



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**SITUACIÓN DEL INTERNADO MÉDICO 2020-2021 EN EL MARCO DE
LA PANDEMIA COVID-19 EN DOS HOSPITALES NIVEL III-2 Y UN
HOSPITAL NIVEL III-1, LIMA, PERÚ**

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

**PRESENTADA POR
JOSELYN SOFIA MEJIA MIMBELA
KATHERINE KARIN MENDOZA SAIRITUPAC**

**ASESOR
MG. JOSE RODOLFO GARAY URIBE**

**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

**SITUACIÓN DEL INTERNADO MÉDICO 2020-2021 EN EL
MARCO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN DOS HOSPITALES
NIVEL III-2 Y UN HOSPITAL NIVEL III-1, LIMA, PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JOSELYN SOFIA MEJIA MIMBELA

KATHERINE KARIN MENDOZA SAIRITUPAC

ASESOR

MG. JOSE RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: Mg. Hugo Rojas Olivera

Miembro: M.E. Guigliana Ayllón Bulnes

DEDICATORIA

Este trabajo de suficiencia, siendo el último trabajo realizado durante estos 7 años maravillosos de carrera, es dedicado a nuestra familia y amigos que siempre estuvieron apoyándonos en todo momento, dándonos ánimos, bienestar emocional y salud mental.

Además, se la dedicamos a todos nuestros docentes y residentes que realmente tienen esa vocación de enseñarnos, sin molestarse por aclarar nuestras dudas, y motivándonos más en el camino profesional de culminar con satisfacción la carrera de medicina humana, aspirando a ser como ellos, siendo nuestro ejemplo a seguir.

Joselyn y Katherine

AGRADECIMIENTOS

Agradecer primero a nosotras mismas por conservar una bonita amistad desde el primer año de la carrera, pudiendo culminar nuestro internado en el mismo hospital, y seguir con la misma perseverancia desde el inicio a pesar del contexto global en que nos encontramos actualmente; además, como reforzando más nuestra relación amical, hacer este último trabajo de estudiantes universitarias juntas, como el principio.

Agradecimientos especiales también a nuestros compañeros internos, que nos apoyábamos mutuamente para no desistir por la intensidad que demanda el internado y por ofrecernos una mano amiga que hizo más llevadero el trabajo, siendo así que las horas pasaban más rápido al estar con ellos.

Agradecer también a la directora general del Hospital María Auxiliadora, la doctora Susana Oshiro, y a la jefa de la oficina de apoyo a la docencia e investigación, la doctora Luz Parra, por permitirnos continuar realizando nuestro internado médico en esta gran sede hospitalaria que es el Hospital María Auxiliadora.

Y, por último, pero no menos importante, a nuestros padres trabajadores de la salud, que nos enseñaron a cómo sobrellevar el trabajo en una pandemia, a conservar la calma, siempre dándonos consejos de superación y sobre cómo lidiar en esta época tan bonita que es el internado, por ellos: Josefina Mimbela Otiniano, Homero Mejía Chávez, Jorge Luis Mendoza Ancana y Dula Sairitupac Hilario.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN)	ix
Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)	xii
Hospital María Auxiliadora (HAMA)	xiv
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	3
1.2 Rotación de Cirugía General	10
1.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	18
1.4 Rotación de Gineco-Obstetricia	25
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	32
2.1 Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN)	32
2.2 Hospital María Auxiliadora (HAMA)	33
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	39
3.1 Rotación de Medicina Interna	39
3.2 Rotación de Cirugía General	42
3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología	46

3.4 Rotación de Gineco-Obstetricia	25
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	55
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
FUENTES DE INFORMACIÓN	65
ANEXOS	72
1. Esquema diagnóstico de preclampsia	73
2. Esquema diagnóstico de ruptura prematura de membrana (RPM)	74
3. Esquema diagnóstico de síndrome purpúrico en niños	75
4. Tratamiento de tuberculosis en niños	76
5. Abordaje del manejo de vólvulo sigmoides en adultos	77
6. Manejo de colecistitis aguda calculosa en adultos	78

RESUMEN

El internado médico comprende el último año de la carrera de medicina humana, siendo el pilar fundamental en la formación de todo médico en distintos países, cuyo objetivo es capacitar a los futuros médicos generales en la realización práctica de procedimientos médicos básicos mediante la consolidación de conocimientos teóricos y práctico. Con la llegada de la pandemia por el COVID-19, el internado se ha visto afectado, restando horas prácticas necesarias, y, en algunos casos, retirando a internos de sus sedes hospitalarias, habiendo menos oportunidad de realizar procedimientos y/o participar en el manejo de distintas patologías de pacientes, sumado a la posibilidad de contagio; sin embargo, la realización de prácticas hospitalarias en este contexto global sí es factible, con las medidas de protección obligatorias necesarias (equipos de protección personal, lavado de manos), dando como resultado mucho aprendizaje vital, a pesar de las circunstancias y obstáculos en el camino; dando por concluido que la eliminación del internado en cualquier aspecto no es una opción viable, ya que ocasionaría desmedro de la formación médica al no poder integrar la información teórico-práctica antes de llegar a ser un profesional de la salud que va a tratar con pacientes reales, siendo cada uno de ellos un caso único por distintos factores que arraiga cada persona, los cuales lo hacen distinto a los casos clínicos presentados en un libro. En este informe se describe el recopilado de experiencias personales y académicas de 2 internas de medicina humana de la Universidad San Martín de Porres.

Palabras clave: Internado médico, Hospitales Generales, Pandemia por el Nuevo Coronavirus 2019, Equipo de Protección Personal (Descriptor DeCS)

ABSTRACT

The medical internship comprises the last year of the human medicine career, being the fundamental pillar in the training of all doctors in different countries, whose objective is to train future general practitioners in the practical performance of basic medical procedures through the consolidation of knowledge theoretical and practical. With the arrival of the COVID-19 pandemic, the internship has been affected, subtracting the necessary practical hours, and, in some cases, withdrawing interns from their hospital sites, having less opportunity to perform procedures and/or participate in the management of different pathologies of patients, added to the possibility of contagion; however, the realization of hospital practices in this global context is feasible, with the necessary mandatory protection measures (personal protective equipment, hand washing), resulting in a lot of vital learning, despite the circumstances and obstacles in the process, concluding that the elimination of the internship in any aspect is not a viable option, since it would cause detriment to medical training by not being able to integrate the theoretical-practical information before becoming a health professional who is going to treat with real patients, each of them being a unique case due to different factors rooted in each person, which make it different from the clinical cases presented in a book. This report describes the compilation of personal and academic experiences of 2 human medicine interns at the San Martín de Porres University.

Keywords: Medical internship, General Hospitals, New Coronavirus 2019 Pandemic, Personal Protective Equipment (DeCS Descriptor)

INTRODUCCIÓN

El internado 2020-2021 es un tanto distinto ya que se realizó en el contexto de una pandemia:

- Del 01 de enero al 15 de marzo las 2 autoras de este informe se encontraban en 2 sedes distintas: el Instituto Nacional de Salud del Niño y el Hospital María Auxiliadora.
- Del 16 de marzo hasta el 30 de septiembre fue el tiempo en el que los internos de medicina no estuvieron realizando prácticas hospitalarias por motivo del estado de emergencia a nivel nacional y aislamiento social obligatorio, decretado por el presidente de la República el 15 de marzo a horas de la noche (1).
- A partir del 01 de octubre hasta el próximo 30 de abril fue la reanudación de actividades hospitalarias, en donde ambas autoras nos encontrábamos en la misma sede hospitalaria: Hospital María Auxiliadora.

Es importante acotar que algunas universidades reanudaron sus prácticas hospitalarias desde el 1ero de septiembre y culminaron sus actividades antes del mes de abril; sin embargo, la Universidad San Martín de Porres optó por recién reintegrarnos desde el mes de octubre con una culminación de las actividades hasta fin de mes de abril.

Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN)

Es un establecimiento de salud pública perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA), de alto nivel de complejidad (categoría III-2), siendo un centro de referencia nacional, que atiende al grupo etario de niños y adolescentes, cuya

construcción comenzó en el año 1924 (sede Breña) y cuya inauguración fue el 1ero de noviembre del año 1929, conocido en esas épocas como “Hospital Julia Swayne de Leguía”, el cual era el nombre de la esposa del presidente de la República de aquel entonces, Augusto B. Leguía. Posteriormente se denominó “Hospital del Niño” y ahora se le conoce con el nombre de “Instituto Nacional de Salud del Niño” desde el 24 de mayo de 1983, ya que desde esta fecha tiene la categoría de Instituto mediante resolución ministerial N° 0120-83-SA, enfocándose no solo en la atención asistencial, sino también en la investigación científica y tecnológica (2).

Actualmente cuenta con 2 sedes:

- Breña: ubicado en la Av. Brasil N.º 600. La cual se centra más en atenciones de nivel tipo médico; sin embargo, también cuenta con especialidades médico-quirúrgicas. Cuenta con los departamentos de: medicina, cirugía, biotecnología, odontología, salud mental, emergencia y hemodiálisis. Actualmente esta es la única sede del Instituto Nacional de Salud del Niño que acepta el ingreso de internos de ciencias de la salud dentro de sus instalaciones.
- San Borja: ubicado en la Av. Javier Prado Este 3101. Sede inaugurada desde el año 2013, la cual presenta un manejo médico-quirúrgico más especializado, son los servicios en: Cirugía neonatal compleja, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Atención Integral al Paciente Quemado, Trasplante de Médula Ósea, Pediatría y Especialidades Pediátricas, Especialidades Quirúrgicas y Trasplante de Órganos Sólidos (3).

El enfoque dado para los internos de medicina en el Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña siempre ha sido muy académico, con exámenes escritos y orales antes de cada guardia nocturna y después de cada guardia diurna; además, siempre que había tiempo libre ya sea en los turnos de emergencia en las guardias o en los turnos de hospitalización, era tiempo de aprendizaje.

Los internos de medicina aceptados en el año 2020 provenían de distintas universidades, tales como: Universidad Particular San Martín de Porres (USMP), Universidad Nacional Federico Villareal (UNFV), Universidad Particular San Juan Bautista (UPSJB), Universidad Nacional Mayor de San

Marcos (UNMSM) y Universidad Particular Cayetano Heredia (UPCH); sin embargo, no todos tenían como sede principal al INSN – Breña, otros eran internos rotantes de otras sedes hospitalarias, tales como: Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Hospital Nacional 2 de Mayo (HN2M), Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

La atención pediátrica está desglosada en 2 grupos: atención de neonatos, denominado como Neonatología, y atención de lactantes y niños mayores, denominado como Pediatría propiamente dicha, por lo que para las rotaciones de las prácticas hospitalarias del internado médico se subdividía en 3 meses: 2 meses en el INSN para realizar la rotación de Pediatría propiamente dicha y 1 mes en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) para la realización de la rotación de Neonatología. En el año 2020 se aceptaron en el Instituto Nacional del Niño – Breña un total de 38 internos de todas las universidades de distintas sedes para el comienzo de rotación en enero 2020 en la misma institución; sin embargo, había 10 internos (no contabilizados dentro de los 38), que estaban realizando el servicio de Neonatología en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Para el mes de febrero 2020, la cantidad de internos que realizarían sus prácticas en la institución era de 32, con otro grupo de 16 realizando sus actividades en el INMP. Para el mes de marzo 2020, eran 34 internos en el INSN – Breña y 14 en el INMP. Hablando netamente de la Universidad San Martín de Porres (USMP), eran 7 internos de medicina que tenían como sede principal al INSN – Breña (de los cuales solo 2 eran vacantes pagadas, el resto era ad honorem), y otros 5 internos rotantes cuya sede principal era el INEN.

El interno de medicina del INSN - Breña estaba bajo supervisión de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada (OEAIDE), en el cual, días antes del ingreso oficial de los nuevos internos 2020, se les brindó información bajo reuniones con todos los internos de las distintas universidades antes mencionadas y charlas informativas; además, según promedio ponderado se pudo escoger a cuales de los 2 departamentos que ofrecía la institución se preferiría rotar: Departamento de Medicina Pediátrica (dividido en 4 servicios: A, B, C y D, que a su vez se subdividen en 4 salas, donde se rotaba 1 mes entero en 1 de los pabellones) y el Departamento de Especialidades Pediátricas (dividido en: Cirugía Pediátrica, Neumología,

Nefrología, Neurología, donde se rotaba en 2 especialidades en 1 mes, dividido en 15 días por especialidad).

El horario de los internos de medicina que se debía cumplir durante la rotación inicial, antes de la instauración de la cuarentena por la pandemia era: de lunes a domingo de 7 a.m. a 6 p.m. en el servicio de hospitalización de Medicina Pediátrica y de 7 a.m. a 2 p.m. en el servicio de hospitalización de Especialidades Pediátricas, con turnos de guardias diurnas y nocturnas intercaladas cada 5 días que se realizaban en el servicio de emergencia: los turnos de guardia diurna eran de 7 a.m. a 1 p.m. en el servicio de hospitalización y de 1:30 p.m. a 8:00 p.m. en el servicio de emergencia, a excepción de domingos y feriados, que el turno comenzaba desde las 7:30 a.m. hasta las 8:00 p.m. en el servicio de emergencia; los turnos de guardia nocturna eran de 7:30 p.m. a 8:00 a.m. en el servicio de emergencia, y posterior a la guardia, se subía al servicio de hospitalización hasta las 2:00 p.m.

Durante la pandemia, el instituto siguió recibiendo internos de medicina a partir del mes de octubre, pero en menor cantidad (solo 10 internos por mes), en donde se le entregaban EPP's completos y se respetaba el horario consignado en el decreto de urgencia por la emergencia sanitaria, conservando aún la enseñanza académica que lo caracteriza.

Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)

El INMP es un establecimiento de salud pública perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA), categorizado como establecimiento de nivel III-2 desde el año 2006, siendo el establecimiento de mayor complejidad médico-quirúrgica en la atención materno perinatal en todo el Perú. Fue fundado por un médico de nombre Hipólito Unanue el 10 de octubre de 1926, ubicado en Jirón Miro Quesada 941, Cercado de Lima 15001, Lima, Perú (4).

La cartera de servicios que ofrece el INMP está el servicio de Ginecología y Obstetricia, que a su vez se divide en Obstetricia General, Ginecología General, Ginecología Especializada (Climaterio, Oncología, Medicina Reproductiva, Infertilidad), Planificación Familiar, Medicina Fetal y Ecografía; también encontramos al servicio de Especialidades Médicas, tales como:

Medicina Interna, Endocrinología, Oftalmología, Anestesiología, Genética, Radiología y Psiquiatría y servicios complementarios: Odontología Dental, Medicina Preventiva, Psicología, Nutrición, Estimulación Prenatal, Psicoprofilaxis Obstétrica, entre otros. En adición, también cuenta con el servicio de Seguimiento del niño de alto riesgo, con las especialidades de: Pediatría y seguimiento de Alto Riesgo, Neonatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neuropediatría, Cirugía Pediátrica, Rehabilitación y servicios complementarios como: vacunas, genética, tamizaje neonatal, entre otros (5).

En el INMP se aceptaban internos para el departamento de Ginecología y Obstetricia y el departamento de Neonatología. 1 de las autoras de este trabajo realizó la rotación de Neonatología en esta institución durante el mes de marzo (desde el 01 de marzo hasta el 15 de marzo). Los internos de medicina del departamento de Neonatología del INMP del año 2020 eran de sedes rotantes de distintas universidades, donde hacían sus prácticas hospitalarias en 3 servicios: Unidad de Cuidados Intermedios (IA, IB, II, III, IV), Alojamiento conjunto (A, B, C, D, E) y Centro Obstétrico (cuando se estaba de guardia nocturna).

Se cumplía con un horario establecido de 7 a.m. a 2 p.m., no pudiendo ser más tarde ya que no se brindaba a los internos el servicio de nutrición, a menos que algún interno tuviera guardia. El horario de la guardia diurna era de 7 a.m. a 2 p.m. en el servicio programado por cada interno y luego hasta las 7 p.m. completando los pendientes de todos los servicios en general (de UCIN y de Alojamiento Conjunto). El horario de la guardia nocturna era de 7 p.m. a 7 a.m. en el servicio de Centro Obstétrico, y posterior se subía al servicio que a cada interno le correspondía hasta las 2 p.m.

La función del interno de medicina en el departamento de Neonatología del INMP era de tomar funciones vitales a los neonatos (un aproximado de 20 neonatos por sala), la realización del examen físico, escritura de las evoluciones, pegar exámenes de laboratorio y presentar los pacientes a los asistentes; además, colaboración en la atención inmediata del recién nacido en el servicio de Centro Obstétrico y realización del llenado de las hojas clínicas. Sobre la parte académica, en el INMP se realizaban reuniones semanales de

exposiciones por parte de los residentes de temas de importancia de la Neonatología.

Hospital María Auxiliadora (HAMA)

El Hospital María Auxiliadora es un hospital del MINSA (Ministerio de Salud), catalogado como establecimiento de nivel III-1 de acuerdo a la RD N° 425-06DISA-II-LS/DL del 01 de setiembre del 2006, considerado como uno de los hospitales principales del Cono Sur de Lima Metropolitana; se encuentra ubicado en la Avenida Miguel Iglesias 968, San Juan de Miraflores 15801, Lima, Perú. Fue creado el 03 de diciembre de 1973 mediante RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 282-73-SA/DS (6).

Es una institución que brinda servicios a una población referencial de 2, 415, 264 habitantes, el cual representa 25,5% del total de la población de Lima Metropolitana, según el año 2019; atendiendo en su mayoría a habitantes del cono sur, el cual engloba 13 distritos, pero principalmente a habitantes de los distritos de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador y Chorrillos, el cual abarca el mayor número de habitantes (87,4%). Además, los servicios que brindan son de atención integral básica y especializada a la población de los diferentes distritos urbanos, marginales y rurales (7).

Este hospital cuenta con los servicios de los departamentos de consulta externa y hospitalización, medicina, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, odontoestomatología, emergencia y cuidados críticos, anestesiología y centro quirúrgico, diagnóstico por imágenes, nutrición, dietética, servicio social, psicología, farmacia y oncología (8).

El Hospital María Auxiliadora recibió a 90 internos de medicina humana de diferentes universidades del Perú para el periodo 2020, para ampliar sus conocimientos en los cuatro departamentos de la institución: Pediatría, Medicina, Cirugía y Ginecología-Obstetricia. Los internos de medicina están bajo la guía de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) del hospital. Además, recibieron charlas de inducción de los diferentes servicios, previo al inicio de internado 2020; el cual consistía en la presentación de las autoridades a cargo, el objetivo de cada uno de los servicios y la función que deberíamos ejercer en cada uno de ellos; también se recibieron charlas de

bioseguridad, el cual debemos tener en cuenta para el desarrollo nuestras prácticas y sobre todo en el momento de procedimientos médicos, con el fin de evitar enfermedades que podamos estar expuesto cada uno de los internos en el transcurso del internado.

