



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MEDICA COMO INTERNO DE MEDICINA EN
TIEMPOS DE PANDEMIA DESARROLLADA EN EL HOSPITAL DE
EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA Y EN EL CENTRO DE SALUD
SAN LUIS**

PRESENTADO POR

CRISTHIAN NAPOLEON VILLEGAS GALVEZ

ASESOR

RONALD SALAZAR MALQUICHAGUA

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

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MEDICA COMO INTERNO DE MEDICINA EN
TIEMPOS DE PANDEMIA DESARROLLADA EN EL HOSPITAL
DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA Y EN EL CENTRO DE
SALUD SAN LUIS**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

CRISTHIAN NAPOLEON VILLEGAS GALVEZ

ASESOR

Dr. RONALD SALAZAR MALQUICHAGUA

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: M. E. Johandi Delgado Quispe

Miembro: M. E. Fernando Herrera Huaranga

Miembro: M. E. Cesar Aguilar Herrera

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de suficiencia profesional está dedicado a mi familia, especialmente a mis padres, los cuales me dieron la oportunidad y confianza de poder iniciar esta carrera la cual me ha sido posible culminar cumpliendo mis objetivos a pesar de diversas dificultades y gratas experiencias

INDICE

JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	ii
INDICE.....	iii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
MEDICINA INTERNA.....	1
CASO N°1: Pancreatitis aguda leve.....	1
CASO N°2: Tuberculosis pulmonar.....	3
CIRUGIA GENERAL.....	4
CASO N°1: Apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada.....	4
CASO N°2: Colecistitis Aguda Litiasica.....	5
PEDIATRIA.....	6
CASO N°1: Anemia ferropénica leve.....	6
CASO N°2: Enfermedad diarreica aguda.....	7
GINECOBSTETRICIA.....	8
CASO N°1: Óbito Fetal.....	8
CASO N°2: Infección de vías urinarias en gestantes.....	9
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA.....	10
Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.....	10
Centro de salud “San Luis”.....	11
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	12
MEDICINA INTERNA.....	12
CASO N°1: Pancreatitis aguda leve.....	12
CASO N°2: Tuberculosis pulmonar / Esquema 1.....	14
CIRUGIA GENERAL.....	15
CASO N°1: Apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada.....	15
CASO N°2: Colecistitis aguda Litiasica.....	17
PEDIATRIA.....	19
CASO N°1: Anemia ferropénica leve.....	19
CASO N°2: Enfermedad Diarreica Aguda.....	21
GINECOBSTETRICIA.....	22
CASO N°1: Óbito fetal.....	22

CASO N°2: Infección de vías urinarias en la gestación	23
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES.....	28
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	29
ANEXOS.....	27
Anexo 1: Motivos de atención en emergencia urgencia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - 2021	28
Anexo 2: Enfermedades registradas en egresos hospitalarios del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - 2021	28
Anexo 3: Atenciones registradas en emergencias urgencias del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - 2021	29
Anexo 4: Número de casos de tuberculosis. MINSA 2020	29
Anexo 6: Dosis de medicamentos antituberculosos en personas de 15 años o mas	30
Anexo 7: Flujograma y toma de decisiones para el manejo de colecistitis aguda	30
Anexo 8: Prevalencia de anemia en niños menores de 6 a 35 meses según departamento	31
Anexo 9: Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en niños adolescentes, gestantes y puérperas	31

RESUMEN

El presente trabajo describe la experiencia del autor como interno de medicina durante su etapa de internado medico 2021-2022. Iniciándose sus rotaciones de Cirugía y Medicina interna en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y terminado, con las rotaciones de Pediatría y Gineco-obstetricia, en el Centro de Salud "San Luis". Lugares donde el autor se enfrentó a diversas situaciones y puso en práctica los conocimientos adquiridos durante su formación como estudiante de medicina.

En base a cada rotación, realizada en su respectivo establecimiento de salud, se manifiesta la recopilación de casos clínicos que con mayor frecuencia se observaron en el hospital y en el centro de salud. Se comenta la evolución como manejo realizado en cada paciente y se analiza con la información proporcionada por las guías actuales, nacionales o internacionales, de cada patología descrita a manera de realizarle una reflexión crítica

Al término de este trabajo el autor reconoce haber adquirido y fortalecido habilidades como conocimientos importantes que serán de gran utilidad durante su labor como médico general. Se plantean conclusiones y recomendación que será beneficiosos para los futuros internos de medicina

ABSTRACT

This paper describes the author's experience as a medical intern during his medical internship stage 2021-2022. Starting his Surgery and Internal Medicine rotations at the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital and ending with the Pediatrics and Obstetrics and Gynecology rotations at the "San Luis" Health Center. Places where the author faced various situations and put into practice the knowledge acquired during his training as a medical student.

Based on each rotation, carried out in their respective health establishment, the compilation of clinical cases that were most frequently observed in the hospital and in the health center is manifested. The evolution as management performed in each patient is commented and it is analyzed with the information provided by the current, national or international guidelines, of each pathology described in order to carry out a critical reflection.

At the end of this work, the author acknowledges having acquired and strengthened skills such as important knowledge that will be very useful during his work as a general practitioner. Conclusions and recommendations are proposed that will be beneficial for future medical interns

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un informe que describe las experiencias medicas preprofesionales del interno de medicina en el contexto de la pandemia COVID-19. Siendo uno de los requisitos esenciales para obtener el título profesional de médico cirujano y así poder culminar la carrera de Medicina Humana en la Universidad de San Martín de Porres

El internado médico es una de las etapas más importantes en la formación del médico en el cual se pone en práctica los diversos conocimientos teórico-prácticos que se han ido obteniendo durante estos siete años de duración de la carrera universitaria. En la actualidad y al igual que el año anterior, el internado médico debido a la pandemia se ha realizado de una forma atípica; es decir existen diferencias respecto a promociones previas, por ejemplo la restricciones a áreas donde se encuentran pacientes con patologías infecto contagiosas, el uso así como la entrega obligatoria de EPP por parte del interno de medicina así como del hospital y otro ejemplo son los horario reducidos; pero uno de los detalles que más se puede resaltar es el acoplamiento del interno de medicina a un establecimiento de salud del primer nivel de atención puesto que generan otro tipo enfoque en la atención de salud y también se genera otro tipo acercamiento del personal de salud hacia la población. Esto de alta importancia en la formación del futuro médico y, así mismo, estar preparado para la siguiente etapa que es el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

En la Universidad San Martín de Porres, así como en otras universidades, el internado médico está conformado por las siguientes rotaciones: Medicina interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-obstetricia. Los cuales se llevarán a cabo en la sede, según la disponibilidad de convenios por parte de la universidad, que el interno de medicina haya escogido previo a una reunión que se realiza de manera virtual a través de la plataforma zoom bajo la modalidad de orden de mérito.

El autor de este trabajo, en el progreso de la realización del internado médico, en una primera etapa de 5 meses adjudico para la plaza en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU). Teniendo como responsables al

Dr. José Pancorvo Escala, Director General del hospital, y al Dr. Raul Hinostroza Castillo, Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, se realizaron las rotaciones de Cirugía y Medicina interna en el cual, en el caso del primero estuvo distribuidos en áreas como hospitalización cirugía, tópico de cirugía, tópico de traumatología, cirugía de tórax y cardiovascular; neurocirugía y anestesiología; así mismo en el caso del segundo estuvo distribuido en áreas como hospitalización medicina, cardiología, unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de cuidados intermedios (UCIN) y traumashock. La atención que brinda es altamente especializada en emergencias y, además, proporciona una atención médico - quirúrgica a la comunidad en situación de urgencia y emergencia, tanto en el ámbito intra y extrahospitalario.

Siguiendo con la segunda etapa, 5 meses de igual manera, el autor adjudico para la plaza en el centro de salud “San Luis”. Teniendo como responsable al Dr. Ronald Salazar Malquichagua, jefe del establecimiento de salud, donde se realizaron las siguientes rotaciones de Pediatría y Gineco-obstetricia; que en conjunto fueron distribuidas en áreas como: Consultorio de medicina, referencias, tópico, obstetricia, PCT, nutrición – área niño y Triage diferenciado. La atención que se proporciona en dicho establecimiento es en base, en mayor proporción, a pacientes con enfermedades crónicas, denominadas también “enfermedades no transmisibles”, tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, etc. En ellas la atención es enfocada, como primer nivel de atención, en la prevención y promoción; así mismo en caso sean situaciones de mayor complejidad o presenten alguna complicación serian derivados a un centro de mayor complejidad al cual corresponde al Hospital Nacional Dos de Mayo

El objetivo de este trabajo de suficiencia profesional es describir la experiencia del autor durante su transición en el internado medico 2021 – 2022 que se realizó en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y en el centro de salud “San Luis”. Se detallará la importancia de esta etapa en cual el interno de medicina pone en práctica todos los conocimientos adquiridos durante la carrera así mismo se describirá las dificultades presentadas durante esta transición, así como el nuevo proceso que se realizó desde el internado

medico anterior que consistió en la integración del interno de medicina al primer nivel de atención. Finalmente se elaborará y se realizará la presentación de una serie de casos clínicos más relevantes ocurridos durante el progreso del internado

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este capítulo se expondrán los casos clínicos más relevante que se realizaron en cada rotación de su respectivo establecimiento de salud al que adjudico el autor de este trabajo. Sera un total de ochos casos clínicos, cuatros casos clínicos correspondiente al área de Medicina Interna y Cirugía realizadas durante la rotación del autor en el Hospital de Emergencia Jose Casimiro Ulloa en sus primeros 5 meses de internado medico; y los cuatro casos clínicos restantes correspondiente al área de Pediatría y Gineco-obstetricia realizadas durante la rotación del autor en el Centro de salud "San Luis" en sus siguientes 5 meses restantes.

