



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA CLÍNICA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL

TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JHON FRANKSIS MUÑOZ CHUMPEN

ASESOR (A)

DRA. KATHIA GALLEGOS VELASCO

CHICLAYO, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA CLÍNICA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO,
2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL

TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JHON FRANKSIS MUÑOZ CHUMPEN

ASESOR (A)

DRA. KATHIA GALLEGOS VELASCO

CHICLAYO, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Gerardo Paul Santana Bazalar

Miembro: M.E. Marianella Haydee Ysla Poemape

Miembro: M.E. Fritz Oliver Vera Rendon

DEDICATORIA

A mi padre, madre y hermana por su motivación constante, por brindarme la fuerza necesaria para lograr mis objetivos y por los ejemplos de perseverancia que me han permitido ser una persona de bien.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad San Martín de Porres y a cada uno sus docentes, al Hospital Santa María de Cutervo y a cada uno de sus trabajadores ya que gracias a ellos hice posible uno de mis más grandes sueños, por todos sus conocimientos y orientación brindada a lo largo de mi preparación profesional.

ÍNDICE

	Páginas
Portada	i
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	viii
I. CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
II. CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
III. CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
IV. CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	32
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	36
VIII. ANEXOS	
- ANEXO N° 01: ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL HSMC	39
- ANEXO N° 02: CARTERA DE SERVICIOS DEL HSMC	40
- ANEXO N° 03: SISTEMA DE REFERENCIAS DEL HSMC	43
- ANEXO N° 04: MANEJO DEL PARTO EN PLACENTA PREVIA	45
- ANEXO N° 05: MANEJO DEL ABORTO	46
- ANEXO N° 06: CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD SEGÚN TIPO DE ACCIDENTE OFÍDICO	47
- ANEXO N° 07: DOSIFICACIÓN DE SUEROS ANTIOFÍDICOS	48
- ANEXO N° 08: ANTIBIOTICOTERAPIA EN PIELONEFRITIS AGUDA	49
- ANEXO N° 09: ABORDAJE GENERAL DEL PACIENTE CON POSIBLE APENDICITIS	50
- ANEXO N° 10: MANEJO DE ICTERICIA NEONATAL	51
- ANEXO N° 11: FLUJOGRAMA EN PACIENTES CON URTICARIA/ANGIOEDEMA	52

RESUMEN

Lugar en que se desarrolló la experiencia preprofesional, año 2020-2021:

Hospital Santa María de Cutervo, de categoría II-1 (Distrito de Cutervo, Provincia de Cutervo, Departamento de Cajamarca).

Objetivos: 1) Conocer la importancia del internado médico. 2) Mencionar el contexto en el que se desarrolló la experiencia. 3) Dar a conocer los casos clínicos que se presentaron durante el internado médico.

Metodología: Selección de los casos clínicos que se presentaron en cada una de las cuatro rotaciones del internado médico.

Recursos: Historias clínicas y fuente bibliográfica, nacional e internacional, para obtener más información de los casos clínicos presentados.

Conclusiones: El internado médico es una etapa sumamente importante en la formación de estudiante de medicina ya que permite adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para afrontar los problemas de salud – enfermedad de la población.

ABSTRACT

Place in which the pre-professional experience was developed, year 2020-2021: Hospital Santa María of Cutervo, category II-1 (District of Cutervo, Province of Cutervo, Department of Cajamarca). **Objectives:** 1) To know the importance of the medical internship. 2) Mention the context in which the experience took place. 3) Publicize the clinical cases that occurred during the medical internship. **Methodology:** Selection of clinical cases that occurred in each of the four rotations of the medical internship. **Resources:** Medical records and bibliographic source, national and international, to obtain more information on the clinical cases presented. **Conclusions:** The medical internship is an extremely important stage in the training of a medical student since it allows to acquire the knowledge, skills and attitudes necessary to face health problems - diseases of the population.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de suficiencia profesional ha tenido como base la experiencia vivida durante el internado médico en el Hospital Santa María de Cutervo (HSMC), que cuenta con Categoría II-1, el cual es centro de referencia tanto de los distritos propios de Provincia de Cutervo como de distritos de Provincias cercanas al mismo. Se plantearon los siguientes objetivos: 1) Conocer la importancia del internado médico. 2) Mencionar el contexto en el que se desarrolló la experiencia. 3) Dar a conocer los casos clínicos y su manejo inicial que se presentaron durante el internado médico. El motivo para seleccionar los casos clínicos que se mencionarán más adelante, es debido a que se presentan con relativa frecuencia; sin embargo, como se describirá en cada caso, no siempre se cuenta con todos los exámenes necesarios para realizar un diagnóstico definitivo. Adicionalmente se mencionan las competencias, las actitudes y valores alcanzados durante el internado médico. Dentro de la metodología, primero se seleccionaron los casos clínicos de cada rotación, se copió el número de historia clínica para posteriormente y mediante permiso del personal de archivos clínicos, revisar y obtener los datos clínicos de los casos seleccionados. Los recursos utilizados fueron las historias clínicas y la bibliografía fue tanto nacional e internacional.

I. CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1. IMPORTANCIA DEL INTERNADO MÉDICO

El internado médico es una etapa importante que se define como aquellas prácticas preprofesionales que realiza el estudiante de medicina durante su último año de estudios (1). Es así que, al interno de medicina se le permite participar activamente en la supervisión y manejo de los pacientes ingresados, con el objetivo de adquirir experiencias nuevas en la detección de riesgos, aplicación de medidas preventivas, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los principales problemas de salud (1). El internado médico, al ser parte del plan de estudio de la carrera de Medicina, es un año obligatorio e indispensable para integrar y consolidar los conocimientos que se adquirieron durante los ciclos previos (2).

Las competencias en medicina se han definido como los conocimientos, habilidades y actitudes aplicadas en la solución de los problemas de salud; además, incluye un sistema de valores esenciales que son adquiridos en correspondencia con los objetivos de educación propuestos (2). También se deducen las siguientes competencias susceptibles de ser evaluadas: comunicación, capacidad de análisis, capacidad de resolver problemas esenciales, poder de decisión conforme a valoraciones, capacidad de interactuar socialmente, tener perspectivas globales o integrales, ejercer una ciudadanía efectiva y tener una respuesta ética y estética (2).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), la competencia es habilidad para desempeñar eficientemente una función; y que, representaría el conjunto elemental de conocimientos (el saber), destrezas (el saber hacer), actitudes (el saber ser) y experiencias necesarias para igualar una capacidad y desempeñar una función (3). Así, una competencia indica la suficiencia para hacer algo bien, especialmente la adquirida a través de la experiencia o el entrenamiento (3).

1.2. EXPERIENCIA DURANTE EL INTERNADO MÉDICO

1.2.1. CASO CLÍNICO N° 01:

Enfermedad actual: Paciente mujer de 38 años (G4 P3003), actualmente cursa con una gestación de 34 6/7 semanas por FUR, ingresa a emergencia refiriendo que desde aproximadamente 1 día antes del ingreso presenta dolor abdominal en meso-hipogastrio “tipo contracción”, de moderada intensidad con irradiación lumbosacra, niega pérdida de líquido, niega otras molestias.

Antecedentes: FUR: 16/06/20. FPP: 23/03/2021. CPN: 08. A la edad gestacional de 24 4/7 semanas por FUR, ingresó por presentar sangrado vaginal color “rojo vivo” en regular cantidad, sin coágulos, diagnosticándose placenta previa oclusiva total por ecografía. HTA: Niega. DM: Niega: Niega. RAMS: Niega. Asma: Niega. Niega otros antecedentes patológicos. Niega antecedentes quirúrgicos. Niega antecedentes familiares.

Examen físico:

PA: 117/83 mmHg. FC: 71 lpm. FR: 20 rpm. T°: 36°C. SatO₂: 97%. AREG, AREN, AREH, LOTEP, ventilando espontáneamente sin dificultad y sin apoyo de oxígeno. Piel: normotérmica, normocrómica. Cabeza y cuello: sin alteraciones, mucosas húmedas. AR: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados. ACV: ruidos cardíacos rítmicos y regulares, no soplos. Abdomen: globuloso, RHA (+), blando y depresible, ocupado por feto único vivo, AU: 32cm, SPP: LCI. FCF: 103-117 lpm, DU: esporádica, tacto vaginal: diferido. Extremidades: Motricidad conservada. SN: Despierta, activa, LOTEP, EG:15pts.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: Leucocitos: 9.200/mm³. Plaquetas: 210.000/mm³. Hematocrito: 44%. Hemoglobina: 14.5g/dL. Grupo y factor: “O” Rh positivo. TC: 7'.10". TS: 1'.30".
- Bioquímica: Glucosa: 99mg/dL. Creatinina: 0.9mg/dl. Urea: 15.04mg/dl.
- Inmunoserología: RPR: no reactivo. VIH: no reactivo. HBsAg: no reactivo.
- Ecografía-TV: Placenta previa oclusiva total.

- Examen completo de orina: Leucocitos: 4-6/campo. Eritrocitos: 2-4/campo.

Diagnóstico:

1. Estado fetal no tranquilizador: Bradicardia fetal.
2. Placenta previa oclusiva total.
3. Multigesta de 34 6/7 por FUR.
4. Pródromos de labor de parto.

Indicaciones médicas:

1. NPO
2. Reposo relativo
3. CSV c/6h
4. NaCl 0.9% 1.000cc} 500cc a chorro, luego a 45gts/min.
5. Se solicita: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, TC, TS, grupo y factor sanguíneo, examen completo de orina, RPR, VHI, HBsAg.
6. Cefazolina 2g EV pre-SOP.
7. Preparar para SOP.
8. O.S.A y comunicar eventualidades a médico de turno.

1.2.2. CASO CLÍNICO N° 02:

Enfermedad actual: Paciente mujer de 19 años (G0 P0000), ingresa a emergencia refiriendo que desde aproximadamente 3 horas antes del ingreso presenta sangrado vaginal de regular cantidad con coágulos de evolución, asociado a dolor en región hipogástrica, tipo cólico, intermitente, de moderada intensidad, sin irradiación, niega otras molestias. FUR: Hace 6 semanas.

Antecedentes: Inicio de relaciones sexuales: 16 años. MAC: Preservativos, niega uso de ACO. HTA: Niega. DM: Niega: Niega. RAMS: Niega. Niega otros antecedentes patológicos. Niega antecedentes quirúrgicos. Niega antecedentes familiares.

Examen físico: PA: 119/80 mmHg. FC: 63 lpm. FR: 20 rpm. T°: 37°C. SatO2: 98%. AREG, AREN, AREH, LOTEP, ventilando espontáneamente sin dificultad y sin apoyo de oxígeno. Piel: normotérmica, normocrómica. Cabeza

y cuello: sin alteraciones, mucosas húmedas. AR: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados. ACV: ruidos cardíacos rítmicos y regulares, no soplos. Abdomen: plano, no distendido, RHA (+), abdomen blando y depresible, dolor en hipogastrio de moderada intensidad con la palpación profunda, matidez hepática conservada. Tacto vaginal: cérvix posterior, blando, orificios abiertos, se evidencia sangrado vaginal en dedo guante. Extremidades: Motricidad conservada. SN: Despierta, activa, LOTEPE, EG:15pts.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: Leucocitos: 10.000/mm³. Plaquetas: 286.000/mm³. Hematocrito: 45%. Hemoglobina: 15.2g/dL. Grupo sanguíneo y factor: "A" Rh positivo. TC: 6'.00". TS: 1'.00".
- Bioquímica: Glucosa: 96mg/dL. Creatinina: 0.58mg/dl. Urea: 12.44mg/dl.
- Inmunoserología: RPR: no reactivo. VIH: no reactivo. HBsAg: no reactivo.
- Examen de orina: Pregnosticon (+).
- Ecografía-TV: Aborto incompleto.

Diagnóstico:

Hemorragia de la primera mitad del embarazo: Aborto incompleto.

Indicaciones médicas:

1. NPO
2. Reposo relativo
3. CSV c/6h
4. NaCl 0.9% 1.000cc} 45gts/min.
5. SS: hemograma completo, TC, TS, grupo y factor, glucosa, urea, creatinina, serología RPR, VIH, HBsAg, β-HCG cualitativo, ecografía-TV.
6. Reevaluar con resultados.
7. O.S.A y comunicar eventualidades a médico de turno.

Reevaluación con ecografía: Aborto incompleto

Nuevas indicaciones médicas:

1. NPO
2. Reposo relativo
3. CSV c/6h
4. NaCl 0.9% 1.000cc} 45gts/min.
5. Cefazolina 2g EV pre-SOP
6. Preparar para SOP.
7. O.S.A y comunicar eventualidades a médico de turno.

1.2.3. CASO CLÍNICO N° 03:

Enfermedad actual: Paciente mujer de 29 años ingresa por emergencia refiriendo que hace aproximadamente 8 horas antes del ingreso fue mordida por una serpiente (“macanchillo”, refiere se logró identificar serpiente en su comunidad) en 2 ocasiones seguidas en región glútea derecha; motivo por el cual acude a su establecimiento de salud; en su traslado hacia el HSMC, refiere que se agregó dolor intenso en dicha región, asociado a cefalea holocraneal intensa, náuseas y edema facial. Funciones biológicas aparentemente conservadas.

Antecedentes: HTA: Niega. DM: Niega: Niega. RAMS: Niega. Niega antecedentes médicos, quirúrgicos, familiares aparentemente sanos.

Examen físico: PA: 100/60 mmHg. FC: 102 lpm. FR: 22 rpm. T°: 36.5°C. SatO2: 97%. AREG, AREN, AREH, LOTEP, ventilando espontáneamente sin dificultad y sin apoyo de oxígeno. Piel: normotérmica, normocrómica, edema facial y periorbitario. En región glútea derecha: zona edematosa con rubor y equimosis perilesional, piel caliente con dolor a la palpación. Cabeza y cuello: sin alteraciones, mucosas húmedas, no gingivorragia. AR: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados. ACV: ruidos cardíacos rítmicos y regulares, no soplos. Abdomen: plano, no distendido, RHA (+), abdomen blando y depresible, no doloroso con la palpación profunda, matidez hepática conservada. Extremidades: Motricidad conservada. SN: Despierta, activa, LOTEP, EG:15pts.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: Leucocitos: 5.100/mm³. Plaquetas: 332.000/mm³. Hematocrito: 54%. Grupo sanguíneo y factor: "O" Rh positivo. TC: 10'.00". TS: 2'.30".
- Bioquímica: Glucosa: 96mg/dL. Creatinina: 1.22mg/dl. Urea: 15.60mg/dl. PCR: 96mg/dl. Proteinemia: No realizado. Albuminemia: No realizado. Colesterolemia: No realizado. Trigliceridemia: No realizado.
- Perfil hepático: Reactivos agotados.
- Perfil de coagulación: TP: 15.2" (VN: 12-14"). TTPA: 36.8" (30-40"). Fibrinógeno: 295.4mg/dl (VN: 200-400mg/dl).
- Examen completo de orina: Leucocitos: 4-6/campo. Eritrocitos: >100/campo. Proteínas (++)

Diagnóstico:

1. Ofidismo: accidente botrópico moderado.
2. Celulitis en región glútea derecha.
3. Hematuria por nefrotoxicidad
4. Proteinuria no especificada
5. d/c síndrome nefrótico.

