



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA
HOZ

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

PRESENTADA POR
RODOLFO ALEJANDRO CARRILLO ENRIQUEZ
CLAUDIA SOFIA CASTILLO CHILET

ASESOR

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
RODOLFO ALEJANDRO CARRILLO ENRIQUEZ
CLAUDIA SOFIA CASTILLO CHILET**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidenta: M.E. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: M.C. Mario Heins León Florián

Miembro: Mg. Yanire Paty Macedo Alfaro

DEDICATORIA

A nuestros padres, Chilet Henríquez, María Esperanza; Castillo Ungaro, Ricardo; Carrillo Mejía, Alejandro Eduardo; Enriquez Andrés, Nancy Beatriz, a quienes dedicamos este trabajo con gran amor y gratitud, por el apoyo incondicional que siempre se nos ha brindado para llegar hasta esta etapa de nuestras vidas, todo el amor y respeto para ellos por acompañarnos en este proceso que fue tan largo, dedicado y exhaustivo, que requirió de mucha perseverancia, sus palabras de aliento a continuar y bendiciones nos protegen en este camino y nos lleva por el camino correcto a seguir perseverando por lo anhelado, con quienes espero compartir muchos logros más.

A mis familiares y a mi mejor amiga Jaquelin Medina Ticlia, quienes se han involucrado en este proceso tanto como yo, pues sin ellos no lo hubiera logrado por su gran amor y apoyo en los momentos de adversidad.

Esto es para todos aquellos que sumaron a nuestra formación, para aquellos que brindaron su tiempo y su confianza, para aquellos que nos compartieron sus conocimientos, eternamente agradecidos porque sean parte de este camino.

AGRADECIMIENTO

Gracias a ustedes doctores del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, que dedicaron y sacrificaron su tiempo valioso para brindarnos una enseñanza de calidad a pesar de la coyuntura que estamos viviendo, desde el primer día del internado hasta el último día se brindó conocimientos y experiencias para que logremos cumplir nuestros sueños y metas trazadas, gracias a los docentes y tutores por sus conocimientos compartidos, bondad y paciencia e inspiraron, en cada uno de nuestros días de trabajo en este largo camino.

A los seres queridos que se perdió durante esta pandemia, que fueron parte de nuestro crecimiento tanto personal como profesional, donde se encuentren los llevaremos siempre en nuestro corazones, con mucha nostalgia y agradecimiento, con una gran admiración por la lucha contra esta enfermedad.

Gracias a los compañeros de la Universidad San Martín de Porres por siempre trabajar en equipo, por siempre compartir conocimiento, apoyarnos y alentarnos a nunca rendirnos en este camino. A los compañeros del internado médico por ser parte de mi día a día de formación y por demostrar que si todo se realiza con amor y perseverancia, nada es imposible.

Gracias a Dios y a la vida por este nuevo triunfo y a todas las personas que creyeron en nosotros y formaron parte de este camino.

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	i
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotaciones externas	3
1.2 Internado médico período enero – marzo 2020	5
1.3 Internado médico	6
1.3.1 Medicina interna	6
1.3.2 Cirugía general	12
1.3.3. Pediatría	21
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	36
3.1 Medicina interna	36
3.2 Pediatría	49
3.3 Cirugía general	57
3.4 Ginecología	67
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	74
4.1 Medicina interna	75
4.2 Pediatría	77
4.3 Cirugía general	79
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	83
ANEXOS	86
1. Score APACHE II	87
2. Criterios de Ranson	88
3. Criterios de Balthazar	89
4. Algoritmo de Pancreatitis aguda	90

5. Algoritmo de Infección del tracto urinario bajo	91
6. Algoritmo de Infección del tracto urinario alto	92
7. Algoritmo de Infección del tracto urinario en niños	93
8. Algoritmo de Sepsis bacteriana del recién nacido	94
9. Algoritmo del Estado de hidratación del paciente	95
10. Algoritmo de Deshidratación severa	96
11. Algoritmo de Deshidratación leve o moderada	97
12. Algoritmo de Apendicitis aguda	98
13. Algoritmo de Colecistitis aguda	99
14. Algoritmo de Evaluación de emergencia obstétrica	100
15. Algoritmo de Tipo de aborto	101
TABLAS	102
1. Intoxicaciones	103
2. Antídotos	103
3. Signos y síntomas de Infección del tracto urinario	104

RESUMEN

El presente trabajo es acerca de la trayectoria, las experiencias y los aprendizajes del internado médico en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de Enero de 2020 hasta Abril de 2021, además de cómo se afrontó frente El último año de la carrera de medicina es imprescindible para el desarrollo de los médicos, debido a que aquí es donde se pone en práctica y se consolidan los conocimientos aprendidos durante los 6 primeros años frente a diversas situaciones que puedan presentarse.

El COVID 19 afectó de gran manera a todo el mundo. El 15 de marzo del 2020 se vio interrumpida la labor de los internos de medicina, ya que el Perú atravesaba un futuro incierto respecto a esta nueva enfermedad producida por el SARS COV2. Esta emergencia sanitaria, tuvo como repercusión que por 7 meses no se realizaran prácticas en los hospitales del Perú. En un contexto de emergencia sanitaria debido a lo explicado anteriormente, se retomó el internado el 1 de octubre del año 2020, con nuevas normas, nuevos servicios en los que realizar las rotaciones, nuevos horarios, por lo cual se vio muy limitada nuestra formación diaria en el hospital, ya que atravesábamos una etapa totalmente nueva y se tuvo que adquirir y fortalecer todos los conocimientos previos ya adquiridos. Se contó con la asesoría de los tutores a cargo en el hospital que siempre se brindaron conocimiento y se ayudó a forjar el carácter para el futuro profesional.

Durante el desarrollo del internado realizamos rotaciones en los servicios de ginecología - obstetricia, medicina interna, pediatría y cirugía general; en donde se preparó tanto en el servicio de emergencia y hospitalización para llevar a cabo un buen diagnóstico clínico y un buen manejo de los pacientes en cualquier circunstancia que se presente, permitió fortalecer nuestras capacidades y brindarnos un gran aporte a nuestra formación como médicos peruanos.

ABSTRACT

This work is about the trajectory, experiences and learning of the medical internship at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital during the period from January 2020 to April 2021, in addition to how it faced the last year of the medical career. It is essential for the development of doctors, because this is where the knowledge learned during the first 6 years is put into practice and consolidated in the face of various situations that may arise.

COVID 19 greatly affected everyone. On March 15, 2020, the work of the medical interns was interrupted, since our Country was going through an uncertain future regarding this new disease caused by SARS COV2. This health emergency had the repercussion that for 7 months I did not know how to carry out practices in the hospitals of Peru. In a context of health emergency due to what was explained above, the boarding school was resumed on October 1, 2020, with new rules, new services in which to perform rotations, new schedules, for which our daily training was very limited in the hospital, since we were going through a totally new stage and we had to acquire and strengthen all the previous knowledge already acquired. We counted on the advice of our tutors in charge at the hospital who always provided us with knowledge and helped us to forge our character for our professional future.

During the development of the internship we carried out rotations in the gynecology services - obstetrics, internal medicine, pediatrics and general surgery; where we were prepared both in the emergency service and hospitalization to carry out a good clinical diagnosis and a good management of patients in any circumstance that arises, allowed us to strengthen our capacities and provide us with a great contribution to our training as Peruvian doctors.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del trabajo de suficiencia tiene como objetivo presentar la trayectoria y aplicación profesional del internado de Medicina Humana en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz comprendido en el periodo de Enero 2020 hasta Abril 2021.

La Organización Mundial de Salud (OMS) hizo pública el 31 de diciembre de 2019 la existencia de una nueva enfermedad infecciosa que en personas ocasiona una neumonía pero con una causa desconocida y que fue registrada por la autoridades de China en la ciudad de Wuhan.

Debido a su parecido con el virus del SARS, el SARS-CoV, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus, decidió renombrar al 2019-nCoV como SARS-CoV-2. De la misma forma, el 11 de febrero de 2020 la OMS nombra a la enfermedad infecciosa causada por este nuevo coronavirus como COVID-19,

El 6 de marzo, se confirmó oficialmente el primer caso positivo (paciente cero) por COVID-19 en territorio peruano, conocido el caso, el gobierno activó inmediatamente el «Plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del coronavirus» con el fin de fortalecer los sistemas de vigilancia, contención y respuesta.

El brote por COVID-19 ocasionó que el sector salud de varios países atravesase por un colapso sanitario y decidieran realizar esfuerzos por la obtención de los ventiladores mecánicos y otros insumos médicos. Esta crisis sanitaria produjo que existiera una fuerte demanda de estos aparatos en los países desarrollados que terminaría por complicar su compra en los países latinoamericanos, siendo el Perú uno de los más perjudicados

EL periodo de internado medico en el Perú tiene 1 año establecido de duración iniciando el 1 de enero y culminando el 31 de diciembre de ese mismo año, debido a la pandemia mundial causada por COVID-19, fueron suspendidos todos los internos de medicina el 15 de marzo del año 2020 para salvaguardar la vida de los estudiantes de medicina de último año, es importante resaltar que el último año de la carrera se vio realmente afectado ya que este periodo se basa prioritariamente en las practicas preprofesionales en los hospitales para poder desarrollarnos como médicos y, además ser guiados por tutores, ya sean asistentes o residentes, que ayudarán a desenvolvemos de una manera más capacitada para afrontar cualquier adversidad que se pueda presentar. Este año de preparación es primordial para poder explotar nuestras destrezas y fortalecer nuestras debilidades, así como también aprender y desarrollar todas las capacidades que hemos adquirido durante los primeros 3 años en preclínica y 3 años en clínica. La situación que se vivió antes de la pandemia dentro del desarrollo del internado medico era la diversa variedad de patologías y en diferentes servicios en el hospital ya sea tanto en emergencia, consultorio externo, hospitalización y áreas quirúrgicas, en donde se podía realizar seguimiento a cada uno de ellos, el ingreso de forma frecuente a sala de operaciones y de centro obstétrico, la realización de diversos procedimientos médicos y la realización de charlas y exposiciones con los alumnos del internado, residentes y asistentes, se realizaban revisión de casos en el hospital objetivándose su manejo y toma de decisiones, todo de forma presencial.

Se decide el retorno al Internado medico en el periodo Octubre – Abril, para continuar y culminar nuestras actividades en los centros hospitalarios, debido a la magnitud de la Pandemia, el retorno del internado medico hizo que las prácticas se realicen en un corto periodo de tiempo en donde no se ven la diversidad de patologías que antes se veían, hay una mayor limitación de pacientes y restricción al ingreso a la sala de operaciones, diferentes procedimientos, centro obstétrico, y la modalidad presencial de las exposiciones pasó a ser virtual afectando en gran parte la formación del estudiante de medicina. El internado medico ha sido muy limitado pero muy

gratificante ya que hemos podido demostrar nuestras capacidades en momentos críticos en el sector salud.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es un hospital de nivel II-2 ubicado en el departamento de Lima, en el distrito de Puente Piedra. El hospital cuenta como misión 'Brindar Servicios de Salud Básica y especialidad con calidad e inclusión social en el marco de la atención integral basado en la persona, familia y comunidad con el enfoque preventivo curativo y recuperativo a la población de los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo contribuyendo al empoderamiento de nuevos estilos de vida que conlleven a mejorar la salud de nuestra población'. Además cuenta con el departamento de Medicina, departamento de Cirugía, departamento de Pediatría, departamento de Gineco-Obstetricia, departamento de Odonto-Estomatología, departamento de Enfermería, departamento de Emergencias y cuidados críticos, departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, departamento de Diagnóstico por Imágenes, departamento de Apoyo al tratamiento, que se encargan de la atención de la población en el servicio de emergencia, consulta externa y áreas de hospitalización. Debido a la gran magnitud que atraviesa el país por la pandemia del COVID 19, las aéreas de atención se han limitado a atender por prioridad las emergencias.

Se recibió la primera inducción al internado durante la última semana de Diciembre del 2019, donde dieron una charla sobre la bioseguridad, enseñaron las aéreas del hospital y el rol que cumple el interno en el área de salud, guiado por los asistentes, los residentes y los internos que aún permanecían en sus labores. Además se recibió una charla por cada jefe de departamento, en la cual dieron la bienvenida y brindaron información sobre el área de trabajo donde desenvolveríamos.

En el año 2020, previo al retorno del internado médico, la Universidad Privada San Martín de Porres y el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz brindaron clases virtuales acerca de las medidas de protección que deberíamos tomar antes del retorno, brindándonos información acerca las áreas COVID y no COVID, los deberes actuales del interno de medicina, los horarios que se había

establecido, y las medidas de bioseguridad que se tomarían durante el periodo de prácticas hospitalarias.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La etapa correspondiente a la formación profesional del médico peruano se basa en 7 años de estudios, los cuales se encuentran divididos en 3 categorías; la etapa de ciencias básicas o conocida como etapa preclínica, la etapa clínica y el internado. Los primeros 3 años de la carrera se encuentran las asignaturas generales distribuidas desde el primer año al tercer año de la carrera.

En el primer año de la carrera se encuentran las asignaturas: Procedimientos Básicos en Medicina, Química Médica, Matemática, Ecología, Psicología, Filosofía, Biología, Salud pública, en el segundo año de la carrera se encuentran las asignaturas de Anatomía humana, Histología, Embriología, Bioestadística, Parasitología, Microbiología, Bioquímica, entre otras asignaturas más, las cuales brindaron las bases necesarias para continuar con la formación profesional, en el tercer año de la carrera se encuentran las asignaturas como Farmacología, Fisiología, Fisiopatología, Epidemiología, Patología los cuales ayudaron a la culminación de nuestra etapa preclínica con mayor conocimiento y los conceptos con mayor consolidación, para pasar a la siguiente etapa, denominado Etapa clínica, éste se compone de los 3 de años siguientes, del cuarto año al sexto año de carrera.

Es importante mencionar que durante la etapa preclínica, se tuvo el primer encuentro con el sector salud, ya que en las asignaturas como Salud Pública y Epidemiología, asistíamos a centros de salud a realizar nuestras clases prácticas. En el año 2013 realizamos la asignatura de Salud Pública en el Centro de Salud Musa Nivel I – 3 en el distrito de la Molina, en el cual los Docentes brindaron conocimientos de la importancia acerca de la prevención

y promoción de la salud en la comunidad. En el año 2016 realizamos la asignatura de Epidemiología en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Nivel I-3 en el distrito de ATE, en el cual los docentes brindaron conocimientos tanto teóricos como prácticos, realizando con los compañeros un trabajo de investigación acerca de la Lactancia en el centro de Salud Gustavo Lanatta, fue un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, en el cual se pudo observar que la mayor población de madres se encontraba entre el grupo etario entre 21 – 34 años y la gran mayoría solo contaba con estudios de secundaria completa y estaban dedicadas únicamente al hogar, este trabajo de investigación fue un gran escalón en nuestra formación, brindó mayor experiencia en el ámbito de la investigación y procedimientos.

En la etapa clínica es donde el estudiante de medicina humana acude a los hospitales a realizar las rotaciones correspondientes a las asignaturas, donde pone en práctica todos los conocimientos aprendidos, dado que se inicia la docencia y asesoría, es aquí donde el alumno tiene la oportunidad de interactuar con el paciente para aprender de manera más directa sobre la clínica y su patología.

El cuarto año de medicina está conformado por las asignaturas como Medicina Interna que se encuentra dividido en todos los segmentos correspondientes a esta especialidad, Diagnóstico por imágenes, Laboratorio Clínico, Oncología, Patología 2, en los cuales se brindan conceptos y bases prácticas para afrontar emergencias y ponerlas en prácticas durante las rotaciones en los Hospitales, así como consolidar nuestra parte teórica con la realidad del sector salud y las limitaciones con las que encontramos día a día. El quinto año de medicina está compuesta por las asignaturas como: Cirugía General y especialidades (Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología), Traumatología, Técnica Operatoria en Procedimientos, Psiquiatría, Neurología, Tesis, donde se brinda enseñanza en el diagnóstico y manejo oportuno de las principales patologías, y como abordar las emergencias que se pueden presentar en dichas especialidades. En el Sexto año de medicina cursamos con las asignaturas como: Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Geriatria, Emergencias y Desastres, Salud Publica 2, Tesis 2, los cuales brindaron mayor conocimiento acerca de las especialidades más

importantes para el desarrollo del internado con mayor conocimiento práctico y teórico.

Al culminar el último año de la etapa clínica, el estudiante de Medicina Humana inicia el internado médico que tiene una duración de 12 meses, el haber llevado la totalidad de dichas asignaturas, lo hace sentirse listo para poder enfrentar de la mejor manera ese último año, el cual será el más importante para su formación académica. Aquí es donde el Interno será capaz de realizar diagnósticos presuntivos, proponer planes de trabajo y el manejo más adecuado según la patología en cuestión.

1.1 Rotaciones externas

Durante el periodo de formación del estudiante de medicina este puede adquirir mayor experiencia y conocimiento realizando rotaciones externas en los Hospitales de Lima para conocer la realidad nacional en el sector salud.

Se realizaron rotaciones externas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2016 periodo Diciembre, Enero y Febrero y en el año 2018 en los meses de Enero y Febrero.

La experiencia vivida en el Hospital Arzobispo Loayza, fueron meses llenos de mucho aprendizaje tanto teórico como práctico, donde se coordinó para realizar la rotación en el servicio de Medicina Interna, ya que habiendo culminado la etapa preclínica con éxito, se ponía a prueba nuestra capacidad para realizar un buen examen físico al paciente y una anamnesis a detalle. Fue en esta rotación donde los Doctores del Hospital Nacional Arzobispo Loayza me permitieron realizar mis primeras historias clínicas a detalle y brindándome conocimientos acerca de muchas patologías, explicándome la finalidad de los exámenes auxiliares y sus resultados, para una mayor comprensión en la toma de decisiones en las visitas diarias. Durante este periodo se tuvo la oportunidad de rotar en el servicio de Endocrinología, donde la doctora a cargo brindó su tiempo y dedicación en enseñar el manejo y curación de los pacientes con complicaciones por Diabetes Mellitus tipo 2. Aquí se tuvo la oportunidad de poder conocer médicos de diferentes especialidades, los cuales me permitieron realizar los exámenes físicos

dirigidos a neurología y cardiología, se realizaban exposiciones al medio día durante toda mi rotación sobre temas específicos dirigidos a los internos de medicina de ese año y residentes de la especialidad, se permitió que el rotante pudiera asistir en la mayoría de los procedimientos y exposiciones que estaban disponibles, esta experiencia sumo demasiado para desenvolverse de la manera más adecuada al realizar el internado médico, ya que al enfrentar un contexto diferente por la pandemia a causa del Covid -19, mientras se rotaba por el servicio de medicina interna, el cual se vio limitado, se compensó con el gran aprendizaje brindando por la rotación externa realizada años anteriores.

Durante los meses de Enero y Febrero del 2018 se realizó la rotación de Cirugía General en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza que fue una experiencia para poner en práctica todos los conocimientos de pre-clínica en un ambiente hospitalario. La rotación externa se realizó en el servicio de Cirugía General, durante mi externado me brindaron conocimientos acerca de los cuidados pre quirúrgicos y post quirúrgicos, tanto como los diagnósticos presuntivos al ingreso del paciente y los diagnósticos definitivos post operatorios más los hallazgos de las cirugías. Me permitían realizar historias clínicas, curaciones de los pacientes, revisar su evolución conforme su estancia hospitalaria, hasta ingresar a sala de operaciones para poder observar o participar de alguna manera en las cirugías. Los residentes eran tan amables que me permitían participar de todas las actividades planeadas para los internos de ese año, ya sean charlas, foros, exposiciones y talleres de sutura para practicar. Tuve la oportunidad de participar como ayudante en algunas apendicetomías laparoscópicas y colecistectomías laparoscópicas, así como practicar mis suturas al momento del cierre de cavidades o al finalizar la cirugía, realmente fue muy enriquecedor haber realizado esta rotación en el hospital ya que con las limitaciones actuales en el servicio de Cirugía general, ya sea por falta de personal de apoyo como licenciados de enfermería y técnicos de enfermería, el interno se ve a suplir toda esta demanda y explotar sus capacidades en la práctica quirúrgica ya se en atenciones en sutura, pacientes quemados y por mordeduras caninas.

1.2 Internado médico período enero – marzo 2020

A inicios del 2020, realizamos la primera rotación de internado en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Esta rotación se realizó cuando no se atravesaba la pandemia por COVID 19. Donde realizamos la atención en consultorio externo, el área de emergencia, área de hospitalización y área de sala de partos. En esta etapa, cumplíamos un rol diario donde teníamos un horario en emergencia de 12 horas, en área de hospitalización cumplíamos 8 horas, en consultorio externo cumplíamos 6 horas y en sala de partos cumplíamos 12 horas. Estos primeros meses del internado, permitieron evaluar tanto a la madre como al feto, siempre guiado por los residentes y los asistentes de turno. Ahí podíamos evaluar la altura uterina, la vitalidad del feto, ver los cambios al tacto vaginal, prepararnos para recibir un parto. Además también se recibió asesoría por parte de las obstetras, quienes inculcaron mayor conocimiento sobre la evaluación de la gestante y la atención de parto. En adelante, se pudo evaluar situaciones de riesgo de las pacientes, ya que se brindó el conocimiento en el manejo de ciertas patologías que se presentaran como pre eclampsia, diabetes materna, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, placenta previa; las cuales favorecieron para poder entender la situación en la cual se puede presentar la población al sistema de salud y como poder afrontarlas.

En la rotación de Ginecología – Obstetricia se tuvo la oportunidad de ingresar reiteradamente a Cesáreas, ya sean programadas o de emergencia, los residentes a cargo brindaban todo el conocimiento práctico posible durante las intervenciones, se ingresó a sala de operaciones con gestantes cuyos diagnósticos fueron: Preclamsia severa, Fetos en podálico, Placenta Previa Oclusiva, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Rotura uterina, esto fue un gran aprendizaje ya que observar y asistir en las cirugías en patologías que solo se habían estudiado teóricamente.

El proceso del internado se vio interrumpido a mediados de Marzo del 2020 por la pandemia del COVID-19 que fue un gran choque para el sistema de salud. Principalmente las atenciones se centraron en priorizar las

emergencias y tratar a los pacientes con COVID-19, además de informar a la población sobre los cuidados que se deben tener para evitar adquirir el contagio de esta enfermedad.

1.3 Internado médico

Se procederá a explicar brevemente los casos de mayor interés que se observaron en las distintas rotaciones del Internado Médico, posteriormente se explicará más a detalle sobre el abordaje y manejo de los casos en los próximos capítulos

1.3.1 Medicina interna

CASO 1

Paciente acude a emergencia acompañado de su pareja, quien refiere presentar el dolor abdominal hace aproximadamente 10 horas .Refiriendo un dolor a nivel de epigastrio que no se irradia, en la escala de EVA 7/10, asociado a náuseas y vómitos en tres oportunidades, no tolerando nada por vía oral, no refería fiebre, niega cefalea, niega mareos. No refería antecedentes de importancia. Niega alergia a medicamentos, Niega antecedentes patológicos.

Se procedió a evaluar a la paciente por parte del médico de turno y el interno, donde se encontraron las siguientes funciones vitales FC 90x', FR 20x', SaO2 99%, T 36.9°C. Al examen físico: Piel: T/H/E, llenado capilar <2'', no ictericia; Respiratorio: MV pasa bien en ACP, no estertores agregados; Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos agregados; Abdomen: Distendido, RHA ausentes, dolor localizado en epigastrio de moderada intensidad que se irradiaba hacia la espalda; SNC: Despierta, LOTEPE, Glasgow 15/15.

El plan de trabajo en emergencia se basa en Analgesia e Hidratación y reevaluar con los resultados de laboratorio, Se brinda tratamiento con 1.

Tramadol 100mg, Dimenhidrinato 50 mg, Ranitidina de 50 mg, en Na CL 0.9 x 100 cc, 2. Na CL 1000 CC > 500 CC a chorro, 500 cc 45 gotas.

Se solicitó en primera instancia Hemograma completo, examen de orina, PCR, Glucosa, Urea, Creatinina, Amilasa, Lipasa. Además se solicitó una ecografía abdominal, debido a que se sospechaba de alguna probable Pancreatitis aguda vs Colecistitis aguda. Paciente refiere continuar con el dolor abdominal, se administra Dexketoprofeno 50 mg en NaCl 0.9 x 100 cc.

En los exámenes de laboratorio, se encontró Hemoglobina 12, Leucocitos 12 000, Hematocrito 35, PCR 0.30 mg/dl, Glucosa 90, Urea 22, Creatinina 0.90, Amilasa 2770 IU/L y Lipasa 7680 UI/L. En la ecografía, Vesícula biliar: distendido mide 58x30 mm, paredes engrosadas de 5 mm con edema mural, se observan múltiples litiasis en su interior de hasta 11 mm, Páncreas: no visible por interposición gaseoso intestinal como conclusión: Colecistitis Aguda litiásica.

Con los resultados, se determinó el diagnóstico de: Síndrome Doloroso Abdominal, Pancreatitis Aguda, Colecistitis Aguda.

Manejo en observación: 1. NPO, 2 CLNa 0.9% x1000 cc > 60 gotas, 3. Ranitidina 50 mg c/8h EV, 4, Tramadol 100mg, Dimenhidrinato 50 mg, ClNa 0.9 x100cc c/8horas EV, 5. CFV, 6. S/S Perfil Hepático.

En su primer día en Observación Adulto, paciente refiere náuseas y mareos, niega vómitos, niega sensación de alza térmica, deambulación no asistida, paciente refiere dolor en epigastrio que se irradia a región dorsal, diuresis presente, deposiciones (-).

Funciones Vitales: FC 73, FR 20 x, PA 100/60, SATO2 96% T36.8 C, HGT: 10 pm: 117, HGT 6 am: 96.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH, Piel y mucosas: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no edemas. Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos de buena intensidad, No soplos, IY (-), Abdomen: Leve Distensión, RHA (+), Blando/Depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio de leve intensidad, no signos peritoneales.