MEDICINA INTERNA

CASO N°1: Pancreatitis aguda leve

Paciente mujer de 37 años que acude a emergencias por presentar cuadro que inicio aproximadamente 5 horas antes del ingreso, de dolor abdominal tipo cólico 10/10 epigastrio que se irradia a espalda asociado a constipación de 4 días y que había notado coloración "amarillenta" en pecho y ojos hace 2 días; por lo que acude a hospital. Antecedentes personales: Litiasis vesicular por ecografía hace 3 meses. Funciones vitales: FC 93 x, FR 20x, T° 36.8, PA 90/70, SatO2 97%. Al examen físico:

- Aspecto general: Paciente despierta, piel tibia, húmeda y elástica; se evidencia ictericia de piel y mucosas (++/+++),
- Abdomen: RHA (disminuidos), blando depresible con dolor a la palpación en hipogastrio e hipocondrio derecho, Murphy (+).
- Resto de examen por sistemas no contributarios

Se plantea los siguientes diagnósticos: Síndrome doloroso abdominal a descartar pancreatitis aguda etiología biliar, a descartar coledocolitiasis y a

descartar infección urinaria. Se solicita exámenes de laboratorio: Hemograma completo, bilirrubina total y fraccionadas, perfil hepático (Transaminasas, fosfatasa alcalina y gamma glutamil transpeptidasa), amilasa y lipasa; examen de orina, análisis de gases arteriales y prueba COVID-19; además para el apoyo al diagnóstico con imágenes se solicita ecografía abdominal. Se reevalúa al paciente con resultado y se encuentra lo siguiente relevantes:

- Amilasa: 7600 U/L
- Lipasa: 8300 U/L
- Bilirrubina total: 8.24mg/dL (BD 7.05mg/dL y BI 1.19mg/dL)
- TGO: 734 U/L
- TGP: 979 U/L
- FA: 674 U/L
- GGTP: 888 U/L
- Examen de orina: 15 leucocitos por campo y 3 hematies por campo
- Ecografía abdominal: Vesícula biliar de paredes engrosadas de 6mm con edema mural con litiasis de aproximadamente 7mm en su interior; y colédoco con diámetro de 8 mm. Hallazgos sugerente de colecistitis aguda Litiasica y colédocoectasia a descartar coledocolitiasis
- Prueba COVID-19: Ig G reactivo, Ig M no reactivo

Confirmado el diagnóstico de Pancreatitis Aguda de etiología biliar, esto agregado un cuadro de colecistitis aguda, se hospitaliza al paciente e ingresa con siguiente terapéutica: NPO, hidratación endovenosa, analgesia, inhibidor de bombas de protones y control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico. Se solicitó exámenes auxiliares control como hemograma completo, examen de orina, perfil coagulación, Rx tórax, urea y creatinina. De manera que se permita identificar la gravedad y pronóstico del cuadro por medio del score de APACHE II y así mismo con los criterios de RANSON

Se realiza una referencia para el apoyo al diagnóstico de una colangiografía para descartar una coledocolitiasis por el hallazgo ecográfico de colédoco dilatado. Se explica al paciente y familiar sobre la necesidad de realizarse esa prueba, pero ellos deciden realizarse de manera particular

Durante su estancia hospitalaria (6 días) del paciente ocurrieron 2 interurrencias de importancia:

- En el examen de orina se encontró patológico y realizo un pico febril de 38° por lo que se le solicita urocultivo el cual el resultado fue negativo luego de 3 días.
- En el 2º día de hospitalización se intentó probar tolerancia oral pero el paciente no tolero y empezó a presentar dolor abdominal y leve distensión abdominal.

La paciente evoluciono favorablemente, inicio dieta por vía oral (4º día de hospitalización), presento mejoría del dolor y finalmente fue dada de alta con indicaciones: Consejería nutricional y solicitud pendiente de colangiografía.

CASO N°2: Tuberculosis pulmonar

26/01/2021: Paciente varón de 20 años acude a centro de salud por presentar tos con flema desde hace aproximadamente 22 días asociado a dolor de espalda, además refiere disminución del apetito y pérdida de peso. Refiere que esputo hemoptoico hace 1 semana razón lo que acude a centro de salud y se solicita prueba de esputo. Al examen físico

- Paciente REG, REH. Adelgazado, afebril
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ápice de ambos hemitórax, escasos roncales, no tirajes
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Muestra de esputo, N° de registro de laboratorio 166, saliendo positivo con dos cruces (++)

Inicia esquema 1: 2HRZE/4R3H3

Peso inicial 63Kgs, Prueba VIH no reactivo, glucosa 88mg/dL

Se solicita prueba de sensibilidad Genotype con resultado, el día 02/02/2021, sensible a isoniacida y rifampicina

06/04/2021: Paciente culmina primera fase del tratamiento esquema 1 para TBC pulmonar. Se realiza hemograma, perfil hepático y glucosa control, los cuales se encuentran dentro de parámetros normales. Paciente pasa a segunda fase de tratamiento con rifampicina 600mg y isoniacida 700mg en horario de martes, jueves y sábado.

28/08/2021: Paciente con tratamiento completo, completa dosis de la segunda fase (56 dosis) el 12/08/2021, último esputo (-) realizado el 30/07/2021 y control de Rx de tórax para considerar alta.

CIRUGIA GENERAL

CASO N°1: Apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada

Paciente varón de 35 años que acude a emergencia por presentar cuadro, que inició aproximadamente 3 días antes del ingreso, de dolor abdominal tipo cólico en forma difusa asociado a sensación de alza térmica, náuseas y vómitos en una ocasión; e hiporexia. Refiere que un día antes del ingreso el dolor aumenta de intensidad y se localiza en fosa iliaca derecha por lo que acude al hospital. Funciones vitales: FC 88 x, FR 20x, T° 36.9, PA 120/60, SatO2 97%. Al examen físico:

- Aspecto general: Paciente despierto quejumbroso, REG, REH, REN. Llenado capilar < 2
- Abdomen: RHA (+), blando depresible con dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, Mc Burney (+), Blomberg (+)
- Resto del examen por sistemas no contributivo.

Se plantea los siguientes diagnósticos: Síndrome doloroso abdominal agudo a descartar apendicitis aguda. Se solicita exámenes de laboratorio: Hemograma (Dentro de parámetros normales), ecografía (Proceso inflamatorio apendicular y liquido libre periapendicular), TAC abdomen c/c (Proceso inflamatorio agudo apendicular no complicado, apéndice de localización Retrocecal con diámetro transversal de 11 mm asociado a

estriación de la grasa mesentérica adyacente de aspecto inflamatorio). Confirmado el diagnóstico de apendicitis aguda el paciente se prepara para SOP, se solicita restos de exámenes prequirúrgicos (Perfil de coagulación, grupo y factor Rh, COVID-19, urea, creatinina, pruebas serológicas y riesgo quirúrgico). Se realiza apendicectomía laparoscópica con los siguientes hallazgos operatorios: Apéndice cecal de aproximadamente 7.15 cm supurado y perforado en 1/3 medio con base friable, secreción seropurulenta 100cc en FSRV y plastrón conformado por epiplón. Pasa a piso de hospitalización de cirugía general y permaneció en esta área por 2 días en el cual se indicó: Deambulacion, iniciar dieta blanda, antibioticoterapia endovenosa con ciprofloxacino y metronidazol. El paciente presento una evolucion favorable sin ninguna complicacion (herida operatoria sin signos de inflamacion no flogosis no secreciones) por lo que es dado de alta con las siguientes indicaciones: Retiro de puntos en 7 días por consultorio de tópico de cirugía, continuar con antibioticoterapia por 5 días más y consejería nutricional.

CASO N°2: Colecistitis Aguda Litiasica

Paciente mujer de 25 años que acude a emergencias por presentar cuadro que inicio aproximadamente 1 día antes del ingreso de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho de intensidad 9/10 asociado a náuseas y vómitos. Funciones vitales: FC 70 x, FR 18 x, T° 37, PA 130/70, SatO2 99%. Al examen físico:

- Aspecto general: Paciente AREG, AREN, AREH. Llenado capilar < 2s
- Abdomen: RHA(+), blando depresible con dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho y epigastrio; Murphy (+)
- Resto del examen por sistemas no contributivo.