Indicaciones médicas:

1. NPO
2. Reposo relativo
3. CSV c/hora en hoja aparte + Control de diuresis.
4. NaCl 0.9% 1.000cc} 45gts/min
5. Suero antibotrópico polivalente (5 viales) + NaCl 0.9% 500cc} pasar en 1 hora.
6. Clorfenamina 10mg EV c/8h
7. Dexametasona 4mg EV c/12h
8. Ceftriaxona 2g EV c/24h
9. Clindamicina 600mg EV c/8h
10. Vacuna antitetánica
11. Omeprazol 40mg c/24h
12. NaCl 0.9% 250cc + Tramadol 100mg + Metamizol 1g} PRN dolor intenso, pasar en 1 hora.

- 13.SS: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor sanguíneo, TC, TS, PCR, perfil hepático, perfil de coagulación. Examen completo de orina. Proteinemia, albuminemia, colesterolemia, trigliceridemia. Proteinuria en 24 horas.
14. Curación diaria.
15. Reevaluación c/hora.
16. O.S.A y comunicar a médico de turno.
17. Pasa a observación de emergencia.

1.2.4. CASO CLÍNICO N° 04:

Enfermedad actual: Paciente varón de 70 años acude a emergencia debido a que desde aproximadamente 2 días antes del ingreso presenta sensación de alza térmica no cuantificada y escalofríos; asociado a disuria, polaquiuria y urgencia miccional. Además, refiere no realizar deposiciones desde aproximadamente 5 días. Niega otros síntomas.

Antecedentes: HTA (2014): en tratamiento con losartán 50mg VO c/24h. DM: Niega. Niega. RAMS: Niega. Niega intervenciones quirúrgicas. Antecedentes familiares: Niega. Familiares aparentemente sanos.

Examen físico: PA: 120/75 mmHg. FC: 80 lpm. FR: 22 rpm. T°: 37°C. SatO₂: 88%. AREG, AREN, AREH, LOTEPE, ventilando espontáneamente sin dificultad y sin apoyo de oxígeno. Piel: normotérmica, normocrómica. Cabeza y cuello: sin alteraciones, mucosas húmedas, no gingivorragia. AR: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados. ACV: ruidos cardíacos rítmicos y regulares, no soplos. Abdomen: Globuloso, no distendido, RHA (+), blando y depresible, dolor abdominal difuso de leve-moderada intensidad con la palpación profunda, matidez hepática conservada. GU: PPL (+) bilateral, dolor no irradiado. Extremidades: Motricidad conservada. SN: Despierta, activa, LOTEPE, EG:15pts.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: Leucocitos: 13.100/mm³. Eritrocitos: 2-4/mm³. Plaquetas: 260.000/mm³. Hematocrito: 44%.

- Bioquímica: Glucosa: 98mg/dL. Creatinina: 0.97mg/dl. Urea: reactivo agotado. PCR: 24mg/L.
- Examen completo de orina: Leucocitos: campo cubierto. PH: 5. Nitritos (+).
- Prueba rápida COVID-19: negativa.
- Rx de tórax: sin signos de consolidación.

Diagnóstico:

1. Pielonefritis aguda
2. d/c NAC

Plan de trabajo:

1. DB hiposódica
2. Reposo relativo
3. CSV c/6h + SatO₂
4. NaCl 0.9% 1.000cc} 25gts/min
5. Ceftriaxona 2g EV c/24h
6. Omeprazol 40mg EV c/24h
7. Lactulosa (3.33g/5ml) 10cc c/8h VO x 3 dosis o hasta deposiciones.
8. Losartán 50mg VO c/24h
9. Metamizol 1g EV PRN T°≥38°C.
10. O₂ x CBN, para mantener SatO₂≥90%.
11. SS: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, PCR, examen completo de orina, aglutinaciones, prueba rápida COVID-19, Rx de tórax.
12. O.S.A + comunicar eventualidades a médico de turno.

1.2.5. CASO CLÍNICO N° 05:

Enfermedad actual: Paciente mujer de 19 años ingresa a emergencia por presentar desde hace aproximadamente 22 horas antes del ingreso dolor abdominal en mesogastrio, tipo cólico de moderada intensidad, con posterior irradiación a FID; asociado a hiporexia, náuseas y vómitos alimentarios, “biliosos”, sin sangre en 10 oportunidades en poca cantidad. Niega otros síntomas.

Antecedentes: HTA: Niega. DM: Niega: Niega. RAMS: Niega. Asma (-). Niega cirugías previas. G0 P0000. Familiares aparentemente sanos.

Examen físico: PA: 125/83 mmHg. FC: 70 lpm. FR: 20 rpm. T°: 36.4°C. SatO2: 95%%. AREG, AREN, AREH, LOTEP, ventilando espontáneamente sin dificultad y sin apoyo de oxígeno. Piel: normotérmica, normocrómica. Cabeza y cuello: sin alteraciones, mucosas semihúmedas. AR: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales. ACV: ruidos cardíacos rítmicos y regulares, no soplos. Abdomen: Plano, no distendido, RHA (+), blando y depresible, dolor abdominal en FID, signo de McBurney (+), signo de Rovsing (+), signo de Blumberg (-), matidez hepática conservada. Puntaje de Alvarado: 8 puntos. Extremidades: Motricidad conservada. SN: Despierta, activa, LOTEP, EG:15pts.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: Leucocitos: 15.000/mm³ (N: 94%. AB: 4%. SEG: 90%. L: 5%. M: 1%). Plaquetas: 355.000/mm³. Hematocrito: 40%. Grupo sanguíneo y factor: "B" Rh positivo. TC: 5'.00". TS: 1'.00".
- Bioquímica: Glucosa: 130mg/dL. Creatinina: 0.98mg/dl. Urea: 24.47mg/dl.

Diagnóstico:

Apendicitis aguda.

Indicaciones médicas:

1. NPO
2. Reposo relativo
3. CSV c/6h
4. NaCl 0.9% 1.000cc} 500cc a chorro, luego a 45gts/min
5. NaCl 0.9% 100cc + Metamizol 2g + Hioscina 20mg} EV LyD STAT
6. Ciprofloxacino 200mg EV c/12h
7. Metronidazol 500mg EV c/8h
8. Omeprazol 40mg EV c/24h
9. Dimenhidrinato 50mg PRN a náuseas y/o vómitos

10.SS: Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, TC, TS.

11.Preparar para SOP.

12.O.S.A y comunicar a médico de turno.

1.2.6. CASO CLÍNICO N° 06:

Enfermedad actual: Paciente mujer de 36 años acude a emergencia por presentar desde hace aproximadamente 5 días antes del ingreso dolor tipo cólico en tumoración localizada en región inguinal izquierda, de moderada intensidad, no irradiado, sin cambios en el ritmo defecatorio ni asociado a otros síntomas.

Antecedentes: HTA: Niega. DM: Niega. Niega. RAMS: Niega. Hernia inguinal izquierda desde aproximadamente 3 años. Niega antecedentes quirúrgicos. Familiares aparentemente sanos.

Examen físico: PA: 116/77 mmHg. FC: 60 lpm. FR: 20 rpm. T°: 37.2°C. SatO₂: 96%. AREG, AREN, AREH, LOTEPE, ventilando espontáneamente sin dificultad y sin apoyo de oxígeno. Piel: normotérmica, normocrómica. Cabeza y cuello: sin alteraciones, mucosas húmedas. AR: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales. ACV: ruidos cardíacos rítmicos y regulares, no soplos. Abdomen: globuloso, no distendido, RHA presentes de buen tono, abdomen blando y depresible, dolor en hipogastrio de moderada intensidad con la palpación profunda, matidez hepática conservada. En región inguinal izquierda: masa ovalada, de aprox. 6x5 cm de diámetro, sin cambios en la coloración, blanda, dolorosa que reduce con la maniobra de Taxis, aunque posteriormente vuelve a protruir de forma espontánea y con la maniobra de Valsalva, no reduce al decúbito. Extremidades: Motricidad conservada. SN: Despierta, activa, LOTEPE, EG:15pts.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: Leucocitos: 7.3000/mm³. Plaquetas: 265.000/mm³. Hematocrito: 49%. Hemoglobina:16.1mg/dl. Grupo sanguíneo y factor: "O" Rh positivo. TC: 8'.00". TS: 2'.30".

- Bioquímica: Glucosa: 88.5mg/dL. Creatinina: 0.92mg/dl. Urea: agotado.

Diagnóstico:

Hernia inguinal indirecta izquierda incoercible.

Indicaciones médicas:

1. Dieta completa y a partir de 20:00hs NPO.
2. Reposo relativo
3. CSV c/6h
4. Vía salinizada
5. Paracetamol 500mg VO c/8h.
6. Ranitidina 50mg EV STAT a las 20:00hs.
7. Dimenhidrinato 50mg EV PRN náuseas y/o vómitos.
8. Metamizol 1.5g EV PRN dolor intenso.
9. SS: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, TC, TS, grupo y factor. EKG.
10. Preparar para SOP (mañana).
11. Cefazolina 2g EV pre SOP (mañana).
12. O.S.A y comunicar eventualidades a médico de turno.

1.2.7. CASO CLÍNICO Nº 07:

Enfermedad actual: RN de sexo femenino de aproximadamente 28 horas de vida se encuentra lactando adecuadamente, sin embargo, se aprecia ictericia en escleras y piel que llega hasta debajo del nivel del ombligo, no presenta otros síntomas.

Antecedentes: RNAT post parto vaginal, EG: 40ss por Capurro. APGAR 9'-10'. Peso: 3.210kg. Grupo y factor Madre: O+.

Examen físico: RN despierto, activo, reflejos arcaicos presentes, ventilando espontánea sin dificultad y sin apoyo de O2, LLC <2". Piel: normotérmica, ictérica (++/++++) hasta debajo del nivel del ombligo, no edemas en extremidades. Cabeza: normocéfalo, fontanelas normotensas, escleras ictéricas (++/++++). Boca: Paladar íntegro, no frenillo sublingual, mucosas

húmedas. AR: MVPB en ACP, no rales. ACV: RCRR, no soplos. Abdomen: Globuloso, no distendido, RHA (+), B/D, aparentemente no doloroso a la palpación profunda, no se palpan masas. GU: característico del sexo femenino, labios mayores cubren labios menores. Ano permeable. Extremidades: Motricidad conservada para edad. SN: Despierto, activo, reactivo, reflejos arcaicos conservados.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: Leucocitos: $7.800/\text{mm}^3$ (AB: 3%. SEG: 60%. B: 1%. EO: 8%. L: 25%. M: 3%). Plaquetas: $192.000/\text{mm}^3$. Hematocrito: 49%. Hemoglobina: No realizado. Reticulocitos: reactivo agotado. Grupo y factor RN: A+. Test de Coombs directo: negativo. Test de Coombs indirecto: no realizado. Frotis de sangre periférica: no realizado. Serología para Sífilis, VIH y HB: no realizado; TORCH: no se cuenta con reactivos.
- Bioquímica: BT: 14.92mg/dl. BI: 13.19mg/dl. BD: 1.73. BT = $255.1\mu\text{mol/L}$ (para obtener el valor de la BT en $\mu\text{mol/L}$ se multiplica el valor de BT en mg/dl por una constante la cual es 17.1). Paciente en rango de fototerapia.

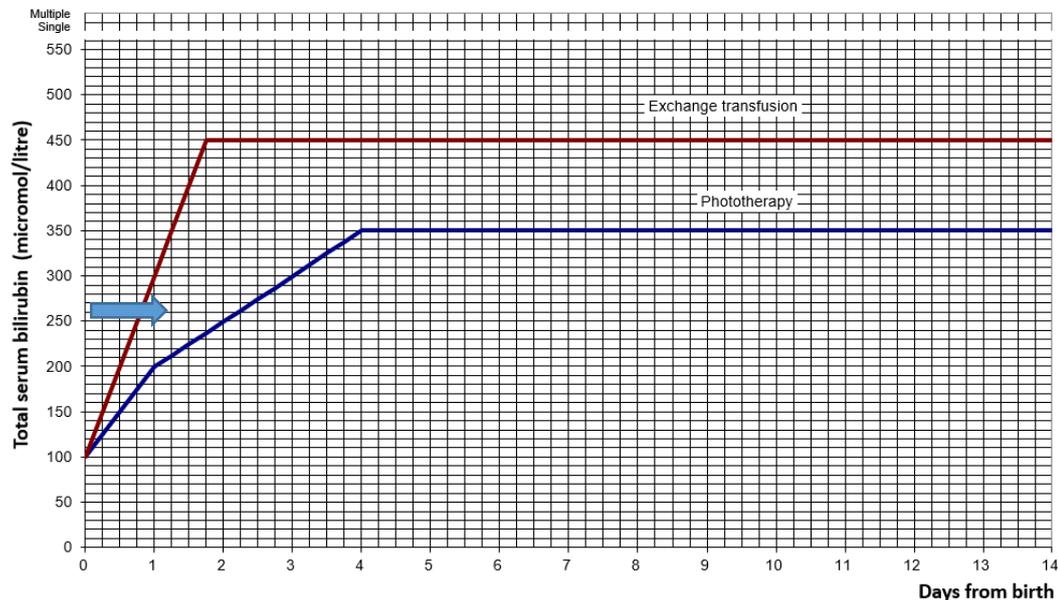


Gráfico de umbral de tratamiento para bebés con ictericia neonatal con edad gestacional mayor igual a 38 semanas (23).

Diagnóstico:

1. RNAT de sexo femenino, adecuado para la edad gestacional.
2. Incompatibilidad ABO.

3. Ictericia neonatal.

Indicaciones médicas:

1. LME a libre demanda
2. CSV c/6h
3. Fototerapia continua + Protección ocular + Protección genital
4. SS: Hematocrito, hemoglobina, reticulocitos, grupo y factor, BT y BF, test de Coombs, frotis de sangre periférica. Serología para Sífilis, VIH, HB, TORCH.
5. O.S.A + Comunizar eventualidades a médico de turno.

1.2.8. CASO CLÍNICO N° 08:

Enfermedad actual: Paciente varón de 12 años es traído a emergencia por familiar, el cual refiere que hace aproximadamente 30 minutos antes del ingreso el cuadro clínico inicio con “ronchas” pruriginosas de “pequeño tamaño” sin causa aparente en tórax anterior y posterior; no asociado a otros síntomas. Niega dificultad para respirar.

