de internado médico [internet]. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/normativas/directiva\\_unidad\\_internado\\_medico.pdf](https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/normativas/directiva_unidad_internado_medico.pdf)
2. Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la covid-19. El peruano. [internet]. 2020 [citado 15 octubre 2020]. 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. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia n° 090-2020. Minsa. [internet]. 2020 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/documento\\_tecnico.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/documento_tecnico.pdf)

4. Oficio circular n° 178-2020-dg-digep/minsa. Minsa. [internet]. 2020 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <http://ctspreregion2.com/detallecomunicado/65#:~:text=oficio%20circular%20n%c2%b0%20178,procesos%20previos%20y%20plazo>
5. Coronavirus disease (covid-19). Who. [internet]. 2020 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
6. Cronología del coronavirus en el Perú. Andina. [Internet]. 2020 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/interactivo-cronologia-del-coronavirus-el-peru-488.aspx>
7. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. El Peruano. [Internet]. 2021 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM\\_1864948-2.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/566448/DS044-PCM_1864948-2.pdf)
8. American Academy of Pediatrics Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile seizures: clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics* 2008;121(6):1281-1286
9. Summary of recommendations for the management of infantile seizures: Task Force Report for the ILAE Commission of Pediatrics.

Wilmshurst JM, Gaillard WD, Vinayan KP, Tsuchida TN, Plouin P, Van Bogaert P, Carrizosa J, Elia M, Craiu D, Jovic NJ, Nordli D, Hirtz D, Wong V, Glauser T, Mizrahi EM, Cross JH. *Epilepsia* 2015;56(8):1185-97.

10. Cazallas J, Collazos J. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las faringoamigdalitis agudas. *2002;8:3543-4.*
11. Casanova Bellido M, Cruz Hernández M. Diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas. En: Cruz M, ed. *Tratado de Pediatría*. 9ª edición. Madrid: Ergon. 2006:435-40.
12. Williams GR. Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg* 1983;197:495.
13. Stewart B, Khanduri P, McCord C, Ohene-Yeboah M, Uranes S, Vega-Rivera F et al. Global disease burden of conditions requiring emergency surgery. *Br J Surg*. 2014;101(1):9-22.
14. Mayumi T, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Schlossberg D, et al Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J HepatobiliaryPancreatSci*. 2018 Jan; 25(1):96-100.
15. Ozkardes A.B., Tokac M., Dumlu E.G., Bozkurt B., Ciftci A.B., Yetisir F., et al. Early versus delayed laparoscopic Cholecystectomy for acute cholecystitis: A prospective, randomized study. *Int Surg*. 2014;99:56-61.

16. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 2010; 116:419.
  
17. Bajo JM. Vaginosis bacteriana y enfermedad inflamatoria pélvica. *Tokogin Pract.* 1995;54(1):35-9.
  
18. T. Nakamura. HTLV-I-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis (HAM/TSP): the role of HTLV-I-infected Th1 cells in the pathogenesis, and therapeutic strategy. *Folia Neuropathol.* 2009:182-194.
  
19. Cárdenas M: La clínica de las arritmias. *Prensa Med Méx.* México 1987:17-28.