



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN  
DURANTE EL PERÍODO 2020 - 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR**

**ZENAIDA ESABET HUAMAN VALVERDE**

**ASESOR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**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**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN  
DURANTE EL PERÍODO 2020 - 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR:**

**ZENAIDA ESABET HUAMAN VALVERDE**

**ASESOR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

Presidente: Mg. Alejandra Parhuana Blando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E. Ramón Pomel Silva Romero

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis padres Braulio Huamán Chachagua y Alicia Valverde Rodríguez quienes constantemente me apoyaron a seguir adelante.

En especial a mi hermano Gerardo quien me apoyó constantemente en el transcurso de mi carrera universitaria.

De la misma manera agradecer a mis compañeros de estudio por su ayuda incondicional y la amistad desarrollado a lo largo de toda la carrera y, ayudarme a ser un buen profesional.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Índice</b>	iv
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1.    Antecedentes de la investigación	1
1.2.    Presentación de casos clínicos	1
1.2.1. Casos clínicos de Medicina Interna	1
1.2.2. Casos clínicos de Pediatría	3
1.2.3. Casos clínicos de Gineco-Obstetricia	5
1.2.4. Casos clínicos de Cirugía	7
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	9
2.1.    Categoría de hospital	9
2.2.    Contexto nacional durante la pandemia	12
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	14
3.1.    Casos clínicos de Medicina Interna	14
3.2.    Casos clínicos de Pediatría	18
3.3.    Casos clínicos de Gineco-Obstetricia	21
3.4.    Casos clínicos de Cirugía	24
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	27
<b>CONCLUSIONES</b>	29
<b>RECOMENDACIONES</b>	30

<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	31
<b>ANEXOS</b>	33
1. Fármacos usados en tratamiento del tracto urinario en niños	34
2. Escalas de Alvarado modificado	35

## RESUMEN

El presente informe describe como el interno de medicina realizó el año 2020 – 2021 el internado médico, siendo un año diferente a los demás años, debido a que fue el año donde comenzó la pandemia por COVID-19.

El informe por suficiencia profesional fue realizado en el hospital de Huaycán, que se realiza con el objetivo de describir la experiencia del internado médico realizado durante un año.

Durante el año de internado del 2020 se realizó con una regularidad durante los tres primeros meses para luego ser finalizado durante los últimos meses del año 2021 debido a la pandemia.

Para la realización del internado fue necesario contar con equipos de protección personal brindados por el hospital para la atención de los pacientes de los distintos servicios por los que cuenta el hospital de Huaycán.

A medida que se realizaba cada rotación por los diferentes servicios se fueron aprendiendo y descubriendo nuevas formas de tratamiento de una enfermedad mediante el uso de equipo propio del hospital, laboratorio, apoyo de imágenes como ecografía, radiografías.

Se aprendió a rellenar de forma adecuada la historia clínica de una paciente, se realizó un diagnóstico y tratamiento para cada enfermedad atendida.



## **ABSTRACT**

This report describes how the medical intern completed the medical internship in 2020 - 2021, being a different year from the other years, because it was the year where began the COVID-19 pandemic.

This professional sufficiency carried out in the Huaycán hospital, which is carried out with the objective of describing the experience of the medical internship carried out during one year.

During the internship year of 2020, it was carried out regularly during the first three months and then completed during the last months of 2021 due to the pandemic.

In order to carry out the internship, it was necessary to have personal protective equipment provided by the hospital for the care of the patients of the different services for which the Huaycán hospital has.

As each rotation was carried out through the different services, new ways of treating a disease were learned and discovered through the use of the hospital's own equipment, laboratory, image support such as ultrasound, X-rays.

They learned to properly fill out the clinical history of a patient, a diagnosis and treatment was made for each disease treated.

## **INTRODUCCIÓN**

El Internado Médico que corresponde al último año de la carrera de medicina humana, que se caracteriza por las prácticas en el hospital, que tiene como objetivo la integración y consolidación de todo lo aprendido mientras era estudiante en la universidad, entonces es donde se ponen a la práctica el conocimiento adquirido y mediante la supervisión el tutor que es médico quien nos guía en todo el año de internado de medicina por cada una de los servicios del hospital.

Al iniciar el internado médico escogí la sede de Huaycán que se encuentra ubicado en el distrito de ATE, al tener referencias de promociones anteriores, y al ser un hospital de tipo II-1 se podrían participar de todas actividades y situaciones que se presentaba en el hospital desde la primera atención de tomar los signos vitales al paciente hasta participar en intervenciones quirúrgicas que se realicen en sala de operaciones, fue el motivo por lo tomé la decisión de escoger dicha sede.

Y en el hospital como interno de medicina desde los primeros días de asistencia nos brindaron las normas de seguridad y como debíamos cumplirlas, el uso correcto de los equipos de protección personal hasta el uso de la documentación hospitalaria, nos dieron un enfoque de trabajo desde la perspectiva como institución de salud.

Durante el desarrollo del internado médico pude cumplir los objetivos con los que fui, plasme todos los conocimientos que obtuve durante los años en la universidad y allí con casos reales pude atender a los pacientes con todo lo aprendido, desde la primera atención, manejo, diagnóstico y tratamiento hasta la atención final de una forma ordenada.

Dentro de las limitaciones que tuve fue que el hospital no cuenta con unidad de cuidados intensivos, hubieron pacientes que tuvieron que ser referidos a

otros centros de mayor complejidad, el cual me hubiera gustado hacerle seguimiento en la resolución de sus enfermedades, y al contar con zonas diferenciadas de atención a los pacientes se redujo el número de atención a los pacientes.

Por tal motivo el acceso de atención a los pacientes y tratamientos que se realizaron en el hospital fueron escasos desde el área donde me encontraba, elegí algunos casos clínicos que me parecieron que son los más vistos en un hospital y que se encontraron dentro los pocos casos que pude tratar en este hospital debido a la pandemia del COVID 19.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **1.1. Antecedentes de la investigación**

Durante el año de internado realizado se logró consolidar el manejo integral del paciente en las áreas de medicina, pediatría, cirugía y Gineco Obstetricia desde la realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con criterios de mayor costo beneficio y según la medicina basada en la evidencia y la ética.

Por lo que se aplicó los conocimientos básicos obtenidos en universidad durante los ciclos que se llevaron en ciencias básicas.

Dentro de las limitaciones que tuve fue no contar con unidad de cuidados intensivos, laboratorios y apoyo de imagen que funcionen todos los días, falta de algunos suministros, reducción en la atención a los pacientes.

En la presente se desarrollan los casos clínicos que observe y trate en dicho hospital.

### **1.2. Presentación de casos clínicos**

#### **1.2.1. Casos clínicos de Medicina Interna**

##### **Caso clínico 1**

##### **1. Enfermedad actual**

Paciente de 62 años con antecedente de cirrosis hepática más ascitis con tratamiento regular con diuréticos. Familiares refieren que paciente presentó dolor abdominal, astenia, hipoxia, debilidad y disnea que ya no es tolerable por lo que acudió a emergencia.