Antecedentes: HTA: Niega. DM: Niega. Niega. RAMS: Niega. Asma: niega. Refiere que es la primera vez que presenta el cuadro clínico. No hospitalizaciones previas. Niega antecedentes quirúrgicos. No crianza de animales. Familiares aparentemente sanos.

Examen físico: PA: 112/72 mmHg. FC: 78 lpm. FR: 18 rpm. T°: 36.9°C. SatO₂: 97%. Edad: 12 años 6 meses. Peso: 45kg. Talla: 149cm. Talla/Edad: Adecuado para la edad. IMC: 20.26 m/kg² (normopeso, adecuado para la edad). AREG, AREN, AREH, LOTE, ventilando espontáneamente sin dificultad y sin apoyo de oxígeno. Cabeza y cuello: sin alteraciones, mucosas húmedas. Piel: normotérmica, en tórax anterior y posterior se observan lesiones eritematosas elevadas con centro pálido de forma redondeada y serpiginosa, con bordes regulares y de tamaño variable (0.5-1cm) algunas de las cuales llegan a confluir, además blanquean con la digitopresión. AR:

murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares sin ruidos agregados. ACV: ruidos cardíacos rítmicos y regulares, no soplos. Abdomen: plano, no distendido, RHA presentes de buen tono, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, matidez hepática conservada. Extremidades: Motricidad conservada. SN: Despierto, activo, LOTEPE, EG:15pts.

Exámenes auxiliares:

- Hematología: Leucocitos: 7.800/mm³ (AB: 3%. SEG: 60%. B: 1%. EO: 8%. L: 25%. M: 3%). Hematocrito: 45%. Plaquetas: 360.000/mm³.
- Bioquímica: Glucosa: 80mg/dL. Creatinina: 0.89mg/dl. Urea: reactivo agotado. PCR: <6mg/L.

Diagnóstico:

1. Urticaria aguda.
2. Eutrófico.

Indicaciones médicas: Peso: 45kg

1. Dieta hipoalérgica + LAV
2. Reposo relativo
3. CSV c/hora
4. Vía salinizada
5. Clorfenamina 4mg EV c/6h
6. Ranitidina 45mg EV c/6h
7. SS: Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, PCR.
8. O.S.A + comunicar eventualidades a médico de turno.
9. Pasa a observación de emergencia.

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

2.1. INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2.1.1. **Nombre:** Hospital Santa María de Cutervo (HSMC) (4).

2.1.2. **Domicilio legal:** Jr. Ica S/N Distrito de Cutervo, Provincia de Cutervo, Departamento de Cajamarca, República del Perú (4).

2.1.3. **Categoría del hospital:** Hospital nivel II-1 (4).

2.1.4. **Nivel de atención:** 2º nivel de atención (4).

2.2. ÁMBITO Y JURISDICCIÓN:

El HSMC en el año 2018 ha tenido una población a la demanda de más de más de 80.000 y una población referencial de aproximadamente de 13278 habitantes lo que representa el 9.4% de la población asignada de la provincia (141.317) (4).

2.3. **ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL HSMC:** Ver ANEXO N° 01.

2.4. **CAMAS, CONSULTORIOS, SALAS QUIRÚRGICAS:** Ver CUADRO N° 01.

CUADRO N° 01: CAMAS, CONSULTORIOS, SALAS QUIRÚRGICAS (4).

Descripción	CANTIDAD
Consultorios médicos ambulatorios	07
Total de camas hospitalarias	29
Camas ginecología	11
Camas pediatría	04
Camas cirugía	05
Camas neonatología	04
Camillas ginecológicas (camas) centro obstétrico	03
Camillas para partos	02
Camas de observación adulto	05
Camas de observación pediátricas	02
Salas quirúrgicas	01

Tomado de: HSMC. Plan operativo institucional del Hospital Santa María de Cutervo 2018. Cutervo. 30 de enero de 2018; p.1-223.

2.5. CARTERA DE SERVICIOS: ANEXO N° 02 (4).

2.6. FUNCIONES GENERALES:

- a) Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en consulta externa, Hospitalización y emergencia (4).
- b) Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural (4).
- c) Obtener la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud (4).
- d) Apoyar la formación y la especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación a cargo de la UNPRG - Filial Cutervo y de los Institutos Tecnológicos Educativos, según los convenios respectivos (4).
- e) Administrar los recursos humanos y materiales para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes (4).
- f) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar (4).
- g) Implementar el sistema de referencia y contra referencia (4).

2.7. SISTEMA DE REFERENCIAS: Ver ANEXO N° 03.

El HSMC como centro de mayor capacidad resolutive de la Dirección Subregional de Salud Cutervo, recibe a referencias habituales de 7 distritos de la provincia (Querocotillo, Santo domingo de la Capilla, San Andrés, La Ramada, San Luis de Lucma, Cutervo y Súcota) y 01 distrito de la provincia de Chota (Chimban); asimismo recibe referencias esporádicas de los distritos de Callayuc, Santo Tomás, Cujillo y San Juan de Cutervo, el resto de distritos de la provincia por su accesibilidad geográfica refieren al Hospital General de Jaén (4). El HSMC tiene como destino de referencias al Hospital Docente las Mercedes de Chiclayo y el Hospital Regional de Cajamarca, que por su capacidad resolutive es de importancia para la resolución de problemas

complejos, pero dado a la poca accesibilidad en los corredores socioeconómicos, este último es poco aceptable por parte de la población (4). En circunstancia de ausencia de médicos especialistas en cirugía, ginecología o anestesiología, las referencias habituales, son enviadas al Hospital Manuel Soto Cadenillas de Chota y al Hospital General de Jaén (4). Los distritos que por su accesibilidad geográfica refieren al Hospital General de Jaén son: Distrito de Callayuc, Distrito de Santa Cruz de Cutervo, Distrito de Choros, Distrito de Pimpingos, Distrito de Toribio Casanova, Distrito de Santo Tomás, Distrito de San Juan, Distrito de Cujillo (4). De otro lado es importante señalar que en casos especiales para la resolución de patologías complejas se realizan referencias eventuales al Instituto Nacional Enfermedades Neoplásicas y al Instituto Nacional del Niño Lima (4). El Sistema de referencia frecuentemente se ve dificultado debido al mal estado de los caminos carrozables y carreteras, el mal estado, disponibilidad de ambulancias y de trabajadores competentes para el traslado de pacientes, así como por la falta de una política de capacitación permanente de los choferes (4). Es necesario mencionar que dado a que el hospital sólo cuenta con dos ambulancias en buenas condiciones y cuando ésta sale con pacientes referidos, el hospital se ve en serias dificultades para trasladar a otros pacientes tanto de los establecimientos de salud de su área de influencia, como para enviarlos a otros hospitales de mayor complejidad, trasladando a los pacientes en camionetas inapropiadas, por lo que es de prioridad contar con mayor número de ambulancias nuevas y operativas para cubrir las necesidades del Hospital (4).

2.8. SITUACIÓN NACIONAL ANTES Y DURANTE DE LA PANDEMIA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS COVID-19

El HSMC antes de la pandemia venía atendiendo de forma normal de conforme al ANEXO N° 01 (estructura orgánica) y ANEXO N° 02 (cartera de servicios), sin embargo el día martes 24 de marzo del año 2020 se notificaron 3 casos sospechosos de COVID-19 quienes fueron atendidos en el HSMC, refieren haber estado en la ciudad de Chiclayo durante los últimos 14 días, motivo por el cual se procede con la evaluación epidemiológica a los pacientes

por definición de caso según alerta epidemiológica N° 13-2020, además de toma y envío de muestras al Instituto Nacional de Salud, aislamiento domiciliario, lavado de manos con agua y jabón, cubrirse la nariz y boca con el antebrazo o papel desechable al estornudar o toser, evitar tocarse el rostro, ojos, nariz y boca con las manos sin lavar, evitar el contacto directo con personas con problemas respiratorios. Los casos son evaluados por el equipo de respuesta rápida, también se nombra un vocero oficial, se conforman los equipos de respuesta rápida, cuerpo humanitario de recojo de cadáveres, organización del call center, movilización y contratación de recursos humanos, equipamiento, elaboración de planes, campañas de tamizaje, selección e implementación de albergues, piquetes, modificaciones de programas presupuestales, coordinaciones sectoriales, interinstitucionales, entre otros, es decir se da prioridad a la pandemia a la Enfermedad por Coronavirus. Conforme a la reunión realizada por el Comando COVID, encabezada por el Alcalde Provincial e integrada por todas las autoridades se acordó realizar un recorrido por las instalaciones del HSMC, determinaron con no reunía las condiciones mínimos para la atención de pacientes ante la pandemia, y acordaron realizar las gestiones pertinentes para que las instalaciones del Centro Médico de EsSalud Cutervo, sea acondicionado y destinado para la atención los pacientes con la Enfermedad por Coronavirus, separado y bajo la responsabilidad del HSMC, tal es así que a la fecha viene funcionando con el nombre de CENTRO COVID, con una capacidad de 56 camas, con capacidad de atención hasta la denominación de moderados, casos graves son referidos al Hospital General de Jaén, Hospital Simón Bolívar de Cajamarca, diversos hospitales de Chiclayo (Lambayeque) tanto del MINSA con de EsSalud.

III. CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. CASO CLÍNICO N° 01: PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL

3.1.1. Definición:

La placenta previa se describe aquella que se implanta en algún lugar del segmento uterino inferior, ya sea sobre o muy cerca del orificio cervical interno (5). Su frecuencia es embarazos únicos es de 2.8 por 1000 gestaciones y de 3.9 en embarazos gemelares (6). Clínicamente, el hecho más característico es la hemorragia indolora de sangre roja y brillante, escasa o abundante (6).

3.1.2. Clasificación ultrasonográfica TV de la inserción placentaria:

Según se refiere, para la clasificación ultrasonográfica de placenta previa, no existe consenso que permita diferenciar claramente sus subtipos; sin embargo, se ha propuesto una clasificación como se muestra en el CUADRO N° 02, que establece subtipos bien definidos y con valor pronóstico, para ser aplicada en el segundo y tercer trimestre, basada en la “distancia entre el orificio cervical interno (OCI) y el borde placentario” (DOP), medido en milímetros, por vía TV; además, se establece la necesidad de medir la sobreposición, en relación al OCI, sea anterior, posterior o lateral (7).

CUADRO N° 02: CLASIFICACIÓN ULTRASONOGRÁFICA TV DE LA INSERCIÓN PLACENTARIA (PARA 2° Y 3ER TRIMESTRE) (7).

INSERCIÓN PLACENTARIA	DISTANCIA OCI AL BORDE PLACENTARIO (DOP)
Placenta normoinserta (PNI)	>5cm
Placenta de inserción baja (PIB)	>2cm a 5cm
Placenta previa marginal (PPM)	>0cm a 2cm
Placenta previa oclusiva (PPO)	0cm
PPO sobrepuesta	Sobreposición >0cm
Placenta previa oclusiva total (PPOT)	Sobreposición >2cm

Tomado de: González R. Placenta previa: Clasificación ultrasonográfica. Rev

Chil Ultrasonog. 2007;10(2):84-91

3.1.3. Diagnóstico:

En la anamnesis, se toma en cuenta las características del sangrado, mientras que en la exploración obstétrica se aplican las maniobras de Leopold; además, es característico encontrar un útero relajado e indoloro (6). En los métodos de imagen, la ecografía transvaginal y ecografía abdominal son utilizadas para localizar la placenta; por su parte, la cardiotocografía es utilizada para comprobar el bienestar fetal; mientras que la especuloscopia permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia (6). El tacto vaginal no se recomienda realizar (6). Exámenes de laboratorio que se suelen pedir: hemograma completo, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, glucosa, urea y creatinina, examen completo de orina, pruebas cruzadas (6).

3.1.4. Manejo del parto en placenta previa: Ver ANEXO N° 04 (6).

3.2. CASO CLÍNICO N° 02: ABORTO INCOMPLETO

3.2.1. Definición:

El aborto se define como la interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm de longitud (OMS) (8). Epidemiológicamente, el aborto representa la patología obstétrica más frecuente; con una incidencia entre 11 y 20% (8).

3.2.2. Clasificación clínica del aborto:

A. Según el tiempo de gestación: Se puede clasificar como aborto temprano si ocurren cuando la edad gestacional es menor de 9 semanas o como aborto tardío si ocurren cuando la edad gestacional es mayor a 9 semanas (8). Otros autores denominan aborto precoz si es menor de 12 semanas y aborto tardío si ocurre entre las 12 a 22 semanas (9).

B. Según la forma de presentación del aborto: Se puede clasificar como aborto espontáneo o inducido; cabe debe recordar, que la legislación peruana no acepta la práctica del aborto inducido y el Código Penal contempla sanciones a quienes lo practiquen (8).

C. Aborto terapéutico: Es la terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre (8).

3.2.3. Clasificación del aborto espontáneo:

A. Aborto en curso: Se diagnostica clínicamente cuando el dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor, denominándose aborto inminente cuando al examen ginecológico el orificio cervical interno (OCI) permeable y las membranas íntegras (8); por su parte, se denominará aborto inevitable cuando las membranas se rompen .

B. Aborto retenido: Ocurre cuando el embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en útero sin expulsión de restos ovulares, los hallazgos ecográficos corroboran el diagnóstico (8).

C. Aborto frustrado: Se denomina así cuando existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un período de cuatro semanas (8).

D. Aborto incompleto: Denominado así cuando hay expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado (8). Además, cursa con OCI abierto.

E. Aborto completo: Denominado así cuando hay expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares (8). Además, cursa con OCI cerrado.

3.2.4. Exámenes auxiliares:

A. Laboratorio:

- Hemograma completo (hemoglobina o hematocrito) (8).
- Perfil de coagulación: fibrinógeno, recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina (8).
- Bioquímica: Glucosa, urea, creatinina, transaminasas, bilirrubinas (8).
- Grupo Sanguíneo y factor Rh (8).
- RPR, prueba de Elisa VIH o prueba rápida (8).
- Prueba de Elisa HIV o prueba rápida (8).
- Examen simple de orina + urocultivo (8).

B. Imagenología:

- Ecografía transvaginal o transabdominal (8).

C. Exámenes especializados complementarios:

- Anticoagulante lúpico y anticardiolipina (8).
- Exámenes según criterio médico (8).
- Estudio anatomopatológico del contenido endouterino (8).

3.2.5. Manejo del aborto: Ver ANEXO N° 05 (8).

3.3. CASO CLÍNICO N° 03: OFIDISMO (ACCIDENTE BOTRÓPICO)

3.3.1. Definición:

Se define ofidismo como el síndrome causado por la inoculación de sustancias venenosas de alguna de las serpientes venenosas (10).