El internado médico pre pandemia, el interno de medicina tenía como función: Brindar atención de salud a los pacientes, realización de historias clínicas y evoluciones, presentación de los pacientes en las visitas médicas, realización de algunos procedimientos médicos con supervisión de un médico a cargo y asistencia a las reuniones de discusión de casos clínicos, así como también exposiciones de casos clínicos o temas relevantes del servicio. En relación a los horarios, mayormente no se cumplía un horario definido consecutivo; por lo tanto, las horas de entrada y salida variaban, según el servicio y sub servicio; asimismo también se contaba con guardias diurnas y nocturnas.

El internado médico durante la pandemia, se tomó más importancia y enfoque a nivel de los cumplimientos de los protocolos de bioseguridad para prevenir el contagio por el COVID-19; como el uso adecuado de EPP's, el lavado de mano correcto, el distanciamiento que se debe tener al momento de estar en contacto con los pacientes y personales de salud del hospital, y la desinfección de cada uno de los instrumentos médicos que se utilice al momento de examinar a los pacientes. También hubo dificultad respecto a las reuniones de discusión de casos clínicos y exposiciones presenciales, siendo ahora de forma virtual.

Asimismo, la fecha de culminación del internado médico se prolongó hasta fines del mes de abril 2021, retomando las prácticas pre profesionales a partir del 01 de octubre 2020, el cual presentó variación de algunos integrantes de los grupos de rotación, dicha variación era de acuerdo a la universidad. A través del Decreto de Urgencia N° 090-2020, establecieron que los internos rotarían en el hospital 15 días de asistencia continua con un máximo de 2 guardias diurnas, seguidos de 15 días de descanso, cumpliendo un horario de lunes a sábado de 7 a 1pm y las guardias diurnas de 7am a 7pm, siendo realizados todos ellos, en área no COVID-19 (9).

El 15 de marzo del 2020, el presidente de la República del Perú, decretó el estado de emergencia a nivel nacional y aislamiento obligatorio. A través de una resolución ministerial, al inicio de la situación refiere como hospital de

referencia al Hospital Ate vitarte para la atención de pacientes COVID-19. A su vez, menciona que los hospitales de tercer nivel de atención como el Hospital María Auxiliadora solo brindarán atención a través de la UPSS de Emergencia. Además, menciona que en caso de los pacientes que presenten cuadro clínico de IRAS en el triaje, deben realizarse la toma de muestras de acuerdo a los protocolos; según el resultado que salga, va a depender si se le traslada o no al hospital de referencia, o se le brinda atención en el hospital que acudió (1).

Actualmente el Hospital María Auxiliadora no es considerado un hospital de referencia para atención de pacientes COVID-19; sin embargo, se atiende pacientes COVID-19, por lo que el hospital se ha dividido en dos zonas (zona COVID-19 y zona no COVID-19) para dicha atención en los diferentes servicios que ofrece el hospital según los protocolos de bioseguridad correspondiente.

El internado médico del Perú, es una etapa muy importante para los futuros médicos, pues comprende el último año de estudios de la carrera de medicina, siendo obligatorio realizarlo, ya que nos permite obtener el grado académico de Bachiller en Medicina Humana, y posterior a ellos obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico comprende el último año de la carrera de medicina, tiene una duración de un año, siendo de gran importancia para todo estudiante de medicina, puesto que su objetivo es capacitar a los internos en la realización práctica de procedimientos médicos básicos, que van a realizar como médicos generales (10); por lo tanto es el año de prácticas pre profesionales, donde el estudiante de medicina puede adquirir conocimientos teóricos y sobre todo prácticos ante un paciente con su enfermedad. Dependiendo del hospital en el que se encuentren, los internos de medicina, siguen un algoritmo de observación de patrones clínicos, el cual les permite poder identificar los mecanismos de razonamiento clínico, llevándoles a tomar decisiones respecto al diagnóstico y medidas terapéuticas, pudiendo de esa manera enriquecer su experiencia clínica, he ahí su importancia de su realización para la carrera médica (11).

Durante la carrera de medicina humana, se adquiere conocimientos teóricos y prácticos, el cual se busca afianzar dichos conocimientos durante la etapa del internado médico. Por lo tanto, previo al inicio del internado, uno espera lograr desarrollar habilidades y destrezas, conocimientos y aptitudes quirúrgicas en los 4 servicios del hospital (medicina interna, cirugía general, ginecología-obstetricia y pediatría), sobre todo la relación no solo médica, sino humanística que debe tener el interno de medicina con los pacientes en esos 4 servicios; y eso se irá mejorando durante el transcurso de las prácticas del internado.

Respecto a las 4 rotaciones se esperó lograr consolidar aquellos conocimientos previos al internado y también adquirir nuevos conocimientos, tanto en la parte teórica y práctica; principalmente para llegar a un buen

diagnóstico y de esa forma obtener un manejo adecuado, sobre todo en enfermedades mayormente comunes que se presentan en la población.

En el caso del servicio de emergencia, donde el interno reforzaba sus destrezas y habilidades en sus conocimientos previos, para poder dar un diagnóstico y manejo rápido pero correcto a los pacientes, el cual venían con signos y síntomas que requerían atención inmediata; por lo tanto el interno de medicina tenía que hacer una anamnesis con preguntas claves, permitiendo así llegar de forma rápida y adecuada al diagnóstico; además de dar un tratamiento rápido y efectivo para el paciente; puesto que a la gran demanda que siempre se presentaba en el servicio de emergencia, los internos de medicina también tenían que saber actuar de forma rápida respecto a la prioridad de pacientes, ya que algunos pacientes requerían ser atendidos inmediatamente sin importar el orden de llegada. También, los internos de medicina mejoraban sus habilidades para la realización de procedimientos, por ejemplo, los casos de heridas abiertas que requerían ser suturados, los casos de colocación de sondas Foley, colocación de férulas o yeso, tacto rectal, realización de un EKG, entre otros. Todos estos momentos se llegaban a presencia de forma diaria en el internado, logrando al final que los internos de medicina estén mejor preparados para esos tipos de escenarios que podrían presentar más adelante cuando ya sean médicos.

Respecto al servicio de hospitalización de los 4 servicios, se pudo adquirir conocimientos nuevos y consolidar los conocimientos previos con mayor panorama y complejidad de las enfermedades, también se podía apreciar mejor la continuidad del proceso del paciente con su enfermedad durante el trascurso de su estancia hospitalaria, esto se llevaba a cabo a través de las evoluciones diarias que realizaba el interno de medicina al paciente, lo cual nos permitía conocer mejor día a día al paciente, pudiendo incluso descubrir o añadir algunos diagnósticos; siendo también debatidos durante la visita médica a cargo de médicos del servicio; pero también había algunos síntomas tardíos que terminan siendo claves para algunas enfermedades, lo cual era importante por eso la adecuada evaluación diaria al paciente, incluso exámenes que se tardaban en salir sus resultados, algunos confirmando o cambiando el diagnóstico del paciente; todo ello ayudaba al interno para tener un manejo mucho más certero y adecuado; permitiendo al interno de medicina

tener un mejor panorama de las enfermedades en pacientes que evaluaba diariamente.

Se ha presenciado muchos casos clínicos en los 4 servicios (medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología-obstetricia) en los diferentes hospitales mencionados, que han impactado a las autoras y dejado una gran enseñanza a lo largo del periodo del internado médico 2020-2021, los cuales se mencionan a continuación algunos de ellos:

1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO N°1

Paciente ATNR, varón de 78 años de edad, natural de Lima, procedente de Villa María del Triunfo. Llega al servicio de emergencia del HAMA el día 12 de noviembre del año 2020 con un Tiempo de Enfermedad de 12 días, caracterizado por deposiciones líquidas sin moco, sin sangre, disnea y cansancio. No refiere otra sintomatología. Llega con exámenes de laboratorio de particular donde se evidencia una Hemoglobina de 20.8 g/dL, Leucocitos en 21 100, con 0% de Abastados y una Creatinina de 3.47.

❖ Antecedentes:

- Hipertensión Arterial en tratamiento con Espironolactona, Bisoprolol, Enalapril y Atorvastatina.
- Infarto Agudo de Miocardio en el año 2017.
- Arritmia cardiaca (refiere Bradiarritmia), por lo cual es tratado con Aspirina.
- Hiperplasia Prostática Benigna hace más de 10 años, sin tratamiento.

❖ **Signos vitales:** PA: 130/60 FR: 20 FC: 82 SAT: 97%

❖ Examen físico:

- Piel y faneras: Piel rubicunda, tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, sin limitación.
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEPE, escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación, examen de orina, Análisis de Gases Arteriales.

❖ **Resultados:**

Amilasa: 188 Glucosa: 87 Urea: 131 Creatinina: 4.49

Leucocitos: 20 810 Abast: 0% Hb: 20.6 Plaquetas: 283 000

INR: 2.24 TP: 28.30 TPTp: 46.4

Examen de Orina: Leucocitos 15-20 x/c, hematíes 40-50 x/c, Cilindros granulosos

AGA (13/11/20): pH: 7.147 HCO₃: 9.4 pCO₂: 28.2 Na: 135 K: 6.2

❖ **Diagnósticos:**

- 1) Poliglobulia: D/C Sd Mieloproliferativo, D/C Policitemia vera
- 2) Trastorno de coagulación
- 3) Trastorno Ácido Base: Acidosis Metabólica Anion GAP Normal
- 4) Trastorno Hidroelectrolítico: Hiperkalemia leve
- 5) Azoemia: ERA vs ERC reagudizada
- 6) Hipertensión Arterial por Historia Clínica
- 7) Hipoacusia

❖ **Plan:** Se hospitaliza

- Se solicita ecografía abdominal completa y ecografía renal.
- Interconsulta a Hematología y a Nefrología.
- Seguimiento de Trastorno Hidroelectrolítico: Control de AGA

❖ **Evolución en piso:**

- Paciente ingresa a Piso de Medicina "C" el día 14/11/20.
- Ecografía abdominal completa evidencia Hepatomegalia leve.

- Ecografía renal evidencia pérdida del límite córtico-medular y disminución del tamaño renal.
- IC Hematología: Se deja orden para realización de Aspiración de Médula ósea (AMO) para el día siguiente y sugiere una Interconsulta a Banco de Sangre para realización de sangría terapéutica. También sugiere iniciar tratamiento con hidroxiurea + aspirina 1 vez al día.
- IC Nefrología: Es evaluado con resultados de ecografía renal, por lo que su impresión diagnóstica es una ERC reagudizada y sugiere control por consultorio externo.
- El día del AMO también se sacan muestras para llevarlas al INEN para que se haga un análisis y determinar la presencia de mutaciones del gen JAK2.
- No se pudo realizar la sangría terapéutica puesto que las venas del paciente eran muy delgadas para el procedimiento; sin embargo, después ya no fue necesario ya que su último control de Hb se encontraba en 18.3 g/dL.
- Los resultados del AMO son: Síndrome Mieloproliferativo a predominio de serie eritrocitoide.
- Paciente va de alta médica, con pendiente de los resultados de sangre que se llevaron al INEN, con controles por consultorio externo de Nefrología, Hematología y de Medicina Interna.

CASO CLÍNICO N°2

Paciente VMSP, varón de 73 años de edad, procedente de San Juan de Miraflores. Llega al servicio de Emergencia del HAMA el día 28 de octubre del año 2020 con un tiempo de enfermedad de 5 días; paciente refiere que desde el mes de enero presenta aumento de volumen en la rodilla derecha por antecedente de gonartrosis, motivo por el cual acudía regularmente a local particular donde le infiltran “ozono” en la articulación. 5 días antes del ingreso presentó mayor edema en rodilla derecha, dolor intenso a la movilización de dicha articulación y calor local. 1 día antes del ingreso presentó mayor dolor y sensación de alza térmica no cuantificada, por lo que ingresa a EMG de este nosocomio.

❖ **Antecedentes:**

- Gonartrosis bilateral: grado 4 en rodilla derecha y grado 3 en rodilla izquierda.

❖ **Signos vitales:** PA: 110/70 FR: 20 FC: 75 SAT: 97% T: 38°C

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada, elástica, caliente en rodilla derecha, con eritema y aumento de volumen, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia, no palidez.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, movilización disminuida en miembro inferior derecho, doloroso a la movilización activa y pasiva en miembro inferior derecho.
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

❖ **Exámenes auxiliares y procedimientos:**

- Se realiza artrocentesis → Bioquímica y microbiología de líquido articular.
- Se realiza Limpieza quirúrgica de rodilla derecha.

❖ **Resultados:**

Glucosa: 96 DHL: 588

Recuento celular: 22 000 PMN: 90%

Cultivo de líquido articular: Staphylococcus aureus.

❖ **Diagnósticos:**

- 1) Post Operado de limpieza quirúrgica por 2.
- 2) Artritis Séptica de rodilla derecha.
- 3) Gonartrosis bilateral: grado 4 en rodilla der., grado 2 en rodilla izq.

❖ **Plan:** Se hospitaliza

- Analgesia, Reposo
- Se inicia tratamiento con Oxacilina.

❖ **Evolución en piso:**

- Paciente mejora favorablemente con tratamiento antibiótico instaurado. Sale de alta con controles por consultorio externo de reumatología y traumatología.

CASO CLÍNICO N°3

Paciente JED, varón de 43 años, procedente de San Juan de Miraflores, ingresa a emergencia acompañado de su familiar, con un TE: 6 días, refiere dolor en pie izquierdo, caracterizado por aumento de volumen, cambio de coloración y alza térmica.

❖ **Antecedentes:**

- Personal: Diabetes mellitus tipo 2, hace 10 años, controlada (metformina 2 veces al día).
- Familiar: Madre (Diabetes mellitus tipo 2)

❖ **Signos vitales:** PA: 120/60 FR: 25 FC: 90 SAT: 98% T:37°C

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Aumento de volumen, cambio de coloración, dolor a la palpación y SAT a nivel del pie izquierdo
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Locomotor: Moviliza extremidades.
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

❖ **Diagnóstico:**

- 1) Diabetes mellitus 2 con complicaciones tardías.

2) Celulitis en pie: D/C absceso, D/C osteomielitis.

❖ **Exámenes auxiliares:** Hemograma, glucosa, urea, creatinina.

❖ **Resultados:**

Bilirrubina total: 0,45 creatinina: 0,78 albúmina: 3,6 leucocitos:
22000

Hemoglobina: 13,5 Plaquetas: 510 000 Glucosa: 170

❖ **Plan:** Se hospitaliza

- Se solicita ecografía de partes blandas de pie izquierdo.
- Interconsulta a unidad de pie diabético.
- Monitorización de glicemia
- Aumento de dosis de NPH en la mañana
- Se solicita Hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, hemograma, glucosa, urea, creatinina, PCR, perfil de coagulación
- Antibioticoterapia

❖ **Rp:**

- Dieta para paciente diabético 2000kcal
- NaCl 9 x 1000
- Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 horas
- Clindamicina 600 mg EV c/8 horas
- Insulina NPH → 15 SC (8am) - 06 SC (10pm)
- Insulina R escala corrección
- Hemogluco test c/8 horas
- Tramadol 50 mg + Dimenhidrinato 50 mg + NaCl 9 x1000 (EV condicional a dolor)
- Captopril 75 mg VO si PA > o igual de 160/100
- Cabecera 30°
- Enoxaparina 60 mg SC c/24 horas
- Fluconazol 150 mg VO 1vez por semana

CASO CLÍNICO N°4

Paciente AEL, varón de 60 años, procedente del distrito de Villa María del Triunfo, ingresa a emergencia acompañado de su familiar, con un TE: 1 día, presentó debut hipertensivo, el cual fue atendido en su puesto de salud

(captopril 3 dosis). El día de la emergencia presenta dificultad para movilizar brazo y pierna derecha con pérdida de fuerza.

❖ **Antecedentes:** HTA (debut ayer)

❖ **Signos vitales:** PA: 160/100 FR: 25 FC: 68 SAT: 97% T: 36,5°C

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar, palidez +/-
- Cardiovascular: RCR de BI, no soplos
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, hemiparesia fascio braquio crural derecha, reflejo nauseoso presente.

❖ **Diagnóstico:**

- 1) D/C Accidente cerebrovascular isquémico
- 2) Hipertensión arterial

❖ **Exámenes auxiliares:** Tomografía, hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático.

❖ **Resultados:** Paciente presenta resultados de laboratorio dentro los rangos normales.

❖ **Plan:** Se hospitaliza

❖ **Rp:**

- Dieta blanda hipograsa a tolerancia
- C/Na 0.9% 1000 ml
- Atorvastatina 80 mg VO STAT, luego atorvastatina 40 mg c/24 horas VO
- Ácido acetilsalicílico 300 mg VO STAT, luego ácido acetilsalicílico 100 mg c/24 horas VO
- Captopril 25 mg PRN a PA > 160/100
- Cabecera 30°
- CFV + BHE

1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

CASO CLÍNICO N°1

Paciente CAGC, varón de 62 años de edad, natural de Lima, procedente del distrito de Villa María del Triunfo. Ingresó por el servicio de Emergencia del HAMA el día 29 de marzo del 2021 con un Tiempo de Enfermedad de 2 días, caracterizado por distensión abdominal, náuseas, vómitos en 2 oportunidades de contenido alimentario, hiporexia y constipación. 1 día antes del ingreso se agrega dolor difuso abdominal tipo cólico de leve intensidad, motivo por el cual acude a clínica particular, recibiendo analgésicos, que disminuye parcialmente el dolor. Al no calmar cuadro clínico, acude a la EMG de dicho nosocomio.

❖ **Antecedentes:**

- Hipertensión Arterial en tratamiento con Enalapril 10 mg VO cada 24 h.

❖ **Signos vitales:** PA: 140/90 FR: 16 FC: 88 SAT: 97%

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no palidez, no ictericia.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: Distendido, RHA (+) aumentados en intensidad, blando, poco depresible, doloroso a la palpación profunda difuso a predominio de hemiabdomen inferior, rebote (-), resistencia muscular involuntaria (-).
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, sin limitación.
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, amilasa, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, perfil hepático, perfil de coagulación, examen de orina, AGA.
- Radiografía de abdomen.

❖ **Resultados:**

Amilasa: 78 Glucosa: 118 Urea: 20 Creatinina: 0.67
Leucocitos: 10 500 Abast: 1% Hb: 13.9 Plaquetas: 408 000
INR: 1.12 TP: 14.90 TPT: 35.2
Examen de Orina: Leucocitos 0-1 x/c, No hematíes, No Cilindros
AGA: pH: 7.395 HCO₃: 20.5 pCO₂: 34.3 Na: 128.9 K: 2.65
Rx abdomen: Niveles hidroaéreos con asas intestinales distendidas y heces distales. Se evidencia imagen con signo de "grano de café".

❖ **Diagnósticos:**

- 1) Obstrucción intestinal: D/C Vólvulo sigmoides
- 2) Hipokalemia moderada
- 3) Hipertensión Arterial por Historia Clínica

❖ **Plan:** Se hospitaliza

- Retos de Potasio y seguimiento con control de electrolitos séricos.
- Colocación de sonda Foley y sonda nasogástrica.
- Interconsulta a Gastroenterología para realización de devolvulación colonoscópica.
- Preparación para colonoscopia.
- Manejo expectante.

