



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO 2020 ANTES Y DURANTE LA
PANDEMIA POR EL VIRUS SARS COV 2 EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN

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

PRESENTADA POR
ALVARO RODRIGO TAMAYO GARCÍA
DANIELA ESTHER VERÁSTEGUI GUEVARA

ASESOR

DR. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ
2021



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



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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO 2020 ANTES Y
DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS COV 2 EN EL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ALVARO RODRIGO TAMAYO GARCÍA

DANIELA ESTHER VERÁSTEGUI GUEVARA

ASESOR

DR. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. José Villareal Palomino.

Miembro: Dr. Manuel Neyra Sotelo.

Miembro: M.E. Alberto Cárdenas Venturo.

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a nuestros padres y hermanos, quienes son la principal razón del término de nuestra formación, gracias por su apoyo incondicional y amor infinito.

A mi madre, Dina Guevara Romero, quien no se encuentra físicamente con nosotros, gracias por ser mi gran amor y mayor impulso a ser siempre mejor.

AGRADECIMIENTO

Un grato agradecimiento dirigido a todas aquellas personas que nos brindaron la oportunidad de culminar nuestros estudios profesionales para nuestra formación como médicos.

A nuestros padres, familiares y amistades que nos brindaron su apoyo, y que sin ellos la realización de este hubiera sido imposible.

Un agradecimiento al Dr. Frank Lizaraso Caparó, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres, por habernos brindado la infraestructura y el equipo necesario para nuestra correcta formación en el área de la salud.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	30
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	33
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	46
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	56
ANEXOS	61
1. Manejo de la obstrucción del intestino delgado en adultos	62

RESUMEN

El internado médico es el último año de la carrera de Medicina Humana, en el cual el futuro médico integra lo aprendido los años previos en un ambiente hospitalario, esta etapa se ha visto afectada por la pandemia ocasionada por la COVID 19, por lo que resulta importante mencionar las condiciones en el que es realizado actualmente. El presente trabajo detallará el desarrollo del internado 2020 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión antes y después de la aparición del virus SARS COV 2.

Se realizó una explicación concisa sobre las experiencias vividas, las habilidades y destrezas alcanzadas en cada una de las rotaciones realizadas antes y después de la pandemia. Así mismo se nombraron los objetivos esperados al inicio del internado y como fueron alcanzados, se detallaron las limitaciones presentadas en el transcurso de las rotaciones, y como fueron superadas cada una de estas.

Se expusieron 16 casos clínicos (04 por cada rotación), y de manera breve, se discutió el manejo de cada uno de ellos, comparándolos con la evidencia más actualizada.

De la misma manera, fueron detalladas las características del centro hospitalario donde se realizó el internado médico; así como las repercusiones que ocasionó la pandemia en este hospital.

Finalmente se espera que el presente trabajo sirva de base para las futuras generaciones de internos y para las próximas decisiones que se tomen sobre el internado médico.

ABSTRACT

The medical internship is the last year of the Human Medicine career, in which the future doctor integrates what has been learned from the previous years in a hospital environment, this stage has been affected by the pandemic caused by COVID 19, resulting in It is important to mention the conditions in which it is currently carried out. This work will detail the development of the 2020 internship at the Daniel Alcides Carrión National Hospital before and after the appearance of the SARS COV 2 virus.

A concise explanation was made of the experiences lived, the skills and abilities achieved in each of the rotations carried out before and after the pandemic. Likewise, the objectives expected at the beginning of the internship were named and how they were achieved, the limitations presented in the course of the rotations were detailed, and how each of these were overcome.

16 clinical cases were presented (04 for each rotation), and the management of each of them was briefly discussed, comparing them with the most up-to-date evidence.

In the same way, the characteristics of the hospital center where the medical internship was carried out were detailed; as well as the repercussions that the pandemic caused in this hospital.