3.3.2. Clasificación de la severidad: Ver ANEXO N° 06.

3.3.3. Medidas generales:

A) Primeros auxilios:

- a) El caso debe tratarse como una emergencia (11).
- b) Tranquilizar e inmovilizar al paciente (11).
- c) Lavar la zona de la mordedura con agua y jabón (11).
- d) Inmovilizar la parte afectada empleando férula, entablillado u otros (11).
- e) Trasladar al paciente al centro o puesto de salud más cercano (cargado o en camilla) (11).
- f) Hidratar al paciente (11).
- g) No aplicar torniquetes ni ligaduras en el miembro afectado, no hacer cortes ni succionar el veneno (11).

B) Atención del paciente en el establecimiento de salud:

- a) Tomar funciones vitales, canalizar una vía periférica estabilizando hemodinámicamente al paciente (11).
- b) Evaluar la severidad del envenenamiento, tener en cuenta que ello depende de la cantidad, vía de inoculación del veneno, especie agresora y estado de salud previo del paciente (niños y adulto mayor

como grupos de mayor riesgo) (11). Además la severidad del cuadro tóxico puede variar con el transcurso del tiempo (11).

- c) Solicitar exámenes auxiliares de laboratorio según la capacidad del establecimiento: TC, hemograma, análisis de orina (11).
- d) Considerar la aplicación del suero antiofídico específico, teniendo a la mano los medicamentos necesarios para el tratamiento de una posible reacción de hipersensibilidad (11).
- e) Llenar adecuadamente la ficha clínica-epidemiológica (11).
- f) Derivar los casos moderados a severos a un establecimiento de mayor complejidad (11)

3.3.4. Medidas específicas:

La dosificación de los sueros antiofídicos se menciona en el ANEXO N° 07. El suero antiofídico se aplica por vía intravenosa, lentamente (en treinta a sesenta minutos), diluido en 500ml de cloruro de sodio al 0,9% o en dextrosa al 5% (10). En los niños, el volumen diluyente (dextrosa o cloruro de sodio) debe reducirse a 100ml (10). En los casos de mordedura sin inoculación de veneno (mordedura seca) y de no encontrarse evidencia clínica o de laboratorio de envenenamiento, no emplear suero antiofídico (10). Considerando que el suero antiofídico es un producto biológico heterólogo elaborado a partir de plasma equino, se debe tener el equipo y materiales necesarios para manejar reacciones de hipersensibilidad: adrenalina, corticoides (dexametasona), antihistamínicos (clorfeniramina) (10). Además, se usarán antibióticos y vacuna antitetánica según sea el caso.

3.4. CASO CLÍNICO N° 04: PIELONEFRITIS AGUDA

3.4.1. Generalidades:

La infección de tracto urinario (ITU) se considera generalmente como la presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas (12). El origen bacteriano de la ITU es el más frecuente (80-90%); en este caso, la definición exacta exige no solo la presencia en las vías urinarias, sino también su cuantificación en al menos 105 UFC/mL de orina tomada de chorro medio (12). La infección urinaria baja (cistitis y/o

uretritis) se caracteriza por urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez de la orina, hematuria y dolor suprapúbico (12). La infección urinaria alta (pielonefritis) es una infección masiva del parénquima renal, clásicamente se presenta con la triada de fiebre, dolor en el ángulo renal, náuseas y vómitos; además, los síntomas del tracto urinario inferior pueden o no estar presentes (12). Se considera ITU complicada cuando ocurre en las siguientes poblaciones: extremos de la vida, sexo masculino, alteración anatómica o funcional (Ej.: obstrucción, vejiga neurogénica, urolitiasis), presencia de cuerpo extraño (el.: catéter), inmunosupresión (ej.: diabetes, cáncer), gestación, historia reciente instrumentación, o la presencia de un organismo inusual o resistente (este último característico en pacientes con reciente uso de antibióticos, múltiples infecciones recurrentes, presencia de anomalías del tracto urinario) (12).

3.4.2. Antibioticoterapia:

Considerar sospecha de infección por bacterias productoras de β -lactamasas (BLEEs) en pacientes que tengan los siguientes antecedentes: infección urinaria previa en los últimos 3 meses, hospitalización con consumo de antibióticos en los últimos 3 meses, consumo de cefalosporinas o quinolonas e los últimos 3 meses (12). Ver ANEXO N° 08 y CUADRO N° 03.

CUADRO N° 03: POSOLOGÍA Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (12).

ANTIBIÓTICO	PRESENTACIÓN	VÍA
Amikacina	15mg/kg c/24h	IM, EV
Gentamicina	3-5mg/kg c/24h	IM, EV
Ceftriaxona	2g c/24h	IM, EV
Meropenem	1g c/8h	EV
Imipenem	1g c/8h	EV
Ertapenem	1g c/24h	IM, EV

Tomado de: MINSA - Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica de infección del tracto urinario (ITU). 2015 [citado 19 de abril de 2021];

Disponible en:

http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_104_2015.pdf

La antibioticoterapia en una pielonefritis no complicada tendrá una duración de 7 días, mientras que en una complicada 7-14 días (12).

3.5. CASO CLÍNICO N° 05: APENDICITIS AGUDA

3.5.1. Definición:

La apendicitis se define como la inflamación del apéndice cecal (13). La bibliografía menciona que aún no se ha dilucidado del todo las causas y la patogenia de la apendicitis; pero, se propone como el principal factor etiológico a la obstrucción de la luz consecutiva a fecalitos o hipertrofia al tejido linfoide (14). Entre otras causas o factores que se incluyen: cuerpos extraños como semillas de origen vegetal, procesos infecciosos, tumores pueden ser una causa común en ancianos (13).

3.5.2. Escala de Alvarado:

Fue propuesta en 1986 para el diagnóstico temprano de la apendicitis aguda por el Dr. Alfredo Alvarado, quien incluyó los síntomas y signos más frecuentes encontrados en los pacientes con sospecha de apendicitis aguda; se consideró 8 características principales agrupadas bajo la nemotecnia MANTRELS debido a sus siglas en inglés, teniendo una sensibilidad de 86-88% en hombres, y 67% en mujeres, especificidad de 75% (13). Ver CUADRO N° 04.

CUADRO N° 04: ESCALA DE ALVARADO (13).

Variables		Puntuación
Síntomas	M – Migración del dolor (a cuadrante inferior derecho)	1
	A – Anorexia y/o cetonuria	1
	N – Náuseas y/o vómitos	1
Signos	T – Dolor en cuadrante inferior derecho (del inglés Tenderness)	2
	R – Rebote	1
	E – Elevación de la temperatura > de 38°C	1
Laboratorio	L – Leucocitosis > de 10,500 por mm ³	2
	S – Desviación a la izquierda de neutrófilos > del 75% (del inglés shift to the left)	1
Total		10

Tomado de: Apendicitis aguda [Internet]. Guías de práctica clínica. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://guidelines.international/gpc/apendicitis-aguda>

Interpretación y acción para seguir:

- 1 – 4 puntos (improbable): Observación del paciente y aplicar escala nuevamente en 1 a 2 horas, si disminuye el puntaje, se descarta la patología, si éste aumenta se revalora con el puntaje obtenido (13).
- 5 – 6 puntos (sugestivo-posible): Permanecer en observación, repetir escala en 6 horas y realizar un ultrasonido abdominal u otros exámenes diagnósticos. Si el resultado sigue siendo el mismo después de 12 horas, se recomienda la intervención quirúrgica (13).
- 7 – 8 puntos (Probable): Valoración por el cirujano, programar cirugía (13).
- 8 – 10 puntos (Muy probable – Diagnóstico): Cirugía inmediata (13).

3.5.3. Abordaje general del paciente con posible apendicitis.

Los pacientes con apendicitis aguda suelen referir dolor abdominal difuso, inicialmente periumbilical (15). A medida que la afección progresa y la punta apendicular se inflama, el dolor se concentra en su localización clásica, en el cuadrante inferior derecho (15). Este fenómeno continúa siendo el indicador más fiable de la apendicitis y sirve para elevar el índice de sospecha. Ver ANEXO N° 09.

3.6. CASO CLÍNICO N° 06: HERNIA INGUINAL INCOERCIBLE

3.6.1. Generalidades:

Se considera hernia inguinal a cualquier estructura o saco que protruya a través del orificio-miopectíneo o de Fruchaud y se proyecte por los triángulos de la ingle (medial, lateral o femoral) (16). Las hernias inguinales representan el 75% de las herias de la pared abdominal, siendo más frecuente en los hombres a excepción de la hernia femoral, presentándose en las etapas más productivas de la vida (16). La hernia inguinal es 25 veces más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo, la relación en cuanto a hernia crural es 10:1, mujeres: hombres (16). La clasificación de Nyhus se detalla en el CUADRO N° 05 (17). Su complicación más grave es la estrangulación con una frecuencia menor al 1% pero con alta frecuencia de complicaciones y mortalidad (16).

CUADRO N° 05. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE NYHUS (14).

TIPO	DESCRIPCIÓN
I	Hernia indirecta; anillo abdominal interno normal; común en lactantes, niños y adultos pequeños
II	Hernia indirecta; agrandamiento del anillo interno sin lesión del piso del conducto inguinal; no se extiende hacia el escroto.
IIIA	Hernia directa; el tamaño no se toma en consideración.
IIIB	Hernia indirecta que ha crecido lo suficiente para alcanzar hasta la pared inguinal posterior; las hernias indirectas por deslizamiento o escrotales suelen clasificarse en esta categoría porque a menudo se asocian con extensión hacia el espacio de las hernias directas; también incluye las hernias en pantalón.
IIIC	Hernia femoral.
IV	Hernia recurrente; en ocasiones se añaden modificadores A a D, lo que corresponde respectivamente a hernias indirecta, directa, femoral y mixta.

Tomado de: Mike L, Andersson R, Bernard J, Berger D. El apéndice. En: Brunicardi. Schwartz-Principios de Cirugía. 10va Ed. McGraw-Hill Medical; 2015. p. 1296-311.

3.6.2. Tratamiento quirúrgico: Ver CUADRO N° 06.

CUADRO N° 06. TIPOS DE REPARACIONES HERNIARIAS

	HERNIOPLASTÍAS	HERNIORRAFÍAS
Tipo de reparación	La reparación sin tensión utiliza prótesis (malla sintética de polipropileno).	En la reparación tisular existe afrontamiento de los propios tejidos del paciente (sutura planos anatómicos), lo cual general tensión.
Ejemplos	Lichtenstein, Nyhus y Stoppa	MacVay, Bassini y Shouldice.

3.7. CASO CLÍNICO N° 07: ICTERICIA NEONATAL

3.7.1. Generalidades:

La ictericia es un signo caracterizado por la pigmentación amarillenta de la piel y mucosas, lo cual es ocasionada por un aumento del nivel de bilirrubina sérica (18). Casi todos los recién nacidos (RN) desarrollan un nivel de bilirrubina sérica o plasmática total $>1\text{mg/dL}$ (17micromol/L), que es el límite superior de lo normal para los adultos (19). Sin embargo, clínicamente se observa cuando la bilirrubinemia supera la cifra de 5mg/dl (18). A medida que aumentan los niveles de bilirrubina, se puede desarrollar ictericia neonatal (20). Es así que los RN a término y prematuros tardíos con bilirrubina $>25\text{mg/dL}$ (428micromol/L) o hiperbilirrubinemia "grave" tienen riesgo de desarrollar disfunción neurológica inducida por bilirrubina, que ocurre cuando la bilirrubina cruza la barrera hematoencefálica, posteriormente se une al tejido cerebral e induce neurotoxicidad (19).

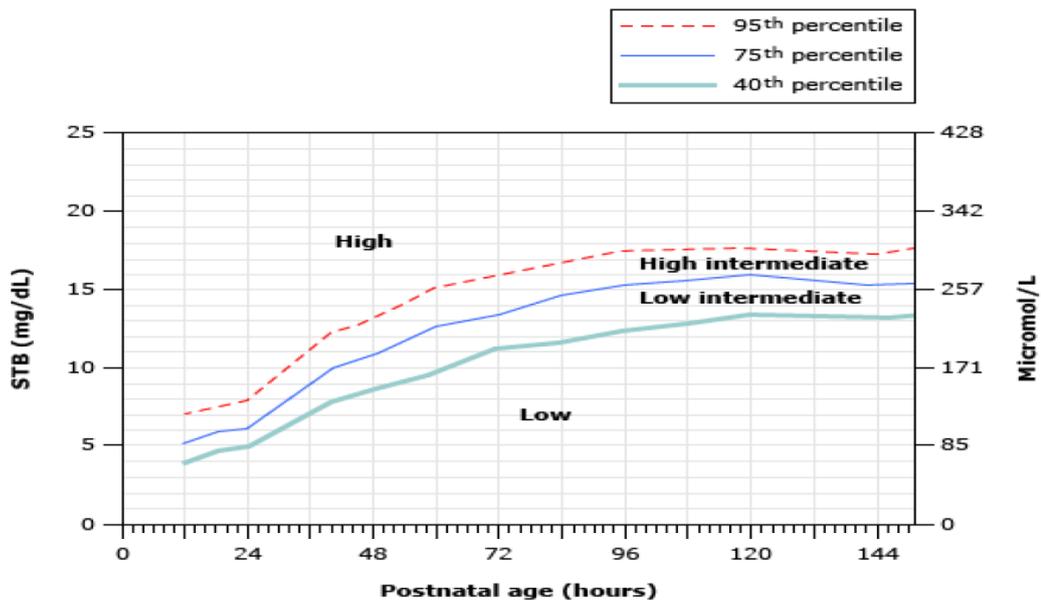
La enfermedad hemolítica del feto y el recién nacido (EHFR), también conocida como EHFR aloinmune o eritroblastosis fetal, es causada por la destrucción de los glóbulos rojos (RCB) del RN o del feto por anticuerpos de IgG maternos (21). Estos anticuerpos se producen cuando los eritrocitos fetales, que expresan un antígeno RBC no expresado en la madre, acceden a la circulación materna (21). Solo la IgG materna causa EHFR, porque la transferencia de anticuerpos maternos a través de la placenta depende del componente fragmentado cristalizable (Fc) de la molécula de IgG, que no está presente en la IgA y la IgM (21). La EHFR aloinmune involucra principalmente a los principales grupos sanguíneos de Rhesus (Rh) y el sistema ABO (A, B, AB y O) (21). Aunque la incompatibilidad ABO ocurre en el 15% de todos los embarazos, da lugar a enfermedad hemolítica neonatal en sólo el 4% de dichos embarazos (es decir, el 0,6% de todos los embarazos) (21).

3.7.2. Tratamiento:

En el ANEXO N° 10 se observa el manejo de ictericia neonatal (22).

En el año 2004, la Academia Americana de Pediatría establece nomogramas predictivos de hiperbilirrubinemia según las horas de vida en los recién nacidos ≥ 35 semanas de edad gestacional; es así que se define el riesgo de presentar posteriormente hiperbilirrubinemia significativa en 3 niveles: riesgo alto (\geq percentil 95), riesgo intermedio (percentil 40-95) y riesgo bajo ($<$ percentil 40) (23). El nomograma, junto con los factores de riesgo más frecuentemente asociados a hiperbilirrubinemia, puede ayudar en la valoración de cada caso (23). Dentro de los factores de riesgo a tener en cuenta, destacan: lactancia materna exclusiva, edad gestacional < 38 semanas, ictericia significativa en hijo previo y presencia de ictericia al alta (23). Ver FIGURA N° 01.