## **2. Antecedentes Patológicos**

- Cirrosis hepática (5 años)

## **3. Exploración física:**

Funciones Vitales:

Temperatura: 36°C, Presión arterial: 100/70, Frecuencia cardíaca: 94 x', Frecuencia respiratoria: 20 x', Saturación: 98%.

- Sistema nervioso: LOSEP, Glasgow: 15/15
- TCSC (tejido celular subcutáneo): tibio, poco hidratado, elasticidad adecuada, llenado capilar menos de 2 segundos, edemas en miembros inferiores (++/+++).
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de intensidad disminuida, no ingurgitación yugular.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, distendido con tensión, poco depresible con matidez, no doloroso a la palpación profunda, no visceromegalia.
- Genitourinario: punto renoureteral (PRU): negativo, puño percusión renal (PPL): negativo

## **Caso clínico 2**

### **1. Enfermedad actual**

Paciente mujer de 35 años de edad refiere que hace 8 días antes del ingreso al hospital inicia con un cuadro de diarrea (4 cámaras por día), con náuseas y vómitos, 3 días antes del ingreso refiere cansancio, debilidad, mareos y un día antes del ingreso refiere leve dolor en el abdomen y dolor de cabeza por tal motivo deciden acudir al hospital.

### **2. Antecedentes Patológicos:**

- Hospitalización por cuadro de diarrea hace 3 meses atrás.
- HIV hace un año con tratamiento de TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad).
- Trasfusiones: un paquete globular hace un mes.
- Medicina de uso frecuente: TARGA

### **3. Exploración física:**

Funciones Vitales:

Temperatura: 36.5 °C, Presión arterial: 90/60, Frecuencia cardiaca: 75 x',  
Frecuencia respiratoria: 21 x', Saturación: 98%

- Piel: seca, poco elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, con palidez, no edemas; TCSC escaso
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasan por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de tono e intensidad disminuida, no ingurgitación yugular, no soplos.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible doloroso a la palpación profunda de forma difusa, no visceromegalia.
- Genitourinario: punto renoureteral (PRU): negativo, puño percusión renal (PPL): negativo

#### **1.2.2. Casos clínicos de Pediatría**

##### **Caso clínico 1**

##### **1. Enfermedad actual**

Mama de niña de 3 años refiere que hace 5 días fue a la emergencia por urticaria la cual fue tratada, hace un día presenta dolor e inflamación en rodilla y tobillo izquierdo el cual aumenta con el movimiento que le causa incomodidad, posteriormente muestra inapetencia con sensación de alza térmica (SAT) motivo por cual la madre decide acudir al hospital.

##### **2. Antecedentes perinatales**

- Parto eutócico a término, peso al nacer 3,2 kilos,
- Lactancia materna exclusiva,
- Alimentación complementaria desde los 6 meses
- Inmunizaciones incompletas
- Desarrollo psicomotor adecuado.

##### **3. Antecedentes patológicos**

- Ictericia neonatal a los 5 días de nacido (7 días de hospitalización)
- Exploración física

#### **4. Examen físico:**

Funciones vitales:

- Sistema nervioso: activo, despierto, alerta.
- Piel: tibio, hidratado, elástico, no ictericia, no cianosis, llenado capilar menos de 2 segundos.
- Ojos: reactivos a la estimulación
- Cuello: no adenopatías, no dolorosos a la palpación
- Tórax y pulmones. murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, móvil a la respiración, no doloroso a la palpación.
- Sistema locomotor: limitación funcional de la pierna izquierda, dolorosa a la palpación en cadera, rodilla, tobillo izquierdo, no edematoso, no eritemas.

#### **Caso clínico 2**

##### **1. Enfermedad actual**

Madre refiere que su niña de 2 años comenzó hace 2 días con fiebre, deposiciones líquidas (5 veces), náuseas y vómitos, al que la madre le dio paracetamol y la fiebre no cedió, una hora antes del ingreso al hospital observó que su hija comenzó a hacer movimientos involuntarios que le duraron 2 minutos aproximadamente motivo por el cual madre acude a la emergencia.

##### **2. Antecedentes patológicos**

- Niega RAMS

##### **3. Exploración física**

- Signos vitales:
- Temperatura: 39 °C, frecuencia cardiaca: 170 x', frecuencia respiratoria: 30 x', SatO2: 99%

Examen físico:

- Sistema nervioso: activo, despierto, reacciona a los estímulos.
- Piel: tibio, hidratado, elástico, no ictericia, no cianosis, llenado capilar menos de 2 segundos.

- Ojos: reactivos a la estimulación
- Cuello: no adenopatías, no dolorosos a la palpación
- Tórax y pulmones. murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, móvil a la respiración, no doloroso a la palpación.

### **1.2.3. Casos clínicos de Gineco-Obstetricia**

#### **Caso clínico 1**

##### **1. Enfermedad actual**

Mujer de 19 años de edad acude a emergencia por presentar dolor abdominal tipo contracciones uterinas cada 5 minutos, además sintió pérdida del tapón mucoso hace 5 horas aproximadamente antes de su ingreso al hospital.

La paciente con dos controles prenatales.

##### **2. Antecedentes patológicos**

- Infección urinaria : hace 4 meses
- Antecedentes quirúrgicos niega

##### **3. Exploración física**

Signos vitales:

Temperatura: 36.5°C, Presión arterial: 110/70, frecuencia cardiaca: 94 x', frecuencia respiratoria: 24 x', Saturación: 98%, peso: 80 kg

Examen físico:

- Piel: tibio, hidratado, elástico, llenado capilar menos de 2 segundos.
- Mamas: blandas sin secreción de calostro.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasan por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de tono e intensidad adecuada, no ingurgitación yugular, no soplos.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible no doloroso a la palpación profunda. Altura uterina: 33 cm, situación y presentación fetal (SPP): longitudinal cefálico izquierda (LCI),



latidos cardiacos fetal (LCF): 140 x', dinámica uterina (DU): 3/10/++/30', movimientos fetales: ++, ponderado fetal: 3595 gr

- Tacto vaginal (TV): dilatación 1 cm, incorporación (I):80%, altura de presentación: -3, masa genital de 2 cm x 1 cm.

## **Caso clínico 2**

### **1. Enfermedad actual**

Paciente de 29 años refiere dolor pélvico de intensidad (++/+++), tipo cólico desde hace 3 horas, agregándose náuseas y vómitos, además de presentar sangrado vaginal desde hace 2 semanas, motivo por el cual ingresó al hospital.

G1P1001, FUR: 27/03/21

### **2. Antecedentes patológicos**

Esquizofrenia (desde tratamiento desde sus 18 años)

### **3. Exploración física**

Temperatura: 37.5°C, Presión arterial: 90/60, frecuencia cardiaca: 80 x', frecuencia respiratoria: 26 x', Saturación: 98%, peso: 50 kg.

Examen físico:

- Neurológico: despierta, LOTEP.
- Piel: tibia, poco elástica, llenado capilar menos de 3 segundos, con palidez marcada, no edemas; TCSC escaso.
- Mamas: blandas, sin tumoración.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasan por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de tono e intensidad disminuida, no ingurgitación yugular, no soplos.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, no visceromegalia.
- Tacto vaginal: tumoración cervical de aproximadamente 4 cm x 5 cm, no sangrado vaginal.