Con resultado de laboratorio de Perfil Hepático: Albumina: 4.1 gr/ dl, GGT: 333.8 U/L, Fosfatasa Alcalina: 209.6 U/L, BT 3,81 mg/dl, BD: 1.64 mg/dl, BI 1.97 mg/ dl.

Se encuentra con los diagnósticos: 1. Pancreatitis Aguda Biliar, 2. Patrón colestásico, 3. Colecistitis Aguda.

El plan de trabajo con esta paciente fue: 1. NPO, 2. CL Na 0.9% 1000cc > I III, 3. Dextrosa 5% 1000cc, Cl Na 20% Ampo, CL k 205 Amp > II, IV, 4. Ranitidina 50mg c/ 8h EV, 5. Tramadol 100 mg, Dimenhidrinato 50 mg, CL Na 0.9 x 100 cc> EV C/ 8 horas, 6. CFV + BHE, 7. HGT C/8horas.

El manejo de la pancreatitis aguda se basa principalmente en la hidratación precoz en un paciente, colación al paciente en NPO, además del manejo del dolor y evaluar periódicamente su evolución. En este caso el paciente estuvo en observación de medicina interna con las indicaciones terapéuticas mencionadas, con mejoría clínica posterior, el dolor abdominal fue disminuyendo en intensidad, se solicitó examen auxiliar PCR y se encontraba menor a 1 gr/dl , se decide inicio de tolerancia oral y paciente no refería náuseas, no vómitos, diuresis presente, deposiciones presente, se indica alta con indicaciones médica y se le añade Terapia Nutricional, se le indica a la paciente que debido a la coyuntura no están atendiendo los consultorios externos de medicina interna lo que se dificulta el seguimiento del paciente, ni de cirugía general para su tratamiento de Litiasis vesicular ya que este fue el causante de la Pancreatitis aguda.

CASO 2

El siguiente caso clínico es acerca de una paciente que estuvo en el servicio de observación adulto. Paciente de sexo femenino de 30 años de edad acude a emergencia por presentar fiebre cuantificada de 38.6 C, refiere náuseas y vómitos que se han intensificado, refiere vómitos en 5 oportunidades, refiere escalofríos, paciente refiere dolor y ardor al miccionar de varios días de evolución.

Funciones vitales: PA: 90/60, P: 110, FR: 20x, T: 38.5 C, SATO2: 97%

Al examen físico: Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición. Piel y Mucosas: T/H/E, LLC<2 segundos, no ictericia, no edemas; CV: Ruidos cardiacos taquicárdicos, no soplos audibles, IY (-); tórax y pulmones: Mv pasa en AHT, no estertores, no ruidos agregados; Abdomen: Globuloso, RHA (+), blando / depresible, leve dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda; Genitourinario: PPL(+), PRU (+); Sistema Nervioso Central: Despierta, Lotep, Glasgow 15/15

Se solicita: Hemograma, PCR, Examen de Orina, Urea, creatinina, glucosa y toma de urocultivo previo inicio de tratamiento antibiótico empírico.

Exámenes auxiliares: Hemograma: leucocitos 22 000, neutrófilos (86,4%), linfocitos (4,3%), Hb 13,6 g/dl, plaquetas 213.000. Examen de orina: Células epiteliales en abundante cantidad, hematíes 4 a 6 x campo, Leucocitos: 100 x campo, Nitritos (+), PCR: 4 mg/dl. Bioquímica: glucosa 105 mg/dl, urea 27 mg/dl, creatinina 0,84 mg/dl.

Tratamiento: 1. ClNa 0.9 x 1000 cc > I y II, 2. Ceftriaxona 2gr c/24 horas 3. Dimenhidrinato 50mg EV c/8 horas PRN náuseas y vómitos, 4. Control de Funciones Vitales.

La paciente tuvo una excelente evolución clínica tras 24h en observación. Estando hemodinámicamente estable. Como conclusión, un diagnóstico precoz de pielonefritis aguda permite la rápida instauración de tratamiento evitando posibles complicaciones como shock séptico.

CASO 3

Paciente de 68 años es traído a emergencia por su familiar, con antecedente de cirrosis hace 5 años, su familiar refiere que el paciente pierde la conciencia, además familiar refiere que nota desorientación y confusión del paciente hace aproximadamente 1 semana, y no haber estado realizando deposiciones.

Signos vitales: PA: 100/60 FC 80X, FR: 18X, T: 37.1 C SAT O2: 96%

Al examen físico paciente con mal estado general e nutricional, Piel y mucosas: tibia/ elástica/ poco hidratada, mucosas oral secas, tórax y pulmones: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados, cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, IY (-), Abdomen distendido, globuloso, signo de la ola positiva, se evidencia ascitis, Neurológico: despierto pero con tendencia al sueño, desorientado en tiempo, persona y espacio.

Se le solicita exámenes de laboratorio los cuales incluyen un hemograma completo, perfil hepático, perfil de coagulación, AGA y electrolitos, bioquímica y prueba rápida de COVID 19.

Se reevalúa al paciente anemia leve, encontrándose proteínas totales bajas, relación albumina-globulina bajo, urea aumentada y en el AGA se encontró hipopotasemia moderada. El plan de trabajo con este paciente en emergencia fue colocación de un enema evacuante STAT, se le hidrata con NaCl 9% x 1000 cc, lactulosa 33. 3% cada 8 horas, se le indica terapia nutricional, se le corrige el trastorno hidroelectrolítico y pasar a piso de medicina para ampliar estudio.

En la ecografía abdominal se evidencia: hígado: bordes irregulares, ecogenicidad heterogénea con aspecto reticular, con ángulos romos. Se evidencia contenido de aproximadamente 600cc. Los resultados del perfil de coagulación se encuentran alterados por lo que se difiere la paracentesis, se decide hospitalización del paciente.

CASO 4

Paciente menor de 17 años es traída a la emergencia por su madre, quien refiere que hace más o menos 3 horas había ingerido 60 pastillas que tenía en su casa, identificadas Naproxeno, Doxiciclina, Clindamicina. Posteriormente inicia con dolor abdominal urente a predominio de epigastrio de moderada intensidad asociado a vómitos biliosos en 4 oportunidades, motivo por el cual acude al servicio de Medicina Interna.

Funciones vitales: PA 110/70, Pulso 110x', FR 20x', SaO2 98%

Al examen físico: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional. Piel y mucosas: Tibio/Hidratado/Elástico, Llenado capilar <2 segundos, no ictericia, no edemas. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos agregados. Abdomen: No distendido, blando/depresible, moderado dolor difuso. Neurológico: LOTEP, Glasgow 15

Se solicita: Hemograma, B-HCG, Glucosa, Urea, Creatinina, Prueba rápida para COVID 19, Interconsulta a psicología. La paciente cuenta con los diagnósticos de ingreso: 1. Síndrome doloroso abdominal 2. Intoxicación por AINES 3. Gesto suicida 4. Depresión 5. Pasa a hospitalización

El plan de trabajo con la paciente en emergencia fue: 1. NaCl 0.9% 1000cc 45 gotas 2. Omeprazol 40mg EV STAT 3. Lavado gástrico

Se reevalúa a la paciente con resultados de exámenes auxiliares: Hemograma: Leucocitos 14 600, Hemoglobina 10.9 g/dl, Plaquetas 387 000, Glucosa 126, Urea 17.5, Creatinina 0.64.

Paciente no refiere solo abdominal, niega cefalea, responde al llamado, paciente colaboradora.

Funciones Vitales: FC: 80, FR 18x, T: 37C, PA 110/60, SAT 98%

Al examen físico: AREG, AREN, AREH, Piel y Mucosas: Tibia/ Hidratada/ Elástica, mucosa oral hidratada, LLC< 2 segundos, No edemas. Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos de buena intensidad, No soplos, IY (-), Abdomen: Blando/ Depresible, RHA (+) doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, Neurológico: Despierta, LOTEP, Glasgow 15/15.

Diagnósticos de la paciente: 1. Gesto Suicida, 2. Intoxicación por AINES. El plan de trabajo con esta paciente: 1. NPO, 2. CI Na 0.9 x 1000 > XXX gts X, 3. Omeprazol 40 mg AMP C/24 horas, 4. Hioscina 20 mg EV PRN a dolor, 5. Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a náuseas y vómitos, 6. CFV, 7. Pasa a observación Adulto.

En su primer día de hospitalización, paciente refiere dolor abdominal a nivel de epigastrio tipo urente, niega nauseas, niega vómitos, niega sensación de alza térmica, diuresis presente, deposiciones presentes.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH, Piel y mucosa: Tibia/ hidratada/ elástica, Llenado capilar <2 segundos, no edemas, no ictericia, Cardiovascular: Ruidos Cardiacos rítmicos de buena intensidad, No soplos, IY (-), Tórax y pulmones: Murmullo Vesicular pasa en Ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados, Abdomen: RHA (+), Blando/ Depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Paciente de 17 años de edad hemodinámicamente estable durante la evaluación, acompañada de madre, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, portadora de sonda nasogástrica y catéter venoso periférico. Cuenta con los diagnósticos: 1. Gesto Suicida, 2. intoxicación Medicamentosa, 3. Anemia Leve, 4. Episodio Depresivo.

El plan de trabajo con esta paciente es Interconsulta a asistencia social, Interconsulta a psicología, Progresar dieta. En las indicaciones se encuentra: 1. Dieta Blanda Hipograsa, 2. Cl Na 0.9 x 1000 cc > XV gts X, 3. Omeprazol 40 mg EV C/ 24 horas, 4 CFV.

Se plantea en el plan de trabajo el alta probable en cuanto a su respuesta a la dieta y la respuesta por el servicio de psicología.

Se dio de alta a la paciente con consejería por psicología, en la cual indicaba consultas virtuales y charlas para ella y para su madre. Es necesario una evaluación más exhaustiva en estos tipos de pacientes que sufren de depresión, debido a que puedan hacer recidiva de gestos o intentos suicidas. Siempre será necesario el apoyo con el servicio de psicología para poder brindar un mayor apoyo a la paciente, así como la terapia en conjunto con la familia de la paciente.

1.3.2 Cirugía general

CASO 1

Paciente de sexo masculino de 27 años de edad acude por emergencia por referir dolor abdominal en la escala de EVA 7/10 que se inició aproximadamente hace 7 horas, asociado a náuseas y vómitos, refiere hiporexia y sensación de alza térmica.

Signos Vitales: P: 110x, PA: 90/60, T 37.5 C, FR: 19 x, SATO2 98%

Al examen físico: REG, REH, REN, Piel y mucosas: T/E/H, LLC <2 segundos, no presenta edemas, no ictericia, Tórax y pulmones: Murmullo Vesicular pasa en AHT, no estertores, no ruidos agregados, Cardiovascular: Ruidos cardiacos Rítmicos taquicárdicos, IY (-), no soplos audibles, Abdomen: Distendido, RHA disminuidos, Blando/ Depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Blumberg (+), Sistema nervioso Central: Despierto, LOTEPE, responde el interrogatorio, Glasgow 15/15.

Se solicitan exámenes preoperatorios (hemograma, PCR, Examen de orina, Bioquímica, Pruebas serológicas, Grupo y Factor, TC, TS, TP e INR, se solicita Prueba antigénica para COVID 19, ecografía abdominal, Radiografía de tórax, y toma Electrocardiograma

Los resultados de exámenes de laboratorio Leucocitos en 15 000, Hemoglobina 13 mg/dl, Plaquetas en 200 000, PCR 3 mg/dl, O +, VIH (-), RPR (-), Hepatitis B (-). Prueba antigénica para COVID 19 (-). Su diagnóstico Preoperatorio: Apendicitis Aguda, se realiza lectura de electrocardiograma y descripción de Radiografía de Tórax para completar el riesgo cardiovascular y riesgo neumológico para realizar la interconsulta a Anestesiología.

Ingresa a sala de operaciones, la operación propuesta fue una apendicetomía abierta, su diagnóstico post operatorio fue de apendicitis aguda complicada, en los hallazgos se encontró un apéndice cecal 8 x 1 cm, necrosado en 1/3 proximal, base indemne, escaso liquido inflamatorio.

El paciente en su primer día Post operatorio, refirió dolor de moderada intensidad en región de sitio operatorio 4/10, negó náuseas y vómitos, paciente afebril, tolerando vía oral.

Al examen físico: AREG, AREH, AREN, Piel y mucosa: Tibia, hidratada, elástica, Llenado capilar < 2 segundos, no edemas, no ictericia, tórax y pulmonar: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados, Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, IY (-). Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando, depresible, doloroso a la palpación en región de herida operatoria, Herida operatoria: Incisión transversa bien afrontada, no aumento de volumen, no eritematosa, no indurada. Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Paciente evolucionando favorablemente durante su estancia hospitalaria se decide alta médica con indicaciones con antibióticoterapia vía oral, analgesia, se brinda indicaciones acerca de la terapia medico nutricional y las indicaciones para el control post operatorio.

CASO 2

Paciente de sexo femenino de 56 años de edad acude a emergencia por referir dolor abdominal de intensidad 8/10 en escala de EVA asociado a náuseas y vómitos, refiere cefalea, refiere sensación de alza térmica, refiere dolor en epigastrio y dolor en cuadrante superior derecho. Niega alergia a medicamentos. Antecedente de Hipertensión arterial solo controlada ocasionalmente con uso de captopril.

Signos vitales: PA: 120/90, P: 90x, FR: 18x, SATO2 96%, T: 38.4 C

Al examen físico: REG, REH, REN, Piel y mucosas: tibia/ hidratada / elástica, Llenado capilar < 2 segundos, no edemas, no ictericia, Cardiovascular: Ruidos Cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, IY(-), Abdomen: Distendido, RHA presentes, Blando/ depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+), Mc Burney (-), no signos peritoneales, Genitourinario: PPL (-), PRU (-), neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Con los diagnósticos en emergencia de 1. Síndrome doloroso abdominal, 2. D/C Litiasis vesicular, 3. Colecistitis aguda. Se solicita exámenes auxiliares, Hemograma, ecografía abdominal, Examen de orina, Glucosa, urea,

creatinina, perfil hepático, PCR, Prueba rápida COVID 19, se decidió reevaluar con resultados. El plan de trabajo en emergencia con esta paciente fue Hioscina 20 mg EV, Metamizol 1gr EV, Omeprazol 40 mg, Dimenhidrinato 50 mg, Cl Na 0.9x 100 cc endovenoso STAT 40 gotas /m.

En la ecografía abdominal se encuentra vesícula biliar: Marcadamente distendida, longitud 100x47 mm, pared: edema con grosor de 5mm a nivel de cuello vesicular se observaba 2 imágenes cálcicas de 8mm y 10 mm, no se observa líquido libre en cavidad. En conclusión: Colecistitis Crónica Calculosa + HIDROPS VESICULAR. En los exámenes auxiliares se encuentra leucocitos en 22000, Hemoglobina de 13.8 gr/dl, recuento de plaquetas 304 000, PCR 16 mg/dl, AMILASA: 39 U/L, LIPASA 26.3 U/L, en el perfil hepático GGT 77.2 U/L, Fosfatasa alcalina 90.6 U/L Glucosa, urea, Creatinina en valores normales examen de orina patológico.

Se reevalúa a la paciente con los resultados, paciente refiere que el dolor persiste en intensidad moderada 7/10 en escala de EVA, persisten náuseas, niega vómitos se describen exámenes laboratoriales y la ecografía abdominal, se decide su programación a sala de operaciones

Se realiza lectura de electrocardiograma y descripción de Radiografía de Tórax para completar el riesgo cardiovascular y riesgo neumológico para realizar la interconsulta a Anestesiología.

Su diagnóstico pre operatorio Colecistitis aguda y el diagnóstico post operatorio fue Colecistitis aguda calculosa, la operación realizada fue una colecistectomía laparoscópica mas DPR, en los hallazgos se encuentro una vesícula biliar de 11x 6 cm, de paredes gruesas, con parches necróticos, conducto cístico corto no dilatado. Contenido: Hidrocolecisto, múltiples cálculos de 0,5 cm y otro de 15 mm aproximadamente.

En su primer día post operatorio, la paciente refiere dolor de moderada intensidad en región de herida operatoria, niega náuseas, niega vómitos, refiere cefalea, su presión arterial registrada por enfermería fue 140/100. Diuresis presente, niega deposiciones.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH, piel y mucosa: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no edemas, no ictericia, Cardiovascular: Ruidos cardiacos

rítmicos de buena intensidad, no soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados. Abdomen: leve distendido, RHA (+), blando/depresible, doloroso a la palpación en regio operatorio, herida operatoria: puntos laparoscópicos afrontados, sin aumento de volumen, no eritematosos, DPR: Permeable, en fosa iliaca derecha, secreción serohemática de aproximadamente 5 cc en 14 horas.

Paciente con los diagnósticos: 1. Post operada en su primer de colecistectomía laparoscopia por colecistitis aguda calculosa, 2. Hipertensión Arterial por Historia clínica 3. ITU.

En el plan de trabajo se decide realizar interconsulta a cardiología por su segundo diagnóstico e interconsulta a medicina interna por su tercer diagnóstico, continuar con analgesia con Dexketoprofeno 50mg endovenoso cada 8 horas y antibioticoterapia con ciprofloxacino Endovenoso 400 mg cada 12 horas.

Cardiología responde la interconsulta, agregando losartán 50 mg vía oral cada 12 horas y dieta hiposódica, medicina interna responde la interconsulta solicita urocultivo con barrido antibiótico.

Paciente evoluciona favorablemente en su estancia hospitalaria, tolerando la vía oral, paciente refiere mejoría clínica, y se decide el alta con indicaciones médicas, se le indica ciprofloxacino de 500 mg cada 12 horas x 5 días, Dexketoprofeno 25 mg vía oral cada 8 horas durante 4 días. Se le indica a la paciente el día que debe acudir para control post quirúrgico, además de tomar las indicaciones por cardiología y generar una cita para consultorio externo, que actualmente ya se encuentra atendiendo en el Hospital o también mediante tele consulta con la especialidad de cardiología.

CASO 3

Paciente de sexo femenino de 30 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas, por presentar dolor tipo cólico en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos en 3 oportunidades, niega sensación

de alza térmica, niega otras molestias. Niega alergia a medicamentos, niega antecedentes patológicos de importancia.

Antecedente: Cesárea anterior una vez en el 2015.

Signos vitales: PA 100/60 P: 85X FR: 18 x T: 36.9 C, SAT O2 97%

Al examen físico: piel y mucosas hidratadas con llenado capilar menor a 2 seg, sin ictericia, aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, IY(-), Torax y pulmones: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados, abdomen: discretamente distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, signo Murphy positivo, RHA incrementados, sin signos peritoneales, sistema nervioso central con escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos.

El plan de trabajo con esta paciente fue analgesia e hidratación, y se solicitan exámenes de laboratorio.

Se le solicita hemograma completo, perfil hepático, amilasa y lipasa, glucosa, urea, creatinina, examen de orina. Se reevalúa al paciente donde se encuentra leucocitos 13 000 hemoglobina: 13.4 gr/dl, Plaquetas: 300 000, bilirrubinas levemente aumentadas, En la ecografía abdominal se describe la presencia de múltiples cálculos en la vesícula biliar, se evidencia engrosamiento de la pared de 6mm. Tras la administración de analgésicos y no la remisión del dolor.

Su diagnóstico Preoperatorio: Colecistitis Aguda litiásica, se realiza lectura de electrocardiograma y descripción de Radiografía de Tórax para completar el riesgo cardiovascular y riesgo neumológico para realizar la interconsulta a Anestesiología.

Paciente ingresa a sala de operaciones con el diagnostico pre quirúrgico de Colecistitis Aguda Litiásica, la cirugía realizada fue colecistectomía laparoscópica, con un diagnostico post operatorio de Colecistitis Aguda litiásica. En los hallazgos se encuentra una vesícula biliar de 15 x5 cm, distendida con pared edematosa de 8 mm con contenidos de cálculos grandes de 2 a 2.5 cm.

Paciente en su primer día post operatorio refiere leve dolor en zona de región operatoria, tolerando vía oral con líquidos, niega náuseas, niega vómitos, diuresis presente, deposiciones negativas, paciente refiere eliminar flatos.

Al examen físico: AREH, AREG, AREN, Piel y mucosa: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no edemas, Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, IY(-), tórax y pulmones: Murmullo vesicular en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados, Abdomen: Levemente distendido, RHA(+), Blando/ depresible, doloroso a la palpación en región de herida operatoria, Herida operatoria: Puntos laparoscópicos afrontado, sin aumento de volumen, no signos de flogosis. Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15

Paciente evoluciona favorablemente durante su estancia hospitalaria, es dada de alta con indicaciones médicas, con terapia nutricional y analgesia por vía oral.

CASO 4

Paciente de sexo masculino de 16 años de edad acude por emergencia por referir dolor abdominal de intensidad 8/10 según escala de EVA, refiere que este inicio hace aproximadamente 1 día, asociado a náuseas y vómitos, pérdida de apetito y sensación de alza térmica.

Funciones vitales: P: 100, PA 100/60, T: 38 C, FR: 20 x, SAT O2: 97%

Al examen físico: REG, REH REN, Piel y mucosas: T/ E/H, LLC<2 segundos, no presenta edemas, no ictericia. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en AHT, no ruidos agregados, no estertores, Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, IY (-), Abdomen: Distendido, RHA Disminuidos, Blando, con leve resistencia, doloroso a la palpación profunda en Fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Blumberg (+). Sistema Nervioso Central: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Se solicita exámenes prequirúrgicos, ecografía abdominal, pruebas serológicas, Prueba Rápida para COVID 19, electrocardiograma y radiografía de tórax.

En la ecografía abdominal se evidencia a la exploración de Fosa iliaca derecha, se visualiza una imagen tubular con ausencia de peristaltismo, asociado a cambios inflamatorios de la grasa mesentérica

Los resultados de exámenes de laboratorio Leucocitos en 6000, Hemoglobina 13.7 mg/dl, Plaquetas en 169 000, PCR 2 mg/dl, O +, VIH (-), RPR (-), Hepatitis B (-). Prueba antigénica para COVID 19 (-). Su diagnóstico Preoperatorio: Apendicitis Aguda, se realiza lectura de electrocardiograma y descripción de Radiografía de Tórax para completar el riesgo cardiovascular y riesgo neumológico para realizar la interconsulta a Anestesiología.

El plan con este paciente es prepararlo para SOP, Con indicaciones: 1, NPO, 2. CLNa 0.9 x 1000 cc EV > I Y II, 3. Ceftriaxona 1gr EV C/ 12 horas, 4. Metronidazol 500 mg EV C/8horas, 5. Metamizol 1gramo EV c/ 8horas, 6. Ranitidina 50 mg EV C/8horas.

Ingresa a sala de operaciones se le realiza Apendicetomía laparoscopia + drenaje por apendicitis aguda perforada más peritonitis generalizada, con los hallazgos operatorios: apéndice de 8x 1 cm, necrosado en toda su extensión, perforado en 1/3 proximal más posición pélvica, base indemne, liquido purulento +/- 400cc distribuidos en 4 cuadrantes.

Paciente en el segundo día en hospitalización cursa febril, paciente refiere dolor de moderada intensidad en región de dren, niega náuseas y vómitos. Diuresis presente, deposiciones presentes, elimina flatos.

Signos vitales: PA: 90/60, P: 100, FR: 20 x, SAT O2 98% T: 38.1 C

Al examen físico: REG, REH, REN, piel y mucosas: T/H/E, LLC < 2 segundos, sin edemas, sin ictericia. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en AHT, no estertores, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, IY (-), no soplos. Abdomen: Leve distensión, RHA (+), Blando/ depresible, leve dolor a la palpación profunda en región de dren. Herida operatoria: Puntos laparoscópicos afrontados, sin eritema, sin secreciones, no signos de flogosis. Dren: permeable, localizada en fosa iliaca derecha, con contenido serohemático de 170 cc aproximadamente.

Se solicita hemograma, PCR y ecografía abdominal. Los resultados de estos exámenes fueron, leucocitos en 14 000, hemoglobina: 12.6 gr/dl segmentados 85%, PCR 26 mg/dl, Ecografía Abdominal: colección hipo ecogénica con zonas anecogénicas, sugestivos de absceso residual y/o hemático.

Plan con el paciente es continuar antibioticoterapia de amplio espectro.

En el cuarto día post operatorio el paciente cursa febril durante la noche, refiere vómitos en escasa cantidad de contenido bilioso, refiere náuseas y sensación de alza térmica. Diuresis presente y refiere presencia de deposiciones líquidas.

Al examen físico: REG, REH, REN, Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, Llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no edemas, Tórax y Pulmones: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, IY (-), No soplos, Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando / Depresible, Dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Herida operatoria: Puntos de abordaje laparoscópicos bien afrontados, sin signos de flogosis, DPR: Permeable, con secreción de aproximadamente 460 cc de contenido serohemático.

Plan de trabajo con el paciente: 1. NPO, 2 Rotar de antibiótico, 3. S/S hemograma y PCR. Con indicaciones 1. NPO y PROBAR TOLERANCIA DURANTE LA TARDE 2. Meropenem 1 gr EV C/8HORAS 3. Dexketoprofeno 50 mg EV C/8horas, 4. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas, 5. SS TAC ABDOMINAL. 6. CFV.

Paciente continuo evolucionando favorablemente, tolerando vía oral, cumpliendo su tratamiento endovenoso con Meropenem 1 gramo cada 8 horas, refiere que no cuenta con medios económicos para realizar la TAC abdominal.

Paciente en el Post operado día 8 refiere leve dolor en región de herida operatoria, escala de eva 2/10, Niega nauseas, niega vómitos, niega sensación de alza térmica, diuresis presente, deposiciones presentes.

Al examen físico: AREG, AREH, AREN, Piel y mucosa: Tibia, Hidratada, elástica, Llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no edemas, Tórax y pulmones: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados, Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, IY (-), Abdomen: No distendido, RHA (+), Blando/ Depresible, No doloroso a la palpación superficial, no doloroso a la palpación profunda, Herida operatoria: puntos de abordaje laparoscópico afrontados, sin signos de flogosis, no eritematosos. DPR: permeable, con escasa secreción serosa aproximadamente 60cc. Neurológico: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Se da de alta al paciente con tratamiento con Meropenem de 5 días y se realiza el retiro de puntos, se le indica tratamiento ambulatorio con levofloxacino 750 mg via oral c/ 24 horas x 4 días, Dexketoprofeno 25 mg vía oral cada 8 horas durante 3 días, se indica la terapia medico nutricional. Se indica el día del control post operatorio.