Finally, it is expected that this work will serve as a basis for future generations of interns and for the next decisions to be made about the medical internship.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo informar el desarrollo del internado médico 2020 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (H.N.D.A.C), mencionar las experiencias en las rotaciones, algunos casos clínicos observados, discutir el manejo planteado en cada uno de ellos, así mismo, hacer una comparación situacional del internado antes y después de la aparición del virus SARS COV 2.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es un establecimiento de salud de tercer nivel considerado el de mayor complejidad de la región Callao, siendo un hospital de referencia nacional para la atención especializada y sede docente de universidades públicas y privadas. (1)

La salud es uno de los principales objetivos para garantizar el desarrollo de la población, por lo que es indispensable la formación de profesionales de salud que tengan una adecuada capacidad resolutive frente a las diferentes circunstancias durante su desarrollo laboral, más aún en el contexto actual de pandemia, la cual ha generado una gran repercusión en los distintos aspectos del estado, no siendo ajeno el impacto ocasionado sobre la formación académica y profesional de los futuros médicos peruanos, en especial en el desarrollo del internado médico.

El internado médico es el último año de la carrera de medicina humana, en el cual el estudiante integra las habilidades teórico-prácticas aprendidas los años universitarios previos en un ambiente real.

Durante esta etapa el futuro médico tendrá un trato directo con los pacientes y el hospital, en el cual no solo aprenderá nuevos conocimientos, destrezas, habilidades y aptitudes, sino también desarrollará la parte humana de la carrera que incluye el desarrollo de la empatía hacia los demás, el trabajo en equipo con el resto del personal de salud, liderazgo y vocación de servicio.

En el Perú, el proyecto de ley N° 6969, establece el régimen especial que regula la modalidad formativa de las prácticas profesionales del internado en ciencias de la salud, este proyecto menciona las disposiciones en el marco legal, como el horario de prácticas pre profesionales de 150 horas mensuales, y la compensación remunerativa mensual de 400 soles mensuales, mencionados en el Decreto Supremo N° 020-2002-EF y Decreto Supremo N° 003-2008-TR, respectivamente (2). Teniendo en cuenta que, aplicado a la experiencia real, estas disposiciones no son cumplidas, ya que la mayoría de los internos están sobrecargados laboralmente cumpliendo horarios muy extensos.

Otro punto importante a señalar son los riesgos a los cuales los internos de medicina están expuestos, como los accidentes con agentes físicos, biológicos y químicos que pueden perjudicar hasta el 85% de estudiantes (2).

Debido a la pandemia que atravesamos, la formación del médico peruano se ha visto afectada, en un principio en marzo del 2020 se suspendieron las prácticas pre profesionales de los internos de ciencias de la salud, generando mucha intriga y preocupación sobre el futuro profesional de los estudiantes.

Después de varios meses de incertidumbre, en agosto del 2020 se promulga el Decreto de Urgencia N° 090-2020, el cual menciona los mínimos requisitos, el procedimiento y las responsabilidades para la reanudación del internado. Dentro de los requisitos se señala que el interno debe expresar la voluntad de reincorporarse, estar registrado en el Registro Nacional del Personal de Salud,

ser contratado por el Ministerio de Salud, contar con un seguro médico y con equipos de protección personal. Respecto al procedimiento, el Ministerio de Salud pone a disposición los establecimientos de salud I-3 y I-4 del primer nivel de atención y algunos hospitales del segundo y tercer nivel de atención, aclarando que los internos no deben entrar a áreas COVID. Además, se menciona que el desarrollo de las actividades del internado médico se realizará de lunes a sábado de 7:00 a 13:00, acudiendo solo 15 días al mes, con una remuneración mensual no menor de la mínima vital (930 soles) (3).

Teniendo en cuenta el temor de muchos internos del posible contagio, llevó a que muchos de ellos rechacen la posibilidad de reincorporarse.

El desarrollo del internado durante la pandemia llevó a muchas limitaciones, entre ellas la imposibilidad de mantener un trato cercano y continuo con los pacientes por el riesgo de contagio, menores oportunidades de aprendizaje y de adquisición de habilidades y destrezas, menor afluencia de pacientes debido a la limitación que había por la división de pacientes COVID y NO COVID, y por el contrario en ciertas especialidades donde las atenciones estaban centradas hacia una sola patología.