❖ **Evolución en piso:**

- Paciente ingresa a Piso de Cirugía General el día 29/03/21.
- Posterior a retos de Potasio, se toma nuevo control de AGA el 30/03/21, evidenciando un K de 3.10.
- El servicio de Gastroenterología programa colonoscopia para el día 30/03/21. Se realiza colonoscopia a horas 10 de la mañana, realizándose devolvulación endoscópica exitosa (confirmándose diagnóstico de vólvulo sigmoides), con los siguientes hallazgos: se evidencia mucosa levemente eritematosa; a aprox. 35 cm de margen anal se evidencia disminución de luz con torsión de mucosa sobre su eje, se progresa con el equipo con cierta dificultad logrando transposición, evidenciando marcada distensión de la luz colónica con mucosa levemente eritematosa y presencia de restos fecales

semilíquidos poco aspirable; se procede a dejar sonda rectal N°30, se fija a los 40 cm. Sin complicaciones inmediatas.

- Se toma Rx de abdomen de control donde se evidencia menor distensión de asas intestinales, con mejoría clínica significativa: disminución de dolor y distensión abdominal.
- Retiro de sondas Foley y nasogástrica el día 31/03/21, iniciando progresivamente la dieta.
- Retiro de sonda rectal el día 01/04/21. Paciente sigue refiriendo mejoría clínica y realización de deposiciones espontáneas.
- Nuevo control de electrolitos séricos del 01/04/21 evidencia K en 3.43.
- Paciente se queda hospitalizado posterior a devolvulación endoscópica para programación a cirugía para tratamiento definitivo, evitando recurrencias de cuadro clínico.
- Se programa a paciente para cirugía el día 08/04/21.

❖ **Operación realizada:**

- Sigmoidectomía con anastomosis latero-terminal colocolónica
- En los hallazgos operatorios se encuentra sigmoides de aprox. 90 cm de longitud, dilatado y rotado parcialmente con meso de sigmoides retráctil y fibrosado.
- Paciente tolera procedimiento y sale de alta 5 días después.

❖ **Diagnóstico postoperatorio:**

- Dolicomegasyigma.

CASO CLÍNICO N°2

Paciente MJTP, mujer de 50 años de edad, procedente de Villa María del Triunfo. Ingresa al servicio de Emergencia del HAMA el día 01 de abril del año 2021 a las 16:41 horas, con un tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por dolor periumbilical tipo opresivo de moderada intensidad e hiporexia. 2 días antes del ingreso, el dolor migra a Fosa Iliaca Derecha y aumenta de intensidad, motivo por el cual acude a centro de salud donde le recetan analgésicos y dolor cede parcialmente. 1 día antes del ingreso, dolor persiste y se agregan constipación, sensación de alza térmica y náuseas sin llegar al

vómito, por lo que decide ingresar por EMG del HAMA. Llega con ecografía abdominal de particular del 01/04/21 donde evidencian a nivel de fosa iliaca derecha una disminución de peristaltismo, leve aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica, no líquido libre y dolor a la ecopresión.

❖ **Antecedentes:**

- Asma desde hace 32 años, controlada con Salbutamol en crisis.

❖ **Signos vitales:** PA: 130/60 FR: 20 FC: 82 SAT: 97%

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Piel tibia, hidratada, elástica, mucosas poco húmedas, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, ictericia ++/+++ en piel y escleras, no palidez.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: Leve distendido, RHA disminuidos en cuadrante inferior derecho, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior a predominio de fosa iliaca derecha. Rebote (+) y Resistencia muscular involuntaria (+) en fosa iliaca derecha.
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, sin limitación.
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, perfil hepático, perfil de coagulación, examen de orina, análisis de gases arteriales.

❖ **Resultados:**

Bilirrubina Total: 6.27 B. Directa: 0.70 B. Indirecta: 5.57

DHL: 335 FA: 76 Albúmina: 4.4 TGO: 40 TGP: 61

Amilasa: 76 Glucosa: 130 Urea: 29 Creatinina: 1.29

Leucocitos: 16 820 Abast: 0% Hb: 14.9 Plaquetas: 257 000

Examen de Orina: Leucocitos 8-12 x/c, hematíes 1-3 x/c, Cilindros leucocitario

AGA: pH: 7.467 HCO3: 21.5 pCO2: 30.0
Na: 129.2 K: 3.51 Lac: 1.9

❖ **Diagnósticos:**

- 1) Sepsis punto de partida abdominal
- 2) Abdomen Agudo Quirúrgico: Apendicitis Aguda Perforada
- 3) Asma por Historia Clínica

❖ **Plan:** Se prepara para SOP

❖ **Rp:**

- NPO + SNG + Sonda Foley
- Dextrosa 5% 1000 cc + CNa 20% 20 cc + ClK 20% 10 cc a 30 gotas por minuto
- Piperacilina/Tazobactam 4.5 mg EV cada 6 horas
- Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
- Metamizol 1.5 g EV cada 8 horas
- CFV + BHE
- Deambulación después de 6 horas de post operada.

❖ **Operación realizada:** (01/04/21 a las 20:26 horas)

- Apendicectomía laparoscópica + Lavado de Cavidad Abdominal con 4 Litros de NaCl 0.9% + Drenaje Pen Rose (1 en base de ciego)
- En los hallazgos operatorios se encuentra un apéndice cecal plastronado por epiplón, perforado a 0.5 cm de la base, con base y ciego congestivos, secreción seropurulenta de 250 cc en los 4 cuadrantes y abundante fibrina interasas.
- Paciente tolera procedimiento.

❖ **Diagnóstico postoperatorio:**

- Sepsis punto de partida abdominal: Apendicitis Aguda Perforada + Peritonitis Difusa.

❖ **Evolución en piso:**

- Paciente ingresa a Piso de Cirugía General el día 01/04/20 a horas de la noche.
- Se monitoriza flujo urinario, siendo menor a 0.5 ml/kg/h el primer día, por lo que se decide ponerle más hidratación, mejorando flujo urinario.

- El día 03/04/21 se retiran sonda nasogástrica y se progresa dieta. Ese mismo día tiene nuevos controles de perfil hepático, donde se evidencia disminución notable de las bilirrubinas (BT: 3.8, BD: 2.1, BI: 1,7), además de disminución evidente de ictericia.
- El día 04/04/21 se empieza a movilizar dren.
- El día 05/04/21 se retira sonda Foley y se deja IC a Infectología para recomendaciones por el tratamiento antibiótico que la paciente recibe: Piperacilina/Tazobactam.
- Paciente con evolución favorable, sale de alta el día 07/04/21.

CASO CLÍNICO N°3

Paciente BSS, mujer de 38 años, procedente del distrito de Villa María del Triunfo, ingresa a emergencia acompañado de su familiar con un TE: 3 días, forma inicio brusco, curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal a nivel del cuadrante superior derecho tipo opresivo, acompañado de náuseas, hiporexia, niega SAT, niega ictericia.

❖ Antecedentes:

- Personal: Colecistitis (hace 1-2 años), Bloque tubárico bilateral (2016 abril – HAMA)

❖ Signos vitales: PA 130/70 FR: 22 FC: 110 SAT: 99% T: 36.8°C

❖ Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor o igual a 2 segundos, no palidez, no ictericia.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Globuloso, RHA (+), blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel del cuadrante superior derecho 10/10, Murphy (+).
- Neurológico: Despierto, LOTEP, escala de Glasgow 15/15, no signos de focalización.

❖ **Diagnóstico:**

1) D/C colecistitis aguda.

❖ **Exámenes auxiliares:** Hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, grupo sanguíneo y factor.

❖ **Resultados:**

- Leucocitos: 19740 Hemoglobina: 13.7 Abastionados: 1%
- Segmentado: 82% Plaquetas: 340000
- Fosfatasa alcalina: 128 TGO: 24 TGP: 38 Glucosa: 107
- Lipasa: 13 Bilirrubina total: 0.86 Bilirrubina directa: 0.48
- Grupo sanguíneo y factor: O +
- Tiempo de protrombina: 16.60 segundos INR: 1.25 Tiempo parcial de tromboplastina: 39.30 segundos Fibrinógeno: 964
- GGT: 137
- Ecografía: Vesícula Biliar (125 x 49 mm), pared vesicular (6 mm, engrosado), cálculos (menores de 5 mm), no barro biliar, no pólipos.

❖ **Plan:**

- Se hospitaliza
- Preparar exámenes prequirúrgicos.

❖ **Rp:**

- En emergencia: Nacl 0.9% x 1000 cc + Ketoprofeno 100 mg + Lidocaína 20 mg + Omeprazol 40 mg EV STAT
- NPO
- NaCl 0.9% x 1000 cc
- Ampicilina / sulbactam 1, 5 g EV c/8 horas
- Ranitidina 50 mg EV c/ 8 horas
- Metamizol 1.5 g EV c/8 horas
- Hioscina 20 mg EV c/ 8 horas
- CFV

CASO CLÍNICO N°4

Paciente JLRZ, varón de 42 años, procedente del distrito de VES, ingresa a emergencia acompañado de serenazgo, con un TE: 1 hora, refiere que inició de forma brusco, curso progresivo, tras recibir agresión con PAF a nivel

abdominal, por parte de desconocidos, en intento de asalto, generando dolor y sangrado. 30 minutos después, el dolor abdominal se intensificó, agregándose debilidad, sudoración, palidez marcada; por lo cual es auxiliado por serenazgo y llevado a un puesto de salud cercano, y posteriormente referido al hospital.

❖ **Antecedentes:**

- Familiar: Madre con diabetes mellitus 2, cursando tratamiento con metformina.

❖ **Signos vitales:** PA: 120/80 FR: 19 FC: 62 SAT: 98% T: 37.3. °C

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Palidez marcada, sudoración, llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, se palpa enfisema subcutáneo en 1/3 inferior de HTI, solución de continuidad circunferencial en 7mo EIC LAA izquierdo, con escaso sangrado.
- Abdomen: Levemente distendido, solución de continuidad circunferencial en tórax izquierdo con LAP. RHA disminuido, solución de continuidad en región inguinal derecha, blando, poco depresible, dolor difuso, resistencia muscular involuntaria (+), rebote (+/-), signos peritoneales difusos.
- Genitourinario: Sonda Foley permeable con orina clara.
- Sistema nervioso central: Despierto, tendencia al sueño, EG:15/15, no signos de focalización.

❖ **Diagnóstico:**

- 1) Trauma tóraco-abdominal abierto por PAF (proyectil de arma de fuego):
 - D/C Lesión de vísceras huecas, D/C Lesión de vísceras sólidas.

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, grupo sanguíneo y factor, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático, examen de orina, electrolitos séricos, AGA, radiografía de tórax y abdomen.

❖ **Resultados:**

- Leucocitos: 14.45 Hemoglobina: 17.2 Plaquetas: 320000

- Abastionados: 0% Segmentados: 56,4%
 - Grupo sanguíneo y factor: O positivo.
 - Glucosa, urea creatinina, bilirrubinas, perfil hepático: Normales
 - Electrolitos séricos, perfil de coagulación y examen de orina: Normales
 - AGA: PH (7,371), PCO2 (40,2), PO2 (51,4), HCO3 (22,7), exceso de base (-1,8), Lactato (2,13)
- ❖ **Plan:** Se prepara para SOP
- ❖ **Rp:**
- NPO + SNG
 - Nacl 0.9% 2000 cc, pasar 250 cc si PAM < o igual 65 mmhg
 - Ceftriaxona 2 g EV c/24 horas
 - Metronidazol 100 mg EV c/ 6 horas
 - Ranitidina 50 mg EV c/8 horas
 - Ácido tranexámico EV STAT.
- ❖ **Operación realizada:**
- Laparatomía exploratoria: Resección y anastomosis T-T de asa delgada + resección de sigmoides y colostomía a los Hartmann, esplenectomía, rafia de diafragma, LCA 9 litros (lavado de cavidad abdominal), DJP, TDT izquierdo.
- ❖ **Diagnóstico post operatorio:**
- Trauma abdominal abierto por abierto por PAF: Trauma de asa delgada y asa gruesa, trauma esplénico grado III, trauma pancreático grado I y perforación diafragmática.

1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

CASO CLÍNICO N°1

Paciente ICAC, varón de 10 años, procedente del distrito de VMT, ingresa a emergencia acompañado de su madre, con un TE: 15 días, caracterizado por tos seca, acompañado de sudoración profusa nocturna. La tos persiste durante el transcurso de los días, agregándose el día que acude a emergencia dos episodios de hemoptisis de 15 – 20 ml aproximadamente. Además, la

madre refiere que su hijo ha presentado pérdida de peso en los últimos 6 meses.

❖ **Antecedentes:**

- Personal: Exéresis de tumoración cervical izquierdo (5 años)
- Familiar: Madre presentó tuberculosis hace 10 años, el cual completó tratamiento. Abuelo presentó tuberculosis hace 2 años, el cual completó tratamiento.

❖ **Signos vitales:** PA: 110/60 FR: 20 FC: 90 SAT: 98% T: 38°C

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor o igual a 2 segundos, no cianosis.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes en 1/3 inferior en ambos hemitórax, subcrépitos en 1/3 inferior en hemitórax derecho, no tirajes, no aleteo nasal.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, escala de Glasgow 15/15.

❖ **Diagnósticos:**

- 1) Sintomático respiratorio
- 2) Hemoptisis: D/C Tuberculosis pulmonar

❖ **Exámenes auxiliares:** Hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación y radiografía de tórax. También se solicita interconsulta al servicio de neumología pediátrica y servicio social.

❖ **Resultados:**

- Hb: 10.72, Hto: 35, Plaquetas:475000, Leucocitos: 10.72, Abas:0, Segment: 70.5 Grupo sanguíneo y factor: O+ Hemoglobina: 11.7
- Radiografía tórax: Es una radiografía posteroanterior de tórax, el cual se observa una cavitación a nivel apical derecho.

❖ **Plan:** Se hospitaliza

❖ **Rp:**

- NaCl 0.9% 1360 cc en 4 horas

- Paracetamol 500 mg VO STAT
- CFV + OSA

CASO CLÍNICO N°2

Paciente GSB, mujer de 3 años, procedente del distrito de VMT, ingresa a emergencia acompañado de su madre, con un TE: 9 horas, caracterizado por presentar 4 episodios de convulsiones de movimiento tónico clónico generalizada con desviación de la mirada, asociado a sialorrea, el cual presentó una duración de aproximadamente 30 segundos, acompañada de SAT. Refiere haber acudido a su centro de salud, el cual le administraron diazepam y metamizol, siendo luego referida al hospital. Llega al tóxico de emergencia post ictal.

❖ **Antecedentes:**

- Personal: Convulsión febril (hace 1 año y ½)
- Inmunizaciones: Completas

❖ **Signos vitales:** FR: 18 FC: 128 SAT: 96% T: 36,1 °C

❖ **Peso:** 11kg

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor o igual a 2 segundos, no cianosis.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Sistema nervioso central: Paciente post ictal.

❖ **Diagnósticos:**

- 1) Estatus convulsivo
- 2) Convulsión febril

- ❖ **Exámenes auxiliares:** Hemograma, glucosa, urea, creatinina, electrolitos séricos, examen de orina. También se solicita interconsulta a neurología pediátrica.
- ❖ **Resultados:**
 - Na:150.8, Leu:10930, Hb:12.2, Hto:36, Plaquetas: 392000, Abast:58, Segmentados:36
- ❖ **Plan:**
 - Se hospitaliza
- ❖ **Rp:**
 - Sello salino
 - Fenitoína 200cc
 - Nacl 0.9% 100cc
 - Diazepam 3mg EV PRN a convulsión > o igual 3 min
 - Paracetamol 170 mg VO PRN T > o igual 38°C
 - O2 húmedo por CBN 1- 4 litros para saturación > o igual 92% y/o convulsión > o igual 3 minutos.
 - CFV + OSA

CASO CLÍNICO N°3

Paciente KAV, mujer de 4 meses de edad, natural de Lima, procedente de Ventanilla. Ingresa al servicio de Emergencia del INSN el día 31 de enero del 2020 con un tiempo de enfermedad de 5 días, caracterizado por aparición de lesiones puntiformes rojizas a nivel de frente, mentón, MMSS y MMII, sin prurito ni otros síntomas asociados, sin antecedente de trauma, motivo por el cual acude con médico particular donde le prescriben antihistamínico tópico por "sarpullido". 1 día antes del ingreso se agrega fiebre de 38.5°C que cede con antipirético, hiporexia y diseminación de lesiones puntiformes a todo el cuerpo. El día del ingreso persiste febril y con persistencia de lesiones en piel.

- ❖ **Antecedentes:**
 - Fisiológicos: Nacida de parto eutócico hospitalario con EG: 39 ss, APGAR 9, con un peso al nacer de 3030 g, talla 48 cm.
 - Patológicos: Niega
 - Inmunizaciones: Última vacuna a los 2 meses (Rotavirus)

❖ **Signos vitales:** FR: 26 FC: 113 SAT: 97% T: 38.3 °C

❖ **Peso:** 6.5 kg

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Petequias múltiples en todo el cuerpo a predominio de MMII. Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, palidez leve, no edemas.
- Boca: Mucosas húmedas, múltiples lesiones puntiformes en paladar duro y blando, en dorso de lengua y en orofaringe.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no tirajes, no aleteo nasal, no ruidos agregados.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Sistema nervioso central: Despierta, reactiva a estímulos externos, fuerza muscular conservada.

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, DHL, grupo y factor, perfil de coagulación, perfil hepático, glucosa, urea, creatinina, electrolitos séricos, examen de orina, revisión lámina periférica.
- Pruebas para detección de: Virus de Epstein Bar, Parvovirus B19, Citomegalovirus, VIH, Hepatitis B, RPR.
- Además, se deja interconsulta a Hematología para evaluación.

❖ **Resultados:**

Hb: 10.3	Hto: 30%	Plaquetas: 14 000	
Leuc: 12 390	Ab: 0%	Seg: 15%	Linf: 70%
Gluc: 135	Urea: 19	Creat: 0.31	DHL: 799

Perfil de coagulación y Perfil Hepático: Sin alteraciones

Revisión de lámina periférica: Hematíes: Hipocromía 1+ Poiquilocitosis 1+, Leucocitos: Linfocitos variantes 8%, Plaquetas: Trombocitopenia, algunas macroplaquetas.

❖ **Diagnósticos:**

1) Síndrome purpúrico con trombocitopenia:
D/C infeccioso, D/C Púrpura Trombocitopénica Inmune

2) Anemia leve

❖ **Plan:** Se hospitaliza

❖ **Rp:**

- LM y/o FM 13% 60 cc c/3h en 8 T
- Hidratación: VT: 520 cc (20 cc/hora)
 - o Dextrosa 5% 1000cc
 - o NaCl 20% 40cc
 - o KCl 20% 10 cc
- Transfusión de plaquetas 1 unidad PRN sangrado activo y/o plaquetas < 10 000 previa firma de consentimiento informado
- Paracetamol 98 mg VO PRN T° ≥ 38°C (15mg/kg/do)
- Prednisona 7 mg VO cada 24 h (1 mg/kg/día)
- CFV + OSA

❖ **Evolución en piso:**

- Hematología responde a Interconsulta: Refiere que diagnóstico de PTI estaría más alejado por grupo etario de la paciente. Reevaluación con resultados de pruebas virales, test de coombs, ecografía abdominal y con hemograma en 24-48 horas.
- 01/02/20: HVB, HIV, Test de coombs Negativos. Ecografía abdominal: órganos evaluados de caracteres normales.
- 03/02/20 se recibe Hemograma control:
Hb: 8.8, Hto: 26.2%, Leuc: 12,760, Linf: 80%, Plaquetas: 2 000 →
Se transfunden plaquetas 1 unidad cada 12 horas.
- 04/02/20: Nuevo control de Hemograma: Hb: 8.2, Plaquetas: 27 000.
- Se reciben pruebas virales: EBV y parvovirus B19 indetectables, CMV indeterminado, por lo que se manda muestra de sangre al INSN para medición de carga viral cuantitativo de CMV por PCR, donde se detectan 40 605 copias de ADN de CMV.
- Se confirma diagnóstico: Síndrome Purpúrico infeccioso por Citomegalovirus, por lo que se inicia terapia con Ganciclovir.