1.3.3. Pediatría

CASO 1

Madre acude con su menor hijo de 1 mes, refiriendo que 4 dias antes del ingreso cursa con fiebre y le dio Paracetamol 8 gotas y Amoxicilina. Por persistencia de sintomatología acude a emergencia. Niega alguna otra sintomatología, niega diarrea, refiere buena tolerancia oral.

Antecedentes:

- Parto eutócico con peso al nacer de 3500gr, llanto inmediato
- RAM (-)
- Hospitalizaciones (-)

Funciones vitales: P 140x', FR 54x', T 38.8°C, SaO2 99%, Peso 5kg

Al examen físico: Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos. Torax: Murvullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos agregados. Abdomen:

Blando/depresible, RHA presentes, no masas palpables. Neurológico: Despierto, activo, reactivo a estímulos, fontanela normotensa.

Se solicita Hemograma, PCR, examen de orina, urocultivo y ecografía renal, y se indica Paracetamol 15 gotas con reevaluación con los resultados.

Diagnósticos de ingreso: 1. Síndrome febril 2. D/C Infección de tracto urinario

Se reevalúa a las 3 horas, donde se evidencia Leucocitos 16 400, Hemoglobina 10.3, Plaquetas 406 000, PCR 6. Examen de orina: leucocitos >100 por campo, 0-1 hematias por campo, gérmenes +. Ecografía renal: ambos riños se encuentran dentro de parámetros normales. Por lo tanto se toma la decisión de hospitalizar al menor con diagnóstico: 1. Pielonefritis 2. Sepsis pp urinario, e iniciar hidratación con Dextrosa 5% + NaCl 20% + KCl 20%, tratamiento antibiótico con Amikacina 75mg EV cada 24 horas, Ampicilina 250mg EV cada 6 horas, Paracetamol 15 gotas condicional a fiebre y control de funciones vitales.

Se recibe resultado de urocultivo: Positivo para escherichia coli >100 000 UFC resistente a Ampicilina y sensible a Amikacina. Entonces se toma la decisión de suspender el tratamiento con Ampicilina y terminar el tratamiento antibiótico con Amikacina por 5 días. La madre refiere mejoría clínica, refiere que el menor ha presentado mayor apetito, tolera vía oral, lo nota más despierto. Se indica el alta médica con indicación de signos de alarma.

CASO 2

Paciente varón de 4 años de edad ingresa por emergencia, quien es traído por su madre, quien refiere un tiempo de enfermedad de 3 días, paciente presenta tos seca y dificultad respiratoria. Madre del paciente refiere vacunación completa, niega alergias, patologías y hospitalizaciones anteriores. Madre refiere que su hijo después de haber estado en el parque empieza con un cuadro gripal el cual se le agrega tos seca el cual "hacía ruido extraño" en el transcurso de los días, refiere durante la madrugada que su hijo se despierta gritando refiriendo que no podía respirar, debido a esto es que es traído al servicio de emergencia del hospital.

Paciente en regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición.

Funciones vitales: SATO2:96%, T 37.2C FC: 130X FR 25X PESO 20 KILOS

Al examen físico: en piel y mucosas se le encuentra con buena coloración, sin presencia de cianosis ni edemas, orofaringe no congestiva, aparato cardiovascular con ruidos cardiacos taquicárdicos, , no presencia de soplos, tórax y pulmón con disminución del murmullo vesicular, presencia de estridor a la inspiración y espiración con el paciente en reposo y presencia de tirajes, abdomen: globuloso, RHA (+), blando/depresible, no signos peritoneales y en sistema nervioso el paciente se encuentra despierto e irritable.

Debido a los signos y síntomas del paciente es catalogado como un “Crup viral” por lo que se le administra dexametasona 10 mg IM STAT y nebulización con adrenalina.

El paciente queda en observación por 6 horas, evidenciando mejoría clínica, por lo que es dado de alta, con paracetamol jarabe 13 cc si es que presentara fiebre y se le explica signos de alarma a la madre.

CASO 3

Paciente RNPT de 33 semanas nacido de parto por cesárea con Apgar 8 y 9 con un Peso al nacer 2040gr, oligohidramnios severo, madre con antecedente de Ruptura prematura de membranas de 6 dias con ATB terapia y maduración pulmonar. Controles prenatales 2, pruebas serológicas negativas y GyF A (+).

Al examen: Ventila espontáneamente con signos de distres respiratorio. FC 150x´ FR 64x´ SaO2 98%. Piel y mucosas: Tibio, elástico, hidratado, llenado capilar <2 segundos. Cabeza: Normocefalo, fontanelas normotensas. Torax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen: No globuloso, blando, depresible. Neurologico: Reactivo a estímulos.

Impresión diagnostica: 1. RNPT 33ss AEG 2. Bajo peso al nacer 3. Síndrome distres respiratorio 3. EMH vs TTRN 4. Sepsis precoz probable por RPM 6 dias 5. Riesgo de la prematuridad 6. Riesgo de trastorno metabólico

Tratamiento: 1. NPO + SOG 2. Dextrosa 10% 100cc > 6.8cc/h 3. O2 para mantener SaO2 90-95% 4. Hemoglucoest c/12h 5. Ampicilina 100mg EV c/12h 6. Amikacina 31mg c/6h 7. Pasa a cuidados intermedios

Se solicita Hemograma completo, PCR, GyF, Glucosa, Rx torax. Hemocultivo previo inicio ATB

Al primer día de hospitalización en área de intermedios I, el neonato se encuentra en incubadora, con canula binasal 1litro, portador de SNG, se encuentra con funciones vitales estables y HGT 110 mg/dl. Al examen estaba despierto, más activo y reactivo al estímulo.

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitos 24 900, Hemoglobina 13.6, Plaquetas 252 000, GyF A (+). PCR 0.1. Glucosa 80. Bilirrubina 4 = 68.4, que está dentro del rango de fototerapia (76) y se decide dar el tratamiento de fototerapia.

Al siguiente día, se evalúa al RN con una gran mejoría clínica, donde sus funciones vitales permanecen estables, no requiere el uso de incubadora, se inició el destete de O2, se inicia la ingesta de calostro tolerando hasta 7cc. Se suspende el tratamiento con fototerapia y continúa con antibioticoterapia por la sepsis neonatal precoz, debido a la espera del hemocultivo.

CASO 4

Paciente de 2 años es traído a emergencia por la madre, quien refiere que el menor presenta deposiciones líquidas sin moco, sin sangre desde hace 3 días, refiere vómitos en 3 oportunidades el día anterior, refiere vómitos al momento en emergencia refiriendo que es la 3 vez durante el día, refiere fiebre cuantificada en su domicilio de 38.4°C, por lo que se le administro paracetamol (30 gotas).

Signos vitales: FC: 120, FR 22 x T 37.1 SAT O2 98%

Al examen físico: aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición. Piel y mucosa: Tibia, elástica, seca, mucosa oral semihidratadas, LLC < 2 segundos, no edemas, no palidez, no icterico, Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, No

soplos, tórax y pulmones: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores, no ruidos agregados. Abdomen: Globuloso, Blando/ depresible, RHA aumentados, Doloroso a la palpación, neurológico: Despierto, conectado, irritable, interactuando con la madre.

Se decide iniciar rehidratación y se coloca Ondansetron AMP 4mg / 2ml, se indica 1,5 ml ya que el menor pesa 20 kilos, después de la administración se decide observar y probar tolerancia oral luego de 30 minutos, con SRO cada 10 minutos con 10cc.

Madre refiere que paciente tolera el SRO por vía oral, niega vómitos. Paciente deambulando, reactivo, interactuando con la madre. Se queda en observación por 4 horas y se decide el alta con indicaciones del paciente, se le indica a la madre los signos de alarma y se le explica que los procesos virales que son muy comunes en esa edad y tienden a remitir entre 5 a 7 días aproximadamente, se le indica paracetamol en jarabe de acuerdo al peso del paciente.

1.3.4. Ginecología

CASO 1

Paciente de 30 años acude al servicio de emergencia de ginecología refiriendo dolor 6/10, según escala EVA, a nivel de fosa iliaca derecha e hipogastrio desde hace +/- 3 días, niega sangrado vaginal, niega sensación de alza térmica.

Paciente acude con ecografía realizada en un consultorio externo, que describe la presencia de una imagen quística con doble nivel que mide 49x92x55mm (vol 133cc) a nivel de anexo derecho.

Antecedentes:

- RAM (Hioscina)
- Patologicos (-)
- Ginecologicos (-)

- G1P1001
- FUR 10/04/21

Funciones vitales: PA 100/70, Pulso 96x', FR 20x', T 37°C, Peso 56kg, SaO2 100%

Al examen físico: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado nutricional. Piel: Tibio/elástico/hidratado, llenado capilar <2 segundos. Abdomen: No distendido, blando/depresible, RHA presentes, doloroso a palpación profunda a nivel de fosa iliaca derecha e hipogastrio. Se palpa masa dolorosa en FID móvil, dolorosa a palpación. Puntos dolorosos: McBurney (-) Rovsing (-) Rebote (+). Tacto vaginal: Cervix fibromuscular, posterior, cerrado. Utero anteverso flexo +/- 7cm

Se solicita: Hemograma, ecografía transvaginal, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, Grupo y factor, TC, TS, VIH, RPR, prueba rapida para COVID 19.

Diagnósticos de ingreso: 1. Síndrome doloroso abdominal 2. D/C Quiste a pedículo torcido 3. Abdomen agudo quirúrgico

A la reevaluación con los resultados, se obtiene Hemoglobina 10.4, Leucocitos 14 700, Plaquetas 266 000, Glucosa 116, Creatinina 0.56, Urea 13.9. Ecografía transvaginal: Anexos no evaluables. Fondo de saco de Douglas se evidencia masa quística con componente solido abdomino-pélvico de 102x77x81mm. Se sospecha de quiste complejo abdomino-pelvico. Su diagnóstico preoperatorio: Síndrome doloroso abdominal a D/C quiste a pedículo torcido y se tomó la decisión de programar a la paciente para sala de operaciones para realizar una laparotomía exploratoria. Se realizó la toma y lectura de electrocardiograma para la evaluación por anestesiología, además de antibiótico profilaxis con Cefazolina 2gr EV previa cirugía.

Se ingresa a sala de operaciones, se realizó una laparotomía exploratoria donde se encontró una cavidad pélvica bloqueada por plastrón epiploico, secreción purulenta con mal olor +/- 500cc. Ovario derecho con hidrosalpinx de 3cm de grasa, fimbrias edematizadas, cubierto en su superficie por fibrina.

Se colocó 2 dren Penrose, 1 en fondo de saco posterior y 1 en fondo de saco anterior.

En la evaluación de la paciente post cirugía, se encuentra despierta, refiere leve dolor a nivel de hipogastrio, niega nauseas, niega vomitos, niega sensación de alza térmica. Diuresis presente y deposiciones ausentes. Presenta PA 90/60, FC 70x', FR 20x', T 36.8°C. Torax: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. Abdomen: Blando, leve dolor a palpación superficial. Herida operatoria: Cicatriz transversal con puntos bien afrontados, no secreciones, no mal olor, con dren laminar con secreción hemática escasa. Paciente presenta evolución favorable

CASO 2

Paciente de 32 años acude al servicio de emergencia por presentar contracciones uterinas cada 10 minutos, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales

Antecedentes:

- RAM (-)
- Patológicos (-)
- Quirúrgicos: Apendicectomía 2015, Cesárea 2004, 2009, 2015 por pelvis estrecha)
- G4P3003
- FUR 10/06/20 FPP 24/03/21

Signos vitales: PA 90/60, Pulso 60x'. FR 20x', T 37°C, SaO2 99%

Al examen físico: REG, REH, REN. Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos. Abdomen: Utero gravido ocupado por feto único. Obstetrico: Altura uterina 36cm, SPP LCD, Movimientos fetales ++, LCF 148x'. Tacto vaginal: Cervix blando, posterior, cerrado. Altura presentación -3, membranas integras.

Se solicitan exámenes preoperatorios: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, TC, TS, examen de orina, NST, ecografía obstétrica + perfil biofísico.

Ingresa con los diagnósticos 1. Gestante 38.4 semanas por FUR 2. No trabajo de parto 3. Cesareada anterior 3 veces 4. Multiparidad 5. Controles prenatales insuficientes

Se reevalúa con exámenes auxiliares, donde se encontró Hemoglobina 11.8, Leucocitos 6.3, plaquetas 348 000, Glucosa 87, Urea 16.3, Creatinina 0.52 y un examen de orina negativo. Se obtuvo un NST reactivo 8/10 por dinámica uterina irregular, un perfil biofísico con puntaje 8/8 y ausencia de circular de cordón, a la ecografía obstétrica se observa un feto único longitudinal cefálico izquierdo. Ante los resultados, se observa la presencia de contracciones uterinas y se toma la decisión de programar a la paciente para cesarea de emergencia y bloqueo tubarico bilateral. Recién nacido de sexo masculino de 3700gr con líquido amniótico claro con Apgar 9 – 9 al primer y quinto minuto.

En su primer día posterior a la cesarea, la paciente refiere leve dolor a nivel de herida operatoria, niega náuseas y vómitos, niega sensación de alza térmica, niega cefalea. Diuresis presenta y deposiciones ausentes. Presenta PA 110/60, FC 80x', FR 16x', T 37°C, SaO2 98%. Mamas: Blandas, no dolorosas, con secreción de calostro. Abdomen: Leve distensión, RHA presentes, blando/depresible, leve dolor a nivel de herida operatoria. Herida operatoria: Incisión transversal en hipogastrio, cubierta por gasas secas. Genitourinario: loquios hemáticos escasos sin mal olor. La paciente tuvo una evolución favorable, donde se encontraba hemodinamicamente estable, ventilaba espontáneamente, tolera vía oral a líquidos, deambula sin asistencia. Se realizó manejo del dolor con Tramadol, manejo antibiótico con Cefazolina. Paciente con mejoría clínica en estancia hospitalaria, se indica alta médica con tratamiento antibiótico con Cefalexina vía oral, Sulfato ferroso vía oral, terapia médica nutricional y evaluación en su centro de salud más cercano a su domicilio en 7 días.

CASO 3

Paciente de 38 años acude a la emergencia refiriendo contracciones uterinas esporádicas, percibe movimientos fetales, refiere pérdida de tapon mucoso y pérdida de líquido hace 4 horas.

Antecedentes:

- RAM (-)
- Patologicas (-)
- Quirúrgicos: Cesarea por macrosomia (2011)
- G2P1001
- FUR 16/06/20 FPP 22/03/21

Funciones vitales: PA 140/90, Pulso 68x', FR 20x', T 37.2°C, W 72kg, Talla 150cm

Al examen físico: Altura uterina 34cm, SPP longitudinal cefálico derecho, LCF 140x', Movimientos fetales ++/+++, Dinamica uterina esporádica. Tacto vaginal: Dilatado 1cm, Incorporado 85%, Altura presentación -3, Membranas integras, Pelvis ginecoide.

Se solicita Hemograma, glucosa, urea, creatinina, TC, TS, TGO, TGP, examen de orina, ecografía obstétrica + PBF

Diagnosticos de ingreso: 1. Segundigesta 38.6 semanas por ecografía 2. Fase latente de trabajo de parto 3. ARO: Cesareada anterior 1 vez 4. Sobrepeso 5. D/C preeclampsia

Se reevalua a la paciente después de 4 horas con los exámenes solicitados, donde se encuentra Hemoglobina 13.7, Leucocitos 12 100, Plaquetas 209 000, TGO 15.7, TGP 11.5, Glucosa 101, Creatinina 0.48, Urea 25. En la ecografía obstétrica, se encuentra un utero gravido ocupado por feto único con movimientos, latidos cardiacos presentes y en longitudinal cefálico derecho. Se obtuvo un puntaje de 8/8 en el perfil biofísico. Además al examen ginecológico se encuentra con dilatación 7cm, incorporado 100%, altura de presentación -3; por lo que el medico decide pasar a la paciente a centro obstétrico para la posibilidad de parto por via vaginal. A las 6 horas del dia

siguiente, parto eutócico de sexo masculino con peso de 3100gr, Apgar 8-9 al primer y quinto minuto respectivamente.

A la evaluación del día, la paciente refiere leve dolor a nivel de sutura por episiotomía, leve dolor en hipogastrio, niega sensación de alza térmica, refiere sangrado vaginal escaso. Al examen: Mamas: blandas, no dolorosas con secreción de calostro. Abdomen: Utero contraído por debajo de cicatriz umbilical. Genitourinario: presencia de loquios hemáticos escasos sin mal olor. Se encuentra hemodinamicamente estable, ventila espontáneamente, cursa afebril a la evaluación. Se decide hidratar a la paciente con NaCl 0.9%, dar sulfato ferroso 300mg 1 tableta, paracetamol condicional, lactancia materna exclusiva, masaje uterino.

Paciente con evolución favorable en estancia hospitalaria, se decide indicar el alta médica con indicaciones de sulfato ferroso por 30 días, paracetamol condicional a dolor, se explican los signos de alarma y control en su centro de salud más cercano dentro de 7 días.

CASO 4

Paciente de sexo femenino de 24 años acude a la emergencia refiriendo sangrado vaginal desde hace +/- 8 horas asociado a dolor pélvico, niega traumatismo, niega cefalea, niega mareos, niega nauseas, niega vomitos. Además acude con ecografía transvaginal realizada en un centro particular, donde indican presencia de gestación de 3 semanas de evolución.

Antecedentes:

- RAM (-)
- Patológicas (-)
- Quirúrgicas: Cesarea por Preeclampsia severa (2014), Cesarea no especifica (2019)
- G3P2002
- FUR no recuerda

Funciones vitales: PA 110/60, P 80x', FR 20x', T 37°C, SaO2 98%

Al examen físico: Tacto vaginal: Cervix cerrado, posterior, largo, no sangrado vaginal activo. Especuloscopia: Cervix cerrado, presencia de coagulos en canal cervical, utero anteversoflexo.

Se solicita hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, ecografía transvaginal y prueba rapida para COVID 19, y se decide reevaluación con resultados.

Diagnosticos de ingreso: 1. Gestante 3.4 semanas por ecografía 2. D/C amenaza de aborto 3. Cesareada anterior 2 veces

En la reevaluación después de 4 horas, se encontró Hemoglobina 11.7, Leucocitos 5 300, Plaquetas 178 000, glucosa 108, creatinina 0.43, urea 11.8, examen de orina con leucocitos 7-10 por campo, hematíes 70-80 por campo, gérmenes +++, nitritos +. En la ecografía transvaginal, se evidencia un utero con superficie regular, miometrio homogéneo, endometrio 18.5 de aspecto heterogéneo con imágenes anecoicas e hiperecogénicas, donde sugieren aborto incompleto. Entonces el asistente de guardia decide ingresar a la paciente para programarla para AMEU. En el procedimiento se encontró un utero 8cm y contenido endouterino 15cc.

A la evaluación posterior al AMEU, la paciente refiere leve dolor a nivel de hemiabdomen inferior, refiere sangrado vaginal escaso. Niega cefalea, niega mareos, niega nauseas, niega vomitos. Al examen: Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos. Torax: MV pasa bien en ambos campos pulmonares. Abdomen: blando/depresible, RHA presentes, leve dolor a palpación superficial en hemiabdomen inferior. Genitourinario: Escaso sangrado vaginal. Tacto vaginal: cérvix cerrado, posterior con leve sangrado. Neurológico: Despierta, LOTEPE, Glasgow 8. Paciente presenta mejoría clínica, hemodinamicamente estable, ventila espontáneamente, afebril, tolera via oral. Se decide el alta médica con indicaciones. Se prescribe Doxiciclina VO por 5 dias, Paracetamol condicional a dolor y control por control en su centro de salud más cercano a su domicilio en 7 dias.

CAPITULO II: CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital de Puente Piedra “ Carlos Lanfranco La Hoz “, ubicado a 31 Km. al norte de Lima, fue inaugurado el 17 de setiembre de 1971, iniciando sus actividades con la atención ambulatoria en las cinco especialidades básicas, Medicina, Pediatría, Gineco – Obstetricia, Cirugía y Odontoestomatología (1). Asimismo contaba para ello con 25 camas de internamiento, y brindaba atención de salud en ese entonces a una población estimada en 35,000 habitantes.

Actualmente con 50 años de funcionamiento, fue construido como un pequeño puesto de salud, y su evolución histórica está acorde al desarrollo y las demandas del entorno y que ha permitido hoy en día ser un hospital que brinda atención a más de 500,000 habitantes de las cuatro especialidades básicas, con un servicio de emergencia en donde se da solución a los diversos problemas de salud de la población de Puente Piedra y los distritos más cercanos, En el año 2018 hasta el año 2020 antes del inicio de la pandemia por COVID 19 el Hospital contaba con 109 camas, que significaba un incremento, con respecto al año 1971; generado por la mayor demanda de la población.

En los últimos 20 años debido al fenómeno migratorio se incrementó la población, más aún si se considera que la Panamericana Norte se ha convertido en una vía de gran magnitud, a lo largo de la cual, se han situado

numerosos centros poblados, esto sumado a que el establecimiento de salud es el único Hospital situado entre la localidad de Chancay y los Hospitales de Lima (Cayetano Heredia y Collique), ha originado nuevas y complejas necesidades de atención a la comunidad, por lo que el Hospital Puente Piedra ha tenido que mejorar su capacidad resolutive asistencial, incrementando las especialidades médicas que brinda a la población en general, desarrollando la labor de Hospital de apoyo local; contando en la actualidad con un Equipo Médico de Guardia, de atención permanente las 24 horas; además de los servicios de Laboratorio, Radiología, y Centro Transfusional de Sangre, y la Nueva Emergencia con infraestructura nueva., Tomógrafo. En el año 2005 se amplió la Nueva Emergencia contando con nuevos ambientes para Observación de Pediatría, Obstetricia ,Cirugía y Medicina, Asimismo se cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Trauma shock, Radiología.

Establecimiento de salud del Ministerio de Salud, catalogado en Nivel II-2, pertenece a la Dirección de Salud V, Lima Ciudad, contando con un Área de Terreno: 11,504.48m² con un Área Construida: 5,638.86m. El área de influencia: distritos de Ventanilla, Carabayllo, Los Olivos y Comas. Cobertura de la población: Solo en el Distrito de Puente Piedra hay 233,602 habitantes, contando con un horario de atención: Servicio de Emergencia y hospitalización 24 horas

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz está constituido por diez bloques asistenciales y uno administrativo. El que corresponde a la edificación más antigua da hacia la entrada principal del hospital y otros bloques datan de los últimos 15 a 20 años. Solo en las áreas administrativas hay segundo piso. Tiene tres frentes, el principal hacia la Av. Sáenz Peña; la calle Sarmiento, por donde se ingresa al Servicio de Emergencia y conecta con la Panamericana Norte; y otra calle en el lado opuesto a la calle Sarmiento, con ingreso al Área Administrativa y con solo salida peatonal hacia la Panamericana Norte, por lo que se aprovecha como estacionamiento vehicular. Existe una losa deportiva en la parte posterior.

La cartera de servicios que ofrece el Hospital Carlos Lanfranco La hoz: Consulta Externa, Hospitalización de Medicina, Cirugía, Traumatología y otros servicios de Cirugía (Cirugía Plástica, Oftalmología, Urología y Otorrinolaringología). Pediatría, Neonatología y Cuidados intensivos Neonatales. Gineco-Obstetricia y Sala de Partos. Emergencia y Cuidados Críticos para Pediatría, Cirugía, Medicina y Gineco-obstetricia. Unidad de Cuidados Críticos, Trauma Shock y una Sala de Hospitalización (24horas). Laboratorio y Farmacia-Odontoestomatología, Diagnóstico por Imágenes(03 ambientes para el Servicio de Radiología, Ecografía y Tomografía)-Departamento de Apoyo al Tratamiento (Nutrición, Servicio Social, Psicología y Farmacia)-Servicio de Patología Clínica, Laboratorio, Anatomía Patológica, y Banco de Sangre tipo I-Departamento de Anestesiología, Centro Quirúrgico, Central de Esterilización y Sala de recuperación post operatoria.

Durante el inicio de internado medico en el año 2020, en la entrada de Emergencia se encuentra la Unidad de Shock Trauma, a la que se accede sin restricciones, encontrándose pasadizos amplios sin mayores obstáculos para el desplazamiento y por donde se accede también a los diferentes tópicos de medicina, pediatría, ginecología-obstetricia y cirugía.

En el mes de julio del año 2020 debido a la pandemia por el virus SARS-CoV-2, se implementó 40 camas de hospitalización intermedia totalmente equipadas con monitores y personal con los puntos de oxígeno.

Actualmente el Hospital Carlos Lanfranco la hoz modifico la distribución de atención y los servicios por la coyuntura que vivíamos, las áreas de emergencias fueron redirigidas, convirtiéndose el área de consultorios externos en la atención en emergencia a las especialidades, en Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, en el área de medicina interna se adecuo un tópico de atención, contando con shock trauma y el Triage diferenciado para descarte de COVID 19, el area de emergencia se convirtió en Observación adulto para pacientes con pruebas rápidas negativas que requerían manejo de emergencia, actualmente se cuenta con áreas dirigidas exclusivamente para la atención a pacientes COVID 19 (+), contando con el área de Triage de COVID 19 para descarte y evaluación diagnostica, que se

encuentre en funcionamiento las 24 horas diarias, se realizan las pruebas rápidas, antigénicas y moleculares, dependiendo la severidad y demanda.