A inicio del internado 2020 en el Hospital Daniel Alcides Carrión se brindaron charlas informativas a los internos de medicina sobre las funciones que debe cumplir el futuro médico en los distintos servicios, cursos de bioseguridad, reanimación cardio pulmonar, atención en emergencias (triaje), entre otros. El internado médico realizado antes de la pandemia en el Hospital Daniel Alcides Carrión transcurrió con la aparente normalidad de años anteriores, se acudía todos los días, no existía horario de salida, había guardias nocturnas y diurnas, existía una mayor afluencia de pacientes, por lo tanto, se veían patologías más variadas, asegurando un mejor aprendizaje.

A diferencia del internado médico realizado en pandemia, el cual se reanudó el 12 de octubre en el que se evidenciaron las limitaciones mencionadas en párrafos anteriores, agregándose la carencia de guardias nocturnas, cirugías electivas y menores, consultorio externo, siendo este último reemplazado por las tele

consultas los cuales no permiten desarrollar las habilidades clínicas del futuro médico. A su vez, se atendieron menos partos, se realizaron menos procedimientos de los idealmente esperados en el año de internado habitual; los internos tuvieron restricción de ingresar a áreas respiratorias, lo cual dificultó el aprendizaje y manejo de patologías respiratorias NO COVID.

De acuerdo a lo expuesto, resulta importante conocer las circunstancias y experiencias en las que los futuros médicos desarrollan el internado actualmente, lo cual servirá de base para los futuros internos formados en pandemia.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico constituye la etapa crucial de todo estudiante de medicina para poder desenvolverse a futuro como médico, y posteriormente como médico especialista.

Este es el proceso de adaptación de las aulas universitarias a la vida hospitalaria del médico, en el cual el estudiante aplicará por primera vez sus conocimientos, aprenderá nuevas habilidades, en muchas ocasiones le servirá para inclinarse a la especialidad que elegirá posteriormente, además conocerá de primera mano el significado de la muerte, el cansancio, la frustración, la impotencia, reconocerá sus debilidades, pero aprenderá nuevas fortalezas para poder desenvolverse, en primera instancia en el servicio rural que desarrollará el año próximo en cual tendrá que aplicar todo lo aprendido durante este año.

Las expectativas esperadas durante el internado médico básicamente fueron las siguientes:

- Tener la capacidad de resolutive de atender a pacientes con las patologías más frecuentes, principalmente en el primer nivel de atención:
 - Medicina Interna:
 - Promoción y prevención de enfermedades metabólicas.
 - Promoción y prevención de la salud mental.
 - Neumonía intrahospitalaria, tuberculosis.

- Manejo de la infección por el virus SARS – COV 2.
 - Reanimación cardiopulmonar.
 - Diarrea aguda y crónica.
 - Enfermedad esofágica por reflujo.
 - Enfermedad renal aguda.
 - Entre otras.
- Ginecología:
 - Atención de parto.
 - Salud sexual y reproductiva.
 - Control prenatal.
 - Enfermedades obstétricas.
 - Vulvovaginitis.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Pediatría:
 - Atención inmediata del recién nacido.
 - Enfermedades del recién nacido: onfalitis, sepsis neonatal, conjuntivitis, síndrome de distrés respiratorio.
 - Diarrea aguda, deshidratación.
 - Infecciones respiratorias altas y bajas.
 - Síndrome febril.
 - Enfermedades exantemáticas.
- Cirugía:
 - Abdomen agudo quirúrgico: colecistitis aguda, apendicitis agudas, diverticulitis etc.
 - Accidente con arma punzo cortante.
 - Mordedura de perro.
 - Hernias.
 - Obstrucción intestinal.

- Patologías ano rectales.
 - Atención inicial de quemaduras.
 - Manejo del paciente politraumatizado.
-
- Adquirir habilidades y destrezas en las diferentes rotaciones: curación de heridas, atención de parto, procedimientos ginecológicos: legrado uterino, colocación de métodos anticonceptivos, atención inmediata del recién nacido, sutura de heridas, colocación de yeso y férulas, paracentesis, artrocentesis, toracocentesis, toma de sangre venosa y arterial, punción lumbar, colocación de sonda nasogástrica y sonda Foley, entre otras.