CASO CLÍNICO N°4

Paciente JMVQ, varón de 2 años de edad, natural de Lima, procedente de Comas. Ingresa al servicio de Emergencia del INSN el día 24 de febrero del año 2020 con un Tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por dolor en región cervical izquierda de leve intensidad. 3 días antes del ingreso presenta 2 picos febriles cuantificados en 38°C que cede a antipiréticos, además de aumento de volumen con leve eritema y leve calor a la palpación en región cervical izquierda, motivo por el cual se aproximan a policlínico donde le recetan Paracetamol 15 mg/kg/dosis c/6h y amoxicilina/ácido clavulánico 40 mg/kg/día c/8h. 2 días antes del ingreso presenta otro pico febril que llega hasta 39.5°C, por lo que le recetan Metamizol 20 mg/kg/dosis. 1 día antes del ingreso presenta mayor aumento de volumen, eritema, calor y dolor en región cervical izquierda. El día del ingreso refiere que no podía mover el cuello por el notable aumento de volumen y dolor, por lo que van a posta médica y es referido al INSN.

❖ Antecedentes:

- Fisiológicos: Nacido de parto distócico (cesárea por interrupción en descenso fetal) con EG: 39 ss, APGAR 9, con un peso al nacer de 3440 g, talla 50 cm. Desarrollo psicomotor adecuado.
- Patológicos: No refiere.
- Inmunizaciones: Completas

❖ Signos vitales: FR: 24 FC: 114 SAT: 98% T: 37 °C

❖ Peso: 14.2 kg

❖ Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, se evidencia aumento de volumen, calor y eritema en región cervical izquierda, con masa palpable de aprox. 6x2 cm, no cianosis, no palidez, no ictericia.
- Cuello: Cilíndrico, móvil, ganglios palpables en región cervical, calor, eritema, leve dolor a la palpación.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no tirajes, no aleteo nasal, no ruidos agregados.
- Abdomen: No distendido, RHA (+), blando depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Sistema nervioso central: Despierto, reactivo a estímulos externos, fuerza muscular conservada.

❖ **Diagnósticos:**

- 1) Adenitis cervical abscedada: D/C Enfermedad por arañazo de gato
- 2) Eutrófico

❖ **Exámenes auxiliares:** Hemograma, PCR, ecografía de partes blandas, Ig M e Ig G Bartonella henselae.

❖ **Resultados:**

Hb: 12.3 Hto: 36% Plaquetas: 357 000 PCR: 1.28
 Leuc: 12 350 Ab: 0% Seg: 34% Linf: 55% Bart. Hensenlae (+)

❖ **Plan:** Se hospitaliza

❖ **Rp:**

- Dieta completa + LAV
- Azitromicina 10 mg/kg/día VO cada 12 horas el primer día, luego Azitromicina 5 mg/kg/día VO cada 12 horas los 4 días siguientes
- Metamizol 20 mg/kg/dosis EV PRN a T mayor a 38°C o dolor
- CFV + OSA

1.4 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO N°1

Paciente MPO, mujer de 33 años, procedente del distrito de Villa María del Triunfo, ingresa a emergencia acompañado de su familiar, con un TE: 30 minutos, caracterizado por pérdida de líquido, refiere percibir movimientos fetales, contracciones uterinas cada 5 minutos, no sangrado vaginal, niega signos y síntomas premonitorios de eclampsia.

❖ **Antecedentes:**

- G3P2002: Gestación N°1 (Hace 12 años, parto eutócico, peso de 2500), gestación N°2 (Hace 7 años, cesárea por feto podálico)
- FUR: No recuerda
- Quirúrgico: Cesárea (2013 y 2008)

❖ **Signos vitales:** PA:120/70 FR:20 FC:82 T: 36.5°C SAT: 98%

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor o igual de 2 segundos, edemas MMII ++/+++, no palidez
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax
- Abdomen:
AU: 33 cm LCF: 148 MF: ++ DU: (-) SPP: LC
- Tacto vaginal: Cérvix posterior cerrado, pelvis ginecoide, AP: -4, no sangrado vaginal, se evidencia salida de líquido claro
- GU: PPL (-)
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEPE, escala de Glasgow 15/15.

❖ **Diagnóstico:**

- 1) Tercigesta 30 semanas por ecografía del primer trimestre
- 2) NLP
- 3) Ruptura prematura de membranas

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, grupo sanguíneo y factor, examen de orina, glucosa, urea y creatinina.

❖ **Plan:**

- Reposo absoluto
- Se hospitaliza
- Ecografía obstétrica en hospitalización.

❖ **Rp:**

- CFV + OSA
- MMF
- CINA 9% 1000, 45 gotas
- Ampicilina 1g EV c/8 horas

- Eritromicina 500 mg VO c/8 horas

CASO CLÍNICO N°2

Paciente AMCR, mujer de 36 años, procedente del distrito de La Libertad, ingresa a emergencia acompañado de su familiar, con un TE: 3 días, caracterizado por dolor en hipogastrio tipo cólico, acompañado de sangrado vaginal con presencia de coágulos. Paciente refiere que ha sido diagnosticada de miomatosis uterina hace 3 años, además refiere no haber traído sus exámenes ecográficos, a su vez refiere que actualmente está en periodo menstrual.

❖ Antecedentes:

- Quirúrgicos: Cesáreas (3 veces), BTB
- FUR: No recuerda
- Menarquia: 13 años
- G4P3013: Gestación N°1 (Aborto), gestación N°2 (CSTP, hace 11 años), gestación N°3 (CSTI, hace 6 años), gestación N°4 (CSTI, hace 3 años)

❖ **Signos vitales:** PA: 110/60 FR:19 FC: 80 SAT:99% T: 37°C

❖ Examen físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor o igual a 2 segundos
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, nos soplos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen: Globuloso, RHA (+), blando depresible no doloroso a la palpación profunda.
- Especuloscopia: Cérvix cerrado, se evidencia sangrado vaginal escaso.
- Tacto vaginal: Útero, AUF:+- 13 cm, cérvix cerrado, sangrado escaso, no dolor a la movilización de cérvix
- GU: PPL (-)
- Sistema nervioso central: Despierto, LOTEP, escala de glasgow 15/15

❖ **Diagnóstico:**

1) Sangrado uterino anormal: D/C Miomatosis uterina

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, grupo sanguíneo y factor, ecografía transvaginal.

❖ **Plan:** Reevaluación con resultados.

❖ **Rp:**

- En emergencia se le administra: Diclofenaco 75 mg amp IM STAT

CASO CLÍNICO N°3

Paciente YBLH, mujer de 22 años de edad, natural de Lima, procedente de Villa El Salvador. Ingresa al servicio de Emergencia traída por personal del SAMU y acompañada de amigo el día 07 de febrero del año 2021, los cuales refieren un tiempo de enfermedad de 30 minutos, caracterizado por ingesta de 4 blísteres de Alprazolam con posterior trastorno del sensorio. Ingresa por tópico de Ginecología puesto que paciente se encuentra gestando.

❖ **Antecedentes:**

- G2P0010: Gestación N°1 (Hace 2 años, aborto espontáneo)
- FUR: Amigo no refiere

❖ **Signos vitales:** PA:90/60 FR:12 FC:63 T: 36.5°C SAT: 95%

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez leve, no cianosis, no ictericia.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de regular intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen:
AU: 23 cm LCF: 125, latidos de baja intensidad DU: (-)
MF: No se puede determinar (paciente sedada) SPP: T
- Tacto vaginal: Cérvix posterior cerrado, pelvis ginecoide, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

- Sistema nervioso central: Somnolienta, paciente se despierta a la estimulación verbal, reactiva a estímulos dolorosos, E. Glasgow 12/15

❖ **Diagnóstico:**

- 1) Segundigesta 25 semanas por ecografía del segundo trimestre
- 2) NLP
- 3) Gesto suicida por consumo de benzodiazepinas
- 4) Trastorno de la personalidad límite

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, examen de orina, glucosa, urea y creatinina.

❖ **Plan:**

- Interconsulta a Medicina Interna
- Lavado gástrico
- Se hospitaliza
- Ecografía obstétrica para constatar viabilidad del feto.

❖ **Evolución:**

- Medicina Interna responde interconsulta quien sugiere solo la realización de lavado gástrico. No flumazenilo ya que la paciente se encuentra gestando.
- Se realiza lavado gástrico por SNG con 2 L de CNa 0.9%.
- Paciente sale poco a poco de su estado de somnolencia, respondiendo más a estímulos verbales, respondiendo oraciones más largas a preguntas formuladas.
- Ecografía obstétrica evidencia gestación de 25 semanas viable.
- Se hospitaliza paciente. Al 3er día de hospitalización se IC a Psiquiatría para sugerencias para el alta médica: sugiere agregar risperidona 2 mg ½ tableta en la noche y reevaluación con IC en 48 horas ya que no se encuentra en condiciones de alta por persistencia de riesgo alto suicida (persiste la idea de hacerse daño).

CASO CLÍNICO N°4

Paciente CLQF, mujer gestante de 36 años de edad, natural de lima, procedente de San Juan de Miraflores. Ingresa al servicio de emergencia el

día 07 de enero del 2021 con un tiempo de enfermedad de 12 horas caracterizado por dolor tipo contracciones uterinas esporádicas, percibe movimientos fetales, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, no síntomas premonitorios de eclampsia.

❖ **Antecedentes:**

- G2P1001: Gestación N°1 (Hace 10 años, parto distócico: cesárea por feto podálico, peso de 3554 g, EG: 39 ss)
- FUR: 08/04/2020 EG: 39 sem
- Quirúrgico: Cesárea por feto podálico en el año 2011 en el HAMA.

❖ **Signos vitales:** PA:140/80 FR:20 FC:88 T: 36.5°C SAT: 98%

❖ **Examen físico:**

- Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, edemas ambos pies +/+++ , no palidez.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Abdomen:
AU: 37 cm LCF: 144 MF: ++ DU: Esporádica SPP: LCI
- Tacto vaginal: Cérvix posterior abierto, pelvis ginecoide
D: 1 cm AP: -4 I: 30% MO: Íntegras
No sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico
- Sistema nervioso central: Despierta, LOTEPE, escala de Glasgow 15/15.

❖ **Diagnóstico:**

- 1) Segundigesta 39 semanas por Fecha de Última Regla
- 2) Fase Latente de Labor de Parto
- 3) Cesareada Anterior 1 vez
- 4) Enfermedad Hipertensiva del Embarazo leve: D/C Preeclampsia

❖ **Exámenes auxiliares:**

- Hemograma, grupo sanguíneo y factor, proteínas cualitativas en de orina, glucosa, creatinina, perfil de coagulación, TGO, TGP, DHL.

❖ **Resultados:**

Proteínas cualitativas en orina: ++ → Preeclampsia
Resto dentro de valores normales → Sin signos de severidad

❖ **Plan:** Sube a Centro Obstétrico

❖ **Rp:**

- CFV + OSA
- MMF
- Manejo expectante para parto eutócico

Los conocimientos adquiridos durante la carrera, tanto los que fueron previos al internado médico, así como también los adquiridos en el internado médico; son de gran importancia, pues la integración de ambos nos ayuda bastante para poder desarrollarnos de forma adecuada como futuros médicos, esto se debe gracias a tener una mejor consolidación sobre todo en las 4 áreas que se rota en el último año de la carrera de medicina humana, el internado médico; permitiéndonos de esa forma estar preparados ante cualquier situación que se nos presente en el transcurso de la profesión médica.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se mencionó anteriormente, el internado médico de las autoras vio involucrada a más de una sede hospitalaria:

2.1 Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN)

El Instituto Nacional de Salud del Niño – Sede Breña es un hospital del estado, categorizado como un establecimiento de salud de nivel III-2, ubicado en Av. Brasil N°600, Distrito de Breña, Provincia de Lima, Departamento de Lima.

Su área de influencia es amplia por ser un Instituto de referencia nacional de pacientes Pediátricos (niños y adolescentes) provenientes de todas las regiones del país. Según el ASIS 2019 del INSN, la mayoría de la población en general residía en el área urbana (en un 79,4%). Se aceptan referencias para pacientes que necesiten atenciones de especialidades pediátricas que no se encuentren en otros hospitales, o si necesitan el área de Unidad de Quemados, entre otros.

Los servicios por consultorios externos que brinda el INSN, son dadas por especialidades de Atención Médica (Departamento de Medicina, Cirugía, Psiquiatría y Genética), y no Médica (Enfermería, Inmunizaciones, Servicio Social, Nutrición, Fisioterapia, Odontoestomatología, Psicología entre otros). Durante el año 2019, en el INSN hubo 679 970 atenciones en todos los consultorios externos a nivel Institucional, lo cual es 1,6% menor a las atenciones realizadas en el año 2018, de las cuales 332 327 (48.9%) fueron atenciones médicas y 347 643 (51.1%) fueron atenciones no médicas. Con respecto a las atenciones médicas realizadas en consultorios externos según grupo etario, la mayor demanda fue en el grupo de edad de 1 a 4 años,

seguido por el grupo de 5 a 9 años. Dentro de los motivos de atención médica en consultorios externos, en primer lugar, se encuentran las atenciones médicas relacionadas a riesgo quirúrgico, con un total de 10 361 atenciones (3.4%). Si nos referimos al servicio con más demanda en el departamento de medicina, está el servicio de Dermatología, con 18 155 atenciones (9.4%) (12).

Centrándonos en el servicio por Emergencia, en el año 2019 hubo 67 754 atenciones registradas, lo cual es 8.3% mayor con respecto a las atenciones realizadas en el año 2018. De todas las atenciones registradas en el 2019, el 81.14% de ellas eran en Medicina. Sobre la condición de la atención de los pacientes que se acercaron por emergencias, el 58.3% eran para el servicio de Urgencias y el 41.7% eran para el servicio de Emergencias propiamente dicho. El grupo de edad de mayor demanda fue el grupo etario de 1 a 11 meses con 28 270 atenciones (41.7%), seguido del grupo de edad de 1 a 4 años (25.1%). Las atenciones diurnas fueron las de mayor totalidad, teniendo 43 421 atenciones (64%). El motivo de atención más frecuente en el servicio de Emergencia fue por Enfermedades del Sistema Respiratorio (35.81%) y dentro de estas, la más frecuente fue por rinofaringitis aguda (11.9%), seguida de Faringoamigdalitis Aguda (7.4%) (12). Este escenario de atenciones más frecuente se vio repetido en los meses de enero-febrero del año 2020.

El INSN refiere a sus pacientes para que puedan obtener una atención más especializada de acuerdo a su patología en específico, como lo es en el caso de los pacientes pediátricos oncológicos, que suelen ser referidos al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

2.2 Hospital María Auxiliadora (HAMA)

El Hospital María Auxiliadora es un hospital del estado, categorizado como un establecimiento de salud de nivel III-1, ubicado en la Avenida Miguel Iglesias 968, San Juan de Miraflores 15801, Lima, Perú.

Presenta como población objetivo según el último reporte del año 2019 del departamento de estadística del hospital, una población referencial de 2, 415, 264 (7). En el año 1971, en el gobierno del presidente Juan Velasco Alvarado, el terreno era de 15.5 kilómetros cuadrados (6).

Los servicios por consultorios externos que brinda el HAMA, son dadas por especialidades de Atención Médica (Medicina, Cirugía, Ginecología-obstetricia, Pediatría, Oncología, Diagnóstico por imágenes, Anestesiología) y Atención no Médica (Consejería, Inmunizaciones, Medicina física y rehabilitación, Servicio social, Programa mamis, psicología, crecimiento y desarrollo, nutrición, Atención de enfermería, Planificación familiar, Atención de gestante y puérperas, Odontología).

Durante el año 2020, en el Hospital María Auxiliadora hubo 277 591 atenciones en toda la institución (13), lo cual ha disminuido comparado con el año 2019 (las atenciones totales fueron 661 087) (7), esta gran variación se ha afectado ante la situación que atraviesa el país por la pandemia, lo cual empezó en el año 2020, el cual se suspendieron por meses algunos servicios y luego siendo limitados las atenciones. En el año 2020, hubo 145 828 atenciones médicas, siendo el departamento de medicina el que presentó mayores atenciones (73 447), y dentro de ello, el servicio de endocrinología fueron los que tuvieron más atenciones médicas (9 632).

Respecto al servicio de Emergencia, en el año 2020 hubo 63 754 atenciones, lo cual disminuyó, comparado con el año 2019 que se registraron 97 846 atenciones. De las atenciones brindadas en el año 2020, se observó que el servicio de medicina presentó la mayor cantidad de atenciones (27 560). El grupo de edad de 30 - 59 años fue el que presentó 38,0 % siendo el de mayoritario. En relación al turno, el diurno presentó mayor atención con 62, 89 % del total. La principal causa de morbilidad por el cual acudieron a emergencia fue por dolores abdominales y los no especificados (7 060). Respecto a la atención de procedimientos, la corrección simple de heridas superficiales obtuvo 1 582 atenciones, siendo la mayoría.

En el caso de las intervenciones quirúrgicas, el cual es de importancia saber, puesto que, es uno de las áreas que ha tenido dificultad en su desarrollo desde que inició la pandemia, en el área de SOP se obtuvo 6 424 procedimientos; teniendo en cuenta que el servicio de obstetricia presenta el mayor porcentaje (45.59%) de intervenciones quirúrgicas, seguido de cirugía general (18,37 %) (13).

Por lo tanto, el HAMA se encargará de brindará servicios de atención integral básica y especializada en los diferentes servicios anteriormente mencionados.

Los pacientes serán referidos cuando el problema de salud identificado no puede ser solucionado en el establecimiento en el que se encuentra; por lo tanto, requieren ser evaluados, tratados en la parte médica quirúrgica y/o procedimientos que necesiten apoyos diagnósticos, el cual corresponde en un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Para que una paciente pueda ser referido, el establecimiento de salud destino debe cumplir lo siguiente:

- Capacidad resolutive, es decir la cartera de servicios, el cual permita solucionar el motivo de la referencia.
- La accesibilidad, hace referencia, que el establecimiento de salud sea más cercano y el más accesible tanto por las vías de comunicación y transporte
- Oportunidad, es decir, ser referido en el momento y lugar adecuado, de la forma correcta, cumpliendo las guías de atención, de esa forma se evite alguna complicación o muerte del paciente en el traslado (14).