## **1.2.4. Casos clínicos de Cirugía**

### **Caso clínico 1**

#### **1. Enfermedad actual**

Paciente varón de 24 años refiere que un día antes del ingreso presentaba dolor difuso en abdomen, agregándose náuseas y vómitos, hace 6 horas antes del ingreso siente migración del dolor a fosa iliaca derecha, además de sentir SAT, además refiere hiporexia, motivo por el cual el paciente acudió al hospital.

#### **2. Antecedentes patológicos**

Niega reacciones medicamentosas y alergias.

#### **3. Exploración física**

Temperatura: 36.8°C, Presión arterial: 110/70, frecuencia cardiaca: 95 x', frecuencia respiratoria: 22 x', Saturación: 97%.

Examen físico:

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, no edemas; TCSC conservado
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasan por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no ingurgitación yugular, no soplos.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos disminuido, poco distendido, depresible doloroso a la palpación en flanco derecho izquierdo, no visceromegalia. Mc Burney (+), Rousing (+), Rebote (+).

### **Caso clínico 2**

#### **1. Enfermedad actual**

Paciente mujer de 51 años refiere que hace 3 semanas se realizó la colocación de inyección intramuscular en glúteo derecho por fármaco desconocido, a los días de la colocación empezó a sentir dolor e inflamación y observó que su glúteo comenzó eritematoso y con el paso de los días cambio de coloración a negruzca motivo por el que ingresó al hospital.

## **2. Antecedentes patológicos**

- Diabetes mellitus 2 (hace 15 años aproximadamente)
- Hipertensión arterial (hace 10 años aproximadamente)

## **3. Exploración física**

Temperatura: 36.5°C, Presión arterial: 120/70, frecuencia cardiaca: 80 x', frecuencia respiratoria: 20 x', Saturación: 98%, peso: 97 kg

Examen físico:

- Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, con ligera palidez, TCSC abundante.
- Ap. Respiratorio: murmullo vesicular pasan por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Ap. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de tono e intensidad disminuida, no ingurgitación yugular, no soplos.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia.
- Extremidad inferior: glúteo derecho con lesión ulcerativa de 5cm x 7 cm aproximadamente cubierto de tejido necrótico. Se procedió con el desbridamiento y se evidenció secreción purulenta.

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

### **2.1. Categoría de hospital**

El Hospital de Huaycán de categoría II - 1, se encuentra ubicado en el Distrito de Ate, en la red metropolitana de Lima Este del departamento de Lima, y este tiene una superficie es de 27,40 km<sup>2</sup> y se divide por Zonas, UVC, lotes, y ampliaciones. <sup>1</sup>

Huaycán tiene una población aproximada de 202271 y está dividida por etapas de vida, siendo el 38.0% de población de adulta (30-59 años), luego de 25.22% para la población Joven (18-29 años) y 16.85% para la población de niños de (0-11 años). <sup>2</sup>

En cuanto a edad y sexo, tienen una proporción en ambos sexos, como todos las poblaciones en desarrollo tienen un descenso de la natalidad y disminución progresiva de la población joven, y aumentando la esperanza de vida de esta población.

Huaycán cuenta con una población activa de 59,4% de los cuales la principal ocupación son los trabajador de servicios, peón, vendedor ambulante y afines, trabajadores de servicios personales, vendedor en centros comerciales y mercados, y finalmente los obreros y operarios en minas, industrias manufactureras y otros.

El hospital de Huaycán tiene una población asignada de 122986, cuenta con los servicios: consulta externa, emergencia y urgencias y hospitalización, partos, intervenciones quirúrgicas, exámenes de laboratorio bioquímicos, bacteriológicos, inmunológicos, exámenes de rayos x, ecografías y farmacia. Además cuenta con 51 camas de hospitalización.

Este hospital tiene es centro de referencia de 1 centro de salud y 3 puestos de salud en la jurisdicción de Huaycán, siendo el Hospital de Huaycán II-1, para atención médica y la resolución de las enfermedades. Los puestos de salud de referencia del hospital de Huaycán son Centro de Salud Señor de los Milagros, Puesto de Salud Horacio Zevallos, Puesto de salud La Fraternidad. El servicio de Emergencia atiende en la mayoría de las causas: enfermedades del sistema respiratorio, traumatismo, envenenamiento y algunas consecuencias de causas externas y signos y síntomas y hallazgos anormales. Entre los menores de 1 a 11 años, dentro las principales causas de atención: Enfermedades del sistema respiratorio, Traumatismos envenenamiento y algunas consecuencias de causas externas y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, en los adolescente de 12 a 17 años, las principales causas: Enfermedades del sistema respiratorio, Traumatismos envenenamiento y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias. En etapa adulto de 18 a 59 años, siendo las tres primeras causas: síntomas y signos y hallazgos anormales clínicos, enfermedades del sistema respiratorio y traumatismo de envenenamiento y algunas consecuencias de causas externas.

El hospital cuenta con servicios de hospitalización, siendo el 50% de hospitalizaciones en el Servicio de Gineco-Obstetricia, con el 23% de Hospitalizaciones en el servicio de Pediatría y el 12 % de hospitalizaciones para los servicios de Medicina y Cirugía.

El hospital atiende referencias tipo I solicitadas por los establecimientos de salud del primer nivel de atención del ámbito territorial al segundo y tercer nivel de atención: en población general, en menores de cinco años y gestantes.

Dentro de las referencias realizadas de emergencia según especialidad, el mayor número de referencias es por la especialidad de Gineco-Obstetricia.

El servicio de Gineco-Obstetricia tiene con principales causa de atención: Parto unido espontáneo, embarazo, parto y puerperio, trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo. El hospital de Huaycán atiende a la población femenina referida de los puestos de salud y centro de salud atiende las gestaciones y nacimientos.

El servicio de Pediatría dentro de las causas más frecuentes de consulta externa fueron Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores,

anemias nutricionales, otras infecciones de las vías respiratorias. Y dentro de 1-17 años, las causas principales de consulta externa: Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, dorsopatías e infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. Y dentro de hospitalización, las causas más frecuentes de hospitalización en menores de un año fueron afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedades del sistema respiratorio y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; en niños de niños de 1 a 17 años fueron enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo y Traumatismos envenenamiento y algunas consecuencias de causas externas de hospitalización.

El servicio de Medicina fue incrementando su meta establecidas en atención, permanencia y atención al público en la resolución de sus enfermedades dentro de los límites que se maneja en el hospital. En consultorios externos por sexo, las causas más frecuentes fueron Infecciones Agudas de las vías respiratorias superiores, así como Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares. En etapa 30 a 59 años, las causas más frecuentes de consulta externa fueron: Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, Dorsopatías, infecciones de las vías respiratorias superiores. Entre las 3 principales morbilidades representan el 16% de las atenciones. En etapa de Adulto mayor (60 + años), las causas más frecuentes de consulta externa fueron: Diabetes mellitus, dorsopatías, artropatías.