Se plantea los siguientes diagnósticos: Síndrome doloroso abdominal aguda a descartar colecistitis aguda y a descartar pancreatitis aguda. Se solicita los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma completo, bilirrubina total y fraccionadas, perfil hepático (Transaminasas, fosfatasa alcalina y gamma glutamil transpeptidasa), amilasa y lipasa; y para el apoyo por imaginas se

solicita una ecografía abdominal. Todas las pruebas se encontraron dentro de los parámetros normales a excepción de una leucocitosis leve de 11000 y una ecografía con hallazgos de vesícula distendidas con 2 litiasis en su interior de aproximadamente 10 mm de diámetro sugerente de litiasis vesicular. Confirmado el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica el paciente se prepara para SOP, se solicita restos de exámenes prequirúrgicos (Perfil de coagulación, grupo y factor Rh, COVID-19, urea, creatinina, pruebas serológicas y riesgo quirúrgico) y recibe antibioticoterapia parenteral con cefazolina 2gr EV 40 min preSOP. Se realiza colecistectomía laparoscópica con los siguientes hallazgos operatorios: Vesícula biliar de 10 x 8 x 7 cm con paredes delgadas, tensa adherida a hígado y presencia de dos calculo en su interior de 1 cm cada uno. Pasa a piso de hospitalización de cirugía general y permaneció en esta área por 4 días en el cual se indicó: Iniciar dieta blanda luego de 8 horas de NPO, antibioticoterapia endovenosa con cefazolina 1gr EV c/8hrs y metronidazol 2gr EV c/8hrs. El paciente presento una evolución favorable sin ninguna complicación (herida operatoria sin signos de inflamación no flogosis no secreciones) por lo que es dado de alta con las siguientes indicaciones: Retiro de puntos en 6 días por consultorio de tópico de cirugía, continuar con antibioticoterapia por 3 días más y consejería nutricional hipograsa.

PEDIATRIA

CASO N°1: Anemia ferropénica leve

Paciente varón de 7 meses, acompañado de madre, acude al centro de salud para tamizaje de hemoglobina el cual se encuentra un valor 10.4gr/dL de manera se realiza el diagnóstico de anemia leve. Examen físico: Despierto colaborador sin signos de deshidratación no palidez, con un peso 8.200Kg y una talla 68 cm; resto del examen por sistemas sin hallazgos no contributarios.

El paciente ingresa al programa de control de niño anémico y se le hace entrega hierro polimaltosado 50mg/ml en dosis de 10 gotas por día, 30

minutos antes del primer alimento o lecha materna, por 30 días. A la madre se le brinda consejería nutricional y se explica sobre las repercusiones y posibles efectos negativos de la anemia sobre su hijo.

Se cita al paciente en 3 ocasiones (9 meses, 1 año y 2 meses; 1 año y 4 meses) para el control de hemoglobina (10.8, 11.2 y 12gr/dL) y brindar consejería nutricional por parte del área de medicina, así como el área de nutrición. Asimismo, en cada cita se realizó la entrega de hierro polimaltosado que debería recibir con su respectiva dosificación para continuar con el tratamiento

Es dado de alta a la de edad 1 año y 6 meses por presentar valores adecuados en los controles de hemoglobina (Último 12.3gr/dL) y cumplir con el esquema completo para el tratamiento de anemia en población pediátrica. Se denomina en estos pacientes como "Paciente recuperado" y continúa con administración profiláctica de suplementos de hierro.

CASO N°2: Enfermedad diarreica aguda

Paciente mujer de 2 años y 5 meses, es traído por madre el cual refiere que hija desde hace 8 horas presenta vómitos en 5 ocasiones no asociados a sensación de alza térmica. 2 horas antes del ingreso se agregaron deposiciones líquidas abundantes (4 cámaras) con moco sin sangre, refiere coloración marrón, razón por la cual acude al centro de salud. Al examen físico:

- ✓ Funciones vitales: FR 28x/min, FC 120x/min, T° 37
- ✓ Aspecto general: Paciente alerta, piel seca y elástica; llenado capilar <2s, no palidez no ictericia no signo del pliegue
- ✓ Abdomen: RHA aumentados, distendido, dolor leve a la palpación profunda
- ✓ Restos de evaluación por sistemas no contributivos

La impresión diagnóstica fue enfermedad diarreica aguda a descartar etiología infecciosa. En el paciente se realizó el siguiente plan:

- Se solicitó reacción inflamatoria en heces y parasitología seriada en 3 muestras

- Inicia sales de rehidratación oral en 2 – 3 onzas cada 10 minutos (total 400ml en 6horass)
- Continuar con lactancia materna
- Paracetamol 100mg/ml en solución, 33 gotas cada 8horas RPN a fiebre
- Se explican signos de alarma

GINECOBSTETRICIA

CASO N°1: Óbito Fetal

Paciente de 30 años acude por su tercera atención prenatal, refiere no sentir movimientos fetales desde el día de ayer, además menciona que presenta desde hace 2 días tos, dolor de garganta y rinorrea. Al examen físico

- AREG, AREN, AREH. Llenado capilar < 2s
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Resto del examen por sistema no contributarios
- A la ecografía Doppler no se evidencia latidos fetales

Atenciones prenatal anteriores:

1° CPN (20/10/2021)	2°CPN (20/11/2021)
Edad gestacional: 18 0/7 x FUR	Edad gestacional: 22 3/7 x FUR
Peso materno: 83	Peso materno: 85
T°: 36, PA: 95/60, FC: 93	T°: 36, PA: 100/70, FC: 60
Altura uterina: 17	Altura uterina: 25
Situación: NA	Situación: L
Presentación: NA	Presentación: C
Posición: NA	Posición: D
FCF: 142	FCF: 148

Mov. Fetales: NA	Mov. Fetales: ++
Proteinuria: NA	Proteinuria: –
Edema: Sin edemas	Edema: Sin edemas
Hb: 12, Hto: 37%, glucosa: 70	Hb: 14, Hto: 43%, glucosa: 76
Serológicas: No reactivo	Serológicas: No reactivo
Grupo sanguíneo y factor Rh : O+	

Plan de trabajo: Se solicita prueba rápida antigénica SARS-CoV2 y se realiza referencia de emergencia a gineco-obstetricia al Hospital Nacional Dos de Mayo con el diagnostico a descarta óbito fetal (CIE P95.0). Paciente se hospitaliza al día siguiente se le induce el parto vía vaginal para que se logre la expulsión fetal y es dada de alta dos días después. Al paciente se le ofrece método anticonceptivo con ampolla mensual.

CASO N°2: Infección de vías urinarias en gestantes

Paciente mujer de 33 años con gestación de 32 semanas por FUR sin sintomatología alguna acude para su primer control prenatal con los siguientes hallazgos:

- Presión arterial 90/60mmHg, FC 93xmin, FR 19xmin, T° 36.2°C
- Peso actual 84.2Kg, IMC 35.5
- Altura uterina 31cm, Movimiento fetales +++, LCF 136xmin, actitud fetal LCI
- VIH, RPR, VHB no reactivo
- Examen de orina: Leucocitos 30 – 45 x campo, Nitritos(+), Gérmenes (+++), hematíes 2 – 4 x campo; sangre, glucosa y proteínas (-)

Plan:

- Sulfato ferroso + acido fólico 1 tableta cada 24 horas x 1 mes
- Cefalexina 500mg cada 8 horas x 5 días
- Reevaluación en 2 semanas con resultados y examen físico
- Se explican signos de alarmas

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Es un establecimiento de salud de categoría III-E que se encuentra ubicado en el distrito de Miraflores del departamento de Lima, dirección av. Roosevelt N° 6355 y 6357 (ex av. República de Panamá). La población que atiende el HEJCU, no está totalmente definida, pero si podemos detallar que la mayor parte proviene zonas cercanas al establecimiento tales como los distritos de Surco, Barranco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador y Villa María del Triunfo; y en menor proporción tenemos a los distritos Surquillo, Miraflores, San Isidro, San Borja, San Juan de Lurigancho y San Martín de Porres, del Callao y referidos de otros puntos del país⁽¹⁾. La unidad productora de servicios de salud (UPSS) que brinda el HEJCU presenta la siguiente cartera de servicios:

- Consulta externa: Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de cirugía general y digestiva, ginecología quirúrgica, gastroenterología, neumología, otorrinolaringología, traumatología, neurocirugía, entre otros
- Emergencia: Triage de adultos o niños, atención en el servicio de trauma shock adultos o niños, atención de procedimientos de emergencia, atención de urgencias y emergencias por médico especialista, entre otros
- Centro quirúrgico: Intervenciones quirúrgicas por médico especialista de cirugía general y digestiva, ginecología quirúrgica, gastroenterología, neumología, otorrinolaringología, traumatología, neurocirugía, entre otros
- Hospitalización: Atención en hospitalización de medicina interna, cirugía general y digestiva, traumatología, neurocirugía, unidad de cuidados intensivos e unidad de cuidados intermedios