FIGURA N° 01: NOMOGRAMA DE CONCENTRACIÓN DE BILIRRUBINA TOTAL (BT) SÉRICA ESPECÍFICA POR HORA EN RECIÉN NACIDOS SANOS A TÉRMINO Y CASI A TÉRMINO (20).



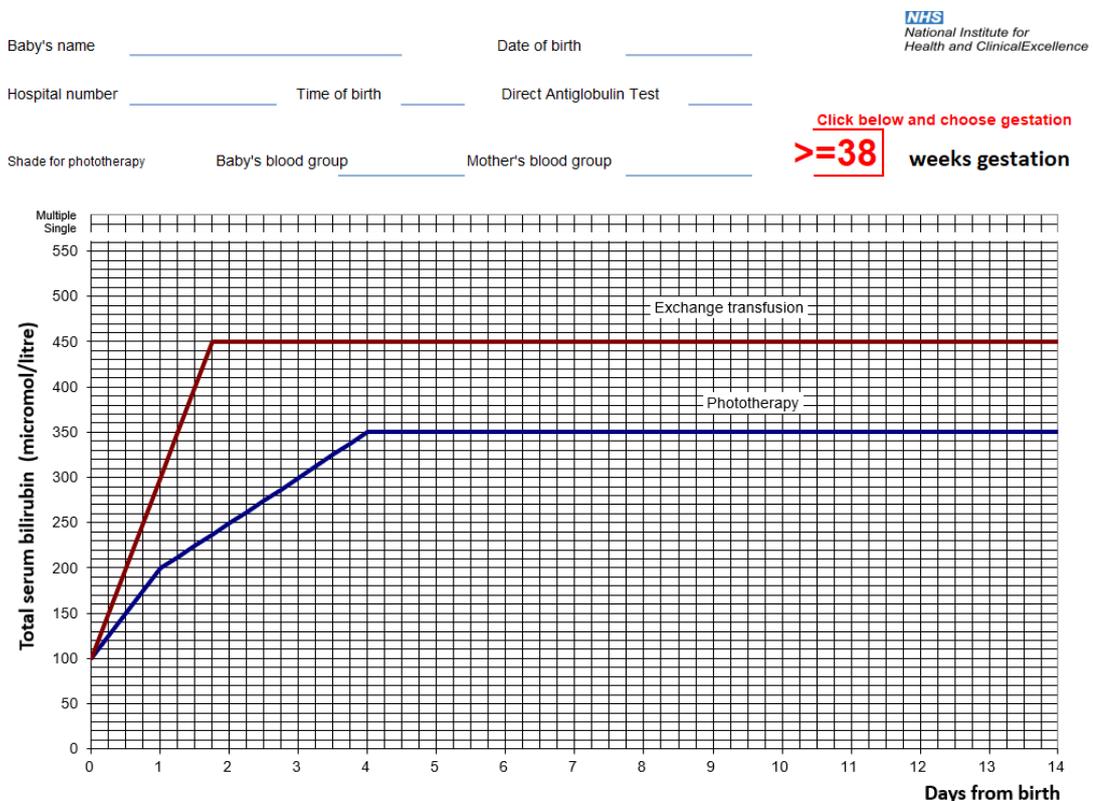
Tomado de: Nomograma de bilirrubina total específica por hora en recién nacidos a término [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 20 de abril de 2021].

Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/image?topicKey=PEDS%2F5020&view=machineLearning&search=neonatal%20jaundice§ionRank=1&usage_type=default&imageKey=PEDS%2F70863&rank=1~96&source=machineLearning&display_rank=1

Sin embargo, se recomienda la utilización de las tablas de las Guías NICE, cuyo objetivo es ayudar a detectar o prevenir niveles muy altos de bilirrubina, que pueden ser dañinos si no se tratan (24). Es así que las Guías NICE nos muestra gráficos de umbral de tratamiento para fototerapia y exanguinotransfusión para bebés con edades gestacionales de 23 a 38 semanas o más (24). Ver FIGURA N° 02.

FIGURA N° 02: GRÁFICO DE UMBRAL DE TRATAMIENTO PARA BEBÉS CON ICTERICIA NEONATAL CON EDAD GESTACIONAL MAYOR IGUAL A 38 SEMANAS (24).



Tomado de: NICE. Jaundice in newborn babies under 28 days. The National Institute for Health and Care Excellence. London. 2016. [citado 15 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98>

3.8. CASO CLÍNICO N° 08: URTICARIA AGUDA

3.8.1. Generalidades:

La urticaria y el angioedema son reacciones vasculares de la piel caracterizada por ronchas evanescentes de variado tamaño y de vida corta,

eritematosas, pruriginosas y, generalmente, sin manifestaciones sistémicas (salvo en ocasiones pueden progresar a anafilaxis); aunque la urticaria a menudo es un rasgo en las reacciones anafilácticas y anafilactoides (25). Respecto a su epidemiología, la urticaria es un proceso frecuente, la incidencia real no se conoce, sin embargo se estima que de 15% a 25% de la población general puede presentar este cuadro en algún momento de su vida (26). En la mayoría de los casos, el cuadro es leve, aunque recurrente y afecta a todos los grupos de edad; sin embargo, las formas agudas se observan con más frecuencia en los niños y adultos jóvenes (26). En la urticaria aguda es frecuente el antecedente de atopia (26).

3.8.2. Tratamiento:

En el ANEXO N° 11 se aprecia un flujograma usado en pacientes con urticaria/angioedema (27). El tratamiento inicial de la urticaria de nueva aparición (con o sin angioedema) debe centrarse en el alivio a corto plazo del prurito y el angioedema, si están presentes (28). Aproximadamente 2/3 de los casos de urticaria de nueva aparición serán autolimitados y se resolverán espontáneamente (28). La bibliografía sobre el tratamiento de la urticaria aguda es escasa, probablemente porque la afección suele ser autolimitada (28). El tratamiento incluye a los antihistamínicos H1, que pueden dividirse en agentes más antiguos de primera generación (p. ej., difenhidramina, clorfeniramina, hidroxizina) y agentes más nuevos de segunda generación (p. ej., cetirizina, loratadina, fexofenadina); sin embargo, prefieren los agentes de segunda generación tanto para adultos como para niños (28). Solo en los episodios graves de urticaria/angioedema que no respondan a los antihistamínicos se administrarán ciclos cortos de corticoides (29).

En casos que requieren hospitalización se puede utilizar el siguiente esquema: Clorfeniramina 0.35mg/kg/día (entre 4 dosis) + Dexametasona 0.6mg/kg/día (entre 4 dosis) o hidrocortisona 10mg/kg/día durante 3-5 días, asociado a un antagonista de los receptores de histamina H2 (ranitidina: 2-4mg/kg/día entre 4 dosis) (30) . Sí en el brote agudo se compromete la vía aérea administrar adrenalina 1/1000 0.3-0.5ml /vía subcutánea (30).

IV. CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

4.1. COMPETENCIAS

- En cada una de las rotaciones del internado médico se logró identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a los problemas gineco obstétricos, pediátricos, problemas en medicina interna y cirugía, considerando la prevención y promoción de la salud.
- Durante las actividades académicas realizadas, se lograron los siguientes objetivos: presentación de pacientes durante la visita médica, exposiciones de temas programados de acuerdo con las patologías más frecuentes, actividad en consultorio externo y turnos en emergencia.
- En las actividades asistenciales generales, respecto a la atención del paciente hospitalizado, se logró realizar lo siguiente: Confección de la historia clínica completa, visita médica diaria, charlas a los pacientes y sus familiares, elaboración de recetas, interconsultas, papeletas de alta, indicaciones de alta, epicrisis, referencias, contrarreferencias, citas para control y seguimiento; asimismo, diagnóstico con criterio médico de los problemas de salud o enfermedad del paciente, solicitud de exámenes auxiliares específicos para la confirmación del diagnóstico, evolución médica diaria de los pacientes.
- Durante las actividades en el servicio de emergencia, se realizó las siguientes acciones: atención de los pacientes que acudieron a dicho servicio, confección de la historia clínica de emergencia y elaboración del plan de trabajo bajo supervisión del médico; además, la solicitud de los exámenes auxiliares, solicitud de interconsultas pertinentes a los especialistas según el caso y prescripción de medicamentos por su nombre genérico, bajo supervisión del médico jefe de guardia. Durante la visita médica de los pacientes en observación, se dejó notas de evolución y comentarios del estado del médico paciente. En todos los casos se informó al médico jefe de guardia de lo actuado con los pacientes.
- Se logró realizar procedimientos de acuerdo con el nivel de competencia, bajo el asesoramiento y supervisión de médico jefe de guardia o del especialista; asimismo, se asistió a los procedimientos de ayuda al diagnóstico de sus pacientes, dentro del hospital.

4.2. CAPACIDADES:

- Se aplicó principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo del recién nacido, en el manejo del niño y adolescente, adultos y adultos mayores tanto en emergencia como en hospitalización, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes, promoviendo la prevención.

4.3. ACTITUDES Y VALORES:

- El respeto al ser humano, reconocimiento de sus derechos y deberes.
- La búsqueda de la verdad e integridad (honestidad, equidad, justicia, solidaridad y vocación de servicio).
- El compromiso ético (en todo el quehacer diario), compromiso con la calidad y búsqueda permanente de la excelencia.
- La actitud innovadora y emprendedora.
- El compromiso con el desarrollo sostenible del país.

V. CONCLUSIONES

1. En internado médico es una etapa sumamente importante en la formación de estudiante de medicina ya que permite adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para afrontar los problemas de salud – enfermedad de la población.
2. El trabajo de suficiencia profesional se realizó en el Hospital Santa María de Cutervo, categoría II-1, Distrito de Cutervo, Provincia de Cutervo, Departamento de Cajamarca.
3. Referente a los casos clínicos presentados, en el aborto incompleto es característico el sangrado persistente asociado con dolor cólico y el OCI abierto, mediante lo cual se produce la expulsión parcial del contenido endouterino. En la placenta previa se aprecia sangrado puede ser abundante o de cantidad variables, de color rojo rutilante (brillante), generalmente no asociado a dolor abdominal bajo; además, el sagrado suele ser discontinuo, episódico y recidivante. En la ictericia neonatal es importante su identificación temprana para evitar complicaciones, teniendo en cuenta que su aparición dentro de las 24 horas es patológica. La urticaria aguda tiene múltiples desencadenantes, siendo importante la investigación profunda de cada una de ellas para evitar su nueva aparición. Referente al ofidismo, el punto clave es identificar correctamente la especie agresora para la instaurar lo más pronto posible el suero antiofídico. La pielonefritis aguda cursa con síntomas sistémicos y síntomas urinarios altos, asociado o no síntomas urinarios bajos. Ante cualquier dolor epigástrico o periumbilical con posterior localización en FID se debe pensar siempre en apendicitis hasta demostrar lo contrario. La hernia inguinal es la hernia más frecuente de la pared abdominal, siendo útil la maniobra de Taxis para clasificarla como reductible o irreductible.

VI. RECOMENDACIONES

Para el fortalecimiento tanto del conocimiento médico como de la calidad humana, se recomienda manejar con responsabilidad cada caso que se presente, predominando el respeto hacia el mismo; de igual manera, vigilar y dar seguimiento a los pacientes. Es necesario poner seguir poniendo en práctica la discusión de casos clínicos e implementar estrategias de actuación por caso presentado. Finalmente, es importante seguir con investigaciones sobre diversas temáticas referidas a la regulación de los campos práctica.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

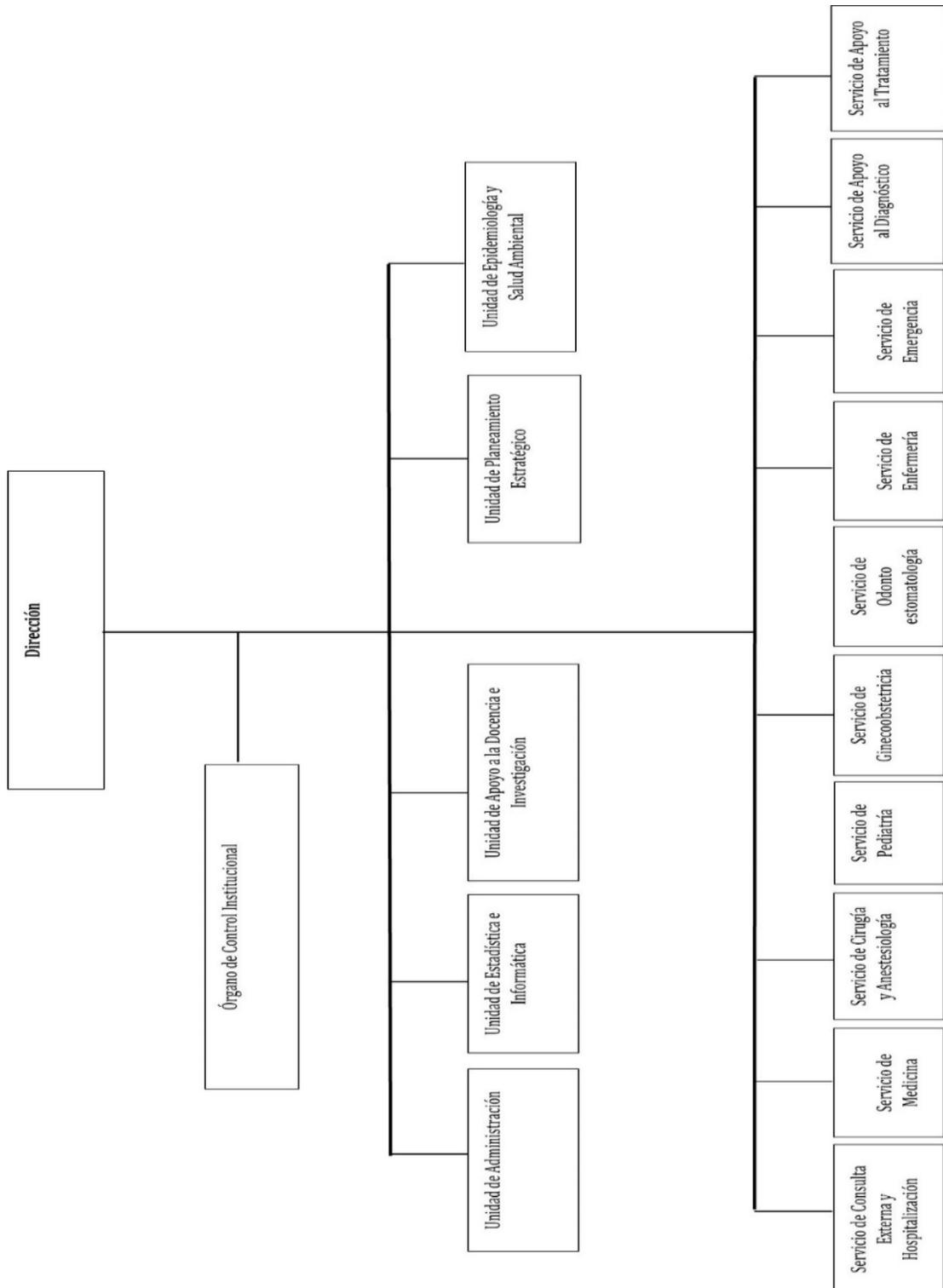
1. Nieto W, Taype A, Bastidas F, Casiano R, Inga F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. *Acta méd peruana*. 2016;33(2):105-10.
2. Tapia R, Núñez R, Salas R, Rodríguez A. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educ Med Super*. 2007;21(4):0-0.
3. Suárez J, Godue C, García J, Magaña L, Rabionet S, Concha J. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):47-53.
4. Hospital Santa María de Cutervo. Plan operativo institucional del Hospital Santa María de Cutervo 2018. Cutervo. 30 de enero de 2018;p.1-223.
5. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Hemorragia obstétrica. En: *Williams-Obstetricia*. 25va ed. Estados Unidos de América: McGraw-Hill Education; 2018. p. 755-803.
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología: Placenta previa. Ministerio de Salud. Perú. 2018;42-5.
7. González R. Placenta previa: Clasificación ultrasonográfica. *Rev Chil Ultrasonog*. 2007;10(2):84-91.
8. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología: Aborto. Ministerio de Salud. Perú. 2018;19-27.
9. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para el mejoramiento de la atención post-aborto. En: Área de Comunicación Social. Argentina; 2010. Disponible en: http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/Guia_Mejoramiento_Post_Aborto.pdf
10. Maguiña C, Chinchá O, Vilcapoma P, Morante D. Actualización en clínica y terapia de mordedura de serpiente (ofidismo). *Rev Med Hered*. 2020;31(1):48-55.
11. MINSA. Norma técnica sobre prevención y tratamiento de accidentes por animales ponzoñosos. Ministerio de Salud. Perú. 2005 [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/123_NTPONZONOSOS.pdf
12. Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica de infección del tracto urinario (ITU). Ministerio de Salud. Perú. 2015 [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_104_2015.pdf