Dentro de hospitalización en la etapa adulto mayores 60 años, las causas más frecuentes fueron: Enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema genitourinario

El servicio de Cirugía se encuentra dentro de las principales causa de atención son: enfermedades del sistema digestivo, traumatismos, envenenamiento y algunas consecuencias de causas externas, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo. Y el servicio de Traumatología tiene como las principales causa de atención: Traumatismos, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

El hospital de Huaycán debido a no contar con unidad de cuidados intensivos (UCI) o mayores equipos para el tratamiento de enfermedades refiere a otros

hospitales de mayor complejidad siendo el hospital que le corresponde es el hospital Hipólito Unanue o en coordinación de otro hospital de mayor complejidad que tenga disponible camas y servicios adecuados.

## **2.2. Contexto nacional durante la pandemia**

Durante el inicio de año del 2020 donde comenzó el inicio del internado de medicina, las actividades académicas se desarrollaron casi en su totalidad, hubieron muchos pacientes en todas las especialidades con las que cuenta el hospital de Huaycán desde el área triaje, que es por donde todo paciente ingresa, para luego ser derivado a la atención que necesita, continuaba con el consultorio externo y si es que lo ameritaban se atendían en el área de emergencias, si la enfermedad del paciente lo necesitaba, también se contaba con atención de laboratorio y hasta las áreas quirúrgicas las que eran programadas; todo lo mencionado se desarrollaba con normalidad hasta el mes de marzo que todo cambio comenzó la pandemia del COVID-19.

Se declaró el COVID-19 como pandemia, el escenario médico nacional sufrió muchos cambios y los profesionales de la salud se enfrentan a nuevas situaciones que no se habían contemplado antes, debido que no se tuvo tiempo para proveer tal magnitud de la enfermedad, el hospital reacciono frente a esto y poder asumir esto, se tuvieron que suspender muchos tipos de atenciones a los pacientes como consultorios externos, también se suspendieron las intervenciones quirúrgicas que habían sido programadas, y también tuvieron que suspender el departamento de docencia, por lo que ya no se permitió el internado; todo esto para evitar la propagación del COVID-19. Si la mayoría de personas se quedaba en su casa, se evitaría la propagación de la enfermedad.

En consecuencia, solo se quedó el personal médico a nivel nacional, para combatir esta pandemia, pero fue fuerte demanda de atención en pacientes, que se tuvieron que contratar más médicos y poder atender a más pacientes, fueron días difíciles para el personal médico.

Fue cuando comenzó con una leve descenso de los infectados por COVID-19 cuando pudimos regresar al hospital nosotros los internos de medicina estudiantes de último año de carreras de ciencias de la salud, todo la atención a los pacientes cambio desde el cumplimiento estricto de los protocolos de

seguridad, con el uso de los equipos de protección personal para la atención del paciente.

A partir del mes de diciembre recién se apertura la atención virtual o telesalud que son consultas en línea para que los médicos puedan atender a los pacientes desde sus respectivos hogares.



## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1. Casos clínicos de Medicina Interna**

#### **Caso clínico 1**

En este caso el paciente presenta signos y sintomatología de cirrosis hepática que es una enfermedad crónica y difusa del hígado que altera su estructura y función.<sup>3</sup>, y dentro de las complicaciones más frecuentes de esta enfermedad son: Las complicaciones asociadas a cirrosis fueron las siguientes: ascitis, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorrea y sangrado por várices esofágicas, como es el caso de este paciente que presenta una complicación por esta enfermedad.<sup>4</sup>, para lo cual se hace un reconocimiento de los síntomas como molestias abdominales, astenia, ganancia de peso, además de distensión abdominal progresiva; entonces frente al grado de ascitis es necesario evaluar el grado de la función hepática y renal hemograma, por lo que se desea cuantificar la albumina y tiempo de protrombina los cuales podrían no ser determinantes en ocasiones. En estos pacientes con cirrosis y con falla cardiaca se puede encontrar tanto anomalías en función hepática como renal. En cirrosis se puede encontrar un INR (international normalized ratio) aumentado, hipoalbuminemia, trombocitopenia, anemia y leucopenia<sup>5</sup>, como es el caso del paciente que fue encontrado un grado de ascitis. Entonces para el poder diagnosticar al paciente se solicitaron los siguiente exámenes de laboratorio.

## 1. Exámenes auxiliares

- Hemograma: hemoglobina: 9.1 g/dl, leucocitos: 5 360 mm<sup>3</sup>, plaquetas: 149 000 mm<sup>3</sup>, observaciones: Hipocromía 2++, crenocitosi: 1(+), anicitosis 1+, PCR: positivo.
- Examen de orina: color amarillo, ligeramente turbio, examen bioquímico: negativo, sedimento urinario: leucocitos: 3 –5 por campo, hematíes: 0 – 1 por campo. Células epiteliales: escasas. Gérmenes 1 (+).
- Perfil hepático: bilirrubina total: 2.18mg/dL, bilirrubina directa: 0.72 mg/ dL, bilirrubina indirecta: 1.46 mg/dL, Fosfatasa alcalina: 111 U/L, GGTP: 40mg/dl.
- Urea: 52 mg/dl, creatinina 1.4 mg/dl, electrolitos normales, proteína C reactiva: positiva.
- Radiografía: efusión pleural bilateral

Lo primero que se pudo observar en este paciente es que tiene un tipo de anemia leve, en cuanto al perfil hepático se observa aumento de la bilirrubina total a predominio de bilirrubina indirecta, los valores de urea y creatinina en niveles normales.

Entonces se procede a realizar los diagnósticos de acuerdo a los exámenes realizados al paciente.

## 2. Diagnóstico

- Ascitis por cirrosis hepática
- Descartar peritonitis espontanea bacteriana
- Anemia moderada

## 3. Tratamiento

El tratamiento de primera línea para la ascitis refractaria, es la aspiración directa de >5 L de ascitis. En comparación con los diuréticos, paracentesis evacuatoria puede controlar la ascitis masiva rápidamente y acortar la estadía en el hospital.<sup>6</sup>

Entonces se realizó paracentesis evacuatoria de acuerdo a lo encontrado dentro de tratamiento refractario para el tratamiento de ascitis en pacientes con cirrosis hepática, por lo que se le realizo al paciente.

Se le retiraron aproximadamente 80 centímetro cúbicos para realización de citología.

- Le extrajeron 4 litros de líquido turbio.

Y también se le hospitalizó para continuar tratamiento el cual presentaba antibióticos y antidiuréticos.

- Ceftriaxona 2 gr endovenosos cada 24 horas
- Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas
- Pologelina 5% 200 cc a diario y luego PRN y a PAM  $\leq$  60
- Furosemida 80 mg endovenoso cada 24 horas.

## **Caso clínico 2**

Paciente inmunosuprimidos con HIV, que mediante el examen clínico se le nota una palidez marcada, con una diarrea persiste de hace meses entonces la diarrea es el síntoma gastrointestinal más frecuente en las personas portadoras del HIV. La diarrea puede aparecer como consecuencia de infección por un germen oportunista, así como ser un efecto secundario del tratamiento antirretroviral. Que puede ser aguda o crónica, y en este caso se trata de una diarrea crónica.<sup>7</sup>

Entonces para enfocar y hacer un diagnóstico adecuado se realizan varias etapas desde la historia clínica completa hasta estudios microbiológicos, endoscópicos e imagen lógicos. Para ello se solicitaron los siguientes exámenes.