- Ayuda diagnóstica y otros: Diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, banco de sangre, farmacia y central de esterilización

Según registro anual del área de estadística del HEJCU⁽²⁾, en el año 2021, los motivos de atención que más se registraron, por grupos de edad y sexo, fueron 3: Enfermedad súbita 48% seguida de accidente causal 13.4% y descarte de COVID-19 8.4% (Ver anexo 1). Siendo el motivo más importante, dentro de enfermedad súbita, el de dolor abdominal y los no específicos. Las especialidades recibieron más atenciones fueron las de medicina, traumatología y cirugía general; con los diagnósticos más habituales de covid-19 en el caso del primero, fractura de la diáfisis del radio en el caso del segundo; y apendicitis aguda en el caso del tercero respectivamente (Ver anexo 2)

Centro de salud “San Luis”

Es un establecimiento de salud de categoría I-3 que se encuentra ubicado en el distrito de San Luis del departamento de Lima, dirección Raul Villaran Pasquel 351. Los servicios que brinda a la población son triage diferenciado (COVID - 19), PCT, nutrición, inmunizaciones, CRED, medicina interna, psicología, obstetricia y pediatría; en horarios de 12 horas. No brinda servicios de hospitalización, sala de partos ni para la especialidad de ginecología.

Según registro anual del área de estadística del Centro de salud “San Luis”, en el año 2021, se registraron 66043 atenciones. Siendo las atenciones que más se registraron, en base a grupo de edad y sexo, las del grupo etario de 30 – 34 años y las del sexo femenino. Según el reporte general de TELESALUD DIRIS LIMA CENTRO del año 2021 en base a servicios brindados como telemedicina, tele consulta en línea / fuera de línea, telemonitorio, entre otros; el centro de salud “San Luis” destacó como cuarto puesto como establecimiento de salud en atenciones brindadas, seguido del C.S El pino, C.S El Porvenir y C.S Max arias

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

MEDICINA INTERNA

CASO N°1: Pancreatitis aguda leve

La pancreatitis aguda es proceso inflamatorio agudo y es uno de los trastornos gastrointestinales más frecuente que se observan y que requieren una de hospitalización. Esta patología es un espectro muy variable que se puede presentar como una inflamación pancreática mínima y autolimitada, que es en la mayoría de los casos, hasta ser una entidad que puede conllevar a una repercusión sistémica severa que incluso represente un riesgo de muerte para el paciente.

Tiene una prevalencia mundial anual que oscila entre 26 y 42 casos por 100 000 habitantes y una mortalidad de aproximadamente 5%. En el Perú, para el año 2009, refieren una incidencia reportada de 28 casos de pancreatitis por cada 100 000 habitantes ⁽⁴⁾. En el HEJCU para el año 2021 la pancreatitis aguda represento la 3° entidad más representativa de egreso hospitalario con un 3.3%, seguido de la infección por Covid-19 y de la apendicitis aguda.

Las principales etiologías siguen siendo la causa biliar y causa la alcohólica crónica, siendo la primera la causa más frecuente en nuestro país y sobretodo en la zona urbana. Otras etiologías tenemos: Hipertrigliceridemias, complicación post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), hipercalcemias y las producida por medicamentos (Azatioprina, didanosina, sulfonamidas, etc) como las más importantes ⁽⁵⁾. Respecto a la fisiopatología, comparte un evento importante que es la activación prematura de las enzimas digestivas inactivas (tripsinógeno, proelastasas, etc) dentro los acinos pancreáticos provocando la autodigestión pancreática generando daño e inflamación que puede conllevar a la producción de una lesión leve con edema intersticial pancreático hasta llegar a ser una lesión severa con necrosis y que se denomina pancreatitis isquémica no hemorrágica severa. Para realizar el diagnostico se necesita de la presencia de dos o tres de los siguientes criterios

- Clínica: Caracterizada por dolor intenso localizado hemiabdomen superior a predominio en epigastrio que se irradia a flancos y espalda en forma “de faja o cinturón” asociado a sensación de llenura, náuseas y vómitos; distensión abdominal, íleo paralítico
- Exámenes de laboratorio: La presencia de niveles elevados de amilasa y lipasa. Siendo de mayor importancia, la lipasa por ser una prueba muy específica y ser la prueba que más permanece elevada en mayor tiempo entre 7 – 14 días.
- Imágenes: Hallazgos en imágenes de abdomen ya sea por ecografía (útil para etiología de causa biliar) o tomografía con contraste (útil tanto para diagnóstico como evaluar pronóstico, ideal realizarla 72 – 96 horas después del inicio de los síntomas)

Hecho el diagnóstico se debe clasificar a la enfermedad en base a su gravedad de tal manera que podamos determinar el manejo y el pronóstico del paciente. Clásicamente se usa la clasificación de Atlanta el cual clasifica a la pancreatitis de la siguiente manera:

- Leve: Ausencia de falla orgánica y/o complicaciones locales o sistémicas
- Moderadamente severa: Falla orgánica transitoria (Se resuelve dentro de las 48 horas) o presenta complicaciones locales o sistémicas
- Grave: Falla orgánica persistente (Persiste más de las 48 horas) única o múltiple

Se determinará la falla de órgano con el score de Marshall el cual valora 3 parámetros: Presión arterial sistólica, creatinina y PaO₂/FiO₂. Con cada parámetro se obtendrá un puntaje de 0 – 4 y si en caso el valor sea mayor o igual a 2 se considera como falla de órgano

Existen otros scores que permiten evaluar severidad, los más usados son el Acute Physiology and Chronic Health Examination (APACHE) II, el Índice de gravedad al lado de la cama en la pancreatitis aguda (BISAP), índice de severidad por tomografía computarizada con contraste y RANSON. El primero incluye 12 variables y un puntaje ≥ 8 implica riesgo de muerte y este aumenta

a medida que aumenta el score; y el segundo incluye 5 variables y un puntaje > 2 eleva el riesgo de mortalidad 10 veces.

En el caso clínico presentado se realizó el diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología biliar en base a los criterios clínicos, de laboratorio y de imágenes. Luego se clasificó en base a la gravedad del cuadro y no se encontró falla de órgano por que se determinó que se trata de una pancreatitis aguda leve; así mismo se hizo uso del score de APACHE II el cual se obtuvo un puntaje 3 que indicaría que la enfermedad que no tiene mal pronóstico. Para el manejo, en base a las guías actualizada, consistió en la indicación al paciente en NPO e intentar reiniciar precoz la nutrición (El paciente no toleró al 2° y siguió en NPO por dos días más), hidratación agresiva y precoz con 250 – 500ml/hora NaCl 0.9% y analgesia con tramadol 100mg. En vista de alta probabilidad de que la etiología sea biliar se sugirió a la paciente de realizarse una colecistectomía para prevenir futuros cuadros y de realizarse una colangiografía por el hallazgo ecográfico de coledocoectasia para descartar una coledocolitiasis.

CASO N°2: Tuberculosis pulmonar / Esquema 1

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que actualmente sigue siendo uno de los problemas más importantes de salud pública y que produce más muertes a nivel mundial. Para el año 2015, se estima que se produjeron: 10,4 millones de casos de TB, 580 mil casos de TB multidrogorresistente (TB MDR), 1,2 millones de nuevos casos de TB/VIH y 1,8 millones de defunciones, por lo que el *Mycobacterium tuberculosis* se ha convertido en el agente infeccioso que más muertes ocasiona, por encima del VIH y la malaria. En el Perú, para el año 2017, se reportaron 1347 defunciones producidas por tuberculosis ocupando la decimoséptima causa de muerte del grupo de categorías ⁽⁶⁾; y para el año 2020 se han notificado 15 268 casos nuevos de tuberculosis siendo menores casos a diferencia de los dos últimos años. (Ver anexo 4)

En el Perú existe La Ley N° 30287 de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, donde se proclama interés a nivel nacional sobre la lucha contra la tuberculosis en el país a manera de incluir un control propiamente de política de estado. Respecto a las instituciones del sistema de salud del país, las personas afectadas por tuberculosis son tratadas de manera gratuitas a través del MINSA (73%), Seguro social – ESSALUD (19%), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario – INPE (7%) y en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas (1%). En el caso de la entidad privada se encuentra limitada debido de la prohibición de la venta libre de medicamentos antituberculosos en el Perú, por lo tanto, los pacientes diagnosticados en estos sectores son atendidos o derivados en coordinación con ESSALUD y el MINSA, tanto en las formas sensibles como las resistentes de tuberculosis.