Se cuenta con el área denominada CAT (Centro Asistencial Temporal) con un total de 40 camas, se cuenta con el área de recuperación (CAT 3) para pacientes COVID 19, con un total de 17 camas. Se cuenta con el CAT 2 (Centro Asistencial Temporal 2) con un total de 6 camas y también se cuenta con el CAT 4 (Centro Asistencial Temporal 4) con un total de 23 camas para el manejo y tratamiento de paciente COVID 19. Se brinda un área exclusiva para manejo de Gestantes COVID 19 positivas que cuenta con un total de 5 camas. El hospital cuenta con el área de UCI COVID 19, donde se encuentra un total de 8 camas para el manejo y soporte de paciente complicados por esta enfermedad.

Como medidas de control por el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, se decidió la suspensión de charlas informativas, las campañas de salud, las atenciones por consultorio externo, los procedimientos programados, cursos y proyectos en docencia, las cuales conllevaban a una aglomeración o una reunión estimado en un gran número de personas en espacios dados por el hospital.

Estas situaciones tuvieron un gran impacto en el internado médico que se retomó, ya que hubo gran limitaciones, como el tiempo en las rotaciones en los servicios de emergencia u hospitalización, la cantidad de pacientes que se atendían en el hospital, ya que se limitaban atenciones al servicio de emergencia mas no atención en consultorio externos o seguimientos de los pacientes, todo se planteó realizarlo por telemedicina, se vio también una disminución considerable de docentes debido a la propia enfermedad o ser considerados como población vulnerable, agregando además que existe una prioridad hacia la atención con pacientes con COVID19 el cual producía una disminución en las actividades de docencia en donde están incluido los consultorios externos, cirugías electivas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Medicina interna

CASO 1

Según la 'Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda', se define la pancreatitis como una enfermedad inflamatoria del páncreas que además compromete tejidos vecinos y a distancia. Requiere un diagnóstico precoz y un manejo oportuno para evitar complicaciones y muertes. El 20% de los pacientes con pancreatitis aguda adoptan un curso evolutivo grave, con aparición de sepsis, síndrome de distres respiratorio, insuficiencia renal y falla multiorgánica, con una tasa de mortalidad del 25% (2).

En la mayoría de países la litiasis vesicular y el barro biliar es la causa del 40-50% de los casos de pancreatitis aguda, el 20-30% de los casos es secundaria a alcohol. El resto puede ser originado de manera idiopática, hiperlipemias, infecciones virales, obstrucción ductal, fármacos, post CPRE.

La pancreatitis tiene una frecuencia relativa entre 5 y 30 casos cada 100 000 habitantes motivando del 0.15 al 1.5% de todos los ingresos hospitalarios. La mayoría de edades comprende entre los 50 y 75 años y sexo variable en función a la causa. En 2016, un estudio de revisión Forsmark (2016) menciona que el 80% de los pacientes hospitalizados por pancreatitis aguda fueron de tipo leve con enfermedad autolimitada.

Entre los síntomas de esta patología, es característico el dolor agudo desde leve hasta el que produce shock, ubicado a la mitad superior del abdomen y

periumbilical, persistente, irradiado en banda hacia los flancos al pecho o espalda, y acompañado de náuseas y vómitos en 90% de los casos, distensión abdominal. La pancreatitis indolora suele aparecer tan solo en 5 al 10% y es más común en pacientes de bajo diálisis peritoneal o en postrasplantados de riñón.

Los principales signos encontrados son fiebre baja, taquicardia, hipotensión. Nódulos eritematosos de la piel debido a necrosis de grasa subcutánea, sensibilidad y rigidez abdominal, disminución de ruidos intestinales, masa abdominal superior palpable. Signo de Cullen que es la decoloración azul en el área periumbilical a causa del hemoperitoneo y el signo de Grey Turner que es la decoloración azul-roja-púrpura de los flancos debido al catabolismo tisular de la hemoglobina.

Para el diagnóstico, se requiere la presencia de 2 de 3 condiciones:

1. Cuadro clínico característico: dolor abdominal intenso, súbito, en epigastrio a menudo en forma de cinturón irradiado a espalda
2. Laboratorio: elevación de amilasa o lipasa mayor de 3 veces el valor normal
3. Hallazgo característico en pruebas de imágenes

En cuanto al diagnóstico diferencial, podemos encontrar diversas patologías como perforación intestinal, colecistitis aguda, obstrucción intestinal aguda, infarto de miocardio inferior, disección de aorta, neumonía.

Exámenes auxiliares

- Laboratorio

Hipocalcemia ocurre en 25%.

Leucocitosis 15 000 – 20 000.

Azoemia es factor de riesgo de mortalidad.

Hipertrigliceridemia ocurre en 5-10% y puede aparecer amilasa sérica normal.

Proteína C reactiva sirve para seguimiento y pronóstico.

- Imágenes

Radiografía de tórax: Se utiliza para valorar derrame pleural asociado.

Ultrasonografía: Es de fácil acceso, no invasivo, no implica radiación. Entre los hallazgos sugestivos, podemos encontrar incremento de tamaño de glandula pancreática y disminución de ecogenicidad, pero tiene baja sensibilidad, pues hasta en 50% de los casos de pancreatitis aguda se ha reportado una glandula de tamaño normal y solo 10% presenta hipoecogenicidad. También es útil para detección y seguimiento de colecciones liquidas, pseudoquistes o abscesos pancreáticos.

Medidas generales y preventivas

El tratamiento de la pancreatitis aguda es fundamentalmente de soporte. El objetivo principal consiste en limitar la secreción exocrina del páncreas y mantener un estado hídrico óptimo y detectar oportunamente las complicaciones inmediatas.

Reposicion de la volemia y control hemodinámico

La restitución rapida para mantener el volumen intravascular en las primeras 48h del ingreso del paciente. La mayor parte de pacientes no precisa una monitorización invasiva hemodinámica para guiar la fluidoterapia con ClNa 0.9%. Se aplicará la oxigenación para adecuar la saturación >95% llegando hasta la ventilación mecánica artificial en los pacientes con complicaciones respiratorias asociadas.

Control de dolor y sedación

Se emplearan analgesicos a demanda incluyendo opioides y siempre de forma escalonada de forma parenteral. Se pueden administrar AINES tipo diclofenaco o ketoprofeno. Puede usarse petidina en dosis de 1 a 2 mg/kg por via intravenosa. La morfina y la codeína producen espasmo del esfínter de Oddi como efecto adverso. Los opiáceos pueden reducir la necesidad de analgesia complementaria.

ATB profiláctica

Como norma general, a partir de los 14 dias se puede iniciar tratamiento con antibióticos empíricos si existe sospecha de infección, previa toma de cultivos. En sitios donde sea técnicamente difícil obtener muestras para cultivo del sitio de necrosis se recomienda, ante la sospecha de infección, y una vez

descartado otros focos, iniciar antibioticoterapia siendo de primera elección los carbapenemicos por su penetración en tejido pancreático.

- Imipenem 500mg c/6h o Meropenem 500mg c/8h durante 14 días
- Fluoroquinolona
- Metronidazol 500mg EV c/8h

Nutrición

En episodios leves se recomienda un inicio precoz de alimentación oral, posiblemente incluso con dietas solidas bajas en grasas. En casos graves, un inicio temprano de soporte nutricional por via enteral ha asociado mejoras en tasa de infección y de mortalidad. El soporte nutricional debe iniciarse de forma precoz, en las primeras 48h. La nutrición por via enteral es de eleccion sobre la nutrición parenteral.

Criterios de alta

Tolerancia de dieta blanda hipograsa. No dolor abdominal a la dieta. Eliminación de flatos. Afebril 48 horas con funciones biológicas estables

Escalas pronosticas de gravedad (ver Anexos 1, 2, 3)

- APACHE II >8 puntos.
- RANSON-Glasgow >3 puntos.
- Para determinar el índice de severidad tomografico se necesita determinar el porcentaje de necrosis en combinación con la clasificación ecografica de Balthazar

El manejo de la pancreatitis aguda se basa principalmente en la hidratación precoz en un paciente, colación al paciente en NPO, además del manejo del dolor y evaluar periódicamente su evolución. En el caso 1, nuestra paciente estuvo en observación de medicina interna, fue diagnosticada de acuerdo a criterios clínicos y de laboratorio, donde encontramos un dolor a nivel de epigastrio que se irradiaba hacia la espalda. Además en el laboratorio, se encontró valores de amilasa 2770 UI/L y Lipasa 7680 UI/L. No se encontró pudo visualizar el páncreas debido a la interposición de gases intestinales. Tuvo mejoría clínica posterior, el dolor abdominal fue disminuyendo en

intensidad, se solicitó examen auxiliar PCR y se encontraba menor a 1 gr/dl , se decide inicio de tolerancia oral y paciente no refería náuseas, no vómitos, diuresis presente, deposiciones presente, se indica alta con indicaciones médica y se le añade terapia nutricional, se le indica a la paciente que debido a la coyuntura no están atendiendo los consultorios externos de medicina interna lo que se dificulta el seguimiento del paciente, ni de cirugía general para su tratamiento de Litiasis vesicular ya que este fue el causante de la Pancreatitis aguda (ver Anexo 4).

CASO 2

Las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) son una de las patologías con mayor frecuencia y con mayor morbilidad a nivel mundial en el ámbito hospitalario. La mayoría de veces son de origen bacteriano aproximadamente un 80%

En un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima) se encontró que en pacientes no hospitalizados los gérmenes más comunes eran *Escherichia coli* (76%) y *Klebsiella spp.* (5%), en cambio en pacientes hospitalizados se encontró que los gérmenes más comunes eran *Escherichia coli* (49%), *Enterococcus spp* (11.4%) y *Klebsiella spp* (8.4%) (3).

Las Infecciones del Tracto Urinario suelen dividirse en Infecciones del Tracto Urinario bajo (ITU baja y/o uretritis) y las Infecciones de Tracto Urinario alto (ITU alta)

ITU no complicada: se define como aquella ITU que se presenta en pacientes que no tienen las siguientes condiciones clínicas: anomalías funcionales o anatómicas del aparato urinario, ausencia de comorbilidades (diabetes mellitus, inmunosupresión), instrumentación reciente de la vía urinaria, pacientes gestantes, pacientes varones o pacientes con infección urinaria en las semanas previa (ver Anexo 5).

Guía de práctica clínica para el manejo de la infección del tracto urinario no complicada - EsSalud

Se establece que en pacientes con alta sospecha de ITU baja no complicada, se recomienda iniciar nitrofurantoína 100mg vía oral cada 6 horas por 5 -7 días como tratamiento de primera línea (4).

En pacientes que sean alérgicos a nitrofurantoína o no la toleren por los efectos adversos, se debería administrar:

- Sulfametoxazol + Trimetoprima 800/160mg vía oral cada 12 horas durante 5 días.
- Cefalexina 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días.
- Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas por 5 días

En pacientes con ITU alta no complicada se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico empírico en base al perfil de sensibilidad antimicrobiana local de la institución (ver Anexo 6).

En centros que no dispongan información del perfil de sensibilidad, las pacientes con sospecha de ITU alta no complicada y que tengan una adecuada tolerancia oral, se sugiere iniciar tratamiento antibiótico empírico ambulatorio con alguna de las siguientes opciones:

- Cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días
- Cefuroxima 500mg vía oral cada 12 horas por 7 días
- Sulfametoxazol + Trimetoprima 800/160mg vía oral cada 12 horas durante 14 días
- Amikacina 15 mg/kg IM cada 24horas por 7 días

En centros que no dispongan información del perfil de sensibilidad, las pacientes con alta sospecha de ITU alta no complicada que tengan indicación de hospitalización, se sugiere iniciar tratamiento antibiótico empírico con alguna de las siguientes opciones:

- Cefazolina 1g IV cada 8 horas
- Ceftriaxona 2g IV cada 24 horas
- Amikacina 15 mg/kg IM cada 24horas por 7 días

Las pacientes con ITU alta no complicada serán hospitalizadas si presentan alguna de las siguientes condiciones clínicas:

- a) Si no hay mejoría clínica luego de 72 horas después del inicio del antibiótico empírico.
- b) Cuando la paciente presente sospecha de sepsis (sospecha de infección más un score de qSOFA ≥ 2 ó SIRS ≥ 2).
- c) Cuando exista intolerancia oral.

La guía del Minsa 2020 – Resolución ministerial N 302- 2020 -Minsa- HSR-JDM, GUIA PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INFECCION DE TRACTO URINARIO.

Se establece que en casos graves o que el paciente no tolere la vía oral. Se inicia terapia por vía intravenosa, si luego de 72 horas hay mejoría clínica y buena competencia oral, puede continuarse la terapia por vía oral, el régimen total debe durar entre 7 a 14 días:

- Ceftriaxona 2gr EV C/ 24 horas
- Ceftazidima 1gr – 2 gr c/8 horas

Si no hay buena respuesta a las 72 horas y/o se aísla enterobacterias betalactamasa de aspecto extendido, administrar ertapenem 1gr c/ 24 horas.

En el caso 2 de nuestra paciente, es una paciente de 30 años, que no es gestante, no tiene alteraciones funcionales o estructurales a nivel del aparato urinario, no es una paciente inmunosuprimida, no presenta comorbilidades, por lo que encontramos frente a una Infección del tracto urinario alta no complicada.

El manejo que se dio a nuestra paciente fue el uso de una cefalosporina de 3era generación, que fue ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas, se decide la hospitalización de nuestra paciente ya que la paciente no estaba tolerando la vía oral, con una clínica muy sugestiva de ITU alta (Pielonefritis), se decide iniciar tratamiento empírico luego de toma de urocultivo.

Paciente evolucionando favorablemente dentro de las primeras 48 horas, por lo que se decide continuar con tratamiento antibiótico establecido.

CASO 3

La encefalopatía hepática es un conjunto de alteraciones neurológicas y psiquiátricas causada por una falla hepatocelular e hipertensión portal, esta patología suele presentarse en estadios avanzados de cirrosis (5).

Cuando ya se tiene el antecedente de cirrosis, el diagnóstico es de descarte, pero de igual manera es importante determinar lo que está induciendo a aparición de esta enfermedad, como sangrado gastrointestinal, infecciones, desequilibrio hidroelectrolítico, estreñimiento, entre otros.

Con respecto a los síntomas que la enfermedad presenta, existe también variabilidad según el grado de severidad. Los grados de severidad en encefalopatía hepática están divididos de la siguiente manera según la escala de West Haven para la valoración del estado mental.

GRADO 1: Alteración leve del estado de conciencia, pero puede haber euforia, pérdida de la capacidad de atención y de cálculo (sumas o restas)

GRADO 2: Paciente letárgico, desorientación temporo espacial, cambios de la personalidad y comportamiento inapropiado.

GRADO 3: Somnolencia progresiva y estado estuporoso, desorientación severa.

GRADO 4: Coma sin respuesta a estímulos.

Actualmente el tratamiento estándar para pacientes con encefalopatía hepática se centra en tratar los episodios gradualmente conforme van ocurriendo, a través de la administración de disacáridos no – absorbible como lactulol o lactulosa, lo cual disminuye la absorción de la amonía.

Es importante un buen examen físico enfocado al sistema nervioso central evaluando la cognición, la orientación, disminución del apetito, dispraxia y confusión. Además, de una buena historia clínica ya que es importante

determinar si hubo o no cambios de comportamiento, personalidad, apatía, cambios en los ciclos del sueño. Algunos pacientes presentaron alteraciones motoras como hipertonía, hiperreflexia y respuesta plantar flexora en pacientes no comatosos, e hiporreflexia cuando hay coma.

Manejo se basa en reestablecer el estado mental del paciente

- Corregir el evento precipitante que este descompensando al paciente y evaluar si el paciente requiere o no intubación
 - Disminuir la síntesis y absorción del amonio y amoniaco
 - Antibiótico profiláctico donde se recomienda el uso de rifaximina
- Valorar al paciente para trasplante hepático

La rifaximina, la posología media recomendada en adultos es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que lo requieran pero siempre bajo criterio clínico. No se recomienda superar los 1600 mg/día ni sobrepasar los 7 días de tratamiento.

En el caso del paciente se encontraba en Grado 2 de encefalopatía hepática, se le administro en emergencia un enema evacuante STAT, debido a que el paciente presentaba compromiso neurológico y su familiar refería el hecho de no haber realizado deposiciones hace días.

Luego se le indica Lactulosa 33.3% cada 8 horas para que el paciente no presente nuevamente la encefalopatía por retención de amonio.

CASO 4

Según la Guía del manejo general del paciente intoxicado agudo, es frecuente recibir en los Servicios de Emergencias a pacientes en quienes se sospecha algún tipo de intoxicación y otros en quienes los antecedentes de intoxicación son obvios (6). En ambas situaciones, el manejo del paciente intoxicado agudo se basa en seis puntos:

1. Resucitación y estabilización
2. Historia y examen físico

3. Métodos de descontaminación
4. Métodos de eliminación del tóxico
5. Antídotos

Resucitación y estabilización

Es el primer paso ante un paciente intoxicado. Brindar el soporte básico y avanzado de vida es prioritario porque muchas veces el paciente viene con las complicaciones de la intoxicación que son manejadas primero, pero siempre será más importante el manejo de la vía aérea, la asistencia de la ventilación y el mantenimiento de la circulación.

- Manejar la vía aérea
 - Levantar la mandíbula
 - Aspiración de secreciones
 - Tubo de mayo
 - Tubo endotraqueal
- Asistir la ventilación
 - Ventilación boca a boca
 - Ventilación con ambú
- Mantener la circulación
 - Masaje cardiaco
 - Inotrópicos

Historia y examen físico

Anamnesis

Interrogatorio directo e indirecto, además de una meticolosa búsqueda del sitio donde fue encontrado el paciente. Puede hallarse un frasco vacío de ácido muriático, el blister de una benzodiazepinas, etc. Se debe identificar:

- El toxico para el diagnóstico y manejo
- La cantidad incorporada
- La via de entrada, ya sea oral, dérmica o respiratoria
- El tiempo transcurrido desde el incidente
- El lugar donde ocurrio

- La medicación habitual del paciente
- Si padece alguna enfermedad adyacente o alergia
- Si está embarazada

Examen físico

Debemos realizar el examen físico completo. Sin embargo, del examen de piel, faneras, aliento, olor del contenido gástrico, examen de cavidad oral (quemaduras por cáusticos), inspección de las ropas (olor a plaguicidas, hidrocarburos, etc) y del tamaño pupilar se puede rescatar información toxicológica importante.

Existen síndromes característicos, a los que se les ha llamado toxídromes, que al ser reconocidos ayudan a identificar algunos posibles tóxicos. Algunos toxidrome son mostrados en la tabla 1.

Descontaminación

Son las medidas utilizadas para disminuir la absorción del tóxico, y puede ser gastrointestinal, dérmica u ocular. No hay descontaminación respiratoria, y en casos de los tóxicos que ingresan por la vía respiratoria se indica separar al paciente del ambiente contaminado, administrar oxígeno de preferencia al 100%; y, si los gases son irritantes y provocan hiperreactividad bronquial será necesario administrar broncodilatadores.

Descontaminación ocular

- Irrigar inmediatamente con suero salino o agua
- De 15 a 20 minutos
- No usar otras sustancias
- Consulta oftalmológica

Descontaminación dérmica

- Usar guantes (de goma) y, de preferencia, mascarillas para evitar que personal de salud se intoxique
- Remover la ropa contaminada. Lo recomendado es lavarla inmediatamente y si no se puede entonces colocarla en bolsas plásticas que deberán luego ser cerradas

- Bañar al paciente bajo la ducha. Si esta inconsciente, bañarlo con esponja
- Lavar bien las zonas de pliegue, debajo de las uñas y el cabello. A veces el paciente no responde al tratamiento porque el tóxico sigue absorbiéndose de estas zonas que muchas veces son descuidadas durante el baño
- Repetir el baño por lo menos dos veces

Descontaminación gastrointestinal

Vómito provocado

Actualmente, el vómito provocado mecánicamente (estimulando la faringe) o a través del jarabe de ipecacuana no está recomendado.

Lavado gástrico

Algunos estudios han demostrado que sólo es útil cuando se han ingerido grandes cantidades y dentro de la primera hora de ingerido el tóxico; sin embargo, en muchos lugares del país, es a veces la única medida con que se cuenta por lo que lo podríamos usarla dentro las primeras 4 a 6 horas en caso de no tener carbón activado.

Técnica

- Posición sentada o decúbito lateral izquierdo
- Insertar una sonda nasogástrica gruesa, recordar que muchos compuestos no van a pasar a través de la luz de la sonda
- Administrar y aspiración secuencial de pequeñas cantidades de salino o agua (200 a 300 ml en adultos y 10 a 20mL/kg en niños) por vez. Si se administra grandes cantidades de líquido cada vez se promueve el pasaje del tóxico al intestino y por lo tanto una absorción más rápida. Se realiza hasta que el líquido sea claro, lo que se consigue después de más o menos 8 a 10 veces el lavado. Es importante guardar el contenido gástrico ya que algunos tóxicos pueden ser identificados en él.

Métodos de eliminación de un toxico

Se refiere a aquellos realizados para eliminar un tóxico una vez absorbido, tenemos los siguientes.

Hemodiálisis y relacionados

Se usa en los siguientes casos:

- Tóxicos: alcoholes, salicilatos, etilenglicol, teofilina, fenobarbital, litio
- Ayuda a corregir: acidosis, hipercaliemia y sobrecarga de volumen.

Alcalinización urinaria

Cuando las toxinas son bases o ácidos débiles como son los salicilatos, fenobarbital y 2, 4 D (herbicida fenoxi). Mecanismo de acción: el tóxico pasa a su forma ionizada por lo que no es absorbido a nivel de túbulo eliminándose en orina. El bicarbonato de sodio se administra de 1 a 2 mEq/kg, cada 3 a 4 horas, hasta obtener un pH urinario de 7 a 8.

Antídotos

Como vemos es el último paso ya que siempre es primero la resucitación y estabilización del intoxicado y en la mayoría de casos la descontaminación será el pilar del tratamiento. Por ejemplo, si iniciamos la atropinización en un paciente hipoxémico provocaríamos un paro cardíaco con la primera dosis; por eso será importante primero aspirar las secreciones y oxigenar a este paciente. Algunos antídotos son mostrados en la Tabla 2.

De acuerdo al caso 4 de medicina interna, la paciente ingresa sin trastorno del sensorio, solo refiere dolor tipo urente a nivel de epigastrio de moderada intensidad. En este caso, se realizó una buena anamnesis donde la madre contó todo lo sucedido con su hija, de ese modo se pudo llegar a la conclusión del problema. Entonces se procedió a pasar al 3er punto de acuerdo a la guía, los métodos de descontaminación. Se le realizó el lavado gástrico y posterior colocación de sonda nasogástrica. Además se mantuvo una buena hidratación de la paciente, así como también el uso de protectores gástricos como Omeprazol, y el uso de antieméticos como Dimenhidrinato.

3.2 Pediatría

CASO 1

La pielonefritis es una infección del tracto urinario alto, produciendo una inflamación del mismo. El síntoma más relevante, sobretodo en el niño pequeño o lactante, es la fiebre. Desde el punto de vista de anatomía patológica, macroscópicamente el riñón muestra segmentos de tejido inflamado e histológicamente, una inflamación a nivel del parénquima y de los túbulos renales con la presencia de edema (7).

Signos clínicos: Recién nacidos y niños pequeños Los síntomas no son específicos: fiebre, irritabilidad, vómitos, rechazo de alimento, también podemos verlos en la tabla 3. El abdomen puede ser sensible. La ausencia de fiebre no excluye el diagnóstico. Por el contrario, el único signo puede ser fiebre aislada, sin causa evidente. El cuadro puede ser severo en el recién nacido: fiebre o hipotermia, deterioro del estado general, alteración de la consciencia, tez grisácea, signos de shock. En la práctica, debe sospecharse infección urinaria ante fiebre sin causa identificada o síndrome infeccioso o septicemia sin foco aparente (ver Anexo 7).

Tratamiento - Antibioterapia en niños

Niños menores de un mes

Cefotaxima IV lenta (3 minutos) durante 10 días

- Niños 0 a 7 días (< 2 kg): 100 mg/kg/día divididos en 2 inyecciones
- Niños 0 a 7 días (\geq 2 kg): 150 mg/kg/día divididos en 3 inyecciones
- Niños 8 días a < 1 mes: 150 mg/kg/día divididos en 3 inyecciones o

Ampicilina IV lenta (3 minutos) durante 10 días:

- Niños 0 a 7 días (< 2 kg): 100 mg/kg/día divididos en 2 inyecciones
- Niños 0 a 7 días (\geq 2 kg): 150 mg/kg/día divididos en 3 inyecciones
- Niños 8 días a < 1 mes: 150 mg/kg/día divididos en 3 inyecciones

Gentamicina IV lenta (3 minutos) o perfusión (30 minutos) durante 5 días

- Niños 0 a 7 días (< 2 kg): 3 mg/kg/día en una inyección o perfusión

- Niños 0 a 7 días (≥ 2 kg): 5 mg/kg/día en una inyección o perfusión
- Niños 8 días a < 1 mes: 5 mg/kg/día en una inyección o perfusión

Niños mayores de un mes

Ceftriaxona IM o IV lenta (3 minutos): 50 mg/kg/día en una inyección hasta la mejoría clínica (3 días como mínimo)

Amoxicilina/ácido clavulánico VO (dosis expresada en amoxicilina)

- Niños < 40 kg: 45 a 50 mg/kg/día en 2 tomas (con presentaciones 8:1 o 7:1) o en 3 tomas (con presentaciones 4:1)
- Niños ≥ 40 kg: 1500 a 2000 mg/día en 2 tomas (con presentaciones 8:1 o 7:1) o en 3 tomas (con presentaciones 4:1) La dosis de ácido clavulánico no debe sobrepasar 12,5 mg/kg/día o 375 mg/día.

De acuerdo al caso 1 de pediatría, el lactante presentaba solo fiebre desde hace 4 días que persistía a pesar del tratamiento domiciliario con paracetamol. En la emergencia, se solicitaron exámenes, donde el examen de orina salió patológico y se indicó el inicio de tratamiento antibiótico con Amikacina 75mg y Ampicilina 250mg, que es el correcto de acuerdo a la guía presentada por el MINSA. Posterior al resultado del urocultivo, se decide suspender la ampicilina por la presencia de resistencia a este fármaco y continuar con Amikacina por 5 días. El lactante tuvo una gran mejoría clínica indicada por la madre, quien refería que su menor hijo presentaba mayor apetito, estaba más despierto y más reactivo.