### **1. Exámenes auxiliares:**

- Hemograma: hemoglobina: 4.1 g/dl, leucocitos: 8570 mm<sup>3</sup>, plaquetas: 221000 mm<sup>3</sup>, observaciones: Hipocromía 2+, anicitosis 2+, PCR: positivo.
- Examen de orina: leucocitos: 13 - 15 por campo, hematíes: 0 - 2 por campo. Células epiteliales: regular cantidad. Gérmenes (+), piocitos (+), filamentos mucoides: cilindros granulosos 1 – 3 por campo.
- Bioquímica: glucosa: 77 mg/dl, urea: 164 mg/dl, creatinina 6.8 mg/dl, electrolitos normales. Hemograma: leucocitos 8200 (68%), series roja y plaquetas normales.

- AGA y electrolitos: ph: 7.043, electrolitos: Na: 117 mmol/L, K: 2.0 mmol/L, calcio: 97 mmol/L, lactato: 2.04 mmol/L, bicarbonato: 8.7 mmol/L.
- Perfil hepático: TGO: 72 U/L, TGP: 42U/L, bilirrubina total 0.3 mg/dl, Fosfatasa alcalina: 128 U/L, GGTP: 42mg/dl, lipasa: 610 U/dL, amilasa: 267 U/dL.
- Ecografía renal: Riñón derecho. De contornos regulares, con dimensiones de 113 mm x 45 mm x 54 mm, parénquima pobre diferenciación cortico medular de 10 mm, Riñón izquierdo de contornos regulares, con dimensiones de 103 x 59 mm, parénquima pobre diferenciación cortico medular de 13 mm. Signos sugestivos de proceso inflamatorio renal bilateral (pielonefritis)
- Ecografía abdominal: Colédoco: 5 mm, Porta: 10.5 mm, vesícula biliar: contraída de 35 x 16 mm, obliterada con múltiples imágenes litiasicas, uno de ellos mide 12.8 mm, Páncreas: de ecogenicidad levemente irregular incrementada de volumen, cuerpo mide 18 mm, Hallazgos compatibles con litiasis vesicular, gastropatía inflamatoria, signos sugestivos de pancreatitis.

Entonces después de obtener los diversos exámenes se realizaron los siguientes.

## **2. Diagnósticos:**

- Acidosis metabólica severa debido a que se encuentra con un ph disminuido.
- Trastorno hidroelectrolítico: hiponatremia (Na de 117), hipokalemia (2). sodio y potasio disminuidos.
- Descartar shock hipovolémico debido a que la paciente presento una diarrea crónica y presentar anemia severa.
- Injuria renal aguda, según la escala RIFLE <sup>8</sup>, donde refiere que una lesión temprana de su riñón, para lo cual se necesitaría una biopsia para realizar un mejor diagnóstico.
- Anemia severa

Entonces con los diagnósticos realizados se procedió con el tratamiento al paciente.

### 3. Tratamiento

Primero se tenía que resolver el problema de los electrolitos,<sup>9</sup> y se procede con la corrección de la hipovolemia e hipokalemia con lo siguiente:

- Cl Na 0.9% 85 cc
- Clk 20% 10 cc I- II - III
- Bicarbonato 8.4% 3 cc
- Lidocaína 2% sin epinefrina 2 cc
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas
- Meropenem 1 gr endovenoso cada 8 horas
- Además se agrega la solución polielectrolítica 1000 ml 30 gotas

Se trata primero de resolver los problemas principales del paciente que comprometen su vida.

Se sugiere transfusión de paquete globular.

#### **3.2. Casos clínicos de Pediatría**

##### Caso clínico 1

Dentro de los dolores articulares en niños los más frecuentes son la artritis en el niño que constituye un motivo de consulta que precisa un abordaje temprano para detectar aquellas en las que es necesaria una intervención urgente. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye etiologías infecciosa, inflamatoria, traumatológica y tumoral, siendo la anamnesis y la exploración física las principales herramientas para orientar las exploraciones complementarias adecuadas.<sup>10</sup>

Se solicitaron diversos exámenes de apoyo para poder realizar un adecuado diagnóstico.

##### 1. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: hemoglobina: 11.4 g/dl, leucocitos: 17 300 mm<sup>3</sup>, plaquetas: 472 000 mm<sup>3</sup>, abastados: 2, PCR: positivo.
- Radiografía de cadera y rodilla izquierda: radiografía de cadera, y rodilla izquierda normal
- Ecografía de rodilla y cadera: No se realizó

Se obtienen los resultados de los exámenes y se observa que paciente presenta una leucocitosis, PCR es positivo causada por la inflamación de su rodilla.

## **2. Diagnósticos:**

- Síndrome doloroso articular
- Poliartitritis
- Descartar artritis reactiva
- Descartar artritis séptica

Dentro del tratamiento de poliartitritis en niños es con antiinflamatorios no esteroideos, glucocorticoides y antirreumáticos. <sup>11</sup>

## **3. Tratamiento**

- Ceftriaxona 630 mg endovenoso cada 12 horas
- Azitromicina 200 mg/ 5ml vía oral 3ml cada 24 horas
- Ibuprofeno 100mg/ 5ml vía oral 6 ml cada 8 horas.
- Ranitidina 15 mg endovenoso cada 8 horas
- Cetirizina 5mg / 5ml vía oral cada 24 horas

## **Caso clínico 2**

El síndrome convulsivo en niños es una de las consultas neurológicas más frecuentes en la edad pediátrica, son consecuencia de desencadenantes extra cerebrales, como hipertermia, hipoglucemia u otras alteraciones esporádicas y transitorias. Por el contrario, las convulsiones no provocadas pueden estar relacionada con la fiebre, desórdenes hidroelectrolíticos, traumatismo de cráneo reciente, tumor del SNC, evento cerebro vascular, intoxicación exógena y trastornos metabólicos.<sup>12</sup>

Para poder descartar las diferentes causas que causo la convulsión de solicito los siguiente exámenes.

## **1. Exámenes auxiliares**

- Hemograma: hemoglobina: 10.2 g/dL, leucocitos: 12 710, plaquetas: 310 000 mm<sup>3</sup>, segmentados: 42%, linfocitos: 49 %, PCR: positivo.

- Examen de orina: Color turbio, ligeramente, leucocitos: más de 100 x campo, hematíes: 3 - 5 por campo, células epiteliales: escasas, gérmenes 2(++)
- Urocultivo: leucocitos: 2- 4, hematíes: 0 – 1, células epiteliales: escasos, fosfatos amorfos: 3 (+), resultado del cultivo: negativo a las 48 horas.

Entonces por los exámenes obtenidos se observa una leucocitosis, PCR positivo, y en la orina se observa leucocitos de más de 100 por campo lo que orienta a lo siguiente.