Antes de la pandemia, el HAMA refería pacientes de diferentes servicios a otros hospitales de mayor complejidad. Mayormente los casos complejos eran referidos a los institutos u hospital especializado en algún servicio, por ejemplo: Los casos eran referidos al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, algunos pacientes con patología pulmonar compleja eran referidos al Hospital Hipólito Unanue, los casos de niños con patología complejas eran referidos al Instituto Nacional del Niño de San Borja, entre otros.

Actualmente, ante la situación pandémica que vive el país, los hospitales mencionados anteriormente no presentan la misma disponibilidad que antes para recibir pacientes referidos, debido a que ahora los pacientes son trasladados sobre todo a los hospitales de referencia de COVID-19, siempre y cuando presenten la prueba COVID 19 positivo, y estén necesitando atención hospitalaria de inmediato o requiera algún procedimiento quirúrgico urgente. En la zona sur de Lima, el Hospital Villa el Salvador, es considerado como el hospital principal de referencia, el cual puede atender pacientes con prueba positivo, casi la mayoría de los pacientes del HAMA son trasladados a ese hospital por la accesibilidad.

La situación del internado médico antes de la pandemia, era muy diferente a lo que actualmente se vive, debido a que el interno de medicina tiene funciones que cumplir, pero en un escenario totalmente diferente. Empezando desde la forma de vestimenta, y el uso de mascarillas N95 que mayormente eran solo usadas en caso de tener pacientes con tuberculosis. Además, el horario era totalmente diferente, ya que se iba al hospital todos los días, incluso las horas de entradas eran desde las 5:30 am y la hora de salida podría ser aproximadamente de 7 a 9 pm, pero dependía mucho del servicio, siendo la mayoría entre esos rangos de horas.

Cuando el interno de medicina rotaba por el servicio de hospitalización, tenía la función de llegar temprano para poder evolucionar a sus pacientes y también para la realización de la historia clínica de hospitalización del paciente. Luego tenía que estar preparado para la visita médica, el cual el interno se encargaba de presentar sus pacientes al médico asistente junto a los médicos residentes que se encontraban en ese momento, así que el interno de medicina tenía que venir preparado, es decir, tener que saber desde el momento que acudió a emergencia el paciente hasta el momento de la evaluación, además de estudiar las enfermedades de sus pacientes. Posterior a ello se tenía que realizar los pendientes de cada uno de sus pacientes. Todos los días en las mañanas, el interno de medicina tenía que asistir a las reuniones de discusión de casos clínicos que había en un aula del servicio, el cual la mayoría de veces eran presentados por el residente y el interno a cargo del paciente. También, había exposición de temas del servicio dadas por el tutor a cargo, lo cual se llevaba a cabo en la tarde, donde los internos y residentes exponían temas referentes a algunas patologías del servicio. Además, realizar algunos procedimientos menores en algunos pacientes, el cual necesitaban por ejemplo curación de heridas post quirúrgicas.

El interno de medicina también tenía funciones dentro de sala de operaciones, el cual consistía desde el momento de preparación con los exámenes pre quirúrgico hasta el momento post quirúrgico; por lo tanto, tenía que correr con los pendientes para poder llevar a cabo la operación; además, el interno era mayormente 2do ayudante durante la operación, pudiendo realizar cortes, aspiración, suturas, etc.

En el área de emergencia, el interno tenía la función de atender a los pacientes junto a la realización de historias clínicas de emergencias, además de desarrollar procedimientos como: realizar EKG, hemoglucotest, tacto rectal, suturar, limpieza de heridas, vendaje, enyesar, colocar sonda Foley, etc.

En el área de consultorio, el interno de medicina ayudaba al médico asistente evaluando al paciente citado que venía por consultorio externo.

Finalmente, el interno de medicina antes de la pandemia, tenía guardias diurnas y nocturnas de 12 horas, el cual cumplía los diferentes roles anteriormente mencionados, desde la evaluación a los pacientes hasta tener que apoyar en sala de operación con los pacientes programados para cirugía.

La situación en pandemia, además del trabajo exhaustivo que conlleva el internado médico, estaba el miedo de un posible contagio del COVID-19.

Todos los médicos asistentes se preocupaban de inicio a fin de los internos de ciencias de la salud, siempre haciendo énfasis en el uso de mascarilla, mínimo de una N95, sin retirársela en ningún momento en el hospital, y la importancia del lavado de manos. Cuando reiniciamos nuestras prácticas hospitalarias en dicha institución en octubre del 2020, se tenía en mucha consideración a los internos, aunque no les entregaban los Equipos de Protección Personal por falta de presupuesto, se les realizaba pruebas rápidas serológicas contra el COVID-19 mensualmente, pero este escenario solo fue hasta diciembre del 2020, posterior a esta fecha no se volvió a realizar pruebas de descarte contra el COVID-19 programadas por falta de pruebas rápidas; sin embargo, en casos aislados si realizan pruebas de descarte si se solicita con el servicio de salud ocupacional, si es que se ha tenido algún contacto positivo o si se presenta sintomatología, siendo realizadas las pruebas antigénicas (resultados en 15 minutos) y moleculares (RT-LAMP: resultados en 12-24 horas) según corresponda.

Esta falta de pruebas rápidas desde diciembre del año 2020 no era solo para los trabajadores de salud, si no, también para los mismos pacientes, por lo que el escenario de antes, entre los meses de octubre y diciembre 2020, que todo paciente que bajaba a tópico de emergencia de las distintas especialidades, debía tener su prueba rápida de COVID-19 negativa, ya no existía a partir de enero 2021, así que el personal de salud, integrado también

por los internos de medicina, podía estar atendiendo pacientes con el COVID-19 sin saberlo.

Se pueden solicitar pruebas antigénicas a los pacientes solo si es necesario, siendo imprescindible el sello de médico de guardia, ya que estas también escasean, teniendo un promedio diario de 10 pruebas antigénicas para todos los servicios, por lo que son más reservadas para el departamento de cirugía, ya que un paciente no puede subir a sala de operaciones sin una prueba negativa del COVID-19.

Las pruebas moleculares tipo RT-LAMP si se pueden solicitar a demanda; sin embargo, solo se solicitan para aquellos pacientes que se van a quedar hospitalizados, ya que el resultado demora entre 12 a 24 horas, siendo no necesario en aquellos pacientes ambulatorios que se van de alta en un par de horas. Es necesario comentar que muchos pacientes han subido a los pabellones de hospitalización siendo positivos para COVID-19, ya que los subían antes de tener el resultado de la RT-LAMP, confiando en el resultado negativo de la prueba antigénica, la cual presenta muchos falsos negativos.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

La mayoría de los hospitales de Perú, tienen limitación para poder dar al paciente una atención de salud adecuada, puesto que hay algunos recursos escasos en varios hospitales. El interno de medicina a medida que lleva sus prácticas en el hospital irá presenciando algunas limitaciones, el cual no permita desarrollar el manejo ideal que se quisiera dar, ya sea por la escasez de algunos medicamentos, acceso a procedimientos quirúrgicos, realización de exámenes de difícil acceso; llevándolos a los médicos del hospital a trabajar con los recursos disponibles que presenta el hospital.

En los casos clínicos presentados, se puede presenciar mucho eso, puesto que hay algunas formas ideales de querer diagnosticar algunas enfermedades, pero algunos hospitales no disponen completamente de ese examen auxiliar, optando por otro; esto también llega a suceder con los tratamientos que dan los médicos a los pacientes, el cual terminan optando por otro, tal vez no sea de la misma efectividad rápida, pero llega a cumplir el objetivo. Todas esas situaciones se han comparado con fuentes bibliográficas confiables, lo que debería uno aplicar, el cual se explicaran a continuación:

3.1 Rotación de Medicina Interna:

En el CASO N°1 de Medicina Interna trata de un paciente con el diagnóstico de Policitemia vera, el cual forma parte de los síndromes mieloproliferativos que ataca a la línea de los eritrocitos. Es una enfermedad con incidencia un poco mayor en hombres que en mujeres y se diagnostica con más porcentaje entre las edades de 70 a 79 años (15). Para el diagnóstico definitivo según WHO, se necesitan de 3 criterios mayores o 2 mayores y un menor. **Criterios**

mayores: Hemoglobina > 16.5 g/dL o Hematocrito > 49% en hombres o Hb > 16 g/dL o Hto > 48% en mujeres; Biopsia de médula ósea hiper celular para la edad con hiperplasia trilineal con megacariocitos maduros pleomórficos; Presencia de mutaciones de gen JAK2. **Criterio menor:** Niveles séricos de Eritropoyetina bajos (16). El tratamiento se da de acuerdo al riesgo que representa y así prevenir complicaciones trombohemorrágicas: Enfermedad de bajo riesgo (sin historia de trombosis o menores de 60 años), donde se inicia tratamiento con aspirina o enfermedad de alto riesgo, donde se inicia tratamiento con hidroxiurea (comenzar con una dosis de 500 mg cada 12 horas) + aspirina (en historia de trombosis arterial) o anticoagulación sistémica (en historia de trombosis venosa profunda). Además, es importante recalcar que todos los pacientes requieren flebotomía para mantener un hematocrito menor de 45% (17). Hasta aquí podemos observar que el tratamiento médico instaurado en el HAMA estaba en lo correcto; sin embargo, faltó concretar la flebotomía, que es el tratamiento que se debe dar a todos los pacientes en general con este diagnóstico, la cual en el paciente no se pudo realizar por mala calidad de venas, pero se tuvo que insistir un poco más para sí procurar mantener un hematocrito esperado menor de 45%, evitando así posibles complicaciones a futuro.

El CASO N°2 se trata de un adulto mayor con Artritis Séptica, la cual se define como la infección aguda de una articulación (en el 80% de los casos es compromiso monoarticular), causado más frecuentemente por bacterias, siendo la más común por *Staphylococcus aureus* (usualmente es monomicrobiano). Dentro de los factores de riesgo descritos para la enfermedad que coinciden con el paciente presentado son: edad avanzada, daño articular preexistente (gonartrosis), reciente inyección intraarticular. El diagnóstico está basado en estudio de gram, cultivo y el estudio del líquido articular, que debe cumplir ciertos criterios: Volumen > 3.5 mL, fluido opaco, leucocitos > 20 000 con $\geq 75\%$ de PMN y cultivo usualmente positivo a *S. aureus*. El tratamiento consiste en drenaje articular y antibioticoterapia, la cual dependerá del germen que está causando el cuadro; usualmente dependiendo del resultado del Gram se puede iniciar antibioticoterapia empírica: en gérmenes Gram + se suele iniciar tratamiento empírico son vancomicina (de 20 a 35 mg/kg) y en aquellos Gram – se deberá iniciar

tratamiento con una cefalosporina (por ejemplo, Ceftriaxona 2g EV c/24h). Si ya tenemos el resultado del cultivo: en *S. aureus* meticilino sensible se inicia tratamiento con un betalactámico como cefazolina (2g c/8h) u oxacilina (2g c/4 h) y en *S. aureus* meticilino resistente se deberá tratar con vancomicina (18). En el caso presentado era un paciente que salió en el cultivo *S. aureus* meticilino sensible, por lo cual recibió tratamiento con oxacilina, como lo mencionan las guías; sin embargo, no se instauró tratamiento empírico temprano con vancomicina.

El CASO N°3, es sobre un paciente con diabetes mellitus 2 con complicaciones tardías, celulitis en pie izquierdo: D/C Absceso, D/C osteomielitis. Se debe considerar que los problemas de los pies corresponden una causa importante de morbilidad en pacientes con diabetes mellitus. Por eso sugieren la realización anual de un examen completo de los pies en pacientes con diabetes, pudiendo reconocer los factores de riesgo que predicen úlceras y amputaciones (19). El paciente de este caso, no llegaba a realizarse dichas evaluaciones, provocando esa complicación. Generalmente la evaluación de un paciente con infección del pie diabético significa que se tiene que determinar el alcance y la gravedad de la infección mediante la evaluación clínica y radiográfica; obteniendo la etiología microbiana y poder definir si hay o no necesidad de una intervención quirúrgica. En la evaluación física es clave, puesto que me va a permitir establecer el diagnóstico de una infección de pie diabético, por lo que en este caso si presento alguno de esos signos el paciente: Eritema, calor, dolor a la palpación, hinchazón, induración o secreciones purulentas. El caso, también refiere como diagnóstico probable, la osteomielitis; así que, para descartar dicha patología, se tiene que hacer mediante la evaluación histológica y microbiológica de una muestra de biopsia ósea. Sin embargo, dicho procedimiento no es de uso rutinario y no es rápido el resultado. Finalmente, el tratamiento de las infecciones del pie diabético va a requerir que haya una debida atención respecto a las heridas, una buena nutrición, terapia antimicrobiana, control glucémico y equilibrio de líquidos y electrolitos. Incluso se puede llegar a consultar con un cirujano que cuente con experiencia respecto a las infecciones del pie diabético sobre todo en casos moderados y graves (20).

El CASO N°4 es acerca de un paciente que presenta accidente cerebrovascular isquémico, el cual se define como enfermedad que conlleva a una variedad de afecciones, el cual consiste en la reducción del flujo sanguíneo en un parte o todo del cerebro, provocando un daño tisular; pudiendo ser de forma crónica, pero en su mayoría son de forma aguda (21); Luego de la realización de la anamnesis y examen físico que se le realiza al paciente, se evidencia en el paciente hemiparesia fascio braquio caudal; el cual sospechan de un probable accidente cerebro vascular, por lo tanto solicitan exámenes el cual salieron normales pero faltaba la tomografía. Generalmente se usa la tomografía sin contraste (NCCT) debido a que tienen excelentes características de rendimiento de la prueba, de esa manera poder diferenciar el accidente cerebrovascular isquémico del hemorrágico, además usarlo para identificar signos de un accidente cerebrovascular isquémico agudo temprano (22). El paciente no podía realizarse la tomografía, ya que refería no tener dinero suficiente, es una situación que pasan muchas personas actualmente; se solicitó la ayuda de servicio social para llegar a una solución; al final se logró realizar la prueba, comprobando dicho diagnóstico. Dentro de los principales objetivos que se dan en la parte inicial del tratamiento consiste en: Garantizar la estabilidad médica, revertir de forma rápida las condiciones que contribuyen al problema del paciente, evaluar si estos pacientes son candidatos para poder realizarse la terapia de reperfusión y comenzar a descubrir la fisiopatología en relación a los síntomas neurológicos que manifiestan (23).

3.2 Rotación de Cirugía General:

Hablando sobre el segmento de Cirugía General, en el CASO N°1 vemos el caso de un paciente con obstrucción intestinal por vólvulo de sigmoides. Esta patología ocurre con mayor frecuencia en adultos mayores, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. El vólvulo de sigmoides sucede cuando el colon sigmoides gira alrededor del mesenterio, lo que ocasiona una obstrucción del lumen intestinal si es que la torsión excede 180° o daño en la perfusión vascular si la torsión excede los 360°. Los factores de riesgo se basan más en factores anatómicos de colon sigmoides redundante con un

mesenterio corto, también se ha visto implicado el estreñimiento crónico; en nuestro país es una patología frecuente, sobre todo en la sierra, por su tipo de alimentación: mucha fibra y carbohidratos, que genera distensión de asas por gases intestinales y posterior agrandamiento del colon después de varios años de distensión. El diagnóstico se basa en una clínica caracterizada por dolor y distensión abdominal, náuseas y/o vómitos, estreñimiento y un abdomen timpánico al examen físico, además del estudio de imágenes, siendo el estándar de oro la Tomografía abdominal; sin embargo, en varios hospitales MINSA no se cuenta con esto o lo tienen de manera particular como lo es en el caso del HAMA y algunos familiares no pueden costearlo, así que su alternativa es la radiografía de abdomen en la que podemos observar una imagen en “grano de café” debido a la gran distensión del asa colónica del sigmoides. Para el tratamiento a realizar depende de la presencia o no de signos de alarma como perforación intestinal o peritonitis (casos complicados). En aquellos pacientes con vólvulo sigmoides complicados, el tratamiento se basa en un manejo quirúrgico inmediato con la resección del intestino comprometido en la posición volvulizada (no devolvulizar ya que podría ocasionar más daño en la reperusión). En los pacientes sin signos de alarma o no complicados, se sugiere realizar primero una devolvulación colonoscópica y posteriormente el tratamiento definitivo con la resección quirúrgica del intestino (24–26). Según el caso clínico presentado, era un paciente con vólvulo sigmoides no complicado, por lo que se realizó la devolvulación endoscópica, como lo recomiendan las guías; sin embargo, las guías también mencionan que esta debe hacerse de forma inmediata, y una observación importante que se debe tener presente en este caso es que dicha devolvulación se postergó hasta 18 horas posteriores al ingreso, lo mismo que puede llevar a complicaciones tales como isquemia y perforaciones. Felizmente la evolución post devolvulación endoscópica de este paciente fue satisfactoria y sin complicaciones, siendo programado posteriormente para el tratamiento quirúrgico definitivo vía laparotomía. También se comenta si la devolvulación endoscópica va a presentar demoras, podemos ayudar al paciente para la disminución de los síntomas obstructivos presentes con la colocación de sonda rectal de manera inmediata, hecho que también se vio postergado junto a la realización de la colonoscopia.

En el CASO N°2 tenemos a una paciente con Apendicitis Aguda Perforada con Peritonitis Difusa que nos genera una Sepsis. La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice, más frecuentemente producido, en la vida adulta, por la obstrucción de un fecalito, y es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico y de cirugía de emergencia en el mundo. La apendicitis tiene fases que se relacionan a la cantidad de horas transcurridas desde el comienzo de la obstrucción apendicular: En las primeras 6 horas hay una disminución de flujo linfático y venoso, lo que genera edema, dolor visceral difuso y náuseas, estando en la fase 1 o congestiva; pasadas las 6 horas se pasa a la fase supurada o flemonosa, caracterizada por proliferación bacteriana a predominio de E. coli, dando como clínica un dolor más localizado. Durante las primeras 24 horas después del inicio de síntomas, el 90% de los pacientes presentan necrosis del apéndice por disminución del flujo arterial, dando como signo principal la fiebre por proliferación de Bacteroides, sin perforación, esto cambia cuando el cuadro clínico se instaura por más de las 24 horas, existiendo un 20% de casos de perforación, incrementándose a más del 60% si es que pasan más de 48 horas del cuadro, con posterior formación de abscesos, peritonitis local o difusa, produciendo dolor al rebote. Sobre los exámenes de laboratorio se puede encontrar leucocitosis con desviación a la izquierda y se ha observado que elevaciones leves de la bilirrubina sérica (bilirrubina total > 1,0 mg/dl) son un marcador de perforación apendicular con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 86%. El mejor examen imagenológico para el diagnóstico es la Tomografía Computarizada; sin embargo, como se mencionó anteriormente, no muchos pacientes tienen el dinero para solventar dicho gasto, por lo que muchas veces se opta por una ecografía abdominal, donde se evidencia un diámetro apendicular mayor de 6 mm (27). Sobre el tratamiento de la apendicitis, se va a comentar netamente del caso de apendicitis perforada: el manejo depende del estado del paciente (estable o inestable), el tipo de perforación (contenida o libre) y si hay masa apendicular abscedada o no en los estudios de imagen. En el caso de la paciente, era una paciente séptica (perfil hepático y creatinina alterados), con una perforación libre (que conlleva a peritonitis difusa), por lo que el manejo es con una apendicectomía de emergencia + drenaje + lavado de la cavidad peritoneal + antibioticoterapia (inicio con terapia empírica de amplio espectro

contra bacilos gramnegativos y anaerobios como ertapenem 1 g EV c/24 h o Piperacilina-tazobactam 3.375 g EV c/6h o terapia doble de una cefalosporina + metronidazol 500 mg EV o VO c/8h) (28,29). En el caso de la paciente descrita, presentaba la creatinina elevada, lo que hace sospechar de sepsis y deshidratación significativa, por lo que el primer paso es pasar una buena hidratación con control de diuresis. El manejo dado en el HAMA estuvo correcto; sin embargo, pudieron iniciar una mayor hidratación desde inicio, para no toparse con el problema de oliguria por deshidratación en los primeros días de hospitalización, y así también poder retirar la sonda Foley de manera anticipada.