En el caso presentado se trató de un paciente 20 años al cual se le realizó diagnóstico de tuberculosis pulmonar con prueba de BK (++) el día 27/01/2021 e inicio tratamiento con esquema 1 de tratamiento contra TBC (ver anexo 5) sensible debido a que presento una prueba de sensibilidad rápida para isoniacida e rifampicina (genotype) con resultado sensible (R-H) el día 02/02/2021. Se siguió a detalle, como lo indica la norma técnica⁽⁷⁾, y se brindó una atención integral al paciente por medio una atención social, psicológica y laboratorial; asimismo se hizo seguimiento y control de contactos del paciente que en este caso fue dirigido a la madre el cual estuvo asintomática con resultados de Bk (-) mensuales. No hubo ninguna intercurencia durante todo su tratamiento, no presento ninguna alteración a nivel laboratorial y acudió a todas sus interconsultas de neumología que se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo

CIRUGIA GENERAL

CASO N°1: Apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada

La apendicitis aguda es la etiología más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y representa un proceso inflamatorio del apéndice cecal causado

básicamente por la obstrucción de la base apendicular, el cual en un inicio se producirá un proceso de congestión a nivel linfático y venoso con la consiguiente edematización y aumento de volumen; paralelamente se produce la proliferación patológica bacteriana. Seguido a esto si la obstrucción persiste el siguiente compromiso será a nivel del flujo arterial entonces el apéndice ya no se irriga adecuadamente produciendo isquemia y las complicaciones como perforación y peritonitis. Las causas mas frecuentes que se observan son hiperplasias foliculares en niños y los fecalitos en adultos; otras causas, en menor proporción, son por parasitosis, neoplasias e incluso hasta por cuerpos extraños. Para realizar el diagnostico de apendicitis aguda se han creado diversas que escalas tales como la de Alvarado, Alvarado modificada, RIPISA, PAS (En población pediátrica), entre otras. La clásicamente más usada es la escala de Alvarado que presenta una sensibilidad de 68% y una especificidad entre 75 – 87.9%; esta conformada por 8 variables según clínica y hallazgos laboratoriales (Tabla N°) con los siguientes resultados

- Puntaje 1-3: Baja probabilidad de apendicitis aguda pero aun sigue la probabilidad que sea abdomen quirúrgico
- Puntaje 4-6: Indeterminado o duda diagnostica. Observación o amerita realizar un estudio complementario (ecografía abdominal o tomografía con contraste)
- Puntaje 7-10: Alta probabilidad de apendicitis aguda. Amerita de intervención quirúrgica de emergencia.

Respecto al tratamiento lo indicado es la apendicectomía ya sea por via laparoscópica, en casos no complicadas, o por cirugía abierta. Para la elección de la intervención dependerá de ciertos factores como el estado del paciente, evolución clínica y comorbilidades. La decisión de conversión hacia cirugía abierta dependerá de la experticia del cirujano en cuanto a la técnica laparoscópica. En el post operatorio, así como en su instancia hospitalaria consiste en el control del dolor, antibioticoterapia y la deambulacion precoz; y para que así luego de ser dado de alta su control sea por consultorio externo para el retiro de puntos.

En el caso clínico presentado se realizó el diagnóstico de apendicitis aguda el cual se realizó mediante la clínica, laboratorio e imágenes. Obteniéndose así una puntuación de Alvarado de 4 por lo cual amerita de la realización de un estudio por imágenes que en el caso fue tanto ecografía y tomografía de abdomen con contraste confirmándose el diagnóstico por hallazgos sugestivos de apendicitis aguda. Entro a SOP en donde se realiza una apendicectomía laparoscópica y el paciente fue dado de alta a los 2 días por presentar una evolución sin complicaciones para que continúe su tratamiento con antibióticos en su domicilio

CASO N°2: Colecistitis aguda Litiasica

La colecistitis aguda es una de las complicaciones de la colelitiasis desencadenado por la obstrucción persistente por un cálculo enclavado a nivel del bacinete o a nivel del cístico, esto conlleva a un aumento de la presión intravesicular con el consiguiente riesgo de isquemia parietal produciéndose inflamación local de la pared vesicular que puede estar asociado a infección de la bilis. Se dice que un 9% de los pacientes con colelitiasis sintomática presentara un episodio de colecistitis aguda dentro de los 7 – 11 años del inicio de los síntomas. Otras etiologías relacionadas son la producida en un paciente con inmunosupresión o con shock, ambas son agrupadas como colecistitis aguda Alitiasica. El agente que mas frecuentemente se asocia es la Escherichia Coli, Klebsiella spp y enterobacter spp; generalmente bacterias comensales de la via biliar.

Para realiza el diagnóstico, hasta en la actualidad, se sigue haciendo uso de los criterios de Tokio – 2018 que consisten en tres criterios:

- A: Signos de inflamación local como signo de Murphy presente y dolor, masa o sensibilidad en hipocondrio derecho
- B: Signos de inflamación sistémica como fiebre, leucocitosis y proteína C-reactiva elevada

- C: Hallazgos en estudios por imagenológicos por ecografía o gammagrafía sugestivos. En el caso de la ecografía encontraremos los siguientes hallazgos:
 - ✓ Engrosamiento de la pared vesicular ≥ 4 mm.
 - ✓ Vesícula biliar aumentada de tamaño ≥ 8 cm de largo y ≥ 4 cm ancho.
 - ✓ Imagen hiperecogénica móvil con sombra acústica posterior.
 - ✓ Líquido perivesicular alrededor de la vesícula biliar produciendo el signo de doble contorno.
 - ✓ Sombras lineales en el tejido graso alrededor de la vesícula biliar.

Realizado el diagnóstico se debe determinar el grado de severidad que presenta el cuadro para poder elegir el tratamiento adecuado (ver anexo 7):

- Grado I (Leve): Aquel que no cumple criterios de grado II ni III. Haciendo referencia a las colecistitis simples sin complicaciones < 72 horas
- Grado II (Moderada): Aquel que presenta uno de las siguientes
 - ✓ Leucocitosis ≥ 18 mil/mm³
 - ✓ Clínica ≥ 72 horas
 - ✓ masa palpable sensible en cuadrante superior derecho e inflamación local marcada representada por una colecistitis gangrenosa, colecistitis enfisematosa, absceso pericólico, absceso hepático o peritonitis biliar.
- Grado III: Hay presencia de falla orgánica única o múltiple
 - ✓ Disfunción cardiovascular: Hipotensión / shock que requiere inotrópicos
 - ✓ Disfunción neurológica: Alteración o depresión del SNC
 - ✓ Disfunción neumológica: PaFiO₂ < 300
 - ✓ Disfunción renal: Creatinina sérica > 2 mg/dl u oliguria
 - ✓ Disfunción hepática: INR > 1.5
 - ✓ Disfunción hematológica: Plaquetopenia < 100 000/mm³.

Respecto al manejo de la colecistitis aguda inicialmente el paciente se le indica NPO, hidratación endovenosa, corrección de trastornos acido-base e hidroelectrolíticos si hubiese, antibioticoterapia y analgesia. Los antibióticos recomendados son ampicilina/sulbactam, cefazolina, ertapenem o ciprofloxacino, en algunos casos agregar metronidazol para la cobertura de anaerobios.

En el caso presentado nos describe paciente que ingresa a emergencia por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo cólico asociado náuseas y vómitos, de larga duración y que no calmo con medicación; es importante en estas situación de que se trate de un cólico biliar pero con la presencia de estos síntomas y características en el paciente se descartó esa posibilidad; asimismo siempre es relevante el descarte de pancreatitis en estos cuadro debido a que comparte una sintomatología similar de dolor abdominal. Cumplía con los tres criterios diagnóstico de la guía Tokio 2018, por lo tanto, se realizó el diagnostico

Lo siguiente era evaluar la severidad del cuadro, en este caso lo podemos catalogar como grado I (Leve) por lo tanto su plan de trabajo fue: NPO, antibioticoterapia (Cobertura para enterobacterias), hidratación endovenosa y analgesia. En vista de disponibilidad de sala de operaciones y sala de recuperación, el paciente fue operado dentro de las 72 horas de colecistectomía laparoscópica temprana siguiendo lo establecido con la guía de Tokio 2018 en los casos de colecistitis aguda grado I. Paciente permaneció en el área de hospitalización de medicina por 4 días, evoluciono favorablemente sin complicaciones y dada de alta.