## 2. Diagnósticos

- Síndrome febril
- Síndrome post- ictal
- Infección urinaria

Los niños con diagnóstico de presunción de ITU sean empíricamente tratados con antibióticos después de que haya sido obtenida una muestra apropiada para cultivo. Un tratamiento precoz con antibióticos podría reducir la gravedad de las cicatrices renales y evitar posteriores complicaciones.<sup>13</sup>

Entonces como ya se observó que el paciente cursaba con ITU se le procedió a dar un tratamiento adecuado. Ver fármacos más usados (Anexo 1)

## 3. Tratamiento

- Metamizol 0.9 ml endovenoso STAT
- Medios físicos: bañarlo con agua tibia para bajarle la fiebre
- Comenzar con tolerancia oral: 5 ml cada 15 minutos
- Hospitalización
- Dextrosa 5 % 1000 cc
- ClNa 20 % 20 cc 25 cc cada hora
- ClK 20 % 10 cc
- Amikacina 135 mg endovenoso cada 24 horas
- Ondasetrón 1.5 mg endovenoso STAT
- Metamizol 225 mg endovenoso si Temperatura  $\geq 39^{\circ}\text{C}$
- Paracetamol 5 ml vía oral si Temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$

### **3.3. Casos clínicos de Gineco-Obstetricia**

#### **Caso clínico 1**

Paciente que inició trabajo de parto, presentó pérdida del tapón mucoso, que al momento del examen físico se observó un condiloma genital que inicia a través de pequeñas soluciones de continuidad en la superficie epitelial, el virus penetra hasta los queratinocitos del estrato basal. La mayoría de estas infecciones son latentes o subclínicas y se resuelven espontáneamente. Pero el riesgo de transmisión vertical en el periodo perinatal o de infección persistente en el recién nacido es muy bajo. La vía de transmisión puede ser intraútero, a través del canal del parto e incluso postnatal. El mayor riesgo de transmisión para el recién nacido es el antecedente materno de Condilomatosis genital durante el embarazo y no su paso a través del canal del parto. Por ello, no se considera indicada la cesárea para finalizar la gestación en mujer con Condilomatosis genital, salvo si el canal del parto está obstruido por las lesiones o si el parto por vía vaginal puede provocar un sangrado excesivo. <sup>14</sup>

#### **1. Exámenes auxiliares**

- Hemograma: hemoglobina: 10.5 g/dL, leucocitos: 17 290, plaquetas: 312 000 mm<sup>3</sup>, segmentados: 39%, linfocitos: 45 %, PCR: positivo
- examen de orina: Leucocitos: más de 100 x campo, hematíes: no se observa, parásitos no se observa.
- Ecografía renal: Ecografía renal de aspecto ecográfico conservado

#### **Perfil materno**

- Tiempo de coagulación: 7 minutos, tiempo de sangría: 3 minutos, glucosa: 66 mg/dL, urea: 19 mg/dL, creatinina: 0.6 mg/dL, examen de reagina plasmática rápida (RPR): negativo, prueba de HIV: no reactivo.

#### **Antecedentes obstétricos:**

- G1 3500 gr por parto vaginal
- G2 parto actual
- Fecha de ultima regla(FUR):11/07/20
- Ecografía obstétrica: Gestación única activa podálica, de 17 semanas por biometría fetal.



Luego de conocer los resultados de los exámenes y el antecedente del condiloma genital se procedió con lo siguiente.

## **2. Diagnósticos**

- Gestación única activa
- Gestación de 40 semanas por fecha de última regla (FUR)
- Fase latente de trabajo de parto
- Circular simple de cuello
- Condilomatosis genital
- Infección urinaria

La paciente ya había comenzado con el trabajo de parto, ya se conocía sobre el condiloma que presentaba y las posibles transmisiones al momento del parto, pero al ser pequeño se le preparo para parto vaginal, y de haber complicaciones propias del trabajo de parto se le practicaría una cesárea.

## **3. Tratamiento**

- Antibioticoterapia para protegerle de pérdida del tapón mucoso.
- Atención de parto
- Cesárea si hubiera complicaciones

## **Caso clínico 2**

La paciente ingreso al hospital con síntomas de dolor abdominal por lo que presentaba náuseas y vómitos, pero la enfermedad de fondo era el sangrado que presentaba hace 3 meses.

Los miomas son tumores benignos más frecuente en las mujeres en edad fértil, son sintomáticos en una tercera parte de los casos, ya que tienen a veces una repercusión en la calidad de vida de las pacientes. Los síntomas más frecuentes son el dolor pélvico y las menometrorragias, que dependerán de la localización y del tamaño del tumor.<sup>15</sup>

En el paciente se puede identificar los síntomas de dolor pélvico y pequeñas hemorragias por lo que se le solicitó los siguientes exámenes.

## 1. Exámenes auxiliares

- Hemograma: hemoglobina: 5.9 g/dL, leucocitos: 11 300, plaquetas: 380 000 mm<sup>3</sup>, segmentados: 94 %, linfocitos: 4%, VSG: 14 mm/h
- Perfil hepático: TGO: 13 U/L, TGP: 5 UI/L, bilirrubina total: 0.6 mg/dL, bilirrubina indirecta: 0.4 g/dL, fosfatasa alcalina 72U/L, GGTP: 12 U/L, PCR: positivo
- Ecografía ginecológica: Ovario derecho: 45 x 36 mm con múltiples folículos, ovario izquierdo: 36 x 28 mm, fondo de saco de Douglas: mioma abortivo de 71 x 63 mm

Entonces con los exámenes se observó que la paciente tenía la hemoglobina disminuida, además de contar con la ecografía con diagnóstico de mioma abortivo, por lo que se realizaron las probables causas de estos.

## 2. Diagnósticos:

- Síndrome doloroso pélvico causado por el mioma
- Anemia severa
- Miomatosis uterina
- Mioma abortivo

El sangrado el sangrado puede ser muy abundante y afectar la calidad de vida como consecuencia de la necesidad de cambios frecuentes de toallas, que puede llevar a la anemia severa y necesite transfusión sanguínea.<sup>16</sup>

El aborto de un mioma submucoso es una complicación de esta variedad de localización; por la importancia de su diagnóstico clínico precoz.

La paciente se le hospitalizo para recibir tratamiento a su enfermedad.

## 3. Tratamiento

- Cl Na 0.9% 1000 ml pasar a XXX gotas por minuto
- Hioscina 20 mg endovenosos
- Dimenhidrato 50 mg endovenoso
- Ranitidina 50 mg endovenoso
- Haloperidol 10 gotas cada 8 horas
- Transfusión de 3 paquetes globulares isocompatibles
- Dexametasona 4 mg endovenoso pre transfusión
- Clorfenaminan10 mg endovenosos pre trasfusión

- Diclofenaco 75 mg intramuscular condicional al dolor

Se le comenzó a hidratar a la paciente y a tratarle los signos y síntomas de emergencia como las náuseas y vómitos. A la paciente se le realizó transfusión de 3 paquetes globulares debido a que tenía anemia severa. Y luego se trataría el mioma uterino.

### **3.4. Casos clínicos de Cirugía**

#### **Caso clínico 1**

La apendicitis aguda ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera décadas de la vida y es la causa más común de cirugía abdominal no traumática de urgencia en el mundo, que presenta como síntoma más frecuente al dolor abdominal, anorexia, náuseas, constipación, diarrea y fiebre. El dolor suele comenzar en epigástrico, y emigrar hacia el cuadrante inferior derecho, además de presentar de náuseas y vómitos que ocurre después de la instalación del dolor, y la fiebre suele manifestarse alrededor de seis horas después del cuadro clínico.<sup>17</sup>, como es el caso de este paciente. Para ello se le solicitaron los siguientes exámenes.