El CASO N°3 es acerca del caso de un paciente con el diagnóstico de colecistitis aguda, definiéndose como un síndrome, el cual hay presencia de dolor a nivel del cuadrante superior derecho, fiebre, y leucocitosis asociándose inflamación de la vesícula biliar. Mayormente la causa es por cálculos biliares. En relación al diagnóstico, esta requerirá la confirmación de engrosamiento o edema de la pared de la vesícula biliar, un signo de Murphy ecográfico o insuficiencia de la vesícula biliar para llenarse durante la colescintigrafía. En el caso de la paciente, se menciona que hay antecedente confirmado de esta enfermedad, lo cual son comprobados con los resultados de exámenes realizados en emergencia (30). El manejo inicial, incluye fluidoterapia intravenosa, corrección de trastornos electrolíticos y control del dolor. El dolor puede ser controlados mediante los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) u opioides. Mediante las guías de Tokio nos servirá de referencia para el tratamiento de esta patología. Siendo la colecistectomía laparoscópica considerado como el enfoque estándar para el manejo quirúrgico de colecistitis. En el caso de la paciente, no se pudo realizarle por la falta de disponibilidad en el área de sala de operaciones, debido a la pandemia se ha limitado mucho los procedimientos quirúrgicos en sala de operación, solo se están realizando algunos pacientes que son considerados prioritarios, y en caso sean de atención prioritaria y no haya disponibilidad, se tiene que referir al paciente. Entre las complicaciones, puede llegar a ocurrir infección secundaria de la vesícula biliar como resultado de la obstrucción del conducto cístico y la estasis biliar. Son en estos casos que se recomiendan la terapia antibiótica empírica a todos los pacientes a los

que se les diagnostica colecistitis aguda; así que la paciente del caso clínico probablemente haya hecho infección secundaria (31).

El CASO N° 4, se refiere a un paciente con el diagnóstico de trauma abdominal abierto por PAF, en estos casos, se toma en cuenta la gran importancia de obtener una buena anamnesis detallada, acompañado de un adecuado examen físico, puesto que las heridas de bala provocan lesión a nivel del intestino delgado, seguido del colon y el hígado. Los factores de la velocidad del misil y su distancia del paciente serán determinantes para evaluar la extensión de la lesión. Respecto al diagnóstico, mayormente emplean radiografías de película simple, el cual define la trayectoria de la bala. Y estas imágenes deben ser en dos planos, permitiéndonos determinar la penetración al peritoneo. En este caso clínico por la limitación de recurso, solo se le pidió radiografía de tórax y abdomen, a pesar de ser considerada no útiles en pacientes con heridas transversales, heridas cercanas a las costillas o huesos pélvicos y múltiples balas o perdigones. La ecografía puede determinar rápidamente la presencia o ausencia de líquido en los espacios pericárdico y peritoneal, pero es deficiente para detectar lesiones diafragmáticas o vísceras huecas. Es importante realizar un buen examen físico ya que podríamos presenciar signos peritoneales, como es en este caso, dándonos la evidencia de inestabilidad hemodinámica, exigiendo realizar una laparotomía exploratoria inmediata. Se le administró antibióticos al paciente, lo cual está en lo correcto, puesto que se administran antibióticos de amplio espectro a pacientes con lesión abdominal penetrante que requiere tratamiento quirúrgico (32).

3.3 Rotación de Pediatría y Neonatología:

En el capítulo de Pediatría podemos observar distintos casos clínicos, tales como en CASO N°1, que se trata de un niño con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. La OMS refiere que, de los 10 millones de casos incidentes de tuberculosis evaluados en 2018, aproximadamente 1,1 millones (11%) ocurrieron entre niños menores de 15 años; un número similar de niños y niñas se vieron afectados (33). Uno de los factores de riesgo para contagiarse es mediante contactos domésticos o cercanos con la enfermedad de la

tuberculosis, sobre todo con los padres u otros cuidadores, como sucede en el caso del paciente, que tiene familiares cercanos (mamá y abuelo) que ya han presentado tuberculosis. Los síntomas comunes pero inespecíficos son: tos (crónica, pero sin mejoría durante más de tres semanas), fiebre (más de 38°C durante más de dos semanas) y pérdida de peso o retraso del crecimiento. Los exámenes físicos pueden ayudar para poder ver la presencia de una infección a nivel de las vías respiratorias inferiores. El diagnóstico a menudo se basa en la presencia de la tríada clásica: contacto cercano reciente con un caso infeccioso; una prueba cutánea de tuberculina positiva (TST) o ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA); y síntomas sugestivos y hallazgos en la radiografía de tórax o el examen físico. El paciente del caso, cumplía con la mayoría de la triada, por el contacto cercano y porque en su radiografía tórax había presencia de cavitación a nivel apical derecho, lo cual nos confirma dicho diagnóstico. Como ya anteriormente se había mencionado, hay limitaciones en cada hospital y ahora en la situación pandémica, más aún; por lo que el paciente tenía como plan hospitalizarse y cumplir con su tratamiento antituberculoso, pero al final no se pudo concretar ese objetivo, puesto que el servicio de hospitalización estaba copado de pacientes por la pandemia, así que se estabilizó al paciente para poder referirlo a otro hospital, junto a los exámenes previos solicitados (34).

El CASO N°2 se trata de un paciente con el diagnóstico de síndrome febril, estos ocurren en niños que presentan fiebre, generalmente cuando se trata de una infección viral o bacteriana sistémica. Comúnmente afecta a niños que tienen entre seis meses y cinco años de edad y no presentan epilepsia, infección o inflamación del sistema nervioso central (SNC) u otras causas que puedan producir convulsiones. El caso del paciente se trata de una convulsión febril de tipo compleja, pues se caracterizan por presentar episodios con duración mayor a 15 minutos, tienen características focales o paresia postictal, ocurren más de una vez en 24 horas; siendo el caso del paciente ya que ha presentado varias convulsiones en menos de 24 horas. Respecto al manejo, depende de la duración de convulsiones, si es que duran más de cinco minutos, se recomienda administrar con benzodiazepinas intravenosas (diazepam 0,1 a 0,2 mg/kg o lorazepam 0,05 a 0,1 mg/kg). Otra alternativa podría ser el midazolam bucal (0,2 mg/kg, máximo 10 mg). Analizando el caso,

se observa el buen manejo correcto que le han brindado a la paciente, pues calmaron la emergencia, de igual forma se hospitaliza para descartar otras patologías que podrían ser la causa (35).

En el CASO N°3 nos referimos a una paciente con síndrome purpúrico caracterizado por lesiones petequiales (áreas puntiformes de hemorragia de menos de 2 mm, de color púrpura rojizo) y trombocitopenia severa + anemia leve. En la evaluación de la púrpura en niños se tiene que hacer el descarte de varias causas, tales como: alteraciones en la integridad vascular (trauma, infección, vasculitis, trastornos del colágeno), anomalías en la hemostasia primaria o secundaria (trombocitopenia, función plaquetaria anormal, deficiencia o función anormal del factor de coagulación) (36). Dentro de los diagnósticos que se deben pensar en un niño con síndrome purpúrico + trombocitopenia es la Púrpura Trombocitopénica Inmunitaria (PTI), la cual se caracteriza por pacientes de buen aspecto con signos de hemorragia mucocutánea, sin estar acompañado de otros signos o síntomas sistémicos, y con confirmación de trombocitopenia usualmente aislada; sin embargo, para confirmar esta patología es importante acotar que es un diagnóstico de exclusión, por lo que antes se deben descartar otras causas de trombocitopenia; además que el grupo etario donde se ve más frecuentemente esta patología es entre los 2 a 5 años de edad y en la adolescencia, lo cual contrasta con la edad de la paciente presentada de 4 meses de vida (37); para el tratamiento utilizado en pacientes con PTI se consideran de primera línea los glucocorticoides, ya que estos son efectivos para el incremento del número de plaquetas (38), motivo por el cual fue agregado en el tratamiento de la paciente presentada. Lo primero a descartar con la anamnesis es el antecedente de traumatismos, que en el caso presentado fue negado, y al estar en un escenario de trombocitopenia añadida, el siguiente paso a realizar es hacer el descarte de infecciones congénitas virales tales como infección por: VIH, Citomegalovirus, Virus de Epstein Bar, Parvovirus B19, entre otros, que es justamente lo que se realizó en el INSN. El resultado fue positivo para una infección por Citomegalovirus (CMV), la cual pudo ser transmitida durante el embarazo (congénita), perinatal, mediante la leche materna, por contacto cercano, mediante transmisión sexual, o por transfusiones de sangre y trasplante de órganos

(39). En las manifestaciones clínicas de infección congénita por CMV se ve que al nacimiento el 90% de los casos son asintomáticos, y de aquellos que son sintomáticos, el signo más frecuente son las petequias entre un 50 a 75%, mientras que en los hallazgos laboratoriales la trombocitopenia se encuentra entre un 48 a 77% de los casos (40), que es justamente lo que se encontró en la paciente. Para el tratamiento se recomiendan medidas de apoyo según sea necesario (como en el caso, transfusión de plaquetas) y tratamiento antiviral con ganciclovir EV o valganciclovir VO en solo aquellos pacientes sintomáticos. En el caso clínico presentado se optó por ganciclovir EV puesto que la paciente presentaba una enfermedad potencialmente mortal debido a su trombocitopenia severa (41).

En el CASO N°4 podemos observar un caso de adenitis cervical por *Bartonella henselae*, comúnmente llamado enfermedad por arañazo de gato. Esta es una enfermedad caracterizada por una linfadenopatía regional autoliminada de etiología infecciosa causada por la *Bartonella henselae*. El trastorno cutáneo y de ganglios linfáticos localizado cerca al sitio de inoculación del organismo es la manifestación clínica más frecuente, hasta en un 85 a 90% de los casos. La linfadenopatía es la manifestación local de la enfermedad caracterizado por ganglios linfáticos agrandados, casi siempre dolorosos, proximales al sitio de inoculación (aproximadamente 2 semanas después), acompañado de eritema de la piel; sin embargo, esta puede tener manifestaciones en distintos órganos cuando la infección se disemina de manera hematogena, teniendo afectaciones como neurorretinitis o afectación de órganos viscerales. Aún se desconoce la razón de por qué algunos pacientes desarrollan la infección localizada o diseminada. Generalmente se da en individuos inmunocompetentes (más común en pacientes niños y adultos jóvenes), siendo raro el desarrollo de enfermedad grave. Se le conoce como enfermedad por arañazo de gato puesto que el gato actúa como reservorio natural de la *B. henselae*, que se transmite a humanos por medios de rasguños o mordeduras de un gato infectado, además de la exposición a las pulgas de dicho animal; también se describe el contacto con saliva del gato a través de heridas o mucosas. Para el diagnóstico confirmatorio es recomendable la realización de pruebas serológicas; sin embargo estas presentan varias deficiencias, por lo que se recomienda una terapia empírica

con el diagnóstico presuntivo de las manifestaciones clínicas (42). Para el tratamiento de aquellos pacientes pediátricos con linfadenitis (como fue en el caso presentado) se recomienda dar antibioticoterapia con Azitromicina VO a dosis de 10 mg/kg el primer día, seguido de 5 mg/kg los 4 días siguientes si el paciente pesa menos de 45.5 kg; o, a dosis de 500 mg el primer día, seguido de 250 mg los 4 días siguientes si el paciente pesa \geq de 45.5 kg (43). El manejo del paciente y tratamiento instaurado en el INSN estuvo correcto.

3.4 Rotación de Gineco-Obstetricia:

Y, por último, en el capítulo de Gineco-obstetricia, se observan los siguientes casos clínicos vistos en el HAMA: En el CASO N°1, se trata de una gestante de 30 semanas con ruptura prematura de membrana. Primero hay que tener en cuenta a los signos y síntomas, aunque son inespecíficos pero deben ser tomados en cuenta, incluyen: calambres parecidos a los de la menstruación; contracciones leves e irregulares; dolor lumbar; sensación de presión en la vagina; secreción vaginal de moco, que puede ser transparente, rosado o ligeramente sanguinolento (es decir, tapón de moco, muestra de sangre) (44), sobre todo en una gestante que aún no está en las semanas adecuadas de trabajo parto, como sucede en el caso de la paciente. La RPM (ruptura prematura de membranas) generalmente sucede antes de las 37+0 semanas de gestación. Se encuentra asociado con un tercio de los partos prematuros, considerándose el factor identificable más frecuente relacionado con respecto a eso. Este es un dato muy importante para el caso, puesto que, a pesar de ya presentar RPM, se puede ver que la paciente tiene 30 semanas de gestación, conllevando a un riesgo alto para el estado de salud de la paciente y el feto. Para el diagnóstico se realiza de forma clínica, basado en la visualización del líquido amniótico que sale a través del canal cervical / acumulación en el fondo de saco vaginal de una mujer que presenta antecedentes de pérdida de líquido. El caso corrobora forma clínica de diagnóstico que se tiene que hacer en estas situaciones. Pero si tenemos un paciente con un historial característico de pérdida de líquido, cuando hay: Oligohidramnios, el índice de líquido amniótico (normal bajo), verificar el pH (7,0 a 7,3) y la arborización (nitrazina y helecho). Cuando hay pacientes

estables (madre y feto) con RPM <34 semanas, sugieren un manejo expectante, siendo el caso de la paciente. Finalmente, en el manejo, recomiendan administrar un ciclo de corticosteroides prenatales, debido a que ayudan a reducir la morbilidad y la mortalidad de la prematuridad si en caso sucediera un parto prematuro. Además, sugieren administrar un ciclo de antibióticos profilácticos, siendo el de preferencia la ampicilina (2 gramos por vía intravenosa cada 6 horas durante 48 horas), seguida de amoxicilina (875 mg por vía oral dos veces al día durante cinco días adicionales). También, recomienda administrar azitromicina (1 dosis de 1 gramos, vía oral, al momento del ingreso). El manejo fue la hospitalización para continuar su gestación, además a administración de antibióticos no fue según las sugerencias mencionadas, ya que no administraron amoxicilina ni azitromicina; y en este caso se debe hacer hincapié que la eritromicina también es parte del antibiótico profiláctico que ayuda reducir la morbilidad luego de la RPM según la ACOG (45).

En el CASO N°2, es sobre miomatosis uterina, el cual se define como aquellos tumores monoclonales benignos que surgen de las células del músculo liso del miometrio. Su clasificación, dependerá del lugar de ubicación (submucosa, intramural, subserosa, cervical). Los síntomas se dan de acuerdo a tres categorías distintas: sangrado uterino anormal (SUA), presión y dolor pélvico y disfunción reproductiva. Generalmente su diagnóstico es a través de imágenes pélvica, siendo la forma de imagen más utilizada, la ecografía transvaginal, pues presenta mejor disponibilidad y rentabilidad (46). En el HAMA, es una de las pruebas que mayormente también han sido utilizados ante estos casos. El manejo primero tendrá como objetivo disminuir o resolver los síntomas mencionados. Como se analiza en el caso del paciente, a ella primero le administraron un analgésico para la sintomatología por el dolor que presentaba. Luego se le pidió exámenes de laboratorio, para poder dar el manejo correspondiente. Pero según las fuentes refieren que aquellos pacientes que no desean una fertilidad en el futuro, será la resección histeroscópica del mioma. Además, recomiendan el uso de agonistas y antagonistas de la GnRH, en caso los síntomas persisten a pesar de los tratamientos de elección. En relación a los pacientes que quisieran la fertilidad, en ellos no se recomiendan las terapias médicas, pues impiden la

concepción, causándoles efectos adversos; así que esos casos recomiendan el manejo quirúrgico (47).

El CASO N°3 nos comenta de un suceso que involucra un área devaluada en nuestro país, que es la salud mental, en este caso, en una gestante, con la finalidad de quitarse la vida, ingiriendo sobredosis terapéutica con pastillas de Alprazolam. Se menciona que los intentos de suicidio, involucrando envenenamientos, en mujeres gestantes, representa el 0.6 a 1% de las intoxicaciones a nivel general, de las cuales un 6.3% desconoce estar en periodo de gestación (48). El Alprazolam es un fármaco perteneciente al grupo de las Benzodiazepinas (BZD), los cuales presentan propiedades ansiolíticas, hipnóticas y sedantes, por lo que, una sobredosis se caracteriza por dificultad para hablar, ataxia y depresión del Sistema Nervioso Central con signos vitales normales. Las BZD tomadas en sobredosis sin un coingestivo rara vez producen una significativa toxicidad, así es que el compromiso respiratorio no es muy común con ingestiones orales aisladas, por lo que las muertes debidas a su uso son extremadamente raras (mortalidad < 0.1%). La intoxicación por BZP se considera la primera causa de intoxicaciones agudas medicamentosas, siendo superado solo por las intoxicaciones por alcohol etílico (49). En un estudio observacional se menciona que encuentran a la sobredosis de alprazolam ser más tóxico que otras BZP y conducen a mayor estancia hospitalaria, mayor ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, mayor necesidad de ingreso a ventilación mecánica y necesidad de uso de agentes antidotos (flumazenil) (50). El manejo de cualquier intoxicación se centra primero en el ABC: manejo de la vía aérea, respiración y circulación del paciente; posterior al manejo inicial se recomienda un lavado gástrico completo (no se recomienda uso de carbón activado); y, por último, el uso del antidoto: flumazenil, el cual es un antagonista competitivo del receptor de las BZD que es eficaz para revertir sus efectos sedantes, sin embargo, su uso se ve en controversia en aquellos pacientes con uso crónico de las BZD; en el contexto del embarazo, el flumazenil está dentro de la categoría C de riesgo en la gestación, por lo que su uso debe reservarse si los beneficios superan los riesgos (51), en el caso clínico no se llegó a instaurar por recomendación de Medicina Interna. Es de importancia acotar que este grupo de fármacos atraviesan la barrera placentaria, distribuyéndose en los órganos fetales; no

parecen tener mucho potencial teratogénico si no son consumidos durante el primer trimestre, pero si inducen a parto pretérmino y a niños con bajo peso al nacimiento (52). Para el alta médica es necesaria una evaluación por el psiquiatra.