PEDIATRIA

CASO N°1: Anemia ferropénica leve

La anemia a nivel nacional sigue siendo uno de los problemas más alarmantes y de mayor relevancia de la salud pública. En el Perú en el 2020 se ha visto que un 40.1% de los niños, entre 6 a 35 meses, tienen anemia; eso quiere

decir que 700 mil niños menores de 3 años son anémicos de 1.6 millones a nivel nacional ⁽⁸⁾. (ver anexo 8)

La anemia, según norma técnica, se define como una reducción de los niveles de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar ⁽⁹⁾. En la población pediátrica se destaca como principal causa de anemia a la producida por carencia de hierro, denominada también anemia ferropénica, ya sea por bajo aporte de hierro, por disminución de la absorción, por incremento de necesidades y/o bajos depósitos de hierro; o por pérdidas sanguíneas. El impacto que se produce en paciente pediátrico va enfocado sobre todo al desarrollo neurológico que son esenciales sobre todo durante los dos primeros años de vida debido a que es el momento donde ocurren la neurogénesis y la mielinización; y que de producirse el daño producirías efectos negativos y consecuencias irreversibles en el desarrollo cognitivo, motor, así como en el crecimiento.

Según norma técnica del MINSA se indica realizar dosaje de hemoglobina a todos los lactantes (ver anexo 9) a partir de los 6 meses de edad debido al incremento fisiológico de las necesidades de hierro que empieza a ocurrir en esa etapa, de encontrarse que confirme el diagnóstico de anemia se iniciaría un esquema de 6 meses contiguos con suplementación de hierro elemental ya sea en forma de hierro polimaltosado, sulfato ferroso o como en micronutrientes. Todo siempre acompañado de una adecuada consejería nutricional sobre la importancia del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo, pescado) para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia; ya sea a la madre, al familiar o cuidador del niño. Respecto a efectos secundarios del suplemento de hierro lo más frecuente es el estreñimiento y las náuseas, por lo que se debe explicar a la madre sobre que estos son transitorios y en caso persistan la dosificación que se realice, se haga de manera fraccionada (generalmente 2 partes al día)

En el caso clínico presentado nos describe un lactante de 7 meses al cual se le hace un diagnóstico de anemia leve previa realización de dosaje de hemoglobina (Según norma técnica se debe realizar a los 6 meses, pero paciente no acudió para el dosaje), por lo tanto, inicio un esquema de

suplementación de hierro de aproximadamente 6 meses contiguos con hierro polimaltosado con la dosis, que describe el MINSA en norma técnica, de 3mg/kg/día. El paciente consiguió el objetivo de normalizar los valores de hemoglobina a la edad de 1 año y 6 meses considerándose como “paciente recuperado”

CASO N°2: Enfermedad Diarreica Aguda

La enfermedad diarreica es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, produciendo entre 1,4 hasta 2,5 millones de muertes al año ⁽¹¹⁾. Es una de las patologías más frecuente que se observan en emergencias sobretodo en la población pediátrica menor de cinco años, donde la pérdida de líquido intestinal puede dar lugar a grandes complicaciones como hipovolemia grave, shock hasta la muerte.

Según la Organización Mundial de la Salud define a la enfermedad diarreica aguda como el aumento, generalmente mayor a tres, de las deposiciones en frecuencia acompañado de una disminución de la consistencia (líquidas o semilíquidas) con un tiempo de enfermedad menor de 14 días. La etiología más frecuente vendría a ser la viral los cuales con frecuencia se caracteriza por ser, fisiopatológicamente, una diarrea de tipo acuosa. Realizar el diagnóstico es de alta importante por su característica de ser totalmente clínico y solo se hará uso de exámenes de laboratorio para determinar la etiología en las siguientes ocasiones:

- Enfermedad diarreica aguda > 7 días
- Sospecha de sepsis
- Presencia de sangre o moco en deposiciones
- Niños con inmunosupresión
- Niños con desnutrición severa
- Lactantes menores de 3 meses

Concluyendo con el tratamiento, el objetivo es disminuir o prevenir la deshidratación que puede presentar el paciente. Según norma técnica

proporcionada por el MINSA plantea tres planes dependiendo del grado de deshidratación que presente el paciente y, así mismo, en los casos leves – moderados el uso adecuado y pronto de la terapia de rehidratación oral ha demostrado una disminución notable en tasa de mortalidad además de una disminución en el número de consultas externas y hospitalizaciones.

En el caso clínico presentado nos describe una paciente mujer de 2 años y 5 meses el cual acude a emergencias por un cuadro de diarrea aguda asociado a vómitos (en 5 ocasiones) y deposiciones líquidas con moco sin sangre con un tiempo de enfermedad de 8 horas. Se realizó una adecuada anamnesis y al examen físico se encontraba dentro de los parámetros normales sin ninguna alteración, solo llamo la atención la presencia de una piel seca no asociado a otro signo de deshidratación. Su manejo consistió en seguir el plan A en el establecimiento de salud en observación por 2 horas por tener alto riesgo de deshidratación (vómitos > 4 horas y un signo de deshidratación), se inició terapia de rehidratación oral con sales de hidratación oral en 2 – 3 onzas cada 10 minutos y se solicitó de exámenes de laboratorio tales de reacción inflamatoria en heces y parasitología por la presencia de moco en las deposiciones. Se reevaluó al paciente presentado mejoría, se le explican los signos de alarma a la madre y en caso tuviera fiebre se le indico paracetamol 100mg/ml en solución 33gotas cada 8 horas

GINECOBSTETRICIA

CASO N°1: Óbito fetal

Hasta en la actualidad existe poca literatura en base a la definición de muerte fetal. Se considera uno de los accidentes obstétricos más difíciles de afrontar. Tanto la gestante como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que pueden amenazar la vida de ambos; una de las probables complicaciones que se puede encontrar es la muerte fetal intrauterina⁽¹²⁾. No existe un consenso definitivo en base a la definición, pero varios autores lo

mencionan como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos” (13). Entre las etiologías relacionadas son:

- Maternas: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Autoinmune (Lupus eritematoso sistémico, Síndrome antifosfolípídico), trastornos hipertensivos en el embarazo, gestación en edades extremas, incompatibilidad Rh, entre otros
- Fetales: Gestación múltiple, RCIU, Anomalías congénitas - genéticas, Infecciones (TORCH)
- Placentarias: Accidente de cordón, DPP, RPM, Vasa previa

En el caso clínico presentado nos describe una gestante de 30 años que acude para 3°CPN con cuadro previo de catarro, se le realizó el examen físico correspondiente y se encuentra todo aparentemente dentro de lo normal. Llamo la atención un detalle que menciona el paciente de “No sentir movimientos fetales desde ayer” por lo que se le realizó una ecografía Doppler y no se evidenció los latidos fetales por lo que se le realiza una referencia de emergencia hacia Hospital Nacional Dos de Mayo donde se planteó la inducción del parto vía vaginal para la expulsión fetal.

Lo ideal hubiera sido que esa muestra hubiera sido estudiada por patología para identificar posibles causas, pero no se le realizó. La paciente fue dada de alta con explicación de signos de alarma y con una atención preconcepcional para el uso de anticonceptivos

CASO N°2: Infección de vías urinarias en la gestación

Es la presencia de bacterias en el tracto urinario que generan síntomas y signos; se clasifica en ITU alta (pielonefritis aguda) y en ITU baja (cistitis aguda). Las infecciones de vías urinarias en la gestación son de alta importancia debido a que es la infección más frecuente que se da durante en el embarazo y su prevalencia de manifestarse como bacteriuria asintomática

llama la atención por su gran riesgo significativo para que evolucione a pielonefritis aguda.

Según las pautas de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América recomiendan la detección de bacteriuria asintomática en todas las mujeres embarazadas al menos una vez al principio del embarazo. La bacteriuria asintomática no tratada se ha asociado con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal.

Existe una relación de factores que pueden hacer a las gestantes más susceptibles a que puedan sufrir de infección de vías urinarias:

- Factores mecánicos: Reflujo y estasis producida por compresión uterina en uréteres. Se produce hidrouréter más en el derecho que en el izquierdo
- Factores hormonales: Relajación provocada por el efecto de la progesterona a nivel de los calices y pelvis renal, y del urotelio

En el caso clínico presentado nos describe una gestante que acude a su 1° CPN y en los exámenes de laboratorio realizados en la primera atención se encuentra un examen de orina patológico con los siguientes hallazgos

- Leucocitos 30 – 45 x campo
- Nitritos positivos
- Gérmenes +++
- Hematíes 2 – 4 x campo
- Sangre, glucosa, proteínas negativo

La gestante refirió que durante la última semana no ha presentado alguna sintomatología más que una leve sensación de pesadez en hemiabdomen. Se le administró cefalexina 500 mg cada 8 horas por 5 días y se reevaluó en 2 semanas con un examen de orina el cual salió dentro de valores normales

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Indudablemente la experiencia vivida en el internado médico 2021 – 2022 para cada persona es única, muy a parte del contexto del que nos encontramos de la pandemia COVID-19. Esta etapa le permitió al autor darse cuenta cuáles son sus fortalezas, así como sus debilidades, y aprendió a desenvolverse en este ámbito de emergencia y también como personal de salud en el primer nivel de atención; así mismo, de saber la importancia de que tener un buen ambiente laboral genera un mejor proceso de adaptación y aprendizaje que le permite al interno de medicina poder desarrollarse y tener la autoconfianza para poder asumir responsabilidades.