CASO 2

Paciente de 4 años de edad que cuenta con todas sus vacunas, es traído a emergencia por presentar tos seca y dificultad respiratoria, a la evaluación física se evidencia disminución del murmullo vesicular, estridor a la inspiración e espiración con el paciente en reposo y presencia de tirajes, es diagnosticado con "Crup viral", y el manejo en emergencia fue administrarle dexametasona 10 mg IM STAT y nebulización con adrenalina, teniendo una evolución favorable.

La laringitis aguda o crup viral es una enfermedad de causa infecciosa que cursa con obstrucción de las vías aéreas superiores, es común entre las edades de 6 meses y 3 años, y la etiología más frecuente es la parainfluenza tipo 1 (7).

Signos clínicos

- Tos crupal ("perruna"), grito o voz ronca.
- Estridor inspiratorio (ruido agudo anormal durante la inspiración): Si el estridor aparece cuando el niño se agita o llora pero desaparece cuando el niño se calma, el crup se considera leve o moderado. Si el estridor persiste en reposo (continuo), y en particular si se acompaña de dificultad respiratoria, el crup se considera grave.
- Respiración sibilante si están implicados los bronquios.

Tratamiento

- En ausencia de estridor o de tiraje intercostal, tratamiento sintomático: buena hidratación, reconsultar si los síntomas se agravan (dificultad para respirar, respiración ruidosa, imposibilidad de beber, p.ej.). Si el estridor sólo está presente cuando el niño se agita (crup moderado). Hospitalizar para tratamiento y vigilancia (riesgo de agravarse). Buena hidratación. Dexametasona VO (utilizar la preparación IV con glucosa al 10% o 50% o zumo para mejorar el sabor) o IM si el niño vomita: 0,6 mg/kg dosis única.
- En caso de signos de gravedad (estridor en reposo, dificultad respiratoria grave), hospitalizar en cuidados intensivos: Oxígeno continuado a flujo mínimo de 5 litros/minuto o para mantener la saturación de oxígeno entre 94% y 98%. Poner una vía venosa e hidratar por vía IV. Epinefrina (adrenalina, ampolla de 1 mg/ml, 1 ml) nebulizada: 0,5 mg/kg (máx. 5 mg), a repetir cada 20 minutos si los signos de gravedad persisten. Vigilar la frecuencia cardíaca durante la nebulización (si la FC es superior a 200, suspenderla nebulización).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y mediante la Escala de Westley valorar la gravedad del paciente, esta escala incluye estridor respiratorio,

tirajes, ventilación, cianosis y nivel de consciencia; el cual según el puntaje lo clasifica en leve, moderado y severo.

Este paciente tuvo un puntaje de Westley de 4 por lo que es cataloga como un crup viral moderado. Con respecto al tratamiento:

- Si hay alteración del estado general del paciente o dificultad respiratoria se inicia con corticoide (dexametasona 2mg) VO (dexametasona 0.15 – 0.6 mg/kg/, dosis máxima de 10mg) o nebulizado, si después de esto el paciente mejora, se plantea el alta.

CASO 3

La sepsis del recién nacido es un síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas sistémicos de infección y acompañado de bacteriemia en la etapa neonatal (8). De acuerdo a la presentación clínica hay definiciones complementarias:

- Sospecha de sepsis: Asintomático con factores de riesgo.
- Sepsis probable: Signos o síntomas de infección.
- Sepsis confirmada: Signos o síntomas con cultivo positivo.
- Sepsis temprana: Cuadro clínico que aparece antes de las 72 horas.
- Sepsis tardía: Cuadro clínico que aparece después de las 72 horas.

Entre las bacterias mas frecuentes, podemos encontrar *Streptococcus* spp; *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella* spp, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*.

Fisiopatología

El recién nacido puede ser infectado por vía transplacentaria, por contaminación de líquido amniótico o por aspiración o ingestión de secreciones vaginales. La ruptura de barreras cutáneas y mucosas o métodos de control del bienestar fetal, catéteres vasculares, incisión del cordón umbilical, la cirugía y la enterocolitis necrosante, crean nuevas puertas de entrada para los microorganismos.

Los signos y síntomas son variados e inespecíficos. Los más frecuentes son:

- Pobre succión.
- Mala tolerancia oral, vómitos.
- Diarrea, distensión abdominal.
- Somnolencia o letargia.
- Pobre respuesta al estímulo.
- Hipotonía o flacidez

Epidemiología

En el Perú nacen alrededor de 600 mil niños por año, y las principales causas directas de muerte neonatal son complicaciones de asfixia e infecciones severas. La sepsis neonatal es responsable del 8.7% de las muertes en este periodo y es la segunda causa de mortalidad. Es así mismo, la tercera causa de morbilidad en este grupo de edad, siendo la Tasa de Incidencia de 2.5/1,000 NV (OGEI-MINSA/2004). Hasta un 25 % de sepsis puede estar asociado a la Meningoencefalitis.

Criterios diagnósticos

El aislamiento de un germen patogénico de la sangre es el criterio mas específico para el diagnóstico de sepsis.

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive (ver Anexo 8)

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA I-1, I-2, I-3

CUIDADOS PRIMARIOS

Si tiene sospecha de sepsis referirlo para cuidados esenciales, si la referencia demora de 6 horas a más, dé la primera dosis de antibióticos: ampicilina 50 mg/Kg/dosis cada 12 horas y gentamicina 4 mg/Kg/dosis IM cada 24 horas.

Lactancia materna exclusiva

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA I-4

CUIDADOS BÁSICOS

- Si se sospecha de sepsis, y no se cuenta con medios diagnósticos auxiliares, brindar cuidados primarios, de lo contrario observar al recién nacido por 48 horas y evaluar exámenes auxiliares (hemograma, plaquetas y velocidad de sedimentación).
- Lactancia materna exclusiva.
- De tener algún examen auxiliar anormal o sintomatología de infección referirlo para cuidados esenciales con:
 - Vía periférica permeable.
 - Primera dosis de antibióticos; ampicilina 50 mg/Kg/dosis EV cada 12 horas y gentamicina 4 mg/Kg/dosis EV cada 24 horas.
 - Oxigenoterapia de ser necesaria.
 - Mantener temperatura axilar en 36.5°C empleando incubadora de transporte o método canguro.
 - Continuar lactancia materna.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA II-1, II2

CUIDADOS ESENCIALES

- Lactancia materna, de ser posible.
- Terapia de Soporte:
 - Incubadora
 - Hidratación parenteral
 - Oxigenoterapia o nebulizaciones según el caso.
- Antibioticoterapia: ampicilina 50 mg/kg/dosis, cada 12 horas la primera semana, luego cada 8 horas y gentamicina 4 mg/Kg/dosis cada 24 horas; por 7-10 días.
- Balance hídrico.
- Control de funciones vitales.
- Si la evolución es desfavorable (persistencia de sintomatología a 48 hrs de tratamiento) considerar referencia ó rotación de antibiótico de acuerdo a antibiograma.
- Si hay probabilidad de shock séptico, falla multiorgánica, muy bajo peso al nacer o menos de 34 semanas de edad gestacional referir para cuidados intensivos.

- Sepsis probable que motiva inicio de tratamiento antibiótico, con evolución clínica favorable, reactantes de fase aguda y seguimiento negativos (hemograma, plaquetas o perfil de coagulación normales, VSG, PCR negativos); hemocultivo negativo al 3er día, suspender antibióticos.

CRITERIOS DE ALTA

- Funciones vitales estables y conservadas.
- Estabilidad clínica (control térmico adecuado sin dificultad respiratoria).
- Buena succión, lactancia materna exclusiva, sin vía endovenosa por 24 horas
- Exámenes auxiliares normales.
- Asegura tratamiento antibiótico completo

De acuerdo al caso 3 de pediatría, el recién nacido pretermino cumplía los factores de riesgo suficientes para desarrollar una sepsis neonatal, debido a que tenía los antecedentes: prematuridad, bajo peso al nacer, oligohidramnios severo, madre con antecedente de RPM de 6 días y escasos controles prenatales.

Se inició un correcto tratamiento empírico con Ampicilina a la dosis correcta de acuerdo a la guía presentada, previo a la toma de muestra para el hemocultivo y aislar al germen que causa la patología en este paciente. Además de tratamiento de soporte con hidratación.

CASO 4

La Organización Mundial de la Salud define la enfermedad diarreica aguda (EDA) como la evacuación de heces excepcionalmente sueltas o líquidas, generalmente en un número mayor de tres en 24 horas, junto con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días. No se considera EDA a las deposiciones sueltas habituales en lactantes menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva (7).

Clínicamente, se distinguen 2 tipos de diarrea aguda:

- La diarrea simple, sin sangre, de origen viral en un 60% de los casos (rotavirus, enterovirus), bacteriana (*Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotóxica, *Salmonella typhi*, *Yersinia enterocolitica*) o parasitaria (giardiasis). Otras patologías como el paludismo, la otitis media aguda, las infecciones respiratorias de las vías altas y bajas, etc. pueden ir acompañadas de este tipo de diarrea.
- La diarrea con sangre o disentería, de origen bacteriano (*Shigella* en el 50% de los casos, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* enteroinvasiva y enterohemorrágica, *Salmonella*) o parasitaria (amebiasis intestinal)

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2016, la incidencia de EDA en menores de 36 meses en los 15 días previos a la encuesta fue 15.5%, siendo más frecuente en el área rural (17.8%) que en el área urbana (14.6%). Según datos del Ministerio de Salud, se observa una disminución en la tendencia de los episodios de EDA en los menores de cinco años en los últimos años (2009-2017). Hasta la semana epidemiológica 03 del año 2017 se han notificado 67086 episodios de EDA, de los cuales 19345 (29%) corresponden a niños de uno a cuatro años de edad y 7645 (11%) a menores de un año de edad.

Para niños y adolescentes con EDA y deshidratación leve que tolere vía oral, se recomienda ofrecer un líquido adecuado para prevenir la deshidratación, después de cada deposición así: En menores de dos años, 50 a 100 mL (Aprox. 1/4 de taza a 1/2 de taza*). En niños de dos años o más, 100 a 200 mL. (Aprox. 1/2 taza a 1 taza). En lactantes se debe continuar la lactancia materna y en niños mayores continuar con dieta habitual fraccionada a tolerancia. Se considerarán líquidos adecuados para tal efecto: sales de Rehidratación Oral (mOsm \leq 270). Líquidos preparados mediante cocción de cereales en grano o molidos (arroz) y cocinados en agua. Agua, siempre y cuando, se combine con la dieta habitual, que incluya alimentos con almidón (papa, yuca o maíz), preparados de preferencia con sal (ver Anexo 9, 10, 11).

Para niños y adolescentes con EDA y deshidratación moderada que tolere la vía oral, se recomienda ofrecer un líquido adecuado que debe ser

administrado durante un periodo de observación en el establecimiento de salud del siguiente modo: Volumen a administrar por VO entre 50 a 100 mL/Kg en un periodo de 4h.

Si se resuelve la deshidratación durante el periodo de observación se debe manejar como deshidratación leve ambulatoriamente. Si fracasa la rehidratación por VO se debe iniciar terapia con fluidos EV. Se considerarán líquidos adecuados para tal efecto: Sales de Rehidratación Oral (mOsm \leq 270) (9).

Para el manejo de niños y adolescentes con deshidratación severa: Utilizar la rehidratación endovenosa únicamente cuando se detecta: Deshidratación severa o Fracaso en la Terapia de Rehidratación Oral.

El paciente pediátrico del caso 4 se manejó como una deshidratación severa ya que se encontraba irritable, la mucosa oral se encontraba semihidratadas, que va entre 5 al 10%, y se opta por utilizar los SRO en el mismo hospital, siendo vigilado y monitoreado por el personal de salud.

Al paciente del caso 4 se le administro Ondansetron ya que el paciente presento vómitos durante la evaluación en emergencia, se decidió probar tolerancia oral luego de 30 minutos con los SRO.

Deshidratación moderada en el caso debemos Seguir el plan B: tratamiento de rehidratación oral para niños algo deshidratados, que es lo que el paciente en emergencia recibió y se le dio manejo.

3.3 Cirugía general

CASO 1

Paciente de sexo masculino de 27 años de edad acude por emergencia por referir dolor abdominal en la escala de EVA 7/10 que se inició aproximadamente hace 7 horas, asociado a náuseas y vómitos, refiere hiporexia y sensación de alza térmica.

Al examen físico: Abdomen: Distendido, RHA disminuidos, Blando/Depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Blumberg (+),

Ingresa a sala de operaciones, la operación propuesta fue una apendicetomía abierta, su diagnóstico post operatorio fue de apendicitis aguda complicada, en los hallazgos se encontró un apéndice cecal 8 x 1 cm, necrosado en 1/3 proximal, base indemne, escaso liquido inflamatorio.

Dolor abdominal agudo quirúrgico: También denominado Abdomen Agudo. La aparición rápida de dolor, dolor que precede al vómito, náuseas, fiebre, anorexia, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases, y antecedentes conocidos de intervención quirúrgica abdominal son datos importantes en Historia Clínica.

Los signos de Peritonitis (dolor a la descompresión, defensa, y ausencia de ruidos intestinales), indican un proceso intraabdominal grave. La fiebre y leucocitos son datos útiles cuando confirman las impresiones de la Historia clínica. Recordar que todos estos signos y síntomas pueden no darse en determinados grupos de edad.

Signos y síntomas

Ante un paciente que acude por dolor abdominal es fundamental realizar una buena Historia Clínica de urgencias. Si no es posible realizarla correctamente a través del paciente recurriremos a los familiares o acompañantes. Antecedentes patológicos: Existencia de cirugía previa, episodios similares previos, enfermedades previas, hernias, coledocitis, ingesta de fármacos y alimentos, alcohol, diabetes, ciclo menstrual, fecha de la última regla (FUR), posibilidad de embarazo. Localización del dolor: La localización del dolor tiene una gran importancia. El dolor vago y difuso, en la línea media, casi siempre es de origen visceral. La progresión de este tipo de dolor hacia la localización sugiere afectación del peritoneo parietal.

- Hipocondrio derecho: Colecistitis aguda, cólico biliar, úlcera duodenal, pancreatitis aguda, pielonefritis aguda,

- Epigastrio: Úlcera péptica, IAM, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, vólvulo gástrico, esofagitis.
- Hipocondrio izquierdo Vólvulo gástrico, úlcera péptica, neumonía con reacción pleural, pancreatitis, pielonefritis, IAM, perforación gástrica, cólico nefrítico.
- Fosa ilíaca derecha Apendicitis, hernia encarcelada, litiasis renal. Diverticulitis de Meckel, adenitis mesentérica, salpingitis aguda, embarazo ectópico

La palpación abdominal (superficial y profunda) debemos realizarla de forma Sistemática, con suavidad y con las manos calientes, comenzando lo más lejos posible de la zona dolorosa, para evitar el componente de contracción muscular voluntaria y espontánea del paciente, que tiende a defenderse de algo que le va provocar dolor. Esta circunstancia es mucho más evidente en el niño y muy débil en el paciente anciano. Valoraremos la tensión del abdomen (ascitis a tensión), y la presencia de masas u organomegalias. Mediante la palpación abdominal podemos obtener una serie de hallazgos de gran utilidad para el diagnóstico

- Maniobra de Blumberg o signo del rebote: el dolor selectivo a la descompresión abdominal es un dato esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal. Este signo puede estar ausente en el paciente anciano
- El signo de Murphy: dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho durante la inspiración; es característico de la colecistitis aguda.
- Signo de McBurney: compresión dolorosa en el punto de McBurney (trazando una línea desde el ombligo a la EIAS derecha, en la unión del 1/3 inferior con los 2/3 superiores): apendicitis aguda.
- Signo de Rovsing: dolor en el punto de McBurney al comprimir el colon descendente apendicitis aguda.

Apendicitis aguda

Es un proceso inflamatorio focal agudo del apéndice cecal cuya etiología específica no se puede establecer en la mayoría de los casos, siendo generalmente obstructivo (10) ver Anexo 12.

Criterios diagnosticos

Apendicitis Aguda No complicada

1. Síntomas: Dolor epigastrio o periumbilical, que se localiza en el cuadrante inferior derecho, nauseas, vómitos e hiporexia, habitualmente fiebre, malestar general. Ocasionalmente estreimiento o diarreas.
2. Signos: Presente los signos positivos de Mc Burney, Rovsing, Blumberg, Psoas, Lanz, lecene, etc.
3. Procedimientos auxiliares: Hemograma generalmente leucocitosis con desviación izquierda, ecografía: ausencia de signos ecográficos no descartan la patología.

Clasificación Clínico – Patológica

No complicada	Complicada
Catarral o congestiva	Gangrenada o necrosada
Flemonosa o edematosa	Plastrón apendicular
	Absceso peri apendicular
	Perforada
	Peritonitis local
	pile flebitis
	Sepsis

Tratamiento Medico

- Preoperatorio : NPO, Reposición Hidroelectrolítica, uso de analgésicos si ya se decidió tratamiento quirúrgico
- Tratamiento antibiótico debe ser de uso racional: Metronidazol , aminoglucósido, ceftriaxona, ciprofloxacino

Tratamiento Quirúrgico: debe ser realizado en las primeras 24 horas.

Criterios de alta

- Apendicitis no complicada: 24 – 72 horas en buenas condiciones, afebril, tolerancia oral, dolor mínimo, herida operatoria en buenas condiciones.

- Apendicitis complicada: De acuerdo a la evolución en buenas condiciones, sin fiebre, tolerancia oral, sin drenes, herida operatoria con infección controlada.

El paciente tenía 7 horas de evolución, que al examen físico presentaba signos sugestivos de una apendicitis aguda, se solicitaron exámenes auxiliares los cuales se evidencia leucocitosis en 15000, ecografía se evidencia una imagen tubular con inflamación de la grasa peri apendicular.

Paciente se le brinda analgesia e hidratación en emergencia como se menciona en la guía Práctica clínica. Donde tiene un diagnóstico post operatorio como apendicitis aguda complicada en donde la base se encontraba indemne.

El paciente evoluciona favorablemente en su estancia hospitalaria, cumpliendo los criterios de alta de la guía práctica clínica del departamento de cirugía general del Hospital Santa Rosa.

CASO 2

Paciente de sexo femenino de 56 años de edad acude a emergencia por referir dolor abdominal de intensidad 8/10 en escala de EVA asociado a náuseas y vómitos, refiere cefalea, refiere sensación de alza térmica, refiere dolor en epigastrio y dolor en cuadrante superior derecho. Niega alergia a medicamentos. Antecedente de Hipertensión arterial solo controlada ocasionalmente con uso de captopril.

En emergencia se le brinda Analgesia e Hidratación, se solicitan exámenes auxiliares. En la ecografía abdominal se encuentra vesícula biliar: Marcadamente distendida, longitud 100x47 mm, pared: edema con grosor de 5mm a nivel de cuello vesicular se observaba 2 imágenes cálcicas de 8mm y 10 mm, no se observa líquido libre en cavidad. En conclusión: Colecistitis Crónica Calculosa + Hidrops vesicular.

Paciente es programada para sala de operaciones Su diagnóstico pre operatorio Colecistitis aguda y el diagnóstico post operatorio fue Colecistitis

aguda calculosa, la operación realizada fue una colecistectomía laparoscópica más dren Penrose.

Es la inflamación de la mucosa vesicular por obstrucción del conducto cístico por un cálculo e infección bacteriana secundaria, representa el 90% y se denomina colecistitis litiásica; el 10% es con ausencia de cálculos, se denomina colecistitis alitiásica, éste suele ocurrir en pacientes graves de UCI, politraumatismos, quemaduras, sepsis, o nutrición parenteral larga. Epidemiología, representa el 5-10% de los abdomenes agudos (11).

Etiología

Cálculos biliares (más del 95% de los casos)

Daño isquémico de la vesícula, paciente críticamente enfermo (colecistitis acalculosa)

Agentes infecciosos, especialmente en pacientes con SIDA (CMV, Cryptosporidium)

Estrechamiento del conducto biliar

Neoplasias, primarias o metastásicas

Cuadro clínico

Sintomatología: Dolor tipo cólico gravativo en hipocondrio derecho y/o epigastrio, a veces irradiado a la escápula derecha, puede acompañar de náuseas, vómitos, hiporexia o escalofríos, el 75% refiere antecedentes de cólico biliar.

Examen físico: Fiebre moderada ($< 38.8^{\circ}\text{C}$), puede haber ictericia leve (10%), dolor a la palpación en hipocondrio derecho (signo de Murphy positivo), con defensa o peritonismo localizado. En el 30% de los casos se puede palpar la vesícula biliar. Las colecistitis graves se dan con mayor frecuencia en ancianos y diabéticos.

Laboratorio: Hemograma: Leucocitosis moderada 12000-200000/dl con desviación a la izquierda, si es mayor sospechar complicaciones graves (colecistitis gangrenosa, absceso perivesicular o colangitis). Bilirrubinas: Puede aumentar hasta 4 mg/dl en un 10%. Transaminazas: Puede aumentar

levemente en un 10%, es inconstante. Fosfatasa Alcalina: Puede aumentar levemente. Amilasa: Puede aumentar levemente.

Ecografía: Sensibilidad y especificidad del 95%. Criterios mayores: Cálculo en cuello vesicular o conducto cístico, engrosamiento de la pared vesicular >4mm, aire intramural, signo de Murphy ecográfico positivo, diámetro vesicular mayor de 4.5 cm. Criterios menores: Presencia de Cálculos en la vesícula biliar, engrosamiento de la pared vesicular <4mm., barro biliar, mucosa vesicular desprendida, valorar diámetro de colédoco y vías biliares intrahepáticas. TAC: Valor limitado, su uso es para detectar complicaciones: Abscesos, perforación, patología de colédoco, pancreatitis.

Estadios

C.A. Edematosa o Flemonosa

C.A. Supurada (Abscesos en pared)

c) C.A. Gangrenosa (Necrosis de pared)

d) C.A. Enfisematosa por gérmenes productoras de gas intra o perivesicular (Clostridium)

e) Hidrocolecisto

Tratamiento: Siempre iniciar por tratamiento médico, tratamiento quirúrgico si procede (ver Anexo 13).

Medico

- NPO, SNG, si es necesario.
- Agua y electrolitos.
- Analgesia parenteral (no poner mórnicos pues pueden producir espasmos en el esfínter de Oddi).
- Protección gástrica, Ranitidina u bloqueadores de bomba.
- Antibióticos: Amoxicilina-Clavulánico 1-2 gr. EV, c/8Hs. Piperacilina/Tazobactam 4/0.5 gr. EV, c/8Hs. Ciprofloxacino 200-400 mg. EV, c/8-12 Hs. Ceftriaxona 1 gr. EV, c/12 Hs. o 2gr. EV, c/24 Hs. Cefuroxima 500 mg. EV, c/8-12 Hs.

Quirurgico, Convencional o laparoscópico.

Colecistectomía de urgencias, en el periodo de 24-72 horas desde el inicio de la enfermedad.

Colecistectomía diferida, electiva o programada en pacientes no complicados de más de 72 horas de evolución, será sometido a colecistectomía entre las 6 a 8 semanas.

Colecistostomía percutánea guiado por Eco/TAC o colecistectomía con anestesia local, indicado en estado grave por sepsis, alto riesgo de cirugía. (Edad, enfermedades).

Manejo Post-Operatorio:

- NPO
- Reposición hidroelectrolítica
- Iniciar vía oral: si no hay náuseas, vómitos, elimina flatos, presencia de ruidos hidroaéreos.
- Deambulación temprana.

Criterios de Alta:

No náuseas, no vómitos, tolerancia oral, no fiebre, dolor leve, sin drenes.

Nuestra paciente del caso 2 presento un cuadro clínico durante el examen físico mas una buena anamnesis realizada Se le solicitaron exámenes de laboratorio donde cuanta con una ecografía donde se evidencia se encuentra vesícula biliar: Marcadamente distendida, longitud 100x47 mm, pared: edema con grosor de 5mm a nivel de cuello vesicular se observaba 2 imágenes cálcicas de 8mm y 10mm.

En el plan de trabajo en emergencia se le brinda Analgesia e hidratación a la paciente, como se menciona en la Guía Clínica Practica el tratamiento medico es lo inicial en un cuadro de colecistitis, ya que se encontró frente a un cuadro de menos de 72 horas de evolución se decide realizar una colecistectomía.

Donde es programada para sala de operaciones con el diagnostico Colecistitis Aguda Litiásica, nuestra paciente según historia clínica tiene antecedente de

Hipertensión arterial y es diagnosticada con ITU por su examen de orina patológico.

Por lo que el manejo antibiótico en esta paciente se dio mediante ciprofloxacino endovenoso, analgesia e hidratación, se realizó una interconsulta a cardiología por el tema del diagnóstico de hipertensión arterial donde se le indica losartán de 50 mg c/12 horas.

De acuerdo a la guía de práctica clínica del Hospital Vitarte, se realizó un diagnóstico oportuno, un buen examen físico, y se solicitaron los exámenes auxiliares correctos, y se brindó tratamiento adecuado a la paciente que evolucionó favorablemente tras la cirugía.

CASO 3

Paciente de sexo femenino de 30 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas, por presentar dolor tipo cólico en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos en 3 oportunidades, niega sensación de alza térmica, niega otras molestias. Niega alergia a medicamentos, niega antecedentes patológicos de importancia.

El plan de trabajo con esta paciente fue analgesia e hidratación, y se solicitan exámenes de laboratorio. En la ecografía abdominal se describe la presencia de múltiples cálculos en la vesícula biliar, se evidencia engrosamiento de la pared de 6mm. Tras la administración de analgésicos y no la remisión del dolor.

Paciente ingresa a sala de operaciones con el diagnóstico pre quirúrgico de Colecistitis Aguda litiásica, la cirugía realizada fue colecistectomía laparoscópica, con un diagnóstico post operatorio de Colecistitis Aguda litiásica.