 - Desarrollar la capacidad del trabajo en equipo, caracterizado por un trabajo articulado con el resto del personal de salud y las diferentes especialidades médicas.

 - Fortalecer el vínculo médico paciente.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión permitió a los investigadores del presente trabajo el desarrollo de la mayoría de las expectativas mencionadas; sin embargo, cabe resaltar que algunos otras no fueron totalmente alcanzadas debido a las limitaciones dadas por la actual pandemia.

En el transcurso del internado realizado en el H.N.D.A.C se observan múltiples pacientes con diversas patologías, de las cuales se puede destacar los siguientes casos vistos en cada rotación:

CIRUGÍA GENERAL

CASO CLÍNICO 01

Paciente mujer de 19 años de edad, niega antecedentes médicos y quirúrgicos, ingresa por emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de +/- 10 horas de

evolución, iniciando con dolor tipo cólico de intensidad 5/10 en mesogastrio, con el transcurso de las horas se añade hiporexia, sensación nauseosa, niega vómitos y dolor se traslada a fosa iliaca derecha aumentando de intensidad (10/10) y sensación de alza térmica no cuantificada, síntomas persisten por lo que acude a emergencia del HNDAC.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 98 lpm.
 - ✓ FR: 20 rpm.
 - ✓ PA: 100/60 mmHg.
 - ✓ T°: 38.3°C (axilar corregida).
 - ✓ SatO2: 98%.

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Abdomen: Levemente distendido, no cicatrices, levemente depresible en cuadrante inferior derecho, doloroso a la palpación superficial y profunda de manera difusa a predominio de fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney positivo, signo de Blumberg negativo, Signo de Mussy negativo, ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia e intensidad, matidez en fosa iliaca derecha.

- Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):
 - ✓ Hemograma: Leucocitos: 14.200, neutrófilos: 78%, abastionados: 4% linfocitos: 20%, Hemoglobina: 13.8 g/dl, hematocrito: 44%.
 - ✓ Ecografía de abdomen: Imagen tubular de 60 x 12 mm, no compresible, aumento de la ecogenicidad peri apendicular, presencia de líquido libre en cuadrante inferior derecho.

- Diagnóstico:
 1. Síndrome doloroso abdominal.
 - 1.1. Apendicitis aguda.

- Plan de trabajo y tratamiento:
 - ✓ NPO.
 - ✓ Analgesia – hidratación.
 - ✓ Paciente es programado a sala para apendicectomía laparoscópica.

- Diagnóstico post operatorio:
 - ✓ Apendicitis aguda supurada.

Paciente tiene evolución favorable en el post operatorio, es trasladado a piso de cirugía 1.

CASO CLÍNICO 02

Paciente varón de 43 años de edad, niega antecedentes médicos, con antecedente quirúrgico por trauma abdominal abierto por arma blanca hace 15 años, que ingresa por emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de +/- 6 días de evolución, caracterizado por 6 días antes del ingreso por dolor abdominal tipo cólico en los cuatro cuadrantes asociado a dificultad para la defecación, es tratado con antiespasmódicos con disminución temporal del dolor hasta que 3 días antes del ingreso el dolor se intensifica y se agrega distensión abdominal y vómitos de apariencia fecaloidea, ante persistencia y agravamiento de síntomas acude a emergencia del HNDAC.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 124 lpm.
 - ✓ FR: 18 rpm.
 - ✓ PA: 126/74 mmHg.
 - ✓ T°: 37°C
 - ✓ Sat Oxígeno: 99%

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Abdomen: Distendido, cicatriz mediana supra e infraumbilical de +/- 15 cm, blando, levemente depresible, doloroso a la palpación profunda en 4 cuadrantes, signo de rebote negativo ruidos hidroaéreos ausentes, timpanismo incrementado.

- Exámenes de laboratorio e imágenes:
 - ✓ Hemograma: Leucocitos: 15.500, Neutrófilos: 90%, Abastionados: 0% Hemoglobina: 11,2 mg/dl, hematocrito: 44.6%, Plaquetas 247 000.
 - ✓ Rx simple de abdomen evidencia asas intestinales dilatadas con múltiples niveles hidroaéreos.