En la rotación de cirugía, desde el punto de vista del autor, fue una vivencia muy productiva. El autor fue participe en múltiples actividades, siempre con la supervisión de sus médicos residentes a cargo, de diversas áreas como tópico de cirugía, carpa de cirugía, hospitalización e incluso en sala de operaciones donde tuvo la oportunidad de poder asistir en varias ocasiones. Fueron lugares donde adquirió diversos conocimientos, además de ser punto de confort para el desenvolvimiento en estas áreas puesto que el autor está buscando proyectarse en alguna especialidad de tipo quirúrgica. Una desventaja para el autor, durante esta rotación, fue que no pudo pasar por el área de traumatología por un acortamiento del mes de rotación puesto que debía pasar a la siguiente rotación que era medicina interna.

En la rotación de medicina interna. Como experiencia propia del autor, es el momento, sobre todo en el área de hospitalización, donde mayor ocurre el vínculo médico-paciente. También se fortalece y se integra conocimientos de diversas especialidades ya sea por manejo directo de la enfermedad de fondo o por medio de las interconsultas realizadas por patologías que se agreguen durante la estancia hospitalaria o por patologías que presentaba el paciente previo hospitalización. Un detalle muy importante son el llenado de las historias clínicas, son más completas; y en el caso del HEJCU, a parte de las historias clínicas de emergencias como la de hospitalización, se realiza otra historia clínica previa realización de la evolución para ampliar la recopilación de datos ya sea directamente al paciente o en base a llamadas realizadas a

los familiares, de manera que se integra y se consigue información que podría ayudar al diagnóstico y al tratamiento del paciente. Cabe resaltar que el HEJCU es uno de los pocos hospitales que permite al interno de medicina ser participe en áreas de traumashock y unidad de cuidados intensivos como parte su rotación de medicina interna.

En la rotación de Pediatría. En esta rotación las atenciones que más pudo observar el autor, ya sea por consultorio externo, así como en tópico, fueron por: Infecciones respiratorias, adenopatías reactivas, síndromes febriles, enfermedad diarreica aguda y anemia. Como centro de salud, lugar donde se realizó esta rotación, el enfoque era más que todo prevención y promoción por lo tanto las actividades que más se realizaban eran la de inmunizaciones y las de tamizaje de anemia, así como su tratamiento y fomentación de una adecuada alimentación ya sea por consejería nutricional o interconsulta a nutrición. Los casos de mayor complejidad eran derivados al Hospital Nacional Dos de Mayo o al Instituto Nacional del Niño San Borja.

Por último, en la rotación de Gineco-Obstetricia, desde el punto de vista del autor, fue una rotación un poco perjudicial y limitante debido a que el centro de salud, por ser establecimiento de salud de categoría I-3, no cuenta con un área de internamiento o sala de parto que es de importancia en la rotación y parte de la formación de un interno de medicina. Además, solo se ofreció atenciones para el área de obstétrica debido a que el centro no cuenta con una especialidad o consultorio de ginecología. Los conocimientos adquiridos en esta rotación son en base a la orientación de los controles prenatales y planificación familiar, y además de la aplicación de las diversas guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

CONCLUSIONES

El internado realizado en época de pandemia COVID-19 se resalta que es una etapa importante de formación en donde ocurren diversas experiencias y se consolida todos los aspectos adquiridos durante estos años de carrera ya sea a nivel académico, ético, social y hasta en la parte laboral; siempre enfocándose en la adecuada atención al paciente que es de manera integral donde se incluye la promoción, la prevención, el diagnóstico temprano, tratamiento precoz y si es posible la rehabilitación de los pacientes.

Por supuesto es importante el acoplamiento del interno de medicina al primer nivel de atención para proporcionar otro enfoque en la atención médica y así estar preparados realizar un adecuado Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), pero, en opinión del autor, debería ser en menos tiempo y debe evitarse realizar en rotaciones como cirugía y ginecoobstetricia debido a que la falta de áreas como hospitalización, sala de operaciones y emergencias traen en si diversas limitaciones ya que las mayores experiencias clínicas son observadas con más frecuencia en el ámbito hospitalario.

Por último, una adecuada relación médico-paciente es un hecho primordial y empieza desde el primer contacto con el paciente, en ella nos permite realizar una correcta anamnesis y por lo tanto una correcta recolección de datos que nos permite orientar el diagnóstico y realizar un adecuado manejo en los malestares que aqueja al paciente

RECOMENDACIONES

- Es importante que parte del internado debe ser enfocado en el primer nivel de atención, debido a que nos va a preparar para atender patologías que no necesariamente necesiten de un hospital de mayor complejidad, además es indispensable para el SERUMS.
- Mantener relación cordial con el personal de salud y no permitir falta de respeto o abusos contra el interno de medicina.
- Siempre tener un buen trato con el paciente, escucharlos y no minimizar sus síntomas, a veces con tan solo tener una conversación se sienten aliviados especialmente los pacientes adultos mayores.
- Es importante que ante un procedimiento invasivo se use correctamente los EPPS y estar concentrados y seguros de si mismo, para evitar accidentes laborales especialmente con material punzocortante.
- Ser responsables y llegar antes de la hora de entrada al centro de salud, para avanzar con los pendientes y no dejar todo a última hora.
- El internado es la mejor etapa de la carrera de medicina, donde van a tener experiencias inolvidables y se va consolidar todo lo aprendido en estos 7 años, por lo tanto se debe aprovechar al máximo cada día.
- Siempre estar agradecidos con nuestros padres por todo el esfuerzo y el apoyo incondicional y cada logro siempre tenerlos presentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Reseña histórica. [Internet] Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>
2. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Reseña histórica. [Internet] Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/estadistica/informacion-registrada>
3. Jamanca-Milian H, Cano-Cárdenas L. Factores pronósticos de severidad en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020;20(1):1-1
4. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina-B A, Darnell A, Garcia-Borobia F, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterol Hepatol. 1 de febrero de 2015;38(2):82-96.
5. Durón DB. Acute Pancreatitis: Current Evidence. ARCHIVOS DE MEDICINA. 2018;10.
6. Principales causas de mortalidad por sexo Perú, año 2017 [Internet]. Ministerio de Salud, Oficina General de Tecnologías de la Información; 2017. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/recursos_salud/MORTG002017.asp
7. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud N° 104-MINSA/DGSP-V.01 “Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis”. Lima, 2013. [citado 18 de febrero de 2021]. Disponible en Gob.pe website: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES 2019. 2020
9. Ministerio de Salud (2017). Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y

- puérperas. Lima, 2017. [citado 14 de febrero de 2021]. Disponible en Gob.pe website: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
10. De Andrade Cairo RC, Rodrigues Silva L, Carneiro Bustani N, Ferreira Marques CD. Iron deficiency anemia in adolescents; a literature review. *Nutr Hosp.* 2014 Jun 1;29(6):1240-9. doi: 10.3305/nh.2014.29.6.7245. PMID: 24972460.
 11. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años [Internet]. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. [citado 3 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/acerca-del-ins/publicaciones/menu-del-dia/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y>
 12. Tinedo MJ, Santander P F, Alonso F J, Herrera H A, Colombo S C, Díaz M. Muerte fetal: caracterización epidemiológica. *Salus.* agosto de 2016;20(2):37-43.
 13. Vogelmann RA, Sánchez JE, Sartori MF, Speciale DJD. MUERTE FETAL INTRAUTERINA. 2008;8.

ANEXOS

Anexo 1: Motivos de atención en emergencia urgencia del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - 2021