El CASO N°4 se trata de una patología común dentro de Obstetricia, la cual es la enfermedad hipertensiva del embarazo, siendo el caso presentado de una preeclampsia sin signos de severidad. La definición de preeclampsia consiste en un trastorno multisistémico progresivo la cual se caracterizado por la nueva aparición de hipertensión (definida por presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg) + proteinuria (≥ 3 g en 24 horas) o de hipertensión + disfunción orgánica con o sin proteinuria a partir de la semana 20 del embarazo hasta la semana 12 del posparto de una mujer que con anterioridad era normotensa. La preeclampsia se tiene que diferenciar de otras patologías que engloban el concepto de enfermedad hipertensiva del embarazo, tales como hipertensión inducida por embarazo, caracterizada por hipertensión sin proteinuria ni daño de órgano diana después de la semana 20 de gestación hasta la semana 12 del posparto, y como hipertensión crónica, la cual es la hipertensión diagnosticada antes del embarazo o aquella presente en al menos 2 ocasiones antes de la semana 20 de embarazo o que persiste después de la semana 12 del posparto. La preeclampsia se divide en dos grupos de acuerdo a si presenta o no signos de severidad, las cuales se caracterizan por presentar hipertensión grave (definida por una presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o una presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg) y/o síntomas o signos de disfunción de órgano blanco, que se pueden observar en los llamados síntomas premonitorios de eclampsia que involucran cefalea, dolor abdominal superior, retroesternal o epigástrico, anormalidades visuales (escotomas, visión borrosa, fotofobia), estado mental alterado, entre otros; además también se evidencia en los hallazgos laboratoriales como: creatinina. El término Eclampsia se refiere cuando aparece convulsión tónico clónica en una mujer con preeclampsia en ausencia de patologías neurológicas. Las gestantes con preeclampsia/eclampsia se asocia al 10-15% de muertes maternas directas a nivel mundial, por eso su manejo es de vital importancia (53). Un enfoque más adecuado es el monitoreo de la gestación desde inicio a fin mediante los controles prenatales,

sobre todo en aquellas pacientes con factores de riesgo, con el fin de buscar síntomas y signos de preeclampsia. Ni bien se llega al diagnóstico se sabe que el tratamiento definitivo es el parto para prevenir futuras complicaciones maternas graves y/o fetales, incluida la muerte materna y/o fetal. Si nos encontramos frente a una preeclampsia con signos de severidad, el parto es la indicación más razonable en aquellas gestaciones ≥ 34 semanas o en aquellas con menos de 34 semanas que se encuentren en trabajo de parto prematuro o con membranas ovulares rotas; se considera manejo expectante en aquellos embarazos prematuros menor a 34 semanas sin trabajo de parto, con membranas ovulares íntegras. En una preeclampsia sin signos de severidad, el parto solo está indicado en aquellos embarazos ≥ 37 semanas de gestación, siendo el manejo expectante lo ideal para embarazos prematuros. La vía de parto, incluso en preeclampsia con signos de severidad, no es indicación de cesárea inmediata, por lo que lo primero a intentar es el parto eutócico, vía vaginal. La terapia antihipertensiva está indicada en aquellos casos con hipertensión grave (PAS ≥ 160 mmHg y/o PAD ≥ 110 mmHg), y deberá iniciarse tan pronto como sea posible para prevenir accidentes cerebrovasculares y desprendimiento prematuro de placenta; el uso de estos fármacos en hipertensión leve en el contexto de una preeclampsia no tiene evidencia científica en la disminución de la morbi-mortalidad perinatal, por lo que no se recomienda su uso (54). Todos estos pasos fueron cumplidos en el HAMA, prefiriendo en primer lugar la vía de parto vaginal y monitoreo de la presión arterial en el proceso.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Una de las autoras de este informe realizó sus prácticas hospitalarias sin pandemia en otra institución distinta a la actual; en los meses de enero y febrero del año 2020, ella se encontraba rotando el segmento de Pediatría en el INSN – Breña, en el departamento de hospitalización de Medicina Pediátrica: Servicio de Medicina “D” - sala 1 en el mes de enero y Servicio de Medicina “C” - sala 3 en el mes de febrero. En todos los servicios de Medicina Pediátrica había entre 1 a 2 internos por sala asignados (usualmente 2), en los que el interno tenía la función de tomar funciones vitales a los pacientes (un aproximado de 3 pacientes por interno), escribir evoluciones, presentar las camas en la visita médica, realizar los pendientes, pegar resultados de laboratorio, entre otros. Todos los servicios de Medicina Pediátrica tienen su peculiaridad: el servicio de Medicina “A” solía hacer rotar a los internos y residentes entre las 4 salas que tenía, con exposiciones semanales de los internos; el servicio de Medicina “B” tenía charlas de los temas vistos en su pabellón; el servicio de Medicina “C” hacía una reunión antes de la visita médica para presentar los nuevos ingresos del servicio, con una ronda de preguntas, además de tener un rol de actividades con un tema distinto diario para conversar en otra reunión por la tarde, y presentación de caso clínico hecho por internos con exposición de información actualizada del tema a tratar en el caso clínico realizado por los residentes 2 veces por semana, con la consolidación de toda la información recibida en una evaluación semanal tocando los temas diarios de esa semana; y en el servicio de Medicina “D” también se solía hacer una reunión antes de la visita médica a las 8:00 a.m. donde el interno presentaba a los nuevos ingresos del servicio, igualmente con ronda de preguntas para todo el equipo, además de pequeñas reuniones

organizadas por los residentes donde se tocaba los temas más resaltantes de Pediatría. Actualmente, esta autora se encuentra realizando sus prácticas hospitalarias en el Hospital María Auxiliadora, desde el mes de octubre.

Para dicha autora que comenzó su internado en el INSN, la situación de continuar o no el internado fue una duda exorbitante, ya que su sede principal mandaba a sus internos a continuar su internado médico en centros de salud de nivel I, es decir, sedes no hospitalarias, llevándola a pensar si realmente era el internado que ella quería, y si realmente valía la pena realizar sus prácticas incompletas en una sede no hospitalaria, además de haber la posibilidad de contagio por el SARS-CoV-2 a ella y a su familia que tiene factores de riesgo, estando a un paso de retirarse del internado sin importar atrasarse 1 año y medio al dudar de la calidad de este internado médico que se le estaba ofreciendo con posibles repercusiones en su salud y la de su familia. Sin embargo, en un último esfuerzo de llevar un internado médico en sede hospitalaria, se comunicó con la doctora Luz Parra, jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) del Hospital María Auxiliadora (con quien había mantenido conversaciones en persona en marzo del 2020, antes de la interrupción del internado médico, para poder rotar allí en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General) para poder continuar su internado médico en dicho hospital, obteniendo una respuesta positiva, la decisión fue un poco más llevadera, sumando el apoyo brindado por sus padres médicos, optando finalmente por continuar su internado médico en el periodo 2020-2021 en esta nueva sede: Hospital María Auxiliadora.

La segunda autora, desde inicio del año 2020 estuvo rotando en el Hospital María Auxiliadora, empezando por el servicio de Ginecología- Obstetricia, el cual tuvo una duración de 3 meses, por lo que se dividió en: puerperio normal - centro obstétrico, puerperio patológico, consultorio – emergencia. Se dividieron en grupos, teniendo cada grupo 6 internos, siendo la mayoría de diferentes universidades. El horario correspondía todos los días, desde las 5:30 am hasta las 7pm, junto a guardias diurnas y nocturnas. Por ser un servicio que tiene mucho la parte quirúrgica, el interno de medicina podía entrar a las cesáreas como segundo ayudante, dando la oportunidad los médicos a cargo para realizar algunos procedimientos como: aspirar, cortar, suturar, armar los campos en SOP. Además, podían presenciar algunas

cirugías ginecológicas. Otros procedimientos eran relacionados a la monitorización de las gestantes y su bebé, y sobre todo la atención de partos y la realización de episiorrafias. En este servicio había mucha demanda de pacientes antes de la pandemia por lo que fue considerado un servicio pesado pero satisfactorio por el gran aprendizaje que se tenía a nivel práctico y también teórico, puesto que había reuniones de discusión de casos clínicos por parte de residentes e internos; inclusive exposiciones por parte de los internos a cargo del tutor del servicio.

Cuando se decidió el retorno de internos al hospital en plena pandemia, causó mucha preocupación por todos los internos sobre todo por el gran riesgo que tendrían de infectarse y contagiar a sus familiares. La segunda autora siempre tuvo el apoyo de sus padres para retornar al internado a pesar del miedo presente por el contagio, felizmente pudo continuar en su mismo hospital (Hospital María Auxiliadora), a pesar de la gran incertidumbre que había en los internos de otros hospitales de Perú para el retorno a sus hospitales de origen. Al final, el HAMA tuvo que hacer de nuevo el grupo de rotación de los internos de medicina, debido a que hubo diferentes fechas de inicio por parte de las universidades, originando que los grupos se formen de nuevo, incluso el orden de rotación. Respecto al caso de la segunda autora, felizmente tuvo su mismo orden de rotación, pero con diferentes internos; es decir, retomaba al internado para continuar con el servicio de Medicina, luego Cirugía general y finalmente Pediatría.

Si bien, el internado médico del año 2020 se vio acortado de los 12 meses calendario a 10 meses, y de la asistencia diaria, a 15 días de corrido y 15 días de descanso según lo estipulado en el decreto de urgencia, se llega a aprender bastante según las autoras de este documento, puesto que tuvieron la oportunidad de seguir realizando su internado en un hospital de alta categoría como lo es el Hospital María Auxiliadora. Sin embargo, aunque se tuvo la oportunidad de aprender muchas cosas en parte académica y práctica, faltó concretar la parte de procedimientos, que, según está contemplado en el sílabo del departamento de Medicina, los procedimientos mínimos para aprender en el internado médico son: Paracentesis, Toracocentesis, Punción Lumbar, entre otros, no teniendo la oportunidad de poder realizar ninguno de estos procedimientos por parte de ninguna de las autoras.

También es importante acotar que, en el departamento de cirugía, el cual comprende tanto cirugía general como gineco-obstetricia, por motivo de pandemia, no se permitía el ingreso a internos de medicina en sala de operaciones del HAMA, por lo que, si bien se puede aprender la parte clínica de las distintas patologías quirúrgicas, no se pudo observar el manejo definitivo de estas ni ver el contraste de la clínica y laboratorio con la pieza quirúrgica encontrada en el acto de la operación, esto conllevando un poco de desventaja con otras sedes hospitalarias que si lo permitían y obstaculizando una idea clara de qué a especialidad quirúrgica realmente se encuentran inclinadas las autoras.

Una de las mayores dificultades ha sido cuando un paciente hospitalizado que estaba al cargo de las internos de medicina ha salido positivo al SARS-CoV-2, ya que algunos residentes mandaban a aquellos internos a tomar funciones vitales, realizar examen físico pulmonar o interactuar con ellos para el trámite de alta; sin embargo, las autoras de este informe han hecho respetar sus derechos de acuerdo al decreto de urgencia de no interactuar con pacientes COVID-19, a lo que los doctores terminaron entendiendo su situación.

A pesar de las medidas de bioseguridad que se tuvo para evitar el contagio de COVID-19, durante el transcurso del internado; la segunda autora se contagió de esta enfermedad a fines de febrero 2021, pero el contagio no fue por su rotación en el HAMA sino por contacto directo con su padre, el cual es médico intensivista, así que siempre estaba en constante riesgo de contagio, hasta que llegó el día; ocasionando el contagio a toda su familia, a pesar de que el papá tuvo un aislamiento temprano fuera de su domicilio desde los primeros síntomas que refirió, posteriormente comprobado por la prueba de COVID 19. La segunda autora justo estaba acabando de rotar sus 15 días de la segunda parte de febrero 2021, los síntomas aparentemente empezaron fines de febrero con malestar general, el cual fue atribuido al posible cansancio de la rotación, luego el 01 de marzo ya en su primer día descanso del internado, empezó a presentar diarrea por 3 días seguidos, el 04 de marzo con tos y fiebre, posterior a ello los síntomas se fueron intensificando, felizmente no requirió hospitalización ni uso de oxígeno, pero por su antecedente de asma, se le complicó un poco el cuadro clínico de la tos a pesar de no desaturar, acompañado de fiebre persistente; por lo que al estar

cercano el día de retorno a los siguientes 15 días para que vaya al hospital, no tenía mejoría; la segunda autora se comunicó con su tutor a cargo del servicio del hospital para que le pueda brindar alguna solución, por lo que le solicitó que se acercara al hospital para que le puedan dar los días de descanso correspondiente; al final el médico a cargo de salud ocupacional, corroboró que la segunda autora no se encontraba apta para reincorporarse al trabajo por lo que se le otorgó 1 semana de descanso. Finalmente, la autora mejoró, y pudo reincorporarse al servicio de Pediatría, posteriormente pudo recuperar los días que había perdido por la infección por COVID – 19.

La otra autora presentó una situación similar con respecto a la infección por COVID-19: su padre, quien es médico ginecólogo-obstetra, 5 días posteriores a su jornada hospitalaria, comenzó a presentar síntomas relacionados a dicha enfermedad desde el 10 de enero del 2021, los cuales se caracterizaban por fiebre de hasta 39.5°C, escalofríos, malestar general y deposiciones líquidas; se pensaba se encontraba con un simple resfrío común, hasta que el 13 de enero es sometido a la prueba antigénica, dando como resultado positivo y consecuente aislamiento domiciliario. Por otro lado, el hermano de la autora empezó a presentar malestar de garganta y cefalea de leve intensidad ese mismo día, por lo que se le realiza la prueba antigénica dando como resultado negativo; 2 días después es sometido a otra prueba antigénica, saliendo con resultado positivo y posterior aislamiento domiciliario. Días después, el padre y el hermano se realizan Tomografía pulmonar, la cual evidencia compromiso pulmonar de patrón intersticial en aproximadamente 30% y 20% respectivamente. Fueron días de mucha incertidumbre y estrés los que conllevan ese mes de enero, ya que el padre de esta autora comenzó a complicarse, llegando a una saturación de 87% el 20 de enero, motivo por el cual requirió oxigenoterapia hasta 3 Litros por minuto por máscara de reservorio con balón de oxígeno en casa, ya que no llegó a ser hospitalizado por decisión propia. También, ambos familiares se realizaban controles de sangre de rutina para observar los valores de los predictores de mortalidad; donde se evidenció que el valor de ferritina del padre de la autora estaba en más del doble de su valor normal, razón por la que se inició tratamiento con enoxaparina 60 mg SC cada 24 horas por 1 semana. 5 días posteriores al inicio de oxigenoterapia, se le retira oxígeno, previo destete progresivo, por

mejoría de saturación. Ambos miembros de la familia de la autora presentaron mejoría sin ninguna complicación mayor. Por fortuna, tanto la madre de la autora y ella misma nunca dieron positivo a dicha enfermedad, saliendo negativas a pruebas moleculares y sin anticuerpos presentes en posteriores pruebas rápidas, esto a pesar de estar en constante contacto con sus familiares infectados para su atención y cuidado con los distintos tratamientos instaurados que la misma autora proporcionaba, tales como antibioticoterapia EV, enoxaparina SC, dexametasona IM, nebulizaciones, entre otros.

Ambas autoras refieren que ha sido una situación muy difícil esta etapa de infección por COVID-19 que pasaron sus familias y ellas mismas, puesto que no solo hubo problemas a nivel de salud física sino también de la salud mental. Además, hacen hincapié mucho el tema de las medidas de bioseguridad que la población debe tener en cuenta y no bajar la guardia, sobre todo al personal de salud que diariamente está expuesto ante este temible virus.

CONCLUSIONES

1. El internado médico es un pilar fundamental de la carrera de medicina humana para la formación del médico, ya que une los conocimientos formados de la parte teórica con la parte práctica, teniendo una mayor resolución de los distintos casos clínicos a presentarse, por lo que la eliminación del internado en cualquier aspecto no es una opción viable.
2. Existen muchas deficiencias en lo que respecta a hospitales pertenecientes al MINSA; por ejemplo, falta de tomógrafo propio en el HAMA, falta de resonancia en el HAMA.
3. El internado médico en medio de una pandemia sí es factible, con el respectivo cuidado de uso del equipo de protección personal y lavado de manos; sin embargo, se conoce que en años anteriores el internado era mucho más activo, con mayor participación y mayor tiempo, ahora, desgraciadamente por la pandemia ha obligado que el internado se reduzca, tanto en tiempo con el número de días, y en acceso a los pacientes, y eso va en desmedro de la formación médica.
4. Las presentaciones de casos clínicos son muy importantes ya que ayudan para el manejo de casos que puedan venir a lo largo de nuestra vida profesional; sin embargo, no es lo mismo la presentación de casos en la teoría a uno presenciarlo desde que el paciente llega a emergencia y posterior hospitalización, ya que prácticamente en el caso clínico que se presenta ya está avanzado con un manejo y diagnósticos establecidos, no es como un caso que uno tiene que manejar desde el inicio, viendo cómo evoluciona, cómo cambia con el tratamiento que se le instaura al paciente.
5. En adelante el internado solo va a hacerse comunitario en gran parte, y eso va a quitar la oportunidad a los futuros colegas de los años que nos

siguen ya que no van a tener el acceso a ver casos hospitalarios, los cuales son de suma importancia.

6. Si bien es cierto, el internado ayuda a la formación como médicos, pero el internado que se hace en hospitales es más importante y diferente a lo que se hace en el primer nivel de atención, puesto que en este último solo se realizan consultas o casos de pacientes crónicos, no en situaciones de emergencia, lo que no permite conocer el manejo de pacientes con patologías agudas o descompensadas, poniendo en desventaja a los médicos formados en primer nivel comparado a los médicos formados en hospitales.

RECOMENDACIONES

- Tratar a los pacientes como si fueran parte de la propia familia, con cariño y respeto, y siempre sacar provecho de los casos que se nos presentan a diario, estudiándolos al máximo, para así profundizar, reforzar los conocimientos enseñados desde pregrado y poder recordarlos en un futuro, ya que el conocimiento obtenido de lo escuchado, visto y hecho (es decir, en la práctica), es mucho mayor a lo solo escuchado en clases teóricas.
- Prescribir a los pacientes estudios complementarios necesarios, para que no se vean obligados a gastar dinero que no poseen por una patología que también se puede ver por otro estudio.
- No bajar la guardia ante el COVID-19: siempre usar los equipos de protección personal y el constante lavado de manos.
- Que se mantengan las rotaciones por hospitales y, que en la medida que disminuyan los casos de COVID-19, se pueda volver a fomentar el internado en los hospitales como sede principal y con más permanencia en dichas sedes.
- Una forma de mejorar el internado en las siguientes promociones que harán internado en primer nivel de atención, sería darles la oportunidad que, en caso tengan pacientes en primer nivel que necesiten ser referidos para internamiento, el interno pueda ir a participar en el manejo, o por lo menos ver cómo es el manejo en el paciente en el hospital a donde fue referido, y eso va a ayudar a que se forme una idea más óptima y completa de la evolución del caso y sobre todo llegar a confirmar si realmente el diagnóstico que tuvo en primer nivel fue asertivo.