#### **1. Exámenes auxiliares**

- Hemograma: hemoglobina: 15.6 g/dL, leucocitos: 20 700, plaquetas: 141 000 mm<sup>3</sup>, segmentados: 90, linfocitos: 5 %, PCR: positivo.
- Hepatitis B (HBS-AG): no reactivo, HIV: no reactivo, RPR o VDRL: no reactivo.
- Examen de orina: Color amarillo ligeramente turbio, leucocitos: 2 -4 x campo, hematíes: 0 – 1 x campo, células epiteliales: escasos x campo.

Se observó en los resultados en el hemograma leucocitosis, PCR positivo, y por la clínica se sospecha apendicitis.

#### **2. Diagnóstico**

- Síndrome doloroso abdominal
- Apendicitis aguda

Se realizó el diagnóstico usando la escala de Alvarado <sup>18</sup> (ver anexo 2) y se procedió con el tratamiento del paciente.

### 3. Tratamiento

- ClNa0.9% 1000 ml pasar a chorro - 35 gotas
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas
- Metamizol 1 gr condicional al dolor
- Programar SOP

Se le procedió al paciente a prepararle para intervención quirúrgica para la realización de la apendicetomía.

### Caso clínico 2

Paciente mujer con muchas comorbilidades, que presenta una úlcera de 5cm x 7 cm aproximadamente, que inicio de algo pequeño y al medida que avanzaron los días fue cambiando de coloración.

Las que las infecciones de piel y tejidos blandos son la tercera causa de consulta por enfermedad infecciosas a los servicios médicos.<sup>19</sup>

Se le solicitaron los siguientes exámenes la paciente.

Las úlceras son lesiones en áreas localizadas de necrosis de la piel y del tejido subcutáneo producidas cuando estos tejidos sufren la compresión continua y mantenida entre una prominencia ósea y la superficie externa.<sup>20</sup>

#### 1. Exámenes auxiliares

- Hemograma: hemoglobina: 8.1 g/dL, leucocitos: 8 900, plaquetas: 291 000 mm<sup>3</sup>, segmentados: 60%, linfocitos: 38 %, glucosa: 84 mg/dL, urea: 69 mg/dL, creatinina: 2.4 mg/dL
- Hemoglobina glucosilada (11/04/21) : 6.0 %
- Examen de orina: color amarillo, turbio, proteínas (+), glucosa (+), leucocitos: 4 -6 x campo, hematíes: 0 – 1 x campo, células epitelial: regular cantidad x campo, gérmenes: 1(+), filamentos mucoides: cilindro granuloso 1(+).

Se observó en el hemograma la hemoglobina disminuida, y con los demás exámenes de laboratorio se procedió con lo siguiente.

#### 2. Diagnóstico

- Úlcera necrótica infectada en glúteo derecho
- Diabetes mellitus 2

- Hipertensión arterial
- Anemia moderada
- Enfermedad renal crónica tratamiento

Luego de realizar los diagnósticos a la paciente, se le hospitalizó para poder darle un tratamiento adecuado.

### **3. Tratamiento**

- Curación de herida
- Oxacilina 1 gr endovenoso cada 6 horas
- Clindamicina 60 mg endovenoso cada 8 horas
- Metamizol 2 gr endovenoso cada 8 horas
- Furosemida 20 mg endovenoso cada 24 horas
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas
- Insulina NPH 10 UI subcutáneo cada 24 horas – desayuno
- Dimendrato 50 mg endovenoso STAT

Dentro del tratamiento que recibió la paciente se le cubro de antibióticos, como era diabética e hipertensa también se le dio tratamiento para continuar con el tratamiento de dichas enfermedades. Además se le realizaron varias curaciones de la herida e incluyendo el lavado profundo en sala quirúrgica.

## **CAPÍTULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El hospital de Huaycán atendía con normalidad a toda la población de su jurisdicción y población referida de parte de los centros de salud y puestos de salud en la resolución de las enfermedades, se programan atención: emergencia, consultorio externo de las diferentes especialidades, exámenes de laboratorio, rayos x, ecografías, intervenciones quirúrgicas por cirugía, traumatología y Gineco-obstetricia, y en las cuales un interno de medicina participaba en todas las áreas y diversas especialidades en el hospital hasta la llegada de la pandemia de COVID-19 que ocasionó muchos cambios. Se suspendieron todo tipo de actividades académicas, los internos de medicina, obstetricia, laboratorio, enfermería, todos ellos dejaron de asistir al hospital; se suspendieron consultorio externo, atenciones en sala de operaciones. Y con la pandemia y el incremento de casos por COVID-19 abrieron áreas COVID y áreas No COVID en las urgencias hospitalarias que permitieron separar a los pacientes con sospecha de COVID-19. El cual fue un incremento exponencial del número de pacientes y hubo un momento donde mayoría de las especialidades con fueron suficientes.

Después de 5 meses de lucha constante del personal de salud en la atención del COVID y lograr tener una pequeña disminución de COVID recién pudieron regresar los alumnos del internado médico para continuar con el aprendizaje y colaborar en la atención de los pacientes.

El regreso de los internos de medicina al hospital fue diferente, hubo mucha diferencia al inicio del internado donde se atendía a todo paciente que llegaba, se le realizaban pruebas diagnósticas a todos los pacientes en consultorio al inicio del internado pero luego todo fue diferente desde el uso de los equipos de protección personal que tenías que usarlo todo el tiempo, el dolor que nos

ocasionaba el uso diario de las mascarillas, aparte de que en este regreso al internado médico ya no se podían atender a todos los pacientes de la misma forma que lo hacíamos al inicio, ahora todo paciente tenía que pasar por triaje COVID y que cada paciente que ingresaba al hospital era considerado como paciente COVID o altamente sospechoso por lo que si presentaba algún signo, síntoma o sospecha se quedaba en la zona COVID y allí se le atendía y ya no llegaba a ser atendido por nosotros. Y dentro de los pacientes que no eran sospechosos de tener COVID podían ser atendidos por los internos de medicina. Ahora que ya no se contaban con consultorio externo, intervenciones quirúrgicas programadas todos se atendían solo en emergencia de las diferentes especialidades, el número de pacientes atendidos en zona no COVID se atendían en menor cantidad , hasta hubo días con reducidas atenciones a los paciente ya que al ser sospechosos no podían pasar a la zona NO COVID, por tal motivo ya no se podían tratar todo tipo de pacientes, ya no se podía estar presente en todas las atenciones que se le realizan ni realizarles un seguimiento, pero dentro de los pacientes que pude tratarlos junto a mi tutor se quedaron para siempre en mí, ese aprendizaje que pude recibir de parte del paciente al momento de tratarle y parte de mi tutor al explicarme el tratamiento de la enfermedad del paciente.