MOTIVOS DE ATENCION EN EMERGENCIA URGENCIA: ENFERMEDAD SUBITA SEGÚN DIAGNOSTICOS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO AÑO: AL III TRIMESTRE 2021																
DIAGNOSTICOS	0-11 MESES		01-05 AÑOS		06-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-44 AÑOS		45-64 AÑOS		65 y +		TOTAL GENERAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	N	%
TOTAL	320	300	1176	1000	713	797	524	853	3832	5937	2481	3164	1280	1580	23957	100.0
OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	6	6	30	21	62	73	66	151	567	832	310	393	102	143	2762	11.5
COVID-19, VIRUS IDENTIFICADO	1	4	4	7	11	13	18	27	251	219	213	185	134	117	1204	5.0
PERSISTENTE - GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	8	11	48	46	10	22	20	43	189	301	76	132	36	52	994	4.1
ACUOSA - OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	42	42	189	157	52	51	18	18	75	103	31	47	4	25	854	3.6
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	4	11	7	26	5	21	2	53	28	316	22	153	24	76	748	3.1
CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR SIN COLECISTITIS	0	0	0	0	2	3	4	22	127	309	72	135	34	32	740	3.1
COVID-19, VIRUS NO IDENTIFICADO	0	0	5	4	6	18	16	20	172	198	82	93	32	33	679	2.8
DISPEPSIA	0	0	1	1	0	4	15	32	133	244	67	94	21	43	655	2.7
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	26	26	119	80	47	59	17	14	59	77	23	31	5	3	586	2.4
CEFALEA	0	0	0	2	13	11	13	24	78	217	49	125	13	32	577	2.4
APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	0	0	1	0	21	8	44	24	146	125	62	39	9	8	487	2.0
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	1	5	4	104	160	73	93	16	25	481	2.0
CÓLICO RENAL, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	0	0	6	7	177	108	71	63	7	12	451	1.9
PIEBRE, NO ESPECIFICADA	33	25	70	73	34	31	12	10	54	59	19	13	8	9	450	1.9
ASMA, NO ESPECIFICADA	3	5	75	46	77	65	10	9	26	44	12	13	3	4	392	1.6
HIPERTENSIÓN ESENCIAL	0	0	0	0	0	0	0	1	23	21	69	82	70	111	377	1.6
NÁUSEA Y VÓMITO	4	9	70	60	23	17	7	21	28	65	14	24	8	19	369	1.5
CÁLCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS	0	0	0	0	1	1	1	9	49	145	30	71	17	18	342	1.4
RINOFARINGITIS AGUDA - RINITIS AGUDA	21	25	63	46	30	24	7	7	33	36	7	9	2	6	316	1.3
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	0	0	0	0	6	1	5	4	69	45	63	58	23	27	301	1.3
RESTO DE DIAGNOSTICOS	172	136	494	431	313	374	238	353	1444	2313	1116	1311	712	785	10192	42.5

Fuente: Oficina de estadísticas e informática del hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Anexo 2: Enfermedades registradas en egresos hospitalarios del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - 2021



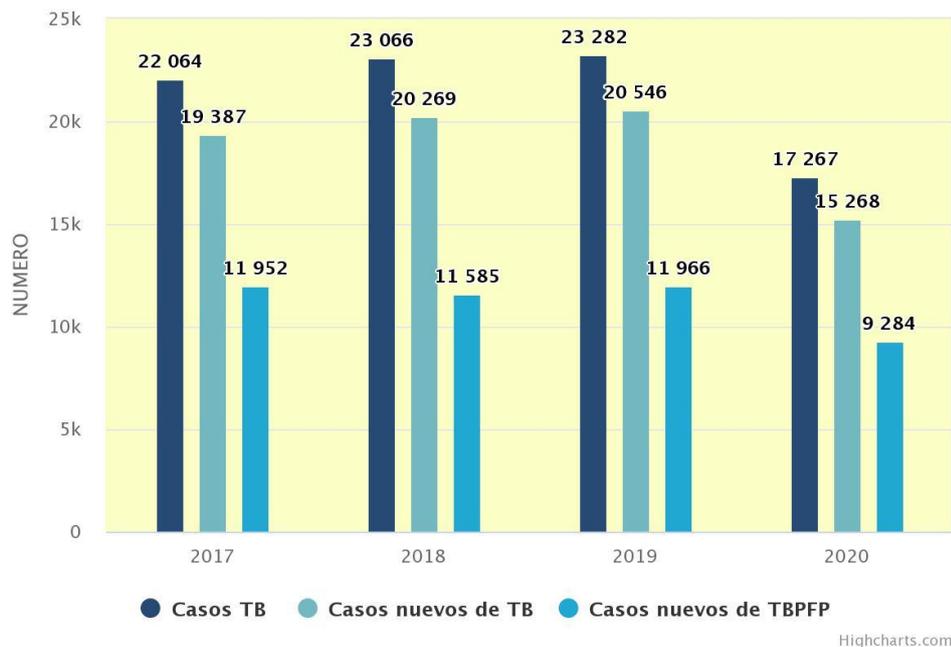
Fuente: Oficina de estadísticas e informática del hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Anexo 3: Atenciones registradas en emergencias urgencias del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - 2021



Fuente: Oficina de estadísticas e informática del hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Anexo 4: Número de casos de tuberculosis. MINSA 2020



Fuente: Sistema de información gerencial de la tuberculosis (SIGTB)

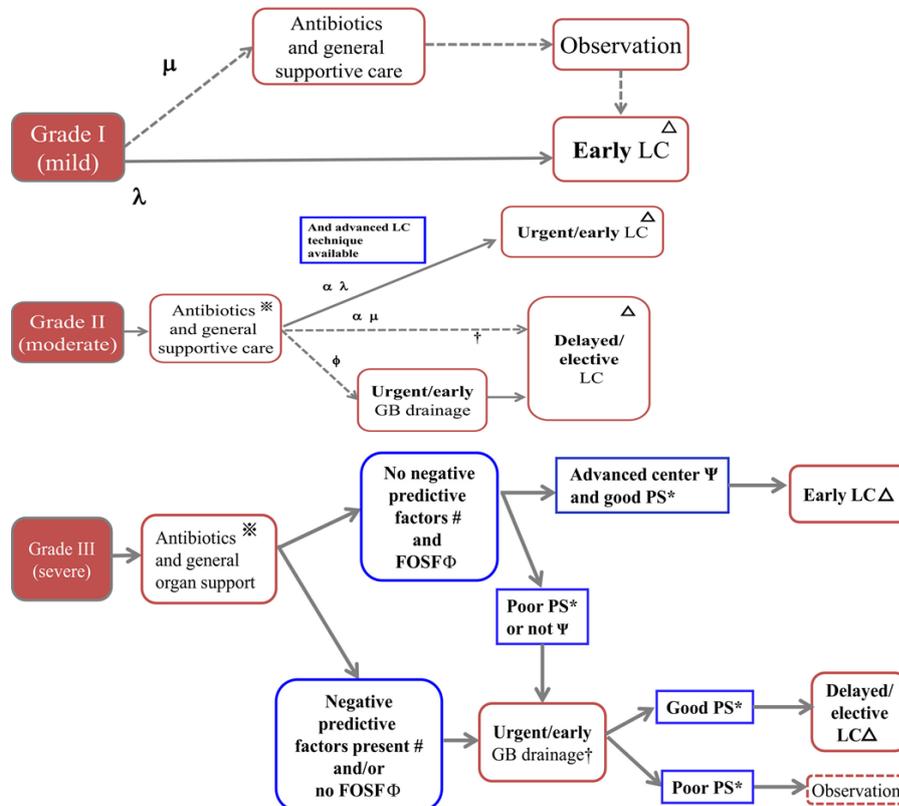
Anexo 6: Dosis de medicamentos antituberculosos en personas de 15 años o mas

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

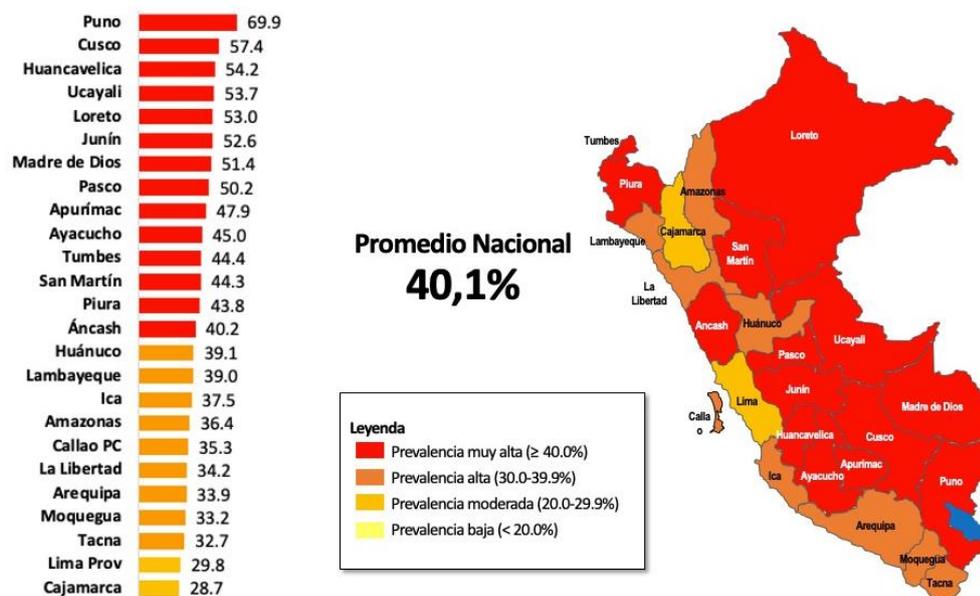
Fuente: Norma técnica de salud para atención integral de personas afectadas por tuberculosis 2013

Anexo 7: Flujograma y toma de decisiones para el manejo de colecistitis aguda



Fuente: Directrices de Tokio 2018: criterios de diagnóstico y clasificación de la gravedad de la colecistitis aguda

Anexo 8: Prevalencia de anemia en niños menores de 6 a 35 meses según departamento



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e informática 2020. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019

Anexo 9: Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en niños adolescentes, gestantes y puérperas

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Norma Técnica Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Gestantes y Puérperas 2017