Según la guía de práctica clínica, a esta paciente se le brinda analgesia e hidratación en emergencia, se confirma el diagnóstico con la clínica, el laboratorio, más imágenes, programada para una colecistectomía laparoscópica por presentar un cuadro evolutivo menor a 72 horas (11).

En el post operatorio de nuestra paciente se le coloca en: NPO, Hidratación según de acuerdo al requerimiento, Inicia tolerancia oral primero con líquidos,

se le brinda analgesia, paciente evolucionando favorablemente con lo que es dada de alta de su estancia hospitalaria cumpliendo los criterios de alta de La guía de práctica clínica del Hospital Vitarte.

CASO 4

Paciente de sexo masculino de 16 años de edad acude por emergencia por referir dolor abdominal de intensidad 8/10 según escala de EVA, refiere que este inicio hace aproximadamente 1 día, asociado a náuseas y vómitos, pérdida de apetito y sensación de alza térmica.

Al examen físico: Abdomen: Distendido, RHA Disminuidos, Blando, con leve resistencia, doloroso a la palpación profunda en Fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Blumberg (+).

En la ecografía abdominal se evidencia a la exploración de Fosa iliaca derecha, se visualiza una imagen tubular con ausencia de peristaltismo, asociado a cambios inflamatorios de la grasa mesentérica.

Ingresa a sala de operaciones se le realiza Apendicetomía laparoscopia + drenaje por apendicitis aguda perforada más peritonitis generalizada

En el caso del paciente numero 4, se manejo adecuadamente en emergencia se le brindo analgesia e hidratación, siendo programado para sala de operaciones con un diagnostico post operatorio de apendicitis aguda perforada mas peritonitis generalizada.

El paciente en su segundo día post operatorio presente fiebre de 38.4 C donde se le solicita prueba de laboratorio como hemograma, PCR y ecografía abdominal. Los exámenes de laboratorio se encontraban elevados en comparación al ingreso, donde en la ecografía de evidenciaba un abscesos residual o colección hemático, el paciente continuo con cobertura antibiótica de ceftriaxona con metronidazol. De acuerdo a la guía práctica clínica del hospital Santa Rosa la cobertura antibiótica fue correcta.

Persistiendo la fiebre en el 4 to día post operatorio, solicitándose nuevamente hemograma y PCR, encontrándose más elevados, además que el paciente empezó a referir nauseas y vómitos. Por lo cual se decide colocarlo en NPO

y continuar con Hidratación. Se decide rotar antibiótico a Meropenem 500 mg EV para cubrir patógenos como E coli Blee, ya que el paciente no evolucionaba favorablemente, no se le realiza prueba de hemocultivo, en las guías clínicas del Hospital Santa Rosa no se menciona en el manejo el uso de carbapenems.

El paciente culminó su antibioticoterapia por 5 días, evolucionando favorablemente, sin picos febriles, sin presentar náuseas y vómitos, tolerando la vía oral, por lo que en su post operatorio número 8 se decide el alta del paciente, con manejo antibiótico por vía oral con levofloxacino y manejo de dolor con Dexketoprofeno de 25 mg por vía oral.

El paciente cumplía los criterios de alta establecidos en la guía de práctica clínica del hospital Santa Rosa (10). Ya que paciente se encontraba afebril, tolerando la vía oral, el dolor del paciente que el refería era leve, se le retira el dren ya que la colección para el post operatorio día 8 fue de 6cc, por lo que la toma de decisiones de dar alta al paciente fue la correcta.

3.4 Ginecología

CASO 1

Paciente de 32 años acude al servicio de emergencia por presentar contracciones uterinas cada 10 minutos, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales

Antecedentes quirúrgicos: Apendicetomía 2015, Cesárea 2004, 2009, 2015 por pelvis estrecha)

Cesárea es un procedimiento definido como a la intervención quirúrgico donde se extrae al producto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y de pared uterina(Histerotomía), cuando existen indicaciones tanto como riesgo en la madre y para el feto, que contraindiquen la vía vaginal (12).

Indicaciones: Incapacidad de parto vaginal absoluta

- Desproporción cefalopélvica
- cesárea iterativa
- cesárea anterior con Periodo intergenésico corto
- Sufrimiento fetal
- Distocia de presentación
- Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Placenta previa total
- Prolapso de cordón umbilical
- Cicatriz uterina previa (Rotura uterina)
- Corporal: Segmentaria: Transversa iterativa mas de dos veces y cicatriz de cesare de antigüedad menor de 18 meses

Cesárea de emergencia:

- Historia clínica, análisis mínimos hemoglobina- hematocrito, grupo y factor RH, VIH prueba rápida, toma de hemograma, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina y VDRL para su posterior evaluación.
- Consentimiento informado
- Autorización de jefe de guardia del establecimiento

Manejo del post operatorio Inmediato:

Vigilancia en sala de recuperación por 3 horas a cargo de personal del servicio de anestesiología. El anestesiólogo en coordinación con el ginecólogo dará el alta médica de dicho servicio.

Fluido terapia con dextrosa y cloruro de sodio

Uso de oxitócicos: oxitocina o ergometrina via parenteral

Analgésicos: Ketoprofeno o metamizol

Antibiótico Profiláctico: en todos los casos de cesare inmediatamente después de colocar el clamp en el cordón umbilical administrar un

antibiótico de amplio espectro: Primera opción Cefazolina 1gr EV, Ampicilina 1gr EV

Criterios de Alta:

- Sin complicaciones al 3er día
- Control por consultorio externo a los 7- 10 días de operada y retiro de puntos
- Control por planificación familiar 45 días post cesárea.

En el caso clínico presentado la paciente, tenía antecedente de intervenciones quirúrgicas previas como una apendicetomía, Cesareada anterior en varias ocasiones, ante los resultados solicitados a la paciente, se observa la presencia de contracciones uterinas y se toma la decisión de programar a la paciente para cesárea de emergencia y bloqueo tubárico bilateral. Recién nacido de sexo masculino de 3700gr con líquido amniótico claro con Apgar 9 – 9 al primer y quinto minuto.

El manejo fue el correspondiente ya que nuestra paciente cumplía con una indicación absoluta que contraindicaba el parto por vía vaginal, ya que la paciente puede presentar complicaciones durante el trabajo de parto, la paciente evoluciono favorablemente en el servicio de ginecología en post operatorio. Se cito a nuestra paciente 7 dias a su control post operatorio para su evaluación y retiro de puntos se siguió un buen manejo según la guía práctica clínica que estamos mencionando.

CASO 2

Paciente de 38 años acude a la emergencia refiriendo contracciones uterinas esporádicas, percibe movimientos fetales, refiere perdida de tapón mucoso y perdida de líquido hace 4 horas.

Durante su reevaluación el medico decide pasar a la paciente a centro obstétrico para la posibilidad de parto por vía vaginal. A las 6 horas del día siguiente, parto eutócico de sexo masculino con peso de 3100gr, Apgar 8-9 al primer y quinto minuto respectivamente.

El parto eutócico definido como el proceso de inicio y evolución espontánea, donde interactúan los factores de trabajo de parto en forma normal, que culmina con la expulsión del producto único de la concepción mayor de 22 semanas en presentación de vértice y sus anexos, vía vaginal sin complicaciones (12) (ver Anexo 14).

Periodo de dilatación: definido cuando las contracciones uterinas alcanzan una intensidad, duración y frecuencia produciendo incorporación y dilatación cervical, que terminan al llegar a los 10 cm.

- Fase latente: está definido como una dilatación menor a 4 cm y en promedio con una duración de 12 horas
- Fase activa: definido como una dilatación mayor a 4 cm llegando a culminar en 10 cm, con una duración en promedio en nulípara de 1cm/hora y en múltipara 1.5 cm/ hora.

Periodo expulsivo: Definido cuando la paciente se encuentra con una dilatación cervical completa y termina con la expulsión del feto, en promedio en nulíparas hasta de horas y en el múltiparas hasta 1 hora.

Periodo de alumbramiento: definido como el inicio después de la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta, duración en promedio de 30 minutos.

Exámenes auxiliares a solicitar:

- Pruebas de laboratorio: Hemograma, Grupo sanguíneo y RH, examen de orina, glucosa, urea, creatinina, pruebas serológicas.
- Pruebas imagenológicas: Ecografía Obstétrica, bienestar fetal, ponderado fetal
- Monitoreo electrónico fetal

Parto vaginal en Cesareada anterior:

- Se indica la posibilidad en una mujer con antecedente de cesárea previa en el caso de descartar contraindicaciones absolutas:
 - Antecedente de rotura uterina previa
 - Antecedente de cesárea no segmentaria (incisión uterina corporal)

- Cirugía uterina previa
- 2 cesáreas previas
- cesárea previa con periodo intergenésico menor a 18 meses

De acuerdo al caso clínico presentado, nuestra paciente ingreso en fase latente de trabajo de parto con una dilatación de 1cm, se le solicitaron pruebas serológicas, exámenes de laboratorio de rutina, ecografía y perfil biofísico, antecedentes Quirúrgicos de una cesárea por macrosomía.

En el caso de nuestra paciente ella tiene el antecedente de solo tener una cesárea segmentaria en el año 2011, por lo cual se decide su pase a centro obstétrico por el medico ginecólogo de emergencia. Según la guía de práctica clínica mencionada es correcta la decisión ya que nuestra paciente no contaba con antecedente de cirugías ginecológicas previas, antecedente de cesárea corporal, cesárea con periodo intergenésico corto.

Se reevalúa a la paciente a las 4 horas encontrándola en fase activa de labor de parto, con una dilatación cervical de 7cm, se decide su paso a centro obstétrico donde la paciente, a las 6:00 am mediante parto eutócico obteniéndose un recién nacido de sexo masculino con peso de 3100gr, Apgar 8-9 al primer y quinto minuto respectivamente.

Paciente evoluciona favorablemente, con signos vitales estables y se decide el alta y se le explica los signos de alarma.

CASO 3

Paciente de sexo femenino de 24 años acude a la emergencia refiriendo sangrado vaginal desde hace +/- 8 horas asociado a dolor pélvico, niega traumatismo, niega cefalea, niega mareos, niega nauseas, niega vómitos. Además acude con ecografía transvaginal realizada en un centro particular, donde indican presencia de gestación de 3 semanas de evolución.

Al examen físico: Tacto vaginal: Cervix cerrado, posterior, largo, no sangrado vaginal activo. Especuloscopia: Cervix cerrado, presencia de coagulos en canal cervical, utero anteversoflexo.

Aborto es definido como la interrupción de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor de 500 gramos con o sin expulsión parcial o total del producto de la concepción (12) (ver Anexo 15).

- Aborto completo: es definido cuando ya se ha eliminado totalmente el contenido del útero (embrión o feto y membranas ovulares)
- Aborto incompleto: definido como la eliminación parcial del contenido uterino.
- Aborto retenido o diferido: si el producto de la concepción muere antes de las 22 semanas pero es retenido.

Cuadro clínico

- Amenorrea en una mujer en edad reproductiva menor de 22 semanas
- Sangrado vaginal con dolor pélvico hipogástrico tipo contracción, irradiado a región sacro lumbar
- Al tacto vaginal y/ o especuloscopia se puede encontrar según la clasificación
- Fiebre mayor o igual a 38 C acompañados de otros signos como el sangrado con mal u olor.

Aborto retenido

- Hospitalizar a la paciente
- Solicitar exámenes prequirúrgicos incluyendo fibrinógeno
- Si cérvix es permeable: realizar legrado uterino
- Si cérvix no es permeable: madurar con prostaglandinas
- Si hay alteración de la coagulación: legrado uterino inmediato

Aborto incompleto

- Hospitalización
- Instalar via EV con cloruro de sodio 9%
- Solicitar exámenes de laboratorios pre quirúrgicos

Tamaño Uterino mayor a 12 cm

- o Cuello abierto infusión de oxitocina 30Ui en 500cc y luego proceder a legrado uterino

- Cuello cerrado: Maduración cervical con prostaglandinas 200 ug en el fondo de saco vaginal cada 6 horas.

Criterios de alta

- Paciente hemodinámicamente estable con funciones vitales estables, sin síntomas, con capacidad de deambular, ingerir alimentos y realizar actividades comunes.

En el caso clínico presentado, la paciente de 24 años de edad acude por presentar un cuadro de sangrado vaginal asociado a dolor pélvico, acude con ecografía transvaginal realizada en un centro particular, donde indican presencia de gestación de 3 semanas de evolución.

En la ecografía transvaginal, se evidencia un útero con superficie regular, miometrio homogéneo, endometrio 18.5 de aspecto heterogéneo con imágenes anecoicas e hiperecogénicas, donde sugieren aborto incompleto. Entonces el asistente de guardia decide ingresar a la paciente para programarla para AMEU. En el procedimiento se encontró un útero 8cm y contenido endouterino 15cc.

Como se menciona en la guía de práctica clínica, se decide la hospitalización de la paciente, donde se decide realizar AMEU ya que nuestra paciente ingresa con el diagnóstico de un aborto incompleto. En comparación con la guía de práctica clínica que en todo momento indica proceder a un legrado uterino.

La paciente cumplía todos los criterios de alta que se mencionan en la guía de práctica clínica, además se prescribe Doxiciclina VO por 5 días, Paracetamol condicional a dolor y control por control en su centro de salud más cercano a su domicilio en 7 días.

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Durante el paso en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz como internos de medicina, se permitió desarrollarnos de la mejor manera, mostrándonos un ambiente cálido de trabajo y con el respeto que se merece todo el personal de salud que labora, el apoyo de los diferentes especialistas, técnicos de enfermería, licenciados, fue fundamental para el crecimiento tanto personal como profesional.

Con respecto a la carga laboral en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en emergencia se tenía una gran demanda debido a diversos factores como la cantidad de pacientes que se atendían en los diferentes servicios, el nivel de cuidado hacia cada paciente, los diferentes exámenes de laboratorio por efectivizar, entre otros. Esto me permitió, conocer el manejo y gestión en cada uno de los servicios, ya sea la importancia del llenado de las hojas de admisión denominadas en el hospital como hojas rosadas que hacen atribución a las hojas de emergencia donde se colocan los diagnósticos por prioridad en la emergencia, la importancia de las fichas SIS, la importancia de conocer los tipos de SIS de los pacientes, ya que la cobertura con respecto a eso puede variar, además al estar bajo la supervisión de doctores especialistas, se pudo desarrollarnos en la práctica con los conocimientos teóricos adquiridos previamente, como la realización de diversos procedimientos e intervenciones médicas y comprender la importancia de estar en constante actualización.

El internado médico durante la pandemia por el COVID 19, fue todo un reto lleno de nuevas experiencias, si bien es cierto que el tiempo en el hospital se

vio limitado en horarios entre 7 am y 1 pm o en turnos de 12 horas, dos veces como máximo durante los 15 días de nuestras rotaciones, se logro sacar mucho provecho, gracias a los residentes a cargo ya que comprendían, brindaban el apoyo y la enseñanza necesaria, se brindó la mayor información acerca del uso del equipo de protección personal que brindaba el hospital cada rotación. Se brindó la facilidad de realización de pruebas rápida para COVID 19, previo inicio de internado, durante los días de rotación si es que algún compañero presentaba sintomatología o algún contacto y después de finalizar cada rotación. Se destinaban pruebas moleculares a internos con sintomatología o internos que solicitaban esta prueba mediante salud ocupacional.

Se retomó las labores de los internos de medicina en el mes de Octubre del 2020, en los centros hospitalarios, así como en los centros de primer nivel de atención. Básicamente se vio limitados a realizar las rotaciones en los servicios de emergencia y hospitalización de pacientes con pruebas rápida COVID 19 (-), esto dependía mucho del servicio en donde te encontrabas realizando la rotación, ya que cada servicio tenía distribuciones diferentes para sus pacientes.

4.1 Medicina interna

Retornamos al internado médico, iniciando con solo 15 dias laborales al mes, incluyendo un horario diario de 6 horas y 2 guardias diurnas de 12 horas. La primera rotación fue en el servicio de Medicina Interna, donde estivo bien asesorados por la Dra. Karina Sanchez quien era nuestra asistente y coordinadora de la Universidad de San Martin de Porres. Ella instruyó en la atención y manejo de los pacientes en áreas de observación adulto, donde adquirimos mayor conocimiento de las patologías y su manejo como; Cirrosis hepática, Pancreatitis aguda, pacientes con cirrosis hepática los cuales se descompensaban con cuadros de encefalopatía hepática_ Hemorragia Digestiva Alta, Asma, Pielonefritis, fibrilación Auricular, ICC descompensados, además de pacientes con Accidente Cerebro Vascular y las indicaciones

neuro protectoras, la importancia de la glicemia en estos pacientes, el control de la fiebre, la saturación de O₂ en estos pacientes ya que si era menor de 94 requerirá una cánula binasal, la cabecera a 30 grados, el control de Presión Arterial entre otras medidas. Se realizaron procedimientos en el internado como curación de heridas a los pacientes con complicaciones por Diabetes mellitus tipo 2, con el uso de cremas tópicas como Sulfadiazina de plata en úlceras en estos pacientes, el pacientes con ascitis que no presenten alteraciones de la coagulación, se se realiza el procedimiento de paracentesis, el cual se tuvo la oportunidad primero de observar a los residentes y luego realizarlo con su guía y apoyo. Además se tuvo apoyo de los residentes a cargo y los asistentes que siempre estuvieron apoyándonos e instruyéndonos, ya sea en la evaluación de los pacientes, el diagnóstico, el tratamiento y la evolución diaria que presentaban. Debido a la pandemia, hubo una disminución de pacientes que acudieron a la atención hospitalaria, ya que en observación adulto solo se contaba actualmente con 12 camas.

En el servicio de hospitalización de medicina Interna, se tuvo la oportunidad de realizar mejores exámenes físicos más detallados y más dirigidos a la patología por la que el paciente se encuentra hospitalizado, otro punto importante es la practica en realizar una correcta anamnesis para que esta sea más concisa con los antecedentes de importancia, con paciente ya estabilizados o pacientes con patología crónicas con complicaciones, por ejemplo pacientes con Diabetes Mellitus, pacientes con tuberculosis MDR que se les agregaban diferentes patologías como neumonía, derrame pleural, pacientes con VIH con complicaciones como MEC TB, entre otras. Estos pacientes eran de un manejo constante y de larga duración, dedicábamos mucho a cada paciente, a cada historia, las necesidades y los requerimientos de medicamentos y curaciones correspondientes, es muy gratificante saber que fuiste parte de la mejoría clínica del paciente y ver su evolución día a día.

Se vio incrementada la atención en pacientes con síntomas respiratorios, en el Hospital contábamos con Triage COVID 19 y además Hospitalización para pacientes positivos a COVID 19, los internos de medicina no realizábamos rotaciones en esos servicios por medidas dictadas por la autoridades nacionales, los tutores de la universidad y los tutores del hospital.

El departamento de Medicina Interna brindó clases teóricas y exposiciones realizadas por los internos durante las noches dos veces en la semana vía Zoom, guiada por los residentes a cargo. Se tuvo la oportunidad de recibir todo el equipo de protección como mandiles descartables, chaquetas y pantalones descartables, lentes protectores, caretas, guantes no estériles, gorros quirúrgicos, entre otros implementos, esto se brindaba al inicio de cada rotación para ingresar protegidos al servicio de medicina interna y disminuir el riesgo de contagio durante la atención de pacientes sintomáticos en emergencia, era inevitable no tener contacto en algún momento de la rotación, ya que el servicio de medicina interna en el hospital se atiende diversas patologías y el interno es el encargado de examinar, registrar las funciones vitales y realizar una buena anamnesis en la hoja de ingreso.

4.2 Pediatría

En el mes de Enero del 2021, iniciamos la rotación en el servicio de Pediatría - Neonatología. En este servicio cursamos por el área de Alojamiento conjunto, Cuidados intermedios I y II, UCI neonatal, Hospitalización de pediatría y Emergencia. El interno está dirigido a la evaluación de los pacientes en emergencia, alojamiento conjunto, cuidados intermedios I y hospitalización de Pediatría.

En la primera área se evalúan a los recién nacidos de parto eutócico o distócico en las primeras horas de vida, donde debíamos realizar un buen examen físico, si se encontraban presentes los reflejos primitivos y el estado del recién nacido, si se encontraba alerta, irritable o poco reactivo. En este servicio se solicitaba exámenes como Grupo y Factor del recién nacido, si tenía algún factor de riesgo se solicitaba hemograma y Pcr, era de suma importancia vigilar cuando en el servicio teníamos un recién nacido macrosómico por el riesgo de hipoglicemia, también vigilar la ictericia en las primeras 24 horas ya que es una ictericia patológica que podía deberse a la incompatibilidad de grupo ABO o Rh, era muy importante realizar un buen examen físico y con las curvas de Buthani valoraban si el recién nacido

requería hidratación, fototerapia o exanguinotransfusión y se hospitalizaba a cuidados intermedios I..

En cuidados intermedios I, estaban los recién nacidos que presentaban alguna patología, así como sepsis precoz, ictericia neonatal, Neurosífilis, neumónica. En cuidados Intermedios II eran ambientes donde los residentes se encargaban de las evoluciones y exámenes ya que se encontraban patologías como enfermedad hipóxica isquémica, Enfermedad de Membrana Hialina, Recién nacidos prematuros, entre otras patologías, donde se aprendió a valorar la severidad de los casos, el tratamiento requerido, las indicaciones de los especialistas en el cuidado de los recién nacidos complicados, las licenciadas de enfermería brindaron muchos nuevos conocimientos acerca de los cuidados al momento de evaluar a cada recién nacido y lo que se debe constatar en las historias clínicas, como la importancia del delta de peso y los exámenes auxiliares, para poder realizar el seguimiento y su evolución.

En el área de Emergencia, los niños venían en un estado más comprometido, donde los casos más relacionados a patologías respiratorias y gastrointestinales virales, intoxicaciones por órganos fosforados, convulsiones febriles, entre otras patologías que requerían un manejo inmediato, se tuvo la asesoría de los residentes y los asistentes del servicio quienes brindaron conocimientos del manejo y de las dosis de medicamentos que se debe utilizar en Pediatría, ya que las presentaciones de medicamentos varían ya sea en jarabe, tabletas, gotas o endovenosos. Cada paciente que acudía a emergencia era una nueva experiencia ya que los requerimientos, el manejo y la respuesta del mismo paciente fueron totalmente diferentes. En el Hospital de Puente piedra durante la rotación se tuvo muchos casos de diarreas agudas en niños entre 2 a 4 años de edad, donde de acuerdo al estado físico y la evaluación del paciente se determinaba que tipo de plan que se seguiría con este paciente, los pacientes tratados en emergencia por estas patologías eran catalogados en el plan B de la guía de manejo, con tratamiento basado en SRO si el pequeño toleraba la vía oral.

4.3 Cirugía general

Durante los meses de Marzo y Abril, rotamos por el servicio de Cirugía, donde se divide en área de hospitalización, área de emergencia y Traumatología. Se pudo ver la evolución de los pacientes que habían sido sometidos a una cirugía de emergencia, ya sea por apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucciones intestinales, hernias estranguladas, entre otras patologías. En hospitalización, evaluamos a los pacientes conforme se van recuperando posterior a la cirugía, donde veíamos su estado nutricional, su desarrollo psicomotor, la evaluación del dolor y desarrollo clínico, era importante constatar si el paciente iniciaba la tolerancia oral, si la diuresis y las deposiciones se encontraban presentes, si el paciente eliminaba flatos, si el flujo urinario era ya adecuado y no haya presentado fiebre, náuseas y vómitos.

El área de emergencia era un área crítica donde podían venir pacientes con múltiples traumas o lesiones. Aquí es donde se pudo evaluar al paciente politraumatizado y estabilizarlo cuando llegaba a la emergencia. Además se pudo practicar las suturas y complementar con la ayuda y asesoría de los residentes que siempre estuvieron apoyándonos para mejorar nuestras destrezas en la práctica diaria. Es importante mencionar que en el tópic de emergencia de cirugía, se presentaron diversas patologías, como heridas por objetos punzocortantes, mordeduras caninas, accidentes de tránsito, contusiones por caída libre, caída de alto impacto, cada patología requiere un manejo diferente y de inmediato para evitar futuras complicaciones.

Los exámenes auxiliares en cirugía son de gran ayuda, el pacientes por contusiones de alto impacto se solicita exámenes como ecografía abdominal para descartar la presencia de líquido en la cavidad abdominal, Radiografía de tórax para descartar alguna fractura asociada y Radiografía de pelvis. En las mordeduras canina que se atendió en emergencia, realizábamos un profuso lavado de la herida, si era necesario de colocaban los puntos de sutura necesarios para afrontar la herida y se realizaba el reporte

epidemiológico. Se le indicaba Amoxicilina con ácido clavulánico como tratamiento ambulatorio, y epidemiología tomaba el caso.

CONCLUSIONES

- El internado médico es una etapa muy importante en la formación de un médico ya que brinda los conocimientos y experiencias necesarias para poder afrontar las diversas situaciones como profesional de la salud, además de poder conocer la realidad de la situación sanitaria del Perú.
- Durante la pandemia por el COVID 19, el internado médico dio un cambio radical, ya que todas las resoluciones de casos, todo tipo de docencia en el hospital se vio suspendida y se vio obligada a realizarse virtualmente, con muchas complicaciones para que todos tengan acceso a una misma hora o día en específico, se vio muy limitada y es que estamos adaptándonos a un proceso nuevo de aprendizaje.
- El internado médico, ayuda a poder comprender el valor de una buena anamnesis, la importancia de los antecedentes, la importancia de realizar una buena historia clínica, los detalles hacen la diferencia para un manejo más exhaustivo con los pacientes.
- El Hospital Carlos Lanfranco la Hoz cuenta con los requerimientos necesarios y profesionales capacitados para poder formar a un profesional médico, además que estuvo calificado para afrontar esta situación que se vive actualmente frente al COVID 19, instaurando los

protocolos necesarios para asegurar la integridad de los estudiantes y pacientes, para poder continuar con la formación profesional.