- El interno de medicina debería tener oportunidad de participar (no solamente que sea el que escribe o el que mire) activamente en el manejo de los casos con el médico responsable del paciente, tanto en la labor clínica como quirúrgica, y de procedimientos.
- El futuro interno debe saber que los hospitales están llenos de pacientes con el virus, así sean hospitales catalogados como “no COVID 19”, deben saber las medidas de bioseguridad cuando se encuentren ante un paciente sospechoso de COVID 19, así que se recomienda capacitación constante en estos temas durante el transcurso del internado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. RM_095-2020-MINSA.pdf [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM_095-2020-MINSA.PDF
2. Institucional/Reseña Histórica | Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. 2017 [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20171215000354/http://www.insn.gob.pe/institucional/resena-historica>
3. Misión y Visión | Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/mision-y-vision/>
4. Instituto Nacional Materno Perinatal - Información Institucional [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
5. Instituto Nacional Materno Perinatal - Cartera de Servicios [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/servicios/cartera-de-servicios/1547571289>
6. RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/v2/pdf/historia/historia.pdf>
7. COMPENDIO ESTADÍSTICO 2019.pdf [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/v2/pdf/publicaciones/39.pdf>
8. Hospital María Auxiliadora [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/>

9. DOCUMENTO_TECNICO.pdf [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
10. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *Anales de la Facultad de Medicina*. enero de 2016;77(1):31-8.
11. Woolliscroft JO. Innovation in Response to the COVID-19 Pandemic Crisis. *Academic Medicine*. agosto de 2020;95(8):1140-2.
12. Instituto Nacional de Salud de Niño - ASIS 2019 (TOMO I).pdf [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/publicaciones/ASIS%202019%20_TOMO%20I.pdf
13. BOLETIN ESTADISTICO: HMA EN CIFRAS – AÑO 2020 [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/estadistica/HospMarAuxiCifras2020.pdf>
14. RESOLUCION-MINISTERIAL-N°-751-2004-MINSA.pdf - Ministerio de Salud [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://cloud.minsa.gob.pe/apps/onlyoffice/s/QGL55ETmazEtAKf?fileId=56863>
15. Clinical manifestations and diagnosis of polycythemia vera - UpToDate [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-polycythemia-vera>
16. Spivak JL, Silver RT. The revised World Health Organization diagnostic criteria for polycythemia vera, essential thrombocytosis, and primary myelofibrosis: an alternative proposal. *Blood*. 15 de julio de 2008;112(2):231-9.
17. Prognosis and treatment of polycythemia vera - UpToDate [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/prognosis-and-treatment-of-polycythemia-vera>

18. Septic arthritis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/septic-arthritis-in-adults>
19. Evaluation of the diabetic foot - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-diabetic-foot>
20. Clinical manifestations, diagnosis, and management of diabetic infections of the lower extremities - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-diabetic-infections-of-the-lower-extremities>
21. Pathophysiology of ischemic stroke - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-of-ischemic-stroke>
22. Neuroimaging of acute ischemic stroke - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/neuroimaging-of-acute-ischemic-stroke>
23. Initial assessment and management of acute stroke - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke>
24. Sigmoid volvulus - UpToDate [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus>
25. López-Ruiz JA, Tallón-Aguilar L, Sánchez-Moreno L, López-Pérez J, Oliva-Mompellán F. Tratamiento del vólvulo de colon sigmoideas mediante detorsión endoscópica seguida de sigmoidectomía asistida por laparoscopia en régimen de urgencia diferida. 2017;38:4.
26. Naveed M, Jamil LH, Fujii-Lau LL, Al-Haddad M, Buxbaum JL, Fishman DS, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1 de febrero de 2020;91(2):228-35.

27. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis>
28. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults>
29. Antimicrobial approach to intra-abdominal infections in adults - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/antimicrobial-approach-to-intra-abdominal-infections-in-adults>
30. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis>
31. Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis>
32. Initial evaluation and management of abdominal gunshot wounds in adults - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-abdominal-gunshot-wounds-in-adults>
33. OMS. Global tuberculosis report 2019 [Internet]. 2019 [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf>
34. Tuberculosis disease in children - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/tuberculosis-disease-in-children>
35. Clinical features and evaluation of febrile seizures - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures>

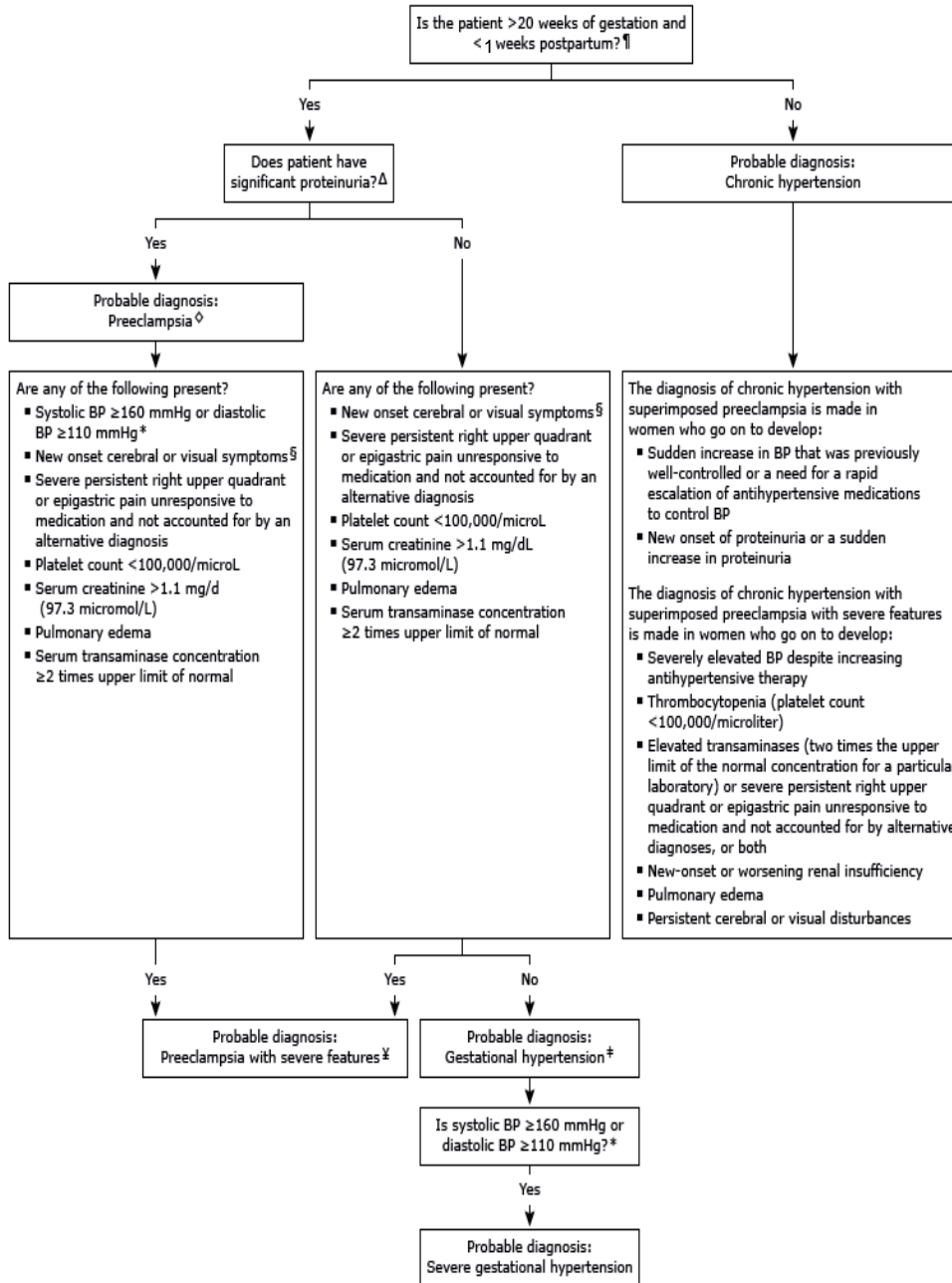
36. Evaluation of purpura in children - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-purpura-in-children>
37. Immune thrombocytopenia (ITP) in children: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/immune-thrombocytopenia-itp-in-children-clinical-features-and-diagnosis>
38. Immune thrombocytopenia (ITP) in children: Initial management - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/immune-thrombocytopenia-itp-in-children-initial-management>
39. Overview of cytomegalovirus infections in children - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-cytomegalovirus-infections-in-children>
40. Congenital cytomegalovirus infection: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/congenital-cytomegalovirus-infection-clinical-features-and-diagnosis>
41. Congenital cytomegalovirus infection: Management and outcome - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/congenital-cytomegalovirus-infection-management-and-outcome>
42. Microbiology, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of cat scratch disease - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/microbiology-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cat-scratch-disease>
43. Treatment of cat scratch disease - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-disease>

44. Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment>
45. Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-management-and-outcome>
46. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history>
47. Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview - UpToDate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview>
48. Camacho YA, Rodríguez EF. CARACTERIZACIÓN DE INTOXICACIONES EN MUJERES GESTANTES NOTIFICADAS EN BOGOTÁ D.C 2008-2015. 2016. 2016;62.
49. Benzodiazepine poisoning and withdrawal - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/benzodiazepine-poisoning-and-withdrawal>
50. Isbister GK, O'Regan L, Sibbritt D, Whyte IM. Alprazolam is relatively more toxic than other benzodiazepines in overdose. Br J Clin Pharmacol. julio de 2004;58(1):88-95.
51. Flumazenil: Drug information - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/flumazenil-drug-information>
52. Labrea V. Benzodiazepinas en el embarazo [Internet]. 2015 [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/monografia_virginia_labrea_ultimo.pdf

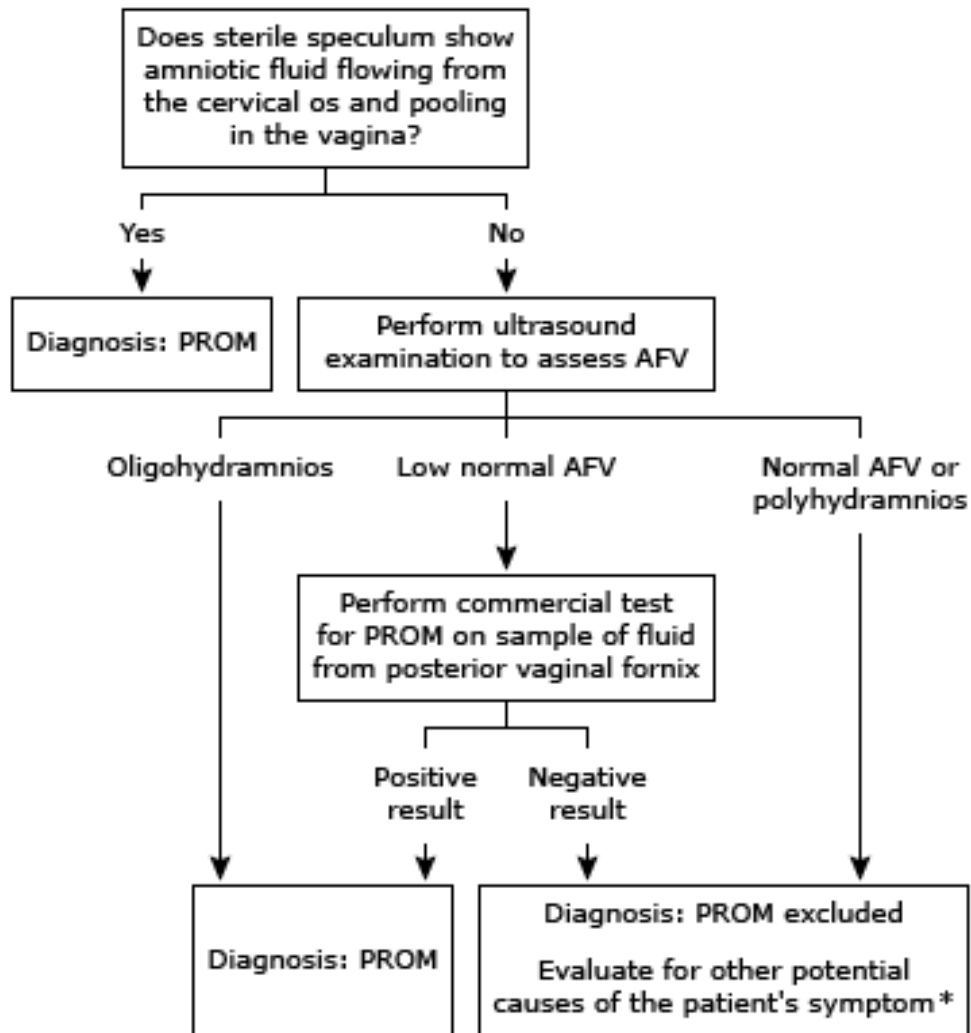
53. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
54. Preeclampsia: Management and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis>

ANEXOS

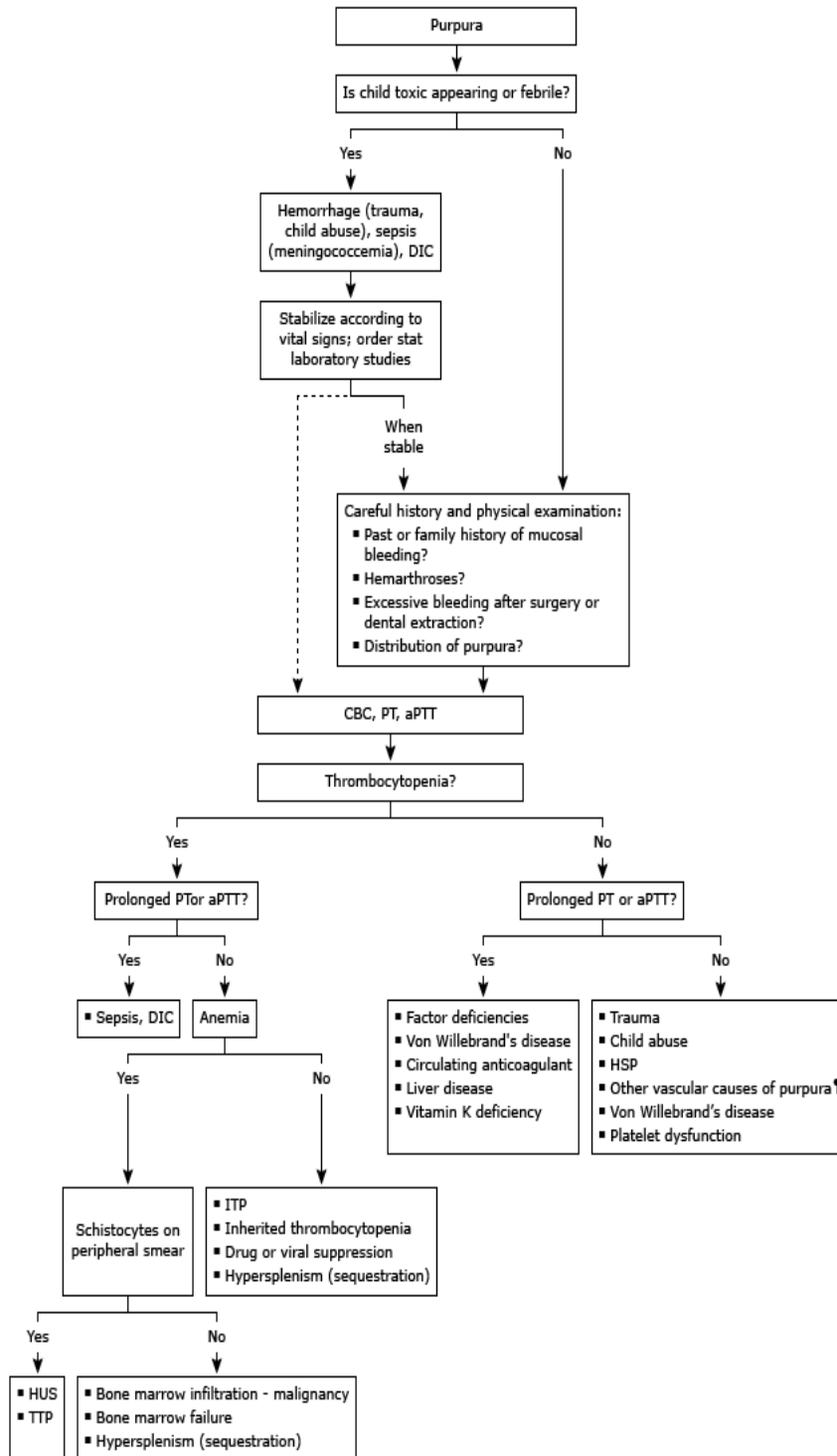
ANEXO N°1



ANEXO N°2



ANEXO N°3



ANEXO N°4

Treatment of tuberculosis in children

Diagnostic category	Regimen (daily or three times weekly)*	
	Intensive phase	Continuation phase
New cases		
New smear-positive pulmonary TB New smear-negative pulmonary TB with extensive parenchymal involvement Severe forms of extrapulmonary TB (not including meningitis or osteoarticular disease) Severe concomitant HIV disease	INH RIF PZA EMB (2 months)	INH RIF (4 months)
TB meningitis (see text)	INH [¶] RIF PZA SM or AM or Eto (2 months)	INH RIF (7 to 10 months) ^[1]
Osteoarticular TB	INH [¶] RIF PZA EMB (2 months)	INH RIF (7 to 10 months) ^[1]
New smear-negative pulmonary TB (other than above categories) Less severe forms of extrapulmonary TB	INH ^Δ RIF PZA (2 months)	INH RIF (4 months)
Previously treated cases		
Smear-positive pulmonary TB <ul style="list-style-type: none"> ■ Relapse ■ Treatment after interruption ■ Treatment failure 	INH RIF PZA EMB SM (2 months) Followed by INH RIF PZA EMB (1 month)	INH RIF EMB (5 months)
Chronic and MDR-TB	Individualized regimens	

TB: tuberculosis; INH: isoniazid; RIF: rifampin (rifampicin); PZA: pyrazinamide; EMB: ethambutol; SM: streptomycin; AM: amikacin; Eto: ethionomide; HIV: human immunodeficiency virus; MDR-TB: multidrug-resistant TB.

* Direct observation of drug administration is recommended. Intermittent therapy (two or three times weekly) is not recommended for children with HIV infection.

¶ For treatment of meningitis, EMB is replaced by SM or Am or Eto. The decision about which drug to use may be guided by drug susceptibility data of the index case if available or country-level rates of specific drug resistance.

Δ EMB may be omitted during the initial phase of treatment for patients in the following categories:

- Patients with non-cavitary, smear-negative pulmonary TB and known to be HIV negative
- Patients known to be infected with fully drug-susceptible bacilli

Reference:

1. *Rapid Advice: Treatment of tuberculosis in children.* World Health Organization, Geneva, 2010. (WHO/HTM/TB/2010.13).

Reproduced with permission from: World Health Organization, Childhood TB Subgroup. *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children.* Geneva. Available at

http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_TB_2006.371_eng.pdf. Copyright © 2006 World Health Organization.

UpToDate®

ANEXO N°5

Abordaje del manejo del vólvulo sigmoideo en adultos



* Los pacientes con perforación o peritonitis generalmente no deben tener su vólvulo de detorsión para evitar una lesión por reperfusión. En cambio, deben someterse a una resección del intestino comprometido en su posición volvulizada.

¶ La elección de la reconstrucción debe individualizarse en función de los parámetros clínicos del paciente. Se prefiere el procedimiento de Hartmann en presencia de inestabilidad hemodinámica, coagulopatía, acidosis o hipotermia.

ANEXO N°6