13. Apendicitis aguda [Internet]. Guías de práctica clínica. [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://guidelines.international/gpc/apendicitis-aguda>
14. Mike L, Andersson R, Bernard J, Berger D. El apéndice. En: Brunicardi. Schwartz-Principios de Cirugía. 10va Ed. McGraw-Hill Medical; 2015. p. 1296-311.
15. Richmond B. Apéndice. En: Townsend. Sabiston-Tratado de cirugía. 20va Ed. España: Elsevier; 2018. p. 1296-311.
16. Hospital Santa Rosa. Guía de práctica clínica - Departamento de cirugía. Ministerio de Salud. Perú. Perú [Internet]. 2014 [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en: http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2014/resoluciones/RD_581_2014.pdf
17. Wagner J, Brunicardi C, Amid P, Chen D. Hernias inguinales. En: Brunicardi. Schwartz-Principios de Cirugía. 10va Ed. McGraw-Hill Medical; 2015. p. 1495-519.
18. Morell B, Yanguas M. Ictericia neonatal. Form Act Pediatr Aten Prim. 2011;4(2):92-7.
19. Wong R, Bhutani V. Hiperbilirrubinemia no conjugada en el recién nacido: patogenia y etiología [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-the-newborn-pathogenesis-and-etiology?search=neonatal%20jaundice&source=search_result&selectedTitle=1~96&usage_type=default&display_rank=1
20. Nomograma de bilirrubina total específica por hora en recién nacidos a término [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?topicKey=PEDS%2F5020&view=machineLearning&search=neonatal%20jaundice§ionRank=1&usage_type=default&imageKey=PEDS%2F70863&rank=1~96&source=machineLearning&display_rank=1
21. Calhoun D. Diagnóstico posnatal y manejo de la enfermedad hemolítica del feto y el recién nacido [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postnatal-diagnosis-and-management-of-hemolytic-disease-of-the-fetus-and-newborn?search=abo%20incompatibility%20jaundice&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
22. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de ictericia neonatal. Ministerio de Salud. Perú. 2021 [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en: http://hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_2aa287210c0febd_.pdf

23. González M, Raynero R. Ictericia neonatal. *Pediatr Integral*. 2019;23(3):147-53.
24. NICE. Jaundice in newborn babies under 28 days. The National Institute for Health and Care Excellence. London. 2016. [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98>
25. Tincopa Ó. Urticaria y angioedema: una visión general. *Acta Med Per*. 2014;31(2):111-24.
26. Sánchez L, Ponce M, Cabanillas J. Urticaria aguda. *Dermatol Perú*. 2012;22(1):54-65.
27. Hospital de Emergencias Pediátricas. Guía de práctica clínica de la urticaria y el angioedema en niños. Ministerio de Salud. Perú. 2013 [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/136735175905%20GPSEU%20URTICARIA%20ANGIOEDEMA.pdf>
28. Asero R. Urticaria de nueva aparición [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria?search=URTICARIA%20ACUTE§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H10818973&source=machineLearning&selectedTitle=1~126&display_rank=1#H10818973
29. Stallings A, Dreskin S. Urticaria (habones) y angioedema. Nelson. Tratado de pediatría. 21va Ed. Elsevier; 2020. p. 1222-8.
30. Hospital María Auxiliadora. Guías de práctica clínica del departamento de pediatría del Hospital María Auxiliadora: Urticaria aguda en hospitalización. Ministerio de Salud. Perú. [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DPTO-PED-2014.pdf>

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 01: ESTRUCTURA ORGÁNICA HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO (4).



Tomado de: Hospital Santa María de Cutervo. Plan operativo institucional del Hospital Santa María de Cutervo 2018. Cutervo. 30 de enero de 2018;p.1-223.

ANEXO N° 02: CARTERA DE SERVICIOS Y ACTIVIDADES:**CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO
CATEGORÍA II-1- 2018. UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS) (4).**

N°	UPSS	Cartera de Servicios
1	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico General
2	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Medicina Familiar
3	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Pediatría
4	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Cirugía
5	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Ginecología
6	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Gastroenterología
7	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Urología
8	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Reumatología
9	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Cardiología
10	Consulta externa	Consulta ambulatoria por Médico Especialista en Anestesiología y Terapia del dolor
11	Consulta externa	Atención ambulatoria por Odontólogo General
12	Consulta externa	Atención ambulatoria por odontólogo general con soporte de radiología oral
13	Consulta externa	Atención ambulatoria por Nutricionista
14	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Inmunizaciones por Enfermera (o).
15	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Control de Crecimiento y Desarrollo del niño por Enfermera (o).
16	Consulta externa	Atención Ambulatoria por Psicólogo
17	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Control Prenatal por Obstetra
18	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Planificación Familiar por Obstetra
19	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Psicoprofilaxis Obstétrica por Obstetra
20	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Monitoreo Materno Fetal por Obstetra
21	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Atención Preconcepcional por Obstetra
22	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Atención de Adolescentes por Obstetra
23	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Tuberculosis, Malaria, Bartonelosis y otras Enfermedades Metaxénicas por Enfermera (o).
24	Consulta externa	Atención Ambulatoria en Rabia y otras Enfermedades Zoonóticas por Enfermera (o).
25	Consulta externa	Atención Médica Ambulatoria de VIH - SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (UAMP) por Médico General.
26	Consulta externa	Atención Ambulatoria de Tópico (curaciones, inyectables, Nebulizaciones, Otros) por Enfermera (o).
27	Consulta externa	Atención en Procedimientos ambulatorios en la especialidad de Reumatología.
28	Consulta externa	Atención en Procedimientos ambulatorios en la especialidad de Ginecología y Obstetricia.
29	Consulta externa	Atención en Procedimientos ambulatorios en la especialidad de Urología.
30	Consulta externa	Atención en Procedimientos ambulatorios en la especialidad de Cardiología.
31	Consulta externa	Atención en Procedimientos ambulatorios en la especialidad de Gastroenterología.
32	Consulta externa	Atención en Procedimientos ambulatorios en la especialidad de Gastroenterología.
33	Consulta externa	Atención en examen de electrocardiogramas por Enfermera (o).
34	Consulta externa	Examen de Papanicolaou por Obstetra
35	Emergencia	Atención de urgencias y emergencias por médico General

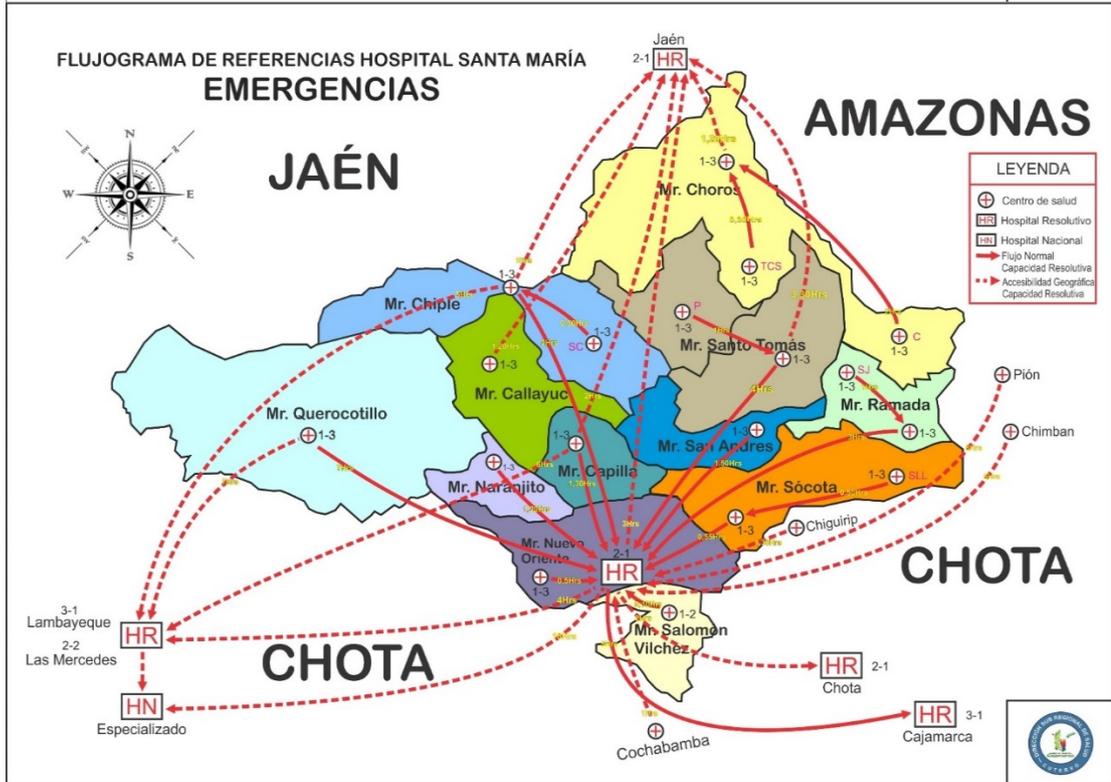
36	Emergencia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Pediatría
37	Emergencia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Cirugía
38	Emergencia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Ginecoobstetricia
39	Emergencia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Urología
40	Emergencia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Cardiología
41	Emergencia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Gastroenterología.
42	Emergencia	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en Otras especialidades Médicas (Reumatología, Anestesiología)
43	Emergencia	Atención en Sala de derivación de emergencia
44	Emergencia	Atención en Sala Observación Emergencia
45	Emergencia	Atención en tópico de inyectables y nebulizaciones.
46	Emergencia	Atención en la Unidad de Shock Trauma y Reanimación.
47	Centro obstétrico	Atención de Parto Vaginal por Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia y por Obstetra
48	Centro obstétrico	Atención de Parto Vaginal por Médico General y por Obstetra
49	Centro obstétrico	Atención inmediata del Recién Nacido por Médico especialista en Pediatría y por Enfermera (o).
50	Centro obstétrico	Atención inmediata del Recién Nacido por Médico General y por Enfermera (o).
51	Centro quirúrgico	Intervenciones Quirúrgicas por Médico Especialista en Cirugía General (Laparotomías, Apendicectomías, Hernioplastias, Colectomías, Hemorroidectomías, otros).
52	Centro quirúrgico	Intervenciones Quirúrgicas por Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia (Cesáreas, Histerectomías Vasectomías, Ligadura de Trompas, otros)
53	Centro quirúrgico	Intervenciones Quirúrgicas por Médico Especialista en Urología (Prostatectomías, Tto. Qx. Fimosis, varicocele, hidrocele, Criptorquidia y otras)
54	Centro quirúrgico	Atención de Anestesiología por Médico especialista en Anestesia.
55	Centro quirúrgico	Atención en Sala de Recuperación Post-Anestésica por Anestesiólogo y por Enfermera (o).
56	Centro quirúrgico	Atención en Sala de Recuperación Post-Anestésica por Médico General y por Enfermera (o).
57	Centro quirúrgico	Atención Inmediata del Recién Nacido por Médico Pediatra y Por Enfermera.
58	Centro quirúrgico	Atención Inmediata del Recién Nacido por Médico General y Por Enfermera (o).
59	Hospitalización	Hospitalización en Medicina General.
60	Hospitalización	Hospitalización en Cirugía General.
61	Hospitalización	Hospitalización en Pediatría.
62	Hospitalización	Hospitalización en Neonatología.
63	Hospitalización	Hospitalización en Ginecología y Obstetricia.
64	Hospitalización	Monitoreo de Gestantes con complicaciones.
65	Hospitalización	Atención en examen de electrocardiogramas
66	Laboratorio clínico y anatomía patológica	Procedimientos de Laboratorio Clínico Hospital II-1
67	Laboratorio clínico y anatomía patológica	Procedimientos de laboratorio en Citología.