- El hospital Carlos Lanfranco La Hoz , cuenta con muchas especialidades, con mucha diversidad de pacientes y patologías, que permitieron conocer mejor el manejo y reforzar las bases teóricas ya adquiridas, fue muy enriquecedor realizar nuestras rotaciones de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología – Obstetricia y Pediatría. Tanto como adquirir nuevas experiencias que guíen y brinden una mejor capacidad resolutiva en el futuro.

RECOMENDACIONES

- Uno de los aspectos más importantes a realizar durante el internado, es mantener una buena relación con los especialistas y residentes que se encuentran en cada servicio, ya que cada servicio tiene un manejo diferente, es importante que haya una buena comunicación para que te desenvuelvas con mayor confianza durante tus rotaciones.
- Es necesario realizar durante tu internado ciertos procedimientos básicos para que logres consolidar tus conocimientos, como la atención en sala de partos, atención al recién nacido en pediatría, manejo de presentaciones y dosis en pediatría, la hidratación en pacientes en emergencia en medicina interna y en el servicio de cirugía los procedimientos en tópico como suturas y atención de quemaduras. Ya que estos conocimientos y procedimientos básicos acompañaran durante toda la carrera médica.
- Mejorar el aspecto educativo en la época del internado, aumentado simuladores los cuales permitan practicar, implementar las charlas o reuniones con los docentes del hospital.
- El uso del equipo de protección es básico en los Hospitales durante las rotaciones del internado, se recomendaría cursos previos al inicio del internado, para brindar conocimientos de la importancia de su uso y el de medidas preventivas o medidas necesarias para evitar el contagio por COVID 19.

FUENTES DE INFORMACION

1. Diaz M, Espinoza C, Garcia E. ESTUDIO DE VULNERABILIDAD SÍSMICA: ESTRUCTURAL, NO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ. 2013.
2. Silva J, Alejo E, Ramos K. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA. 2020.
3. Ortega U, Elescano J, Acuña D. GUIA PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INFECCION DE TRACTO URINARIO. 2019.
4. Biminchumo C, Martinez H, Velasquez A. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA. 2020.
5. Fiestas F, Castro M, Peralta V. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RIFAXIMINA ALFA EN PACIENTES CON ENCEFALOPATIA HEPATICA REFRACTARIA AL USO DE LACTULOSA. 2016.
6. Valdivia-Infantas M. Guía de manejo general del paciente intoxicado agudo. spmi [Internet]. 4 de diciembre de 2019;20(1):29-3. Disponible en: <http://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/300>
7. Albajar P, Balkan S, Barel P. GUIA CLINICA Y TERAPEUTICA. 2016.
8. Calderon J, Podesta L, Ravelo W. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA ATENCION DEL RECIEN NACIDO. 2007.

9. Colca R, Guerrero A, Huamani P. GUIA DE PRACTICA CLINICA DE REHIDRATACION Y FLUIDOTERAPIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. 2017.
10. Caro R. GUIA DE PRACTICA CLINICA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA. 2015.
11. GUIA DE PRACTICAS CLINICAS DE EMERGENCIA MEDICINA. 2012.
12. Mitsumori G, Diaz C, Arroyo M. GUIAS CLINICAS PARA LA ATENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CONDICIONES OBSTETRICAS. 2019.

ANEXOS

Anexo 2

- < 3 puntos ► 0-1% de mortalidad
- 3-5 puntos ► 10.20% de mortalidad
- > 6 puntos ≥ 50% de mortalidad

Al ingreso	A las 48 horas
Edad mayor a 55 años	Calcio menor a 8 mg/di
Leucocitos mayor a 16.000	PO2 menor a 60 mmHg
Glicemia mayor a 200	Aumento del BUM mayor a 5mg/di
LDH mayor a 350	Exceso de base mayor a 4
TGO mayor a 250	Disminución del HTO 10%
	Secuestro del líquido de más de 6 litro

- PANCREATITIS GRAVE = RANSON \geq 3 PUNTOS
- El problema de esta escala, es que para poder hacer la evaluación completa se debe esperar 48 horas.
- Evalúa la función orgánica midiendo sus parámetros específicos.

Anexo 3

Criterios Topográficos clásicos de Balthazar

Grado A	Páncreas normal	0
Grado B	Aumento pancreático focal o difuso, alteración del contorno glandular	1
Grado C	Alteraciones intrapancreáticas con alteración de la grasa peripancreática	2
Grado D	Colección líquida única mal definida	3
Grado E	Dos o más colecciones líquidas mal definidas. Presencia de gas pancreático o retroperitoneal.	4

Índice Severidad Topográfico

Grado de Clasificación

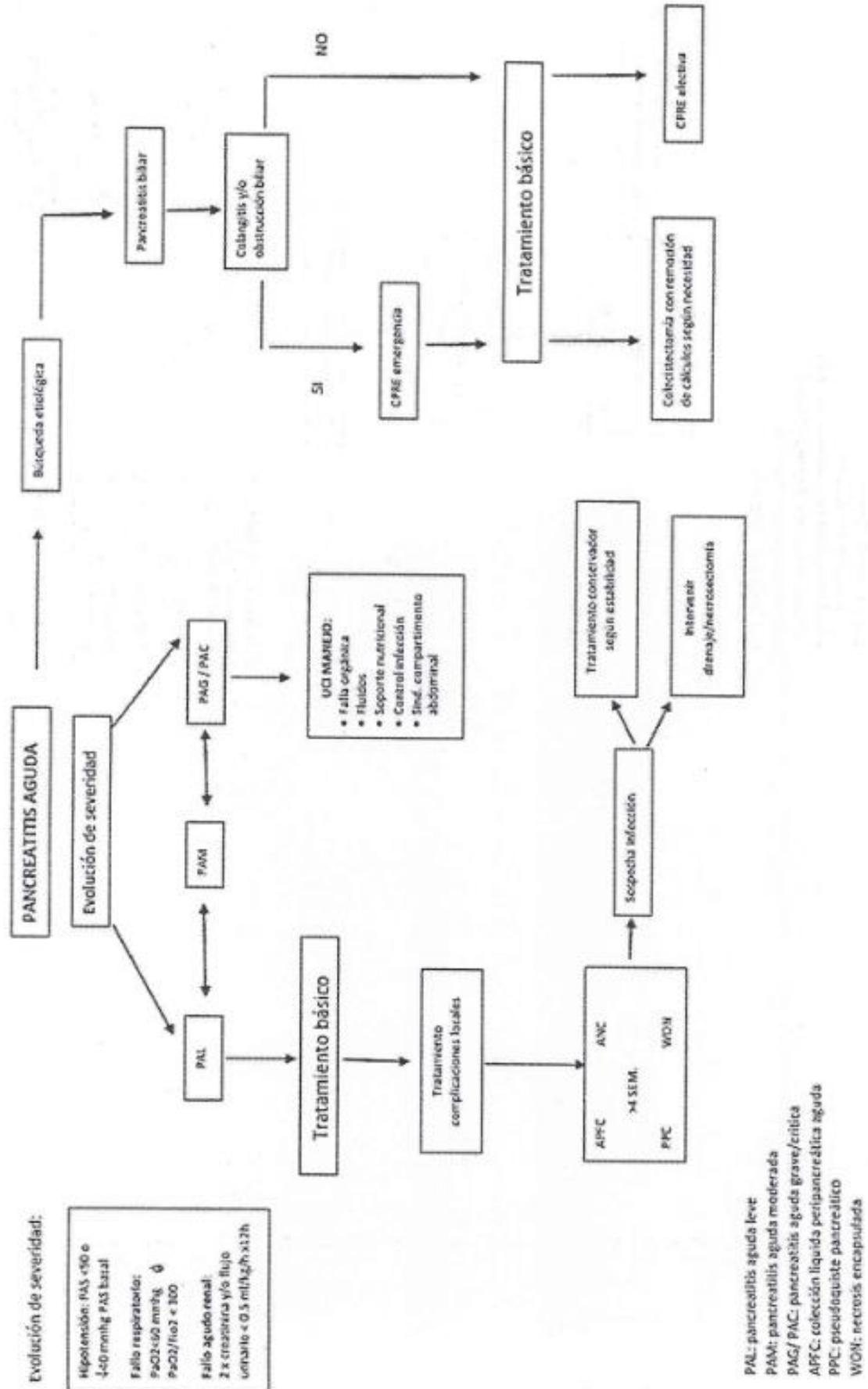
Balthazar	Ptos	% Necrosis	Ptos
A	0	-	-
B	1	0	0
C	2	<33	2
D	3	33-50	4
E	4	>50	6

Morbilidad y mortalidad según índice de severidad

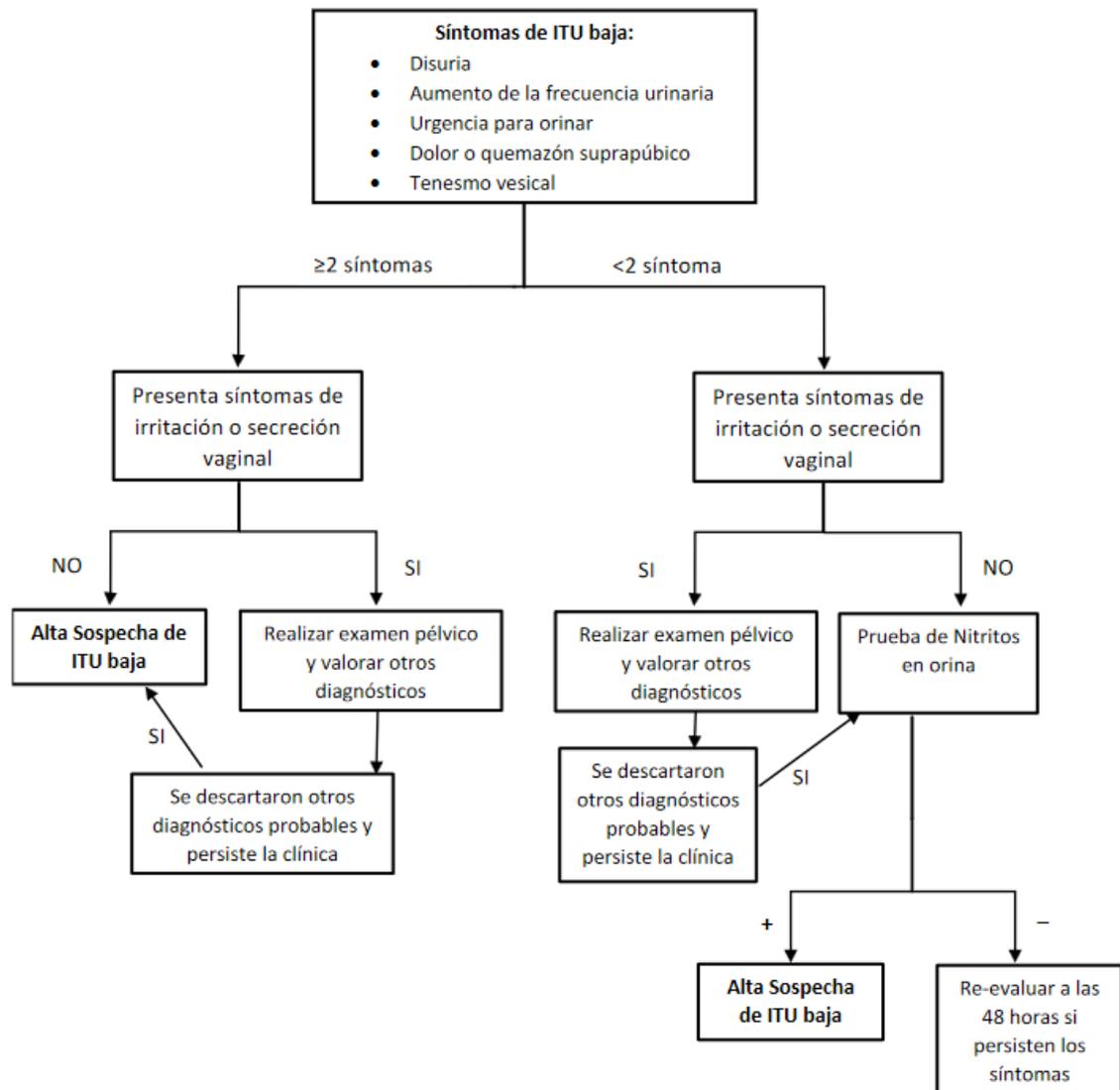
GRADO (PUNTOS)	MORBILIDAD	MORTALIDAD
BAJO 0-3	8%	3%
MEDIO 4-6	35%	6%
ALTO 7-10	92%	17%