- Diagnóstico:
 1. Abdomen agudo quirúrgico.
 - 1.1. D/C Obstrucción intestinal.

- Plan de trabajo y tratamiento:
 - ✓ NPO.
 - ✓ Se indica analgesia – hidratación – colocación de SNG.

Paciente en el transcurso de las primeras 16 horas en la emergencia, no muestra mejoría ante tratamiento indicado, por lo que se le programa a laparatomía exploratoria.

- Hallazgos:
 - ✓ Se evidencia un segmento de ileon distal adherido a la pared abdominal, con dilatación de asas proximales de hasta 4 cm.

- Diagnóstico post operatorio:
 - ✓ Obstrucción intestinal de ileon distal por adherencias.

Paciente pasa a piso de cirugía 1, evoluciona con ileo post operatorio, responde adecuadamente al tratamiento médico (procinéticos y SNG), a las 72 horas inicia tolerancia oral con dieta líquida sin complicaciones, es dado de alto a las 48 horas.

CASO CLÍNICO 03

Paciente mujer de 51 años de edad, obesa, niega antecedentes médicos y quirúrgicos, ingresa por emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 18 horas, caracterizado por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de moderada intensidad que cede parcialmente con sintomáticos. +/- 8 horas antes del ingreso dolor reaparece con las mismas características, aumentado en intensidad tras la ingesta de comida grasosa, con el transcurso de las horas dolor se agrava, añadiéndose náuseas y sensación de alza térmica no cuantificada por lo que acude a emergencia del H. N. D. A. C.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 96 lpm.
 - ✓ FR: 18 rpm.
 - ✓ PA: 120/80 mmHg.
 - ✓ T°: 38.2°C (axilar corregida).
 - ✓ SatO2: 99%.

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Abdomen: globuloso, no cicatrices, blando, depresible, ruidos hidroaéreos conservados, doloroso a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo, rebote negativo, matidez en hipocondrio derecho.

- Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):
 - ✓ Hemograma: Leucocitos: 17 100, Hemoglobina: 12.3 g/dl, PCR: 5.4 mg/dL
 - ✓ Ecografía de abdomen:
Vías biliares intra y extrahepáticas no dilatadas.
Vesícula biliar: Mide 112 x 31 mm. Pared de 5mm, engrosada y edematosa. Contenido: Presencia de múltiples imágenes litiásicas en promedio de 15 mm.

- Diagnóstico:
 1. Síndrome doloroso abdominal.
 - 1.1. Colecistitis aguda calculosa leve.

- Plan de trabajo y tratamiento:
 - ✓ NPO.
 - ✓ Analgesia – hidratación.
 - ✓ Se decide hospitalización para completar exámenes pre quirúrgicos y programar posterior colecistectomía laparoscópica.

Paciente se somete a cirugía 2 días después de hospitalización.

- Hallazgos:
 - ✓ Vesícula biliar de 10 x 5 cm, de paredes muy engrosadas, edematosas, con contenido biliar, múltiples cálculos, el mayor de +/- 12 mm impactado en bacinete.

- Diagnóstico post operatorio:
 - ✓ Colecistitis aguda calculosa + hidrocolecisto.

Paciente presenta evolución favorable post operatoria, se decide pase a piso de cirugía 1 donde es recibe tratamiento analgésico y antibioticoterapia por 3 días,

paciente evoluciona sin complicaciones, decidiéndose alto médica, regresa a casa con tratamiento condicional al dolor.

CASO CLÍNICO 04

Paciente varón de 69 años, con antecedente de hipertensión arterial con tratamiento regular desde hace 16 años, antecedente quirúrgico de amigdalectomía hace 40 años, refiere que hace 5 años nota masa en región umbilical la cual ha incrementado de tamaño en el transcurso del tiempo generándole leve dolor al esfuerzo físico intenso, por lo que acude a consultorio externo de cirugía.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 78 lpm.
 - ✓ FR: 17 rpm.
 - ✓ PA: 120/70 mmHg.
 - ✓ T°: 36.5°C.
 - ✓ SatO2: 98%.