## CONCLUSIONES

- Se trató a pacientes con cirrosis hepática con el uso de examen físico y se complementaron con exámenes de laboratorio para poder diagnosticar enfermedades para poder ser tratados.
- Se trató a pacientes inmunosuprimidos con comorbilidades mediante al uso del examen físico, exámenes de laboratorio y apoyo de imágenes de ecografía en el tratamiento de enfermedades.
- Se realizó la curación y Antibioticoterapia de pacientes con úlcera de glúteo.
- Se realizó la detención de paciente con apendicitis aguda de forma oportuna con el examen clínico y exámenes auxiliares para tratamiento de enfermedad.
- Se realizó el tratamiento de síndromes convulsivos en niños con el apoyo de examen clínico y uso de examen de laboratorio para el tratamiento de la enfermedad.
- Se trató a unos pacientes con poliartritis en niños por lo que se usó exámenes clínico, exámenes de laboratorio y auxiliares para la detención y tratamiento de la enfermedad.
- Se trató a una gestante con Condilomatosis que estaba en trabajo de parto, con un diagnóstico adecuado con examen físico, exámenes de laboratorio para la viabilidad del parto.
- Se detectó a una paciente con miomatosis con el uso de examen físico y exámenes de laboratorio para un manejo adecuado de la enfermedad.



## RECOMENDACIONES

- Realizar un mantenimiento periódico y programado de los equipos de laboratorio para ser útil al momento para realizar un mejor diagnóstico las diversas enfermedades tratadas en el hospital.
- Gestionar para obtención de nuevos equipos de imágenes de ecografía que hacen un mejor apoyo en el diagnóstico de enfermedades.
- Contratar mayor personal para que todos los servicios del hospital brinden atención continua a los pacientes.
- Detectar pacientes de urgencia en el hospital ayuda a realizarle un tratamiento adecuado y realizarle una programación a sala quirúrgica.
- Reconocer el síndrome convulsivo en niños ayuda a diferenciar en tipo de tratamiento que recibirá.
- Referir oportunamente a pacientes que necesitan de ser referidos para continuar con un adecuado diagnóstico y tratamiento.
- Realizar seguimiento a la gestante desde sus controles prenatales, seguimiento de las enfermedades que se le detecta durante la gestación y programar la forma atención del parte ayuda disminuir riesgos durante el parto y posparto.
- Realizar el manejo de las patologías de la mujer priorizando las que necesitan pronta resolución y evitar complicaciones propias de la enfermedad presentada en cada paciente.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de Huaycán. Análisis situacional del hospital de Huaycán. 2019; 218.
2. Hospital de Huaycán. Análisis situacional del hospital de Huaycán. 2020; 227.
3. Santos SC, Blanco MV, Nico AC. Caracterización de pacientes con cirrosis hepática por alcoholismo. 2020. 16 de abril de 2020; 59(5):277.
4. Calderón Gerstein W, Ascanio Paredes M, Yarinsueca Mata PR, Características clínicas y complicaciones de la cirrosis hepática en una población de altura (Huancayo, 3250 m s. n. m.). Horiz Méd Lima [Internet]. Abril de 2020 [citado 18 de abril de 2021]; 20(2).  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-558X2020000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2020000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Gómez EM. Abordaje diagnóstico del paciente con ascitis. 2016.:620.
6. Toasa AGN, Montoya FAM, Anchundia GMA, Coloma JBP. Tratamiento de la ascitis refractaria. RECIMUNDO. 7 de julio de 2020; 4(3):53-61.
7. Gómez Venegas AA, Moreno Castaño LA, Roa Chaparro JA. Enfoque de la diarrea en pacientes infectados con VIH. Rev Colomb Gastroenterol. 5 de julio de 2018; 33(2):150.
8. Insuficiencia renal aguda (IRA) clasificación, fisiopatología, histopatología, cuadro clínico diagnóstico y tratamiento una versión lógica. 2017;(4):8.
9. Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, Annane D, Ball S, Bichet D, et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hiponatremia. Nefrología. 1 de julio de 2017; 37(4):370-80.
10. Loza SM. Artritis. Diagnóstico diferencial. 2020. (2):10.

11. Job-Deslandre C. Artritis idiopáticas juveniles. EMC - Apar Locomot. Diciembre de 2015; 48(4):1-15.
12. Serrano J, Zabala MD. 2. Convulsiones en urgencias pediátricas. 2020; III (23):17.
13. Rodríguez JDG, Fernández LMR. Infección de Vías Urinarias en la Infancia. 2014.:18.
14. AEPCC guía Condilomas Acuminados ISBN.pdf [Internet]. [Citado 19 de abril de 2021].  
Disponible en:  
[http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/04/AEPCC\\_guiaCONDILOMAS-ACUMINADOS-ISBN.pdf](http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2019/04/AEPCC_guiaCONDILOMAS-ACUMINADOS-ISBN.pdf)
15. Rodríguez AM, Toneut CM, Vega AM, Carmenate YD, López VMR, Alemán OAR. Miomatosis uterina complicada con aborto de un mioma submucoso. Medicentro. 2018; 3(2018):8.
16. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM, Hernández-Valencia M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet México. 2017; 85(9):611-33.
17. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen. marzo de 2019; 41(1):33-8.
18. Díaz-Barrientos CZ, Aquino-González A, Heredia-Montañón M, Navarro-Tovar F, Pineda-Espinosa MA, Espinosa de Santillana IA. Escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: comparación con la escala de Alvarado modificada. Rev Gastroenterol México. 1 de abril de 2018; 83(2):112-6.
19. Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrado L, Osorio-Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. Infectio. 9 de septiembre de 2019; 23(4):318.
20. Bascuñana JJA, Tardos MPM, Sender MV, Espolio ML. Tratamiento de úlceras por presión grados I y II con plasma autólogo rico en plaquetas. 2020; 10(2):10.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Fármacos más usados en el tratamiento de infección del tracto urinario del niño

Fármaco	Dosis	Posología
<b>Vía parenteral</b>		
Cefotaxima	150 mg/kg/día	3 dosis
Ceftriaxona	50-75 mg/kg/día	2 dosis
Tobramicina	5-7 mg/kg/día	1 dosis
Gentamicina	5-7 mg/kg/día	1 dosis
Ampicilina	100 mg/kg/día	4 dosis
<b>Vía oral</b>		
Cefixima	8 mg/kg/día	1 dosis
Ceftibuteno	9 mg/kg/día	2 dosis
Cefaclor	40-50 mg/kg/día	3 dosis
Fosfomicina	100-200 mg/kg/día	4 dosis
Amoxicilina-clavulánico	40-45 mg/kg/día	3 dosis
Nitrofurantoina	5-7 mg/kg/día	4 dosis
TMP-SMX	8-12 mg/kg/día de TMP	2 dosis

Protocolos • Infección de vías urinarias en la infancia AEP

## Anexo 2

### Criterios De La Escala De Alvarado Modificada

Síntomas	Valor
<i>Migración del dolor a FID</i>	1
<i>Anorexia</i>	1
<i>Náuseas o vómito</i>	1
<i>Signos</i>	
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg (rebote)	1
Fiebre	1
<i>Estudios de laboratorio</i>	
Leucocitos > 10,000/mm <sup>3</sup>	2
Neutrofilia > 70%	1
<i>Total de puntuación</i>	10

FID: fosa iliaca derecha.