Balthazar, Radiology 1990;331-336

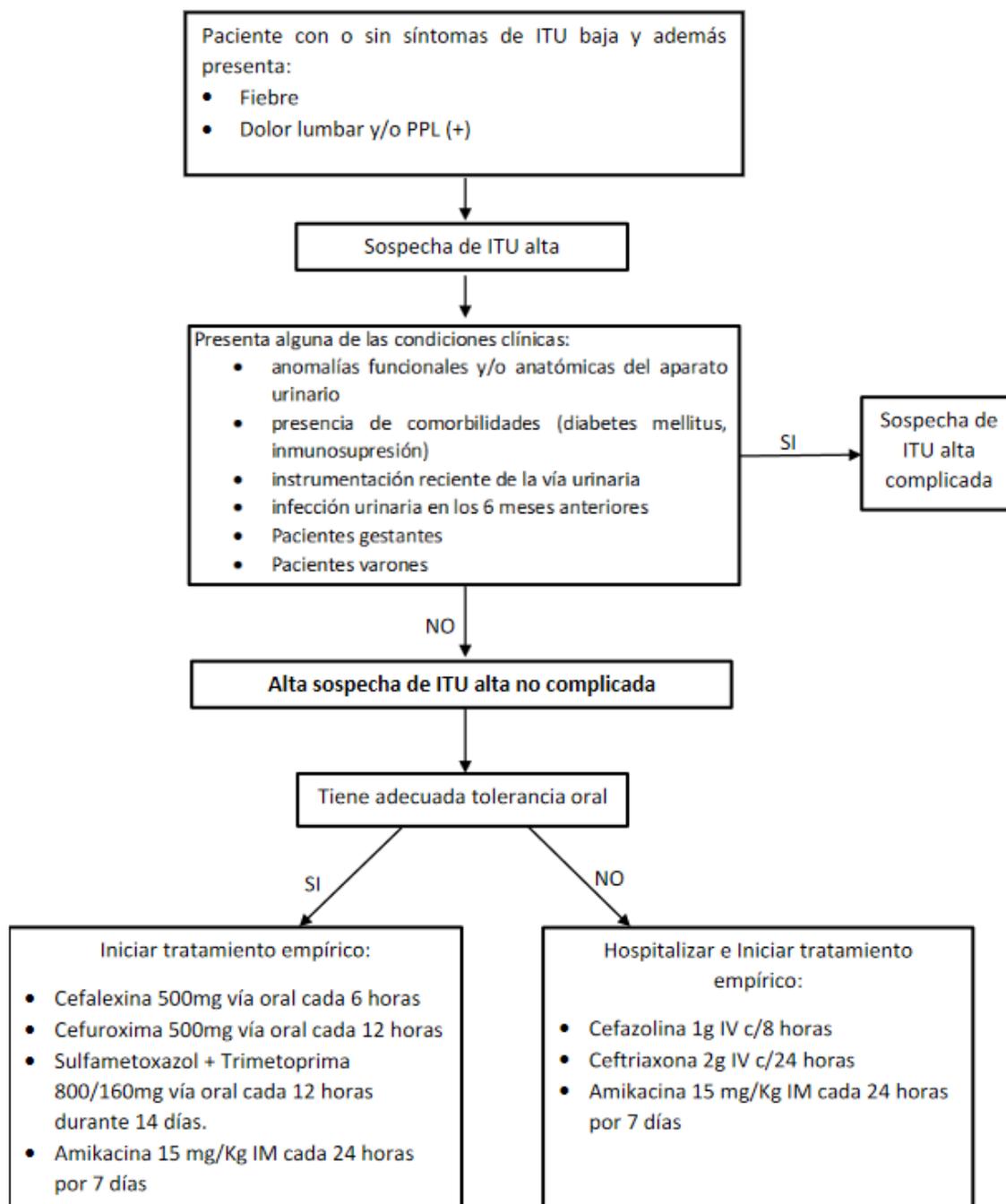
Anexo 4



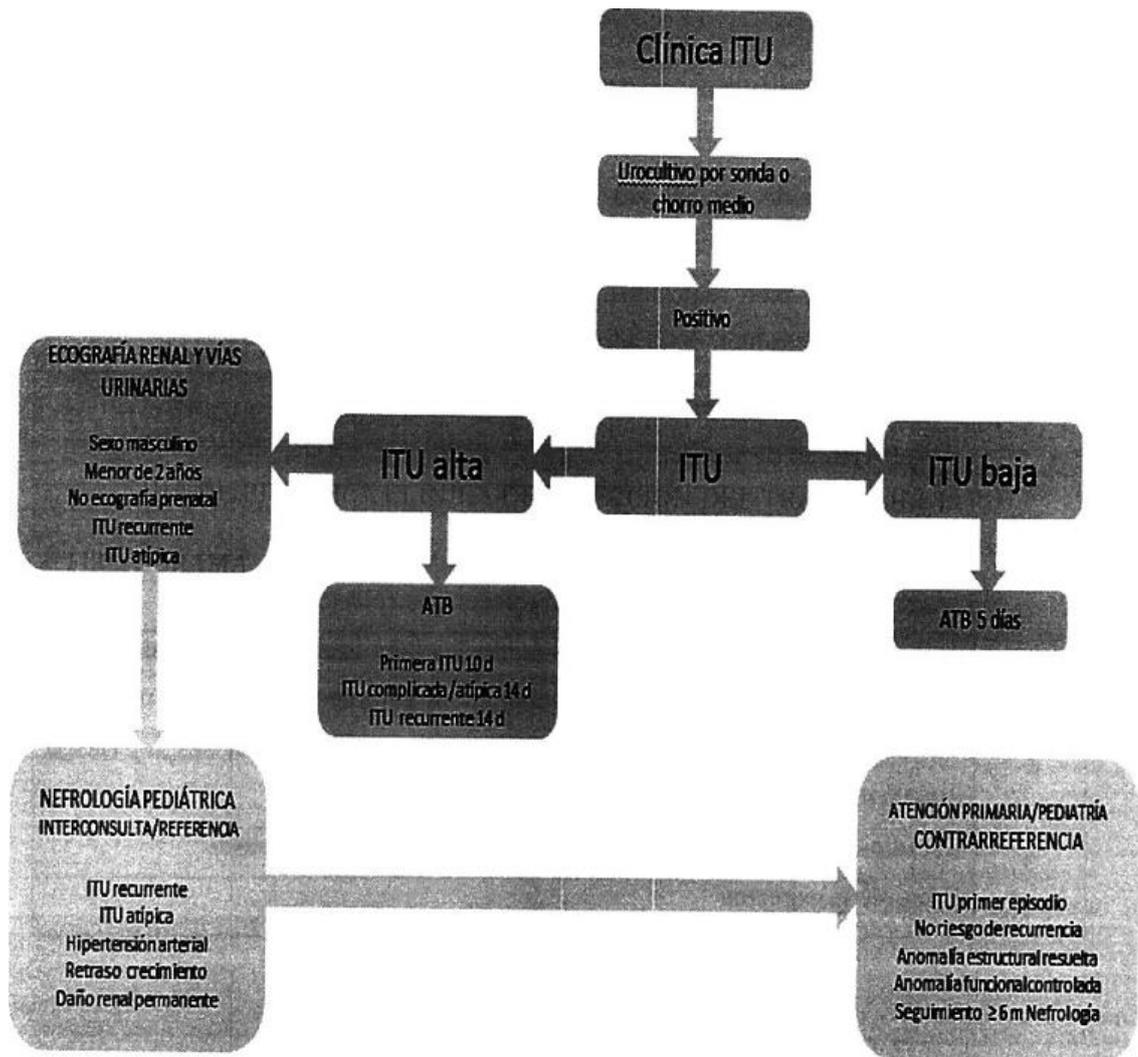
Anexo 5

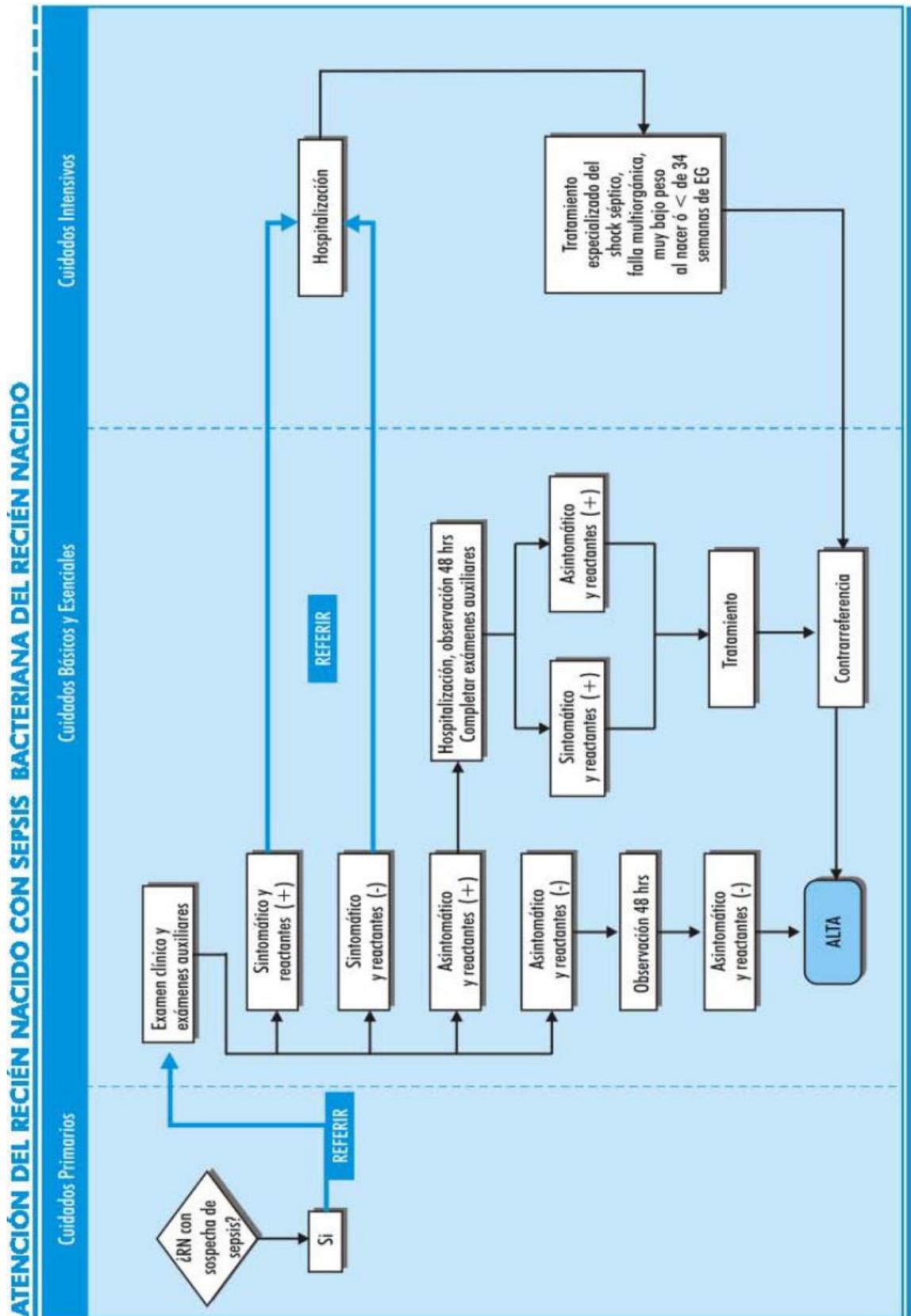


Anexo 6

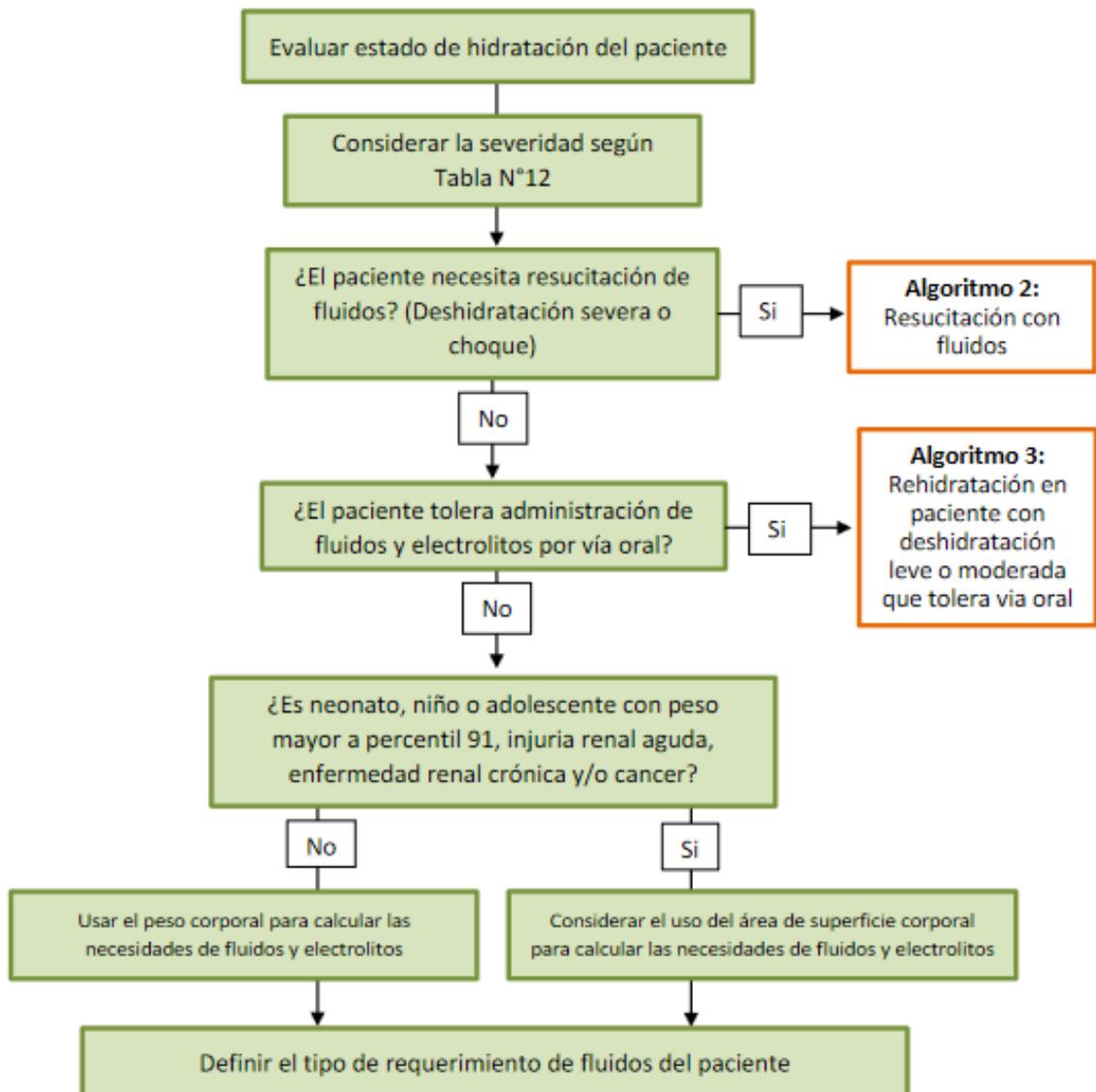


Anexo 7

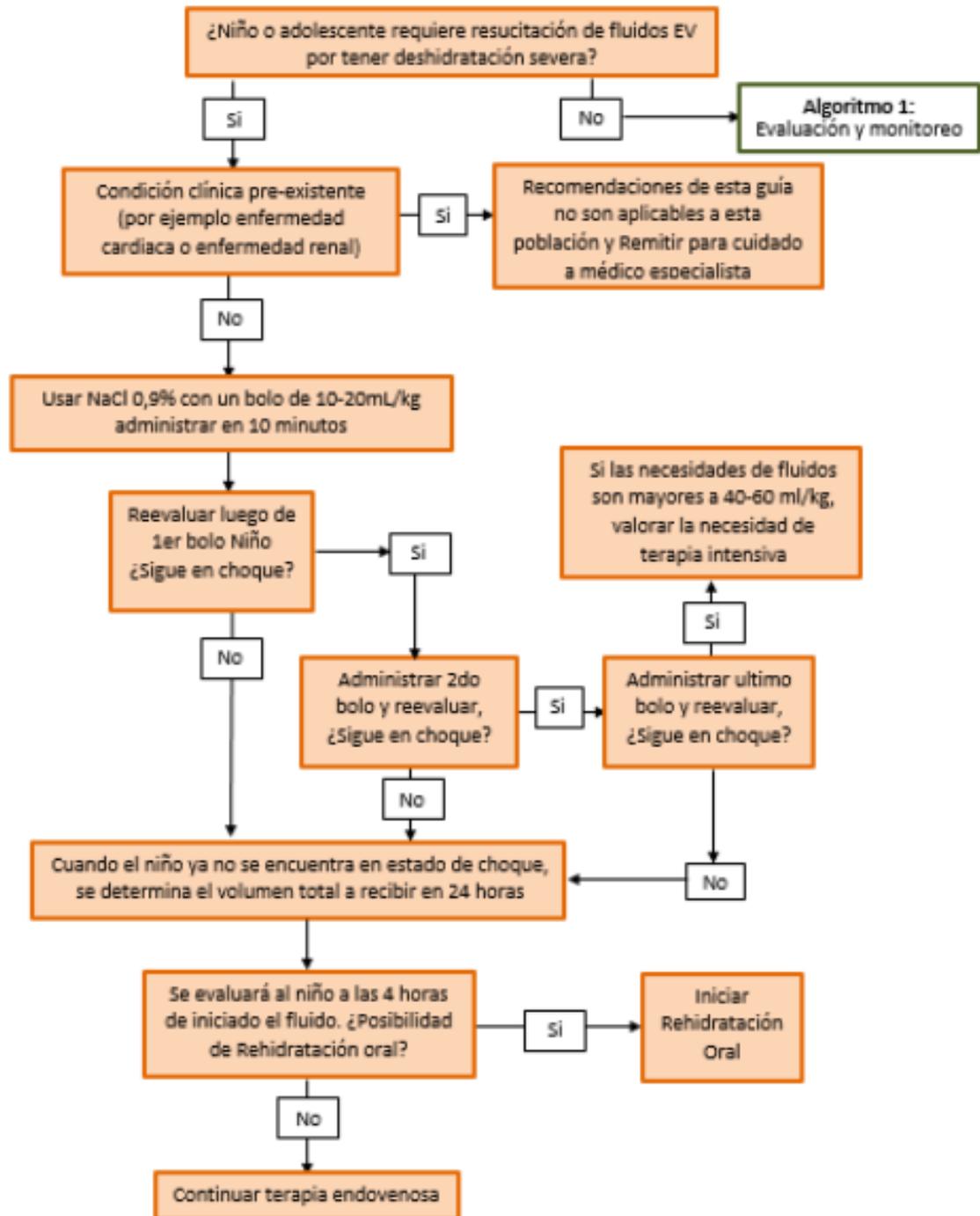




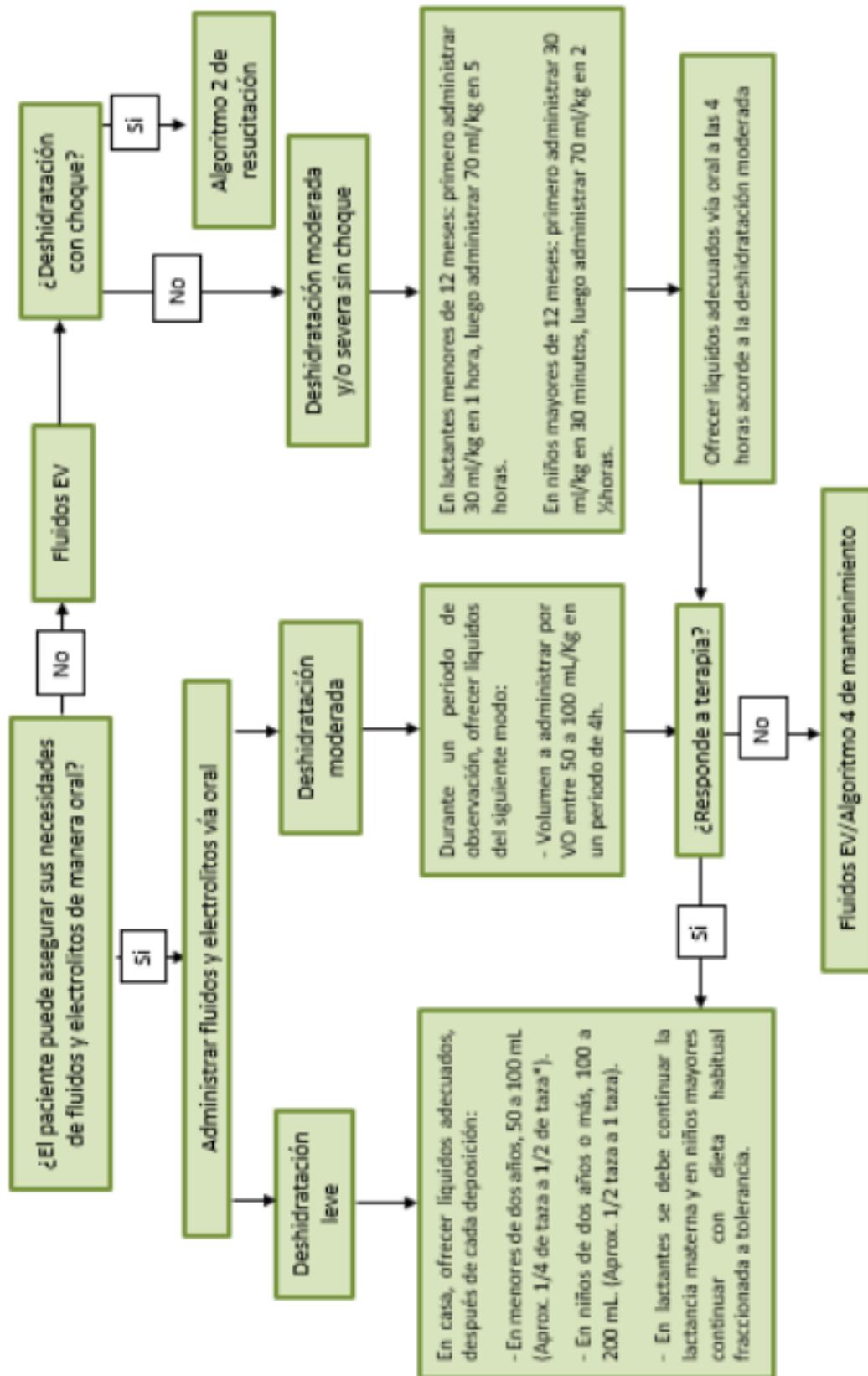
Anexo 9



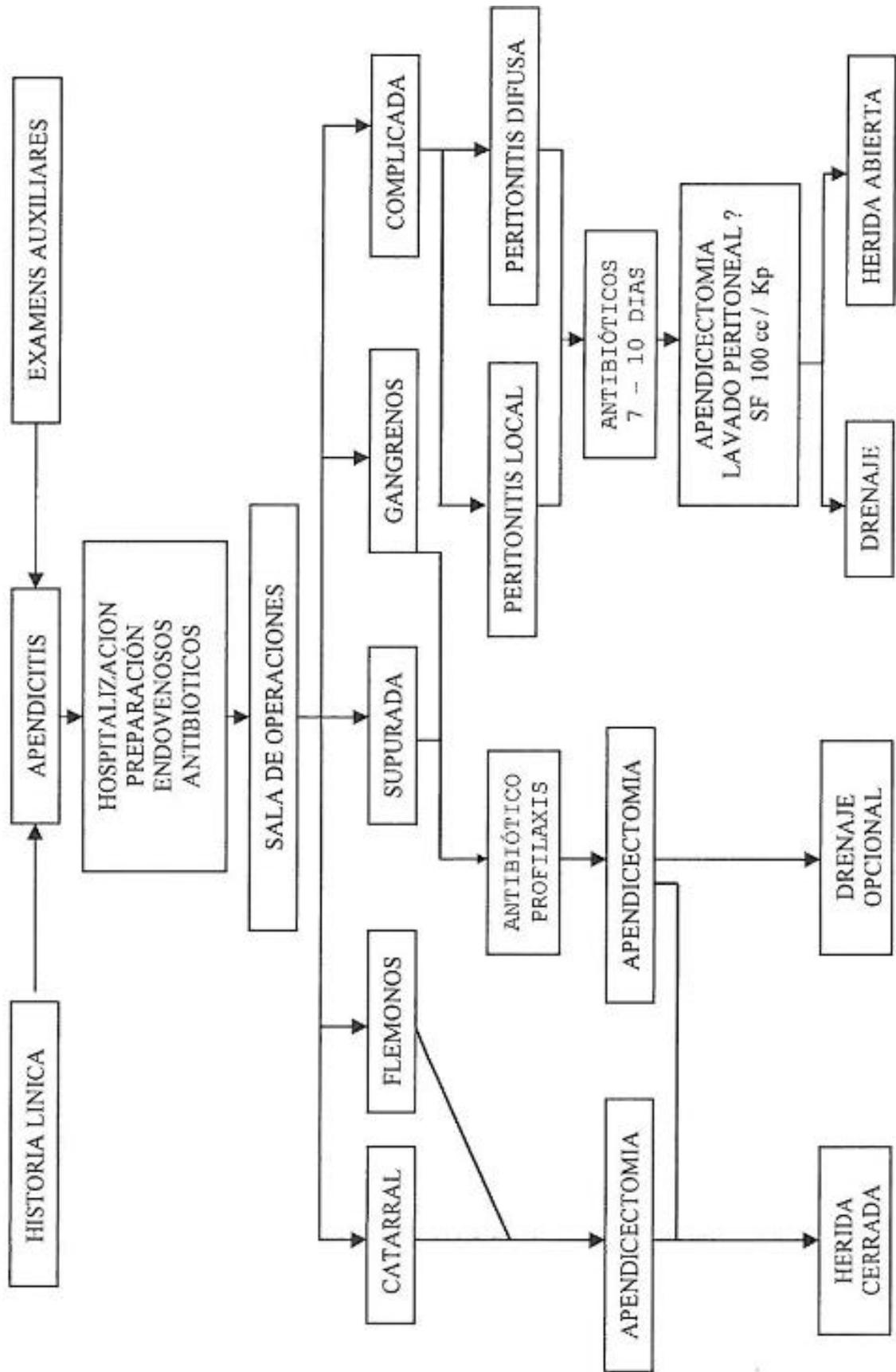
Anexo 10



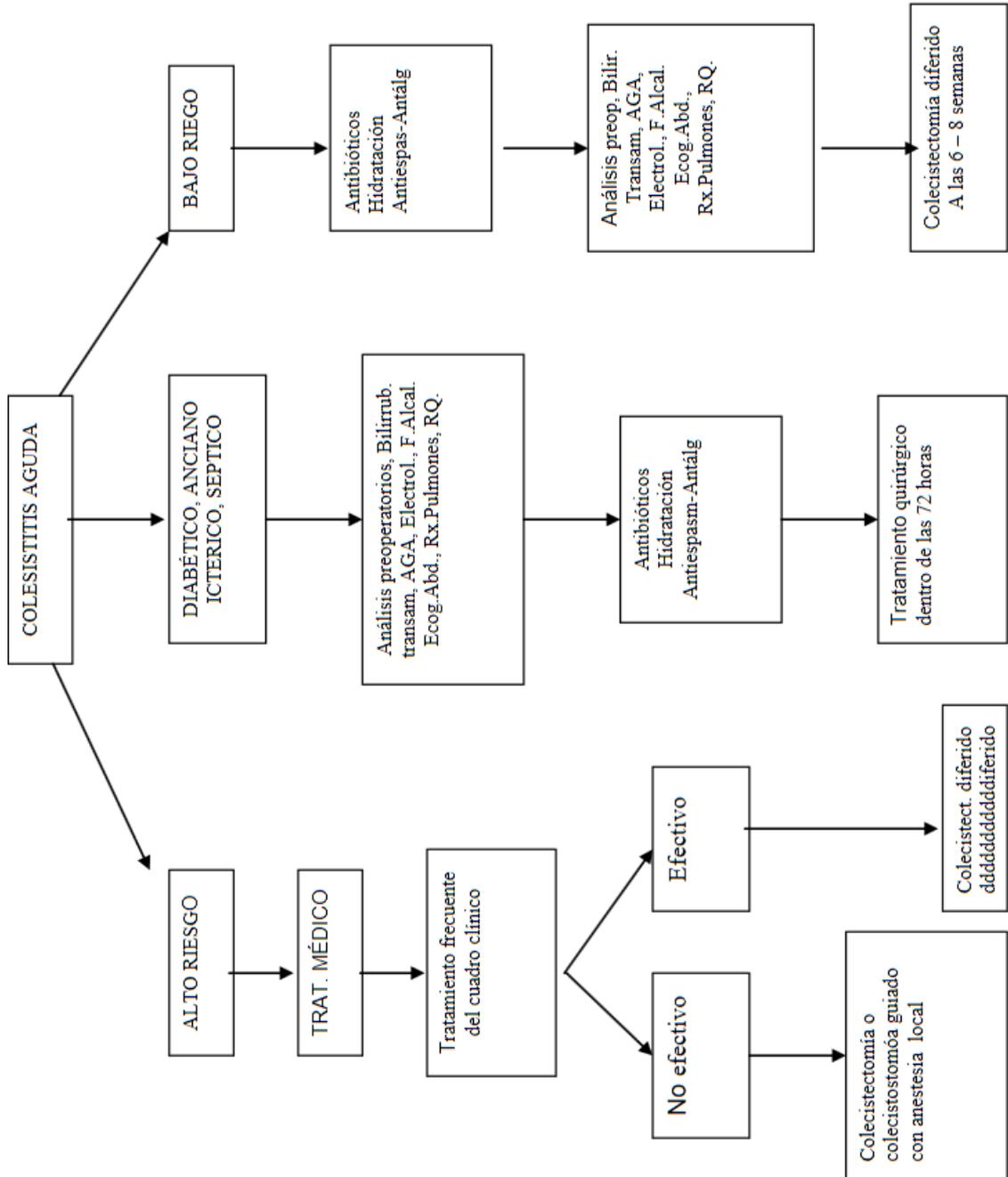
Anexo 11



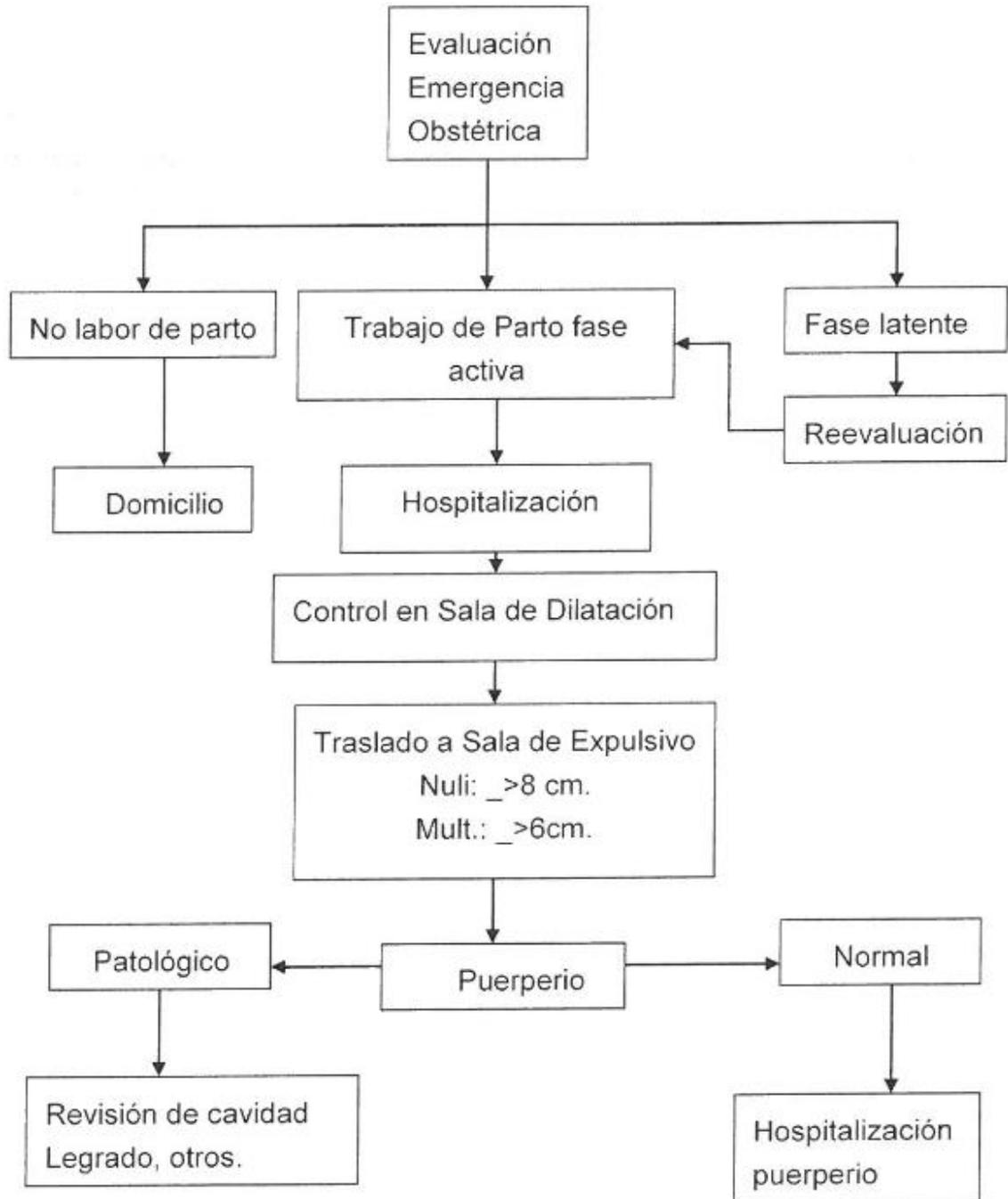
Anexo 12



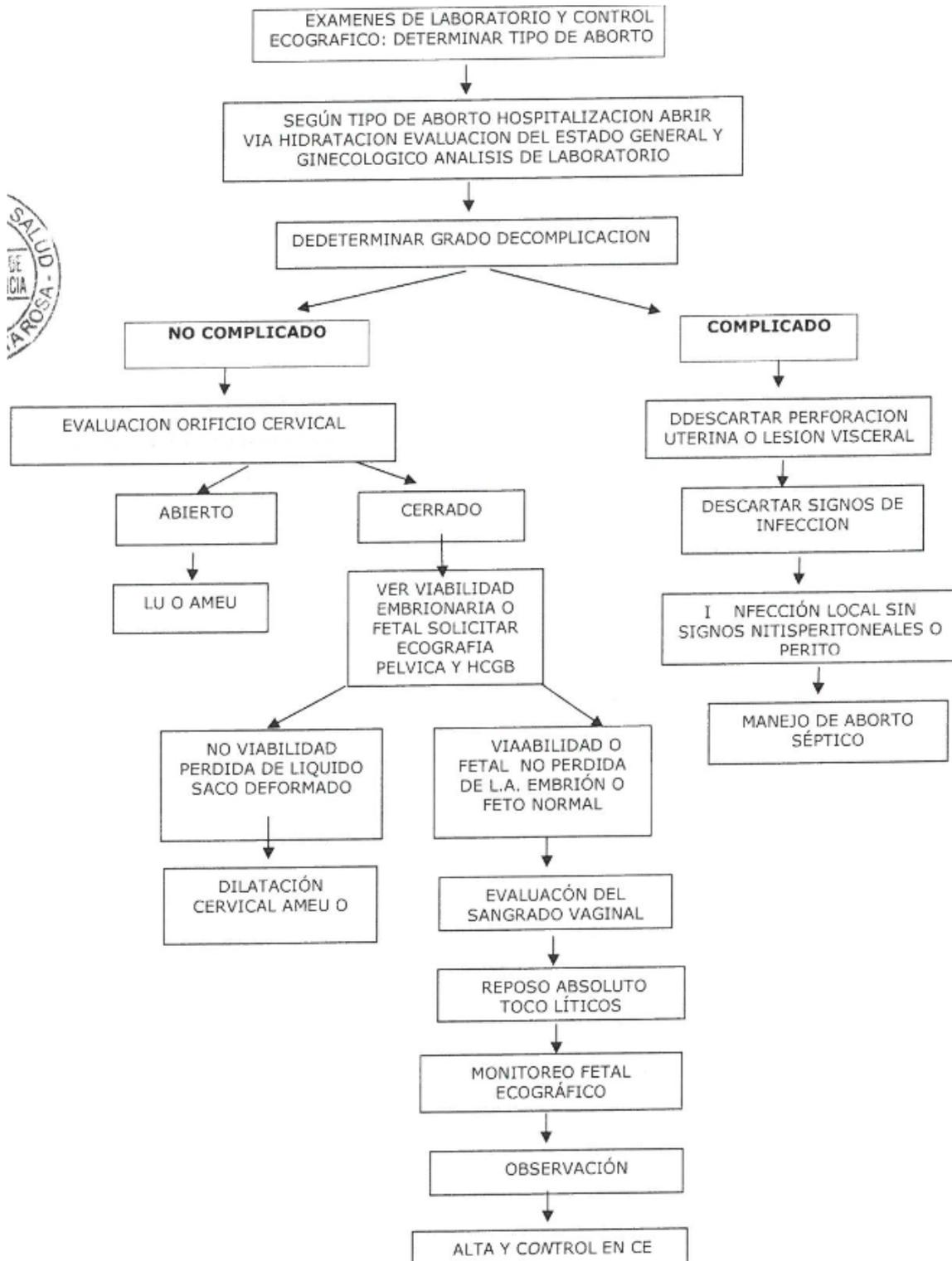
Anexo 13



Anexo 14



Anexo 15



TABLAS

Tabla 1

Toxídrome	Manifestaciones clínicas	Causa
Colinérgico	Sialorrea Lagrimeo Incontinencia de esfínteres Colico abdominal Diarrea	Organofosforados Carbamatos Fisostigmina Piridostigmina
Anticolinérgico	Delirio Piel seca/roja Midriasis Taquicardia Retención urinaria Mayor temperatura	Antidepresivos Anhistaminicos Antipsicóticos Antiespasmódicos Atropina
Simpaticomimético	Delusiones, paranoia Taquicardia Hipertensión Hiperpirexia Diaforesis Piloereccion Midriasis	Anfetamina Fenilpropanolamina Efedrina Pseudoefedrina Teofilina Cafeína
Por opiáceo, sedante y etanol	Depresion respiratoria Miosis Hipotensión Bradicardia Hipotensión Bradicardia Hipotermia	Narcóticos Benzodiacepinas Etanol Barbituricos Clonidina

Tabla 2. Antídotos

TOXICO	ANTÍDOTO
PARACETAMOL	Acetilcisteina
ORGANO FOSFORADO	Atropina
CARBAMATOS	Atropina
METANOL	Etanol
BENZODIACEPINAS	Flumazenil
OPIACEOS	Naloxona
MERCURIO, ARSÉNICO	Dimercaprol

Tabla 3

GRUPO EDAD		SINTOMAS Y SIGNOS			
		Mas comunes comunes		Menos	
<3 MESES		Fiebre	Rechazo al alimento	Dolor abdominal o suprapubico	
		Vomito	Fallo de medro	Ictericia	
		Letargia			
		Irritabilidad			
>3 MESES	Fase prevertebral	Fiebre	Dolor abdominal o suprapubico	Letargia	
			Dolor lumbar	Falla de medro	
	Fase vertebral	Polaquiuria	Cambio en la continencia urinaria	Fiebre	
		Disuria	Dolor lumbar	Malestar	
				Vomito	
				Hematuria	