- Examen físico:
 - ✓ Abdomen: Globuloso, no cicatrices, tumoración en cicatriz umbilical, sin signos de flogosis, blando depresible, se palpa masa blanda no móvil de 4 x 3 cm, no doloroso a la palpación, timpanismo conservado.

Paciente completa pre quirúrgicos sin ninguna contraindicación.

Ecografía abdominal: se evidencia imagen hipoecogénica de 36x33 mm que protruye por encima de cicatriz umbilical, con anillo de 20 mm.

Paciente es programado a cirugía, en la cual se realiza reparación abierta en la que se identifica saco herniario conteniendo epiplón, se reduce defecto y se realiza cierre con sutura no absorbible.

Paciente es trasladado a piso de cirugía 1 evolucionando favorablemente, es dado de alta al día siguiente.

PEDIATRÍA

CASO CLÍNICO 05

Paciente varón de 1 año y 6 meses de edad, sin antecedentes médicos y quirúrgicos, cuenta con inmunizaciones completas para la edad. Acude con su madre la cual refiere que desde hace 3 días paciente presenta deposiciones líquidas con moco sin sangre en más de 4 oportunidades diarias, vómitos alimentarios en 8 ocasiones, asociado a sensación de alza térmica cuantificada (38.2°C), acude a emergencia por persistencia de síntomas.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 140 lpm
 - ✓ FR: 25 rpm.
 - ✓ PA: 100/60 mmHg.
 - ✓ T°: 38.5°C.
 - ✓ Sat O2: 99%

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Piel: Tibia, poco hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral seca.
 - ✓ Ojos hundidos.
 - ✓ Abdomen: Plano, RHA (+) aumentados en intensidad, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
 - ✓ SNC: Despierto, reactivo a estímulos.

- Exámenes de laboratorio solicitados:
 - ✓ Hemograma: Leucocitos 10 500 mm³, abastionados 0%
 - ✓ Reacción inflamatoria en heces: Negativo.

- Diagnóstico:
 1. Enfermedad diarreica aguda con signos de deshidratación.
 2. Síndrome emético.
 3. Síndrome febril.

- Plan de trabajo:
 - ✓ NPO.
 - ✓ Antieméticos → Ondansetron.
 - ✓ Antipiréticos.
 - ✓ Tolerancia oral con SRO.
 - ✓ CFV.

Durante la estancia en la emergencia, se indica ondansetron, después de 40 minutos se prueba tolerancia oral con SRO (5 cc cada 5 minutos) la cual tolera sin complicaciones.

CASO CLÍNICO 06

Paciente femenino de 6 años es traída a emergencia por madre que menciona un tiempo de enfermedad de +/- 1 día, madre refiere que menor se toca el oído constantemente quejándose de dolor, niega fiebre, niega náuseas y vómitos, ante persistencia del cuadro decide acudir a emergencia del H.N.D.A.C.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 100 lpm.
 - ✓ FR: 20 rpm.
 - ✓ PA: 106/72 mmHg.
 - ✓ T°: 36.8°C.
 - ✓ SatO2: 99%.

- Examen físico (datos positivos):

- ✓ Otoscopia: Se encontró paredes de conducto auditivo externo levemente edematizadas en su tercio interno, no signos de sangrado, no secreciones, hallazgo de cuerpo extraño en tercio interno de conducto auditivo externo “semilla de papaya”.

- Diagnóstico:
 1. Cuerpo extraño en conducto auditivo externo.

- Tratamiento:
 - ✓ I/C al servicio de Otorrinolaringología para extracción de cuerpo extraño.
 - ✓ Analgésicos.
 - ✓ Antiinflamatorios.

Se pudo retirar el cuerpo extraño sin complicaciones, es dado de alta con tratamiento para el dolor y edema de conducto auditivo por 3 días.