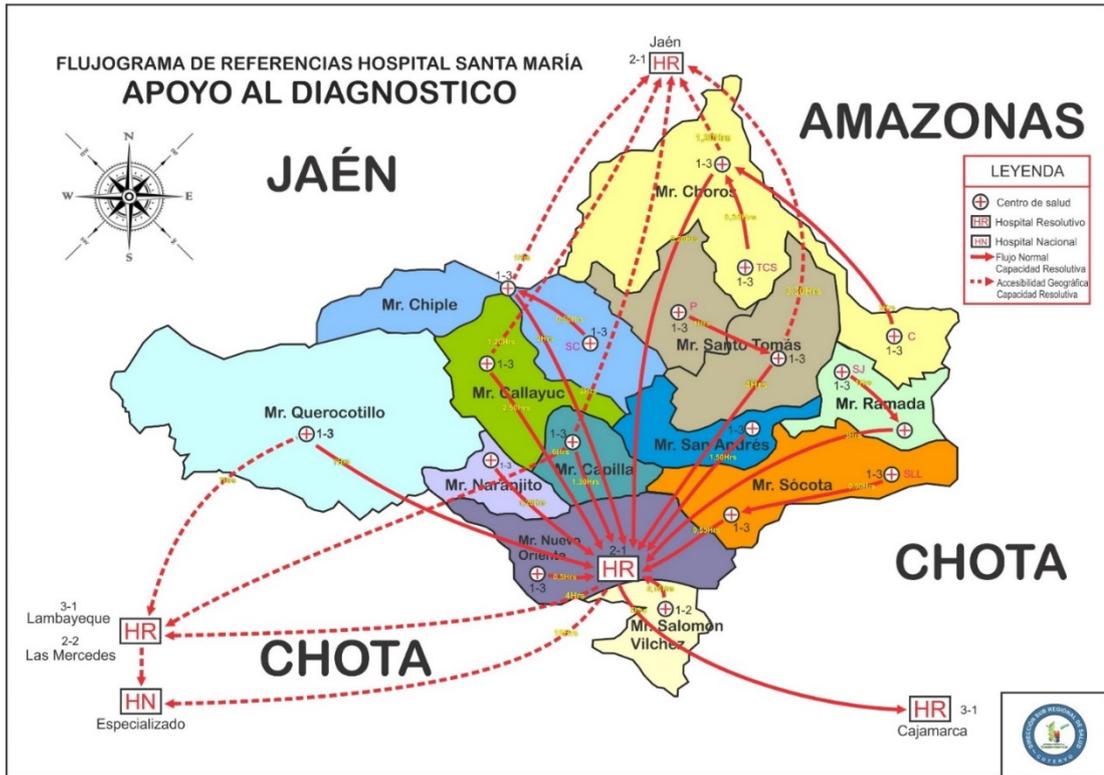
68	Diagnóstico imágenes	por	Radiología Convencional
69	Diagnóstico imágenes	por	Ecografía general y Doppler.
70	Medicina rehabilitación	de	Atención de Rehabilitación de Discapacidades leves y moderadas mediante Terapia Física
71	Medicina rehabilitación	de	Atención Rehabilitadora de Discapacidades
72	Medicina rehabilitación	de	Atención de Rehabilitación mediante Terapia ocupacional.
73	Medicina rehabilitación	de	Atención de Rehabilitación mediante Terapia del Lenguaje
74	Medicina rehabilitación	de	Atención de Rehabilitación mediante Terapia del Aprendizaje
75	Nutrición y dietética		Evaluación y soporte nutricional en hospitalización
76	Nutrición y dietética		Soporte Nutricional con regímenes dietéticos
77	Nutrición y dietética		Soporte Nutricional con fórmulas lácteas
78	Nutrición y dietética		Soporte Nutricional con fórmulas enterales
79	Centro hemoterapia y banco de sangre	de	Provisión de sangre.
80	Centro hemoterapia y banco de sangre	de	Abastecimiento con unidades de sangre.
81	Centro hemoterapia y banco de sangre	de	Preparación de unidades de sangre
82	Farmacia		Dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios
83	Central esterilización	de	Desinfección de nivel intermedio en Central de Esterilización.
84	Central esterilización	de	Desinfección de Alto nivel en Central de Esterilización.
85	Central esterilización	de	Esterilización por medios Físicos en Central de Esterilización
86	Central esterilización	de	Esterilización por medios Químicos en Central de Esterilización

Tomado de: Hospital Santa María de Cutervo. Plan operativo institucional del Hospital Santa María de Cutervo 2018. Cutervo. 30 de enero de 2018;p.1-223.

ANEXO Nº 03:

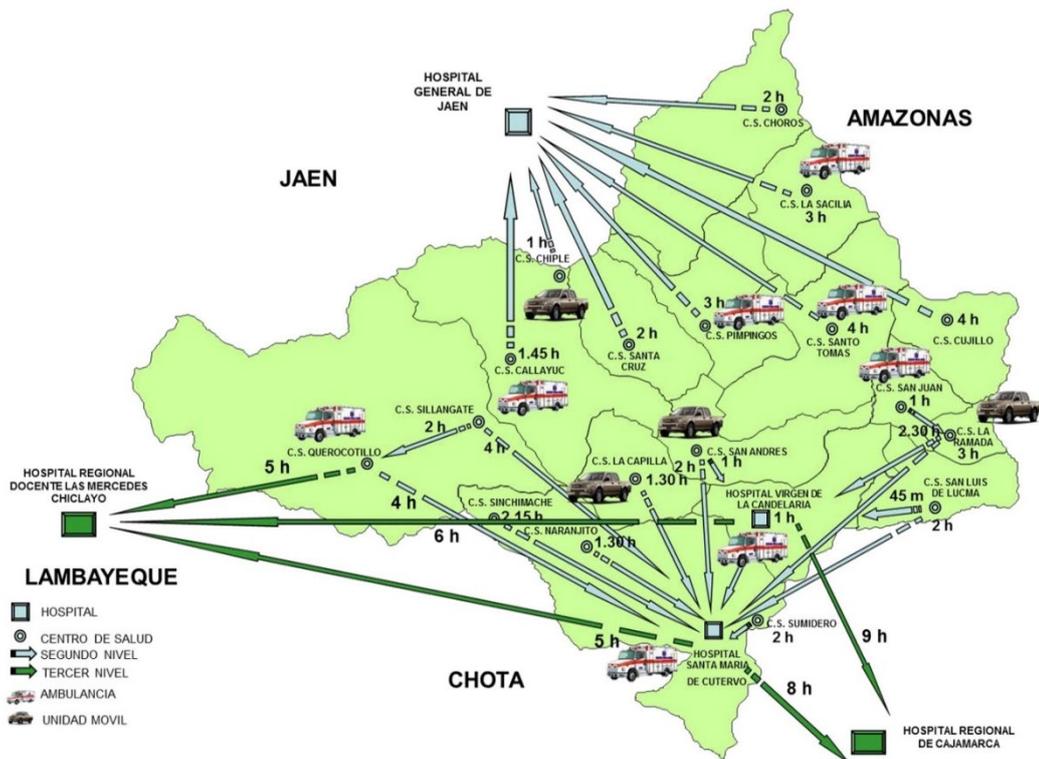
A. MAPA DE REFERENCIAS DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO (4).





Tomado de: Hospital Santa María de Cutervo. Plan operativo institucional del Hospital Santa María de Cutervo 2018. Cutervo. 30 de enero de 2018;p.1-223.

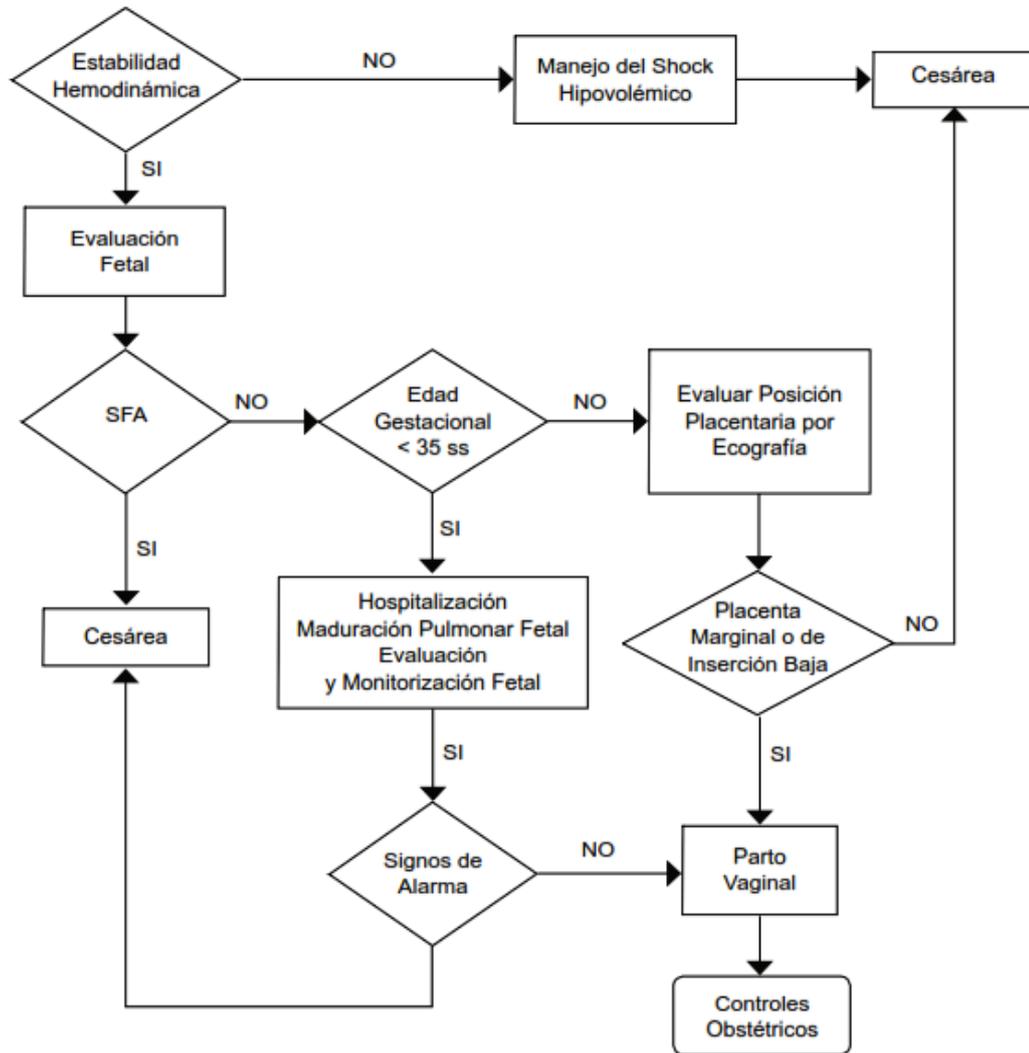
B. MAPA DE DISTANCIAS DE CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA CUTERVO CON EL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO AÑO 2018.



Tomado de: Hospital Santa María de Cutervo. Plan operativo institucional del Hospital Santa María de Cutervo 2018. Cutervo. 30 de enero de 2018;p.1-223.

ANEXO N° 04

MANEJO DEL PARTO EN PLACENTA PREVIA (6).



Tomado de: Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología: Placenta previa. Ministerio de Salud. Perú. 2018;42-5.

ANEXO N° 05
MANEJO DEL ABORTO (8).



Tomado de: Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología: Placenta previa. Ministerio de Salud. Perú. 2018;42-5.

ANEXO N° 06:

CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD SEGÚN TIPO DE ACCIDENTE OFÍDICO (10).

Accidente		Severidad del Envenenamiento
Botrópico	Leve	Si después de 6 horas de observación la reacción local es leve con edema localizado en la zona agredida y no se presentan síntomas de compromiso sistémico, ni hay variaciones importantes en las pruebas de laboratorio.
	Moderado	Cuando el tiempo de coagulación se presenta prolongado o incoagulable, leucocitosis con neutrofilia moderada con presencia de edema que tiende a extenderse, dolor, equimosis. Puede haber gingivorragia, proteinuria y hematuria moderada.
	Severo	Si la sangre es incoagulable a pesar del tratamiento específico inicial. Reacción local intensa con edema progresivo, equimosis, flictenas y equimosis a distancia. Se presenta hematuria con oliguria y anuria, gingivorragia, epistaxis y melena. Hay riesgo de shock por colapso periférico dentro de las primeras 24 horas; además la disminución súbita del hematocrito pone en evidencia hemorragia interna. El riesgo de necrosis es alto.
Crotálico	Leve	Si después de las 3 horas no hay facies neurotóxica.
	Moderado	Si hay facies neurotóxica y mioglobulinuria moderada sin daño renal, ni parálisis respiratoria.
	Severo	Si se presenta facies neurotóxica que aparece en las primeras 6 horas, si hay mioglobulinuria y anuria severa, la muerte puede ocurrir dentro de las primeras 24 horas. En los casos tratados con suero antiofídico en dosis suficiente dentro de las primeras horas el riesgo de muerte disminuye.
Lachésico	Leve	Si después de 6 horas la reacción local cutánea es leve y no hay alteraciones en los exámenes de laboratorio.
	Moderado	Cuando hay equimosis, edema, dolor progresivo, hay alteración de la presión arterial (hipotensión) y hay alteración de la conciencia (agitación, somnolencia).
	Severo	Cuando el edema, dolor, equimosis y flictenas aparecen en forma progresiva, hay hipotensión arterial, náuseas, vómitos, diarrea y la sangre incoagulable.
Elapídico	Leve	Si antes de los 30-60 minutos no presenta facies neurotóxica.
	Moderado	Si en las dos primeras horas se presenta la facies neurotóxica, sin dificultad respiratoria.
	Severo	Si se presenta facies neurotóxica con dificultad para respirar y deglutir, y estado de coma. La muerte puede sobrevenir en las 4-6 horas posteriores a la mordedura.

Tomado de: Maguiña C, Chinchá O, Vilcapoma P, Morante D. Actualización en clínica y terapia de mordedura de serpiente (ofidismo). Rev Med Hered. 2020;31(1):48-55.

ANEXO N° 07:

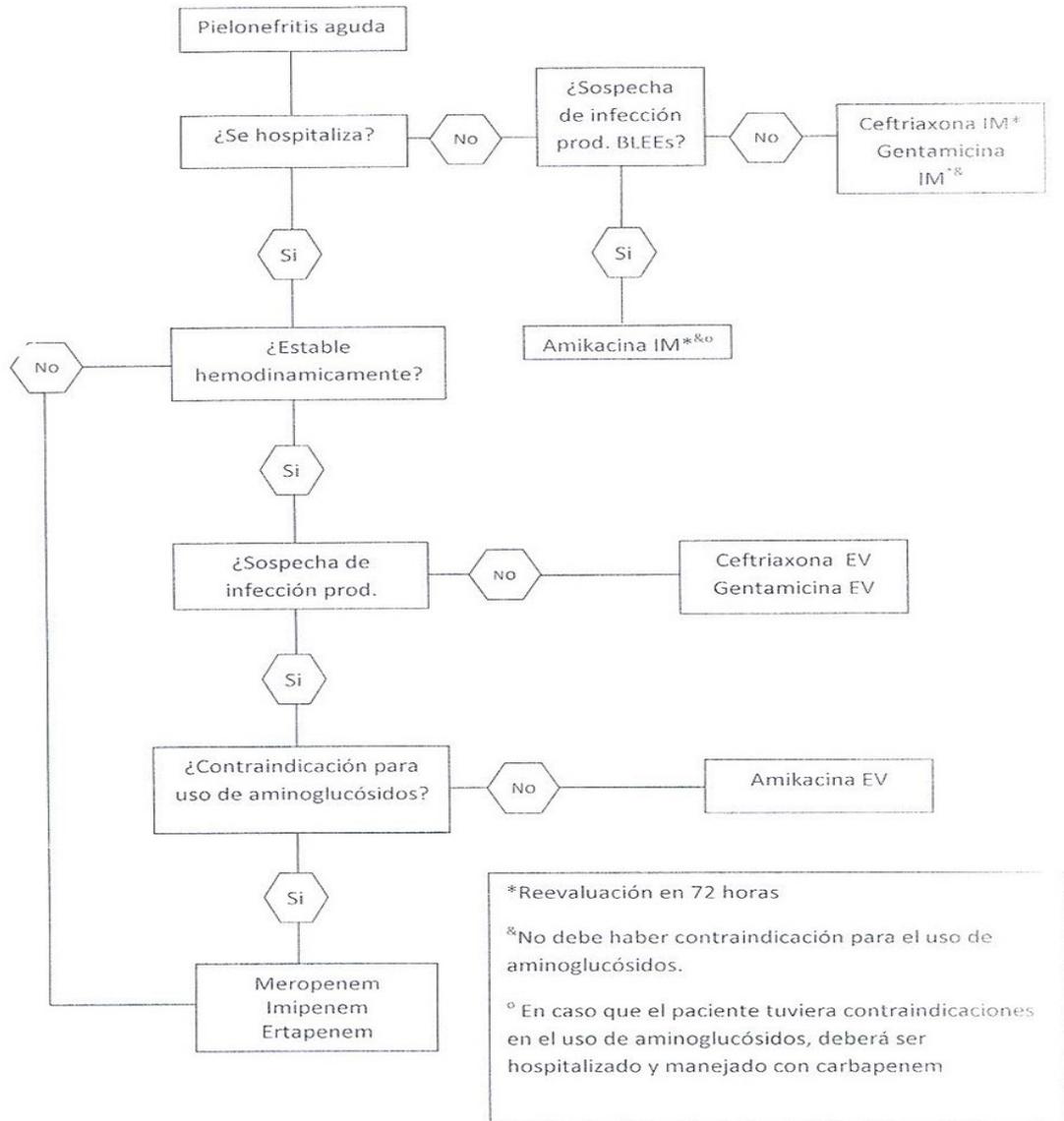
DOSIFICACIÓN DE SUEROS ANTIOFÍDICOS (10).

ACCIDENTE	SEVERIDAD	VIALES
Botrópico	Leve	2 – 4
	Moderado	5 – 8
	Severo	9 – 12
Lachésico	Todo accidente se considera como severo	10 – 12
Elapídico	Todo accidente se considera como severo	8 – 12
Crotálico	Todo accidente se considera como severo	8 – 12

Tomado de: Maguiña C, Chinchá O, Vilcapoma P, Morante D. Actualización en clínica y terapia de mordedura de serpiente (ofidismo). Rev Med Hered. 2020;31(1):48-55.

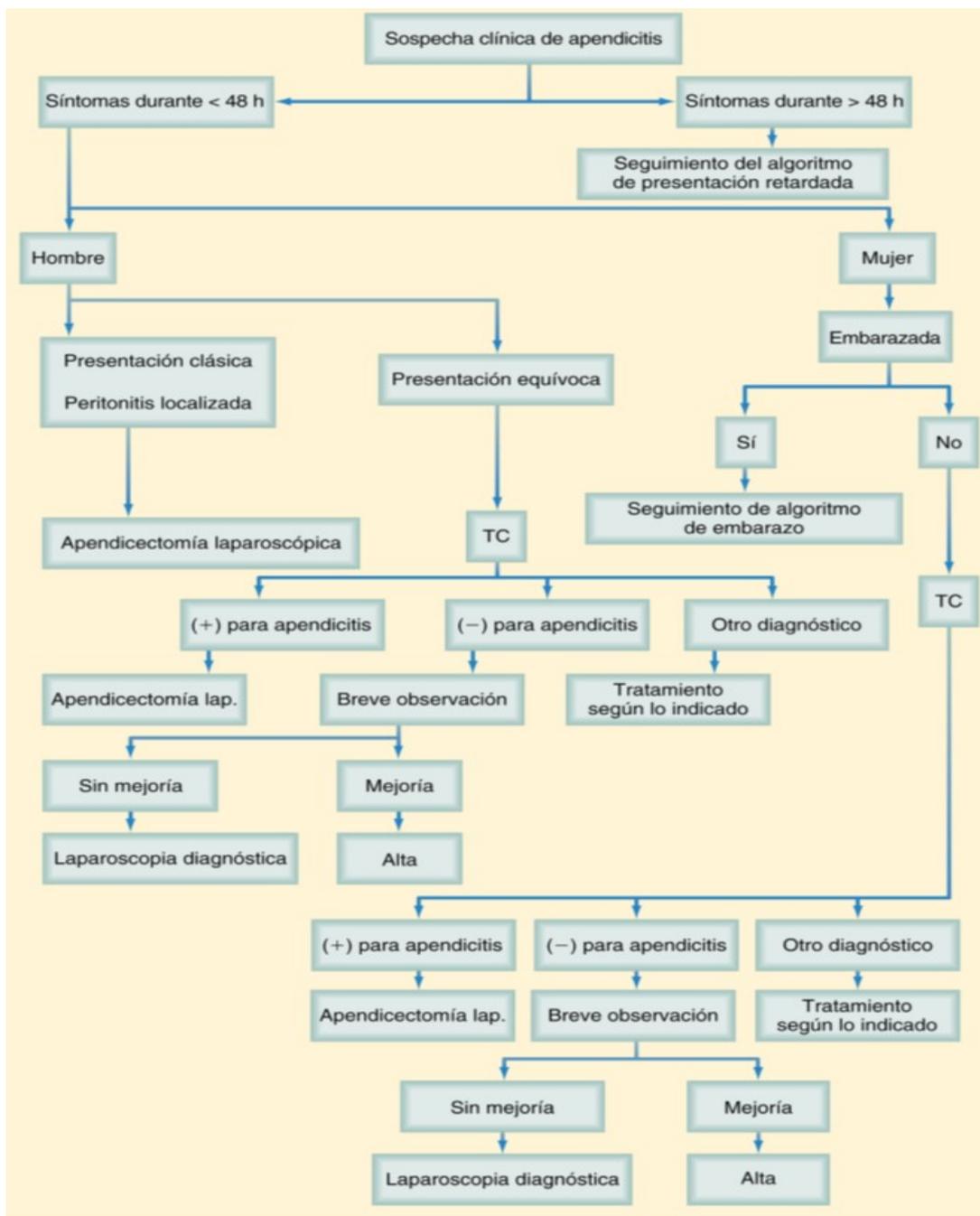
ANEXO N° 08

ANTIBIOTICOTERAPIA EN PIELONEFRITIS AGUDA (12).



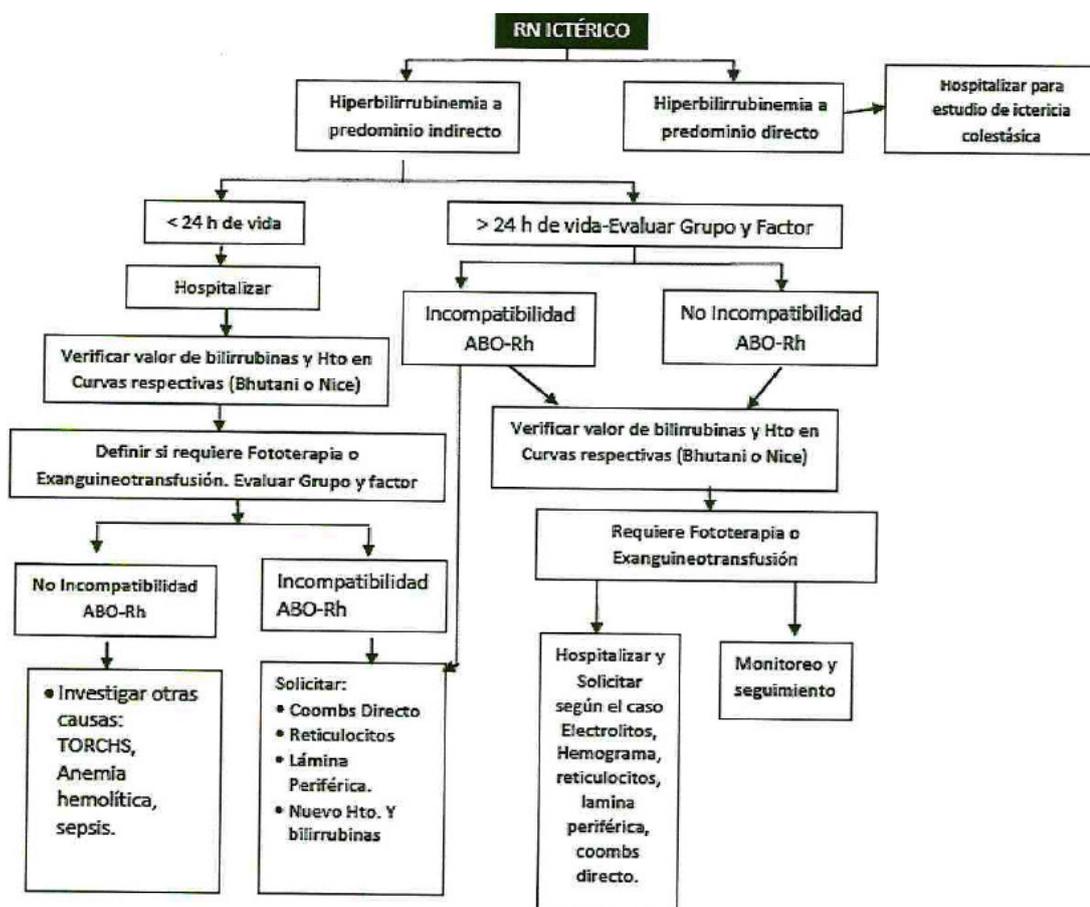
Tomado de: Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica de infección del tracto urinario (ITU). Ministerio de Salud. Perú. 2015 [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/r_d_104_2015.pdf

**ANEXO N° 09:
ABORDAJE GENERAL DEL PACIENTE CON POSIBLE APENDICITIS (15).**



Tomado de: Richmond B. Apéndice. En: Townsend. Sabiston-Tratado de cirugía. 20va Ed. España: Elsevier; 2018. p. 1296-311.

ANEXO N° 10
MANEJO DE ICTERICIA NEONATAL (22).

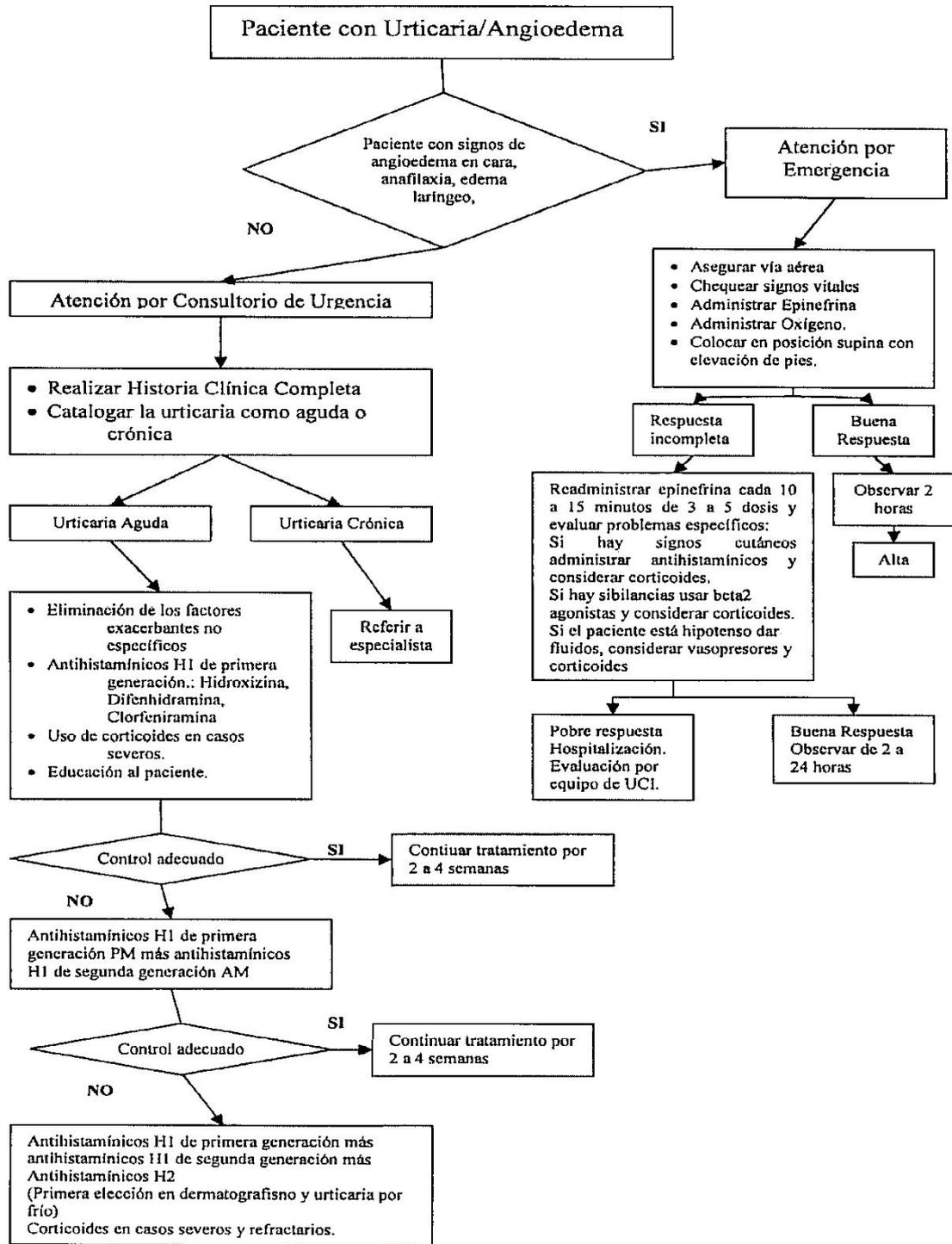


Tomado de: Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de ictericia neonatal. Ministerio de Salud. Perú. 2021 [citado 12 de mayo de 2021]; Disponible en:

http://hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_2aa287210c0febd_.pdf

ANEXO N° 11

FLUJOGRAMA EN PACIENTES CON URTICARIA/ANGIOEDEMA (27).



Tomado de: Hospital de Emergencias Pediátricas. Guía de práctica clínica de la urticaria y el angioedema en niños. Ministerio de Salud. Perú. 2013 [citado 12 de mayo de 2021];

Disponible en:

<http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/136735175905%20GPSEU%20URTICARIA%20ANGIOEDEMA.pdf>