CASO CLÍNICO 07

Paciente masculino de 5 años de edad es traído a emergencia por madre que menciona un tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 días, refiere que 5 días antes del ingreso menor presenta prurito a predominio de tórax el cual genera llanto, 3 días antes del ingreso aparecen lesiones tipo pápulo eritematosas en axilas y región mamilar que con el transcurso de los días se generalizan hasta abarcan todo el cuerpo, niega fiebre, niega náuseas y vómitos, síntomas persisten hasta que imposibilitan la alimentación y afectan el sueño por lo que madre decide traerlo a la emergencia del H.N.D.A.C.

Madre refiere que menor ha recibido todas las vacunas para la edad, refiere cuadro similar en resto de familia.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 90 lpm.

- ✓ FR: 19 rpm.
- ✓ PA: 98/72.
- ✓ T°: 36.5°C
- ✓ SatO2: 99%
- ✓ FiO2: 0.21

- Examen físico (datos positivos):
 - Paciente quejumbroso, despierto con tendencia al llanto, al examen físico:
 - ✓ Piel y TCSC: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, lesiones tipo pápulo – eritematosas en codo, muñecas, rodilla y pies, presencia de lesiones costrosas tipo mielicéricas en miembros superiores e inferiores, presencia de lesiones tipo estrías en flexura de codos, axilas y región interdigital de manos y pies.

- Diagnóstico
 1. Síndrome papular eritematoso.
 - 1.1. Escabiosis impetiginizada

- Tratamiento:
 - ✓ Dieta completa + líquido a voluntad.
 - ✓ Higiene local para paciente y para toda la familia.
 - ✓ Anti histamínicos, analgésicos.
 - ✓ Antibioticoterapia para las lesiones impetiginizadas.
 - ✓ Permetrina al 5% (crema) para paciente y familia.

Paciente regresa a casa para seguir indicaciones médicas por 15 días, y una posterior reevaluación por teleconsulta.

CASO CLÍNICO 08

Paciente masculino de 7 años de edad, acude a emergencia acompañado de madre que menciona un tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 días,

refiere que 4 días antes del ingreso menor presenta fiebre (cuantificada en 39°C), acude a emergencia donde le tratan con sintomáticos para la fiebre la cual remite temporalmente, fiebre retorna con las mismas características y se asocia la aparición de lesiones tipo “ampollas” en cara, que con el paso de las horas fueron apareciendo en cabeza, tronco y miembros superiores e inferiores, 1 día antes del ingreso se presenta picazón generalizada provocando heridas en miembros inferiores, motivo por el cual acude a emergencia del H.N.D.A.C.

Madre refiere que menor recibió todas las vacunas para su edad, además refiere un cuadro de “resfrío” 2 semanas antes del ingreso a emergencia.

- Funciones vitales:

- ✓ FC: 90 lpm.
- ✓ FR: 19 rpm.
- ✓ PA: 110/70 mmHg.
- ✓ T°: 38.2°C
- ✓ SatO2: 99%
- ✓ FiO2: 0.21

- Examen físico (datos positivos):

Paciente quejumbroso, despierto, hiperactivo, al examen físico:

- ✓ Piel y TCSC: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no cianosis, no edemas, presencia de lesiones tipo vesículas de distribución generalizada, presencia de lesiones tipo pápulas de diversos tamaños (entre 0.5 – 1 cm), presencia de lesiones costrosas a predominio de tronco y miembros inferiores.

- Diagnóstico:

1. Síndrome exantemático febril.
 - 1.1. Varicela zoster.

- Tratamiento:

Se le explica a la madre que está cursando con una infección viral, que necesita tratamiento para los síntomas (fiebre, dolor, picazón) mientras se resuelve la enfermedad, se le menciona que no es necesario la toma de antibióticos para resolver el problema principal, a menos que haya infección de las heridas generadas por el continuo rascado.

- ✓ Dieta completa + líquido a voluntad.
- ✓ Anti piréticos.
- ✓ Analgésicos.
- ✓ Anti pruriginosos.

Se deja tratamiento para reevaluación por teleconsulta en 5 días.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO 09

Paciente mujer de 34 años cursa con gestación de 36 semanas 5 días diagnosticada por ecografía del primer trimestre, con antecedente de obesidad grado 1, niega antecedentes quirúrgicos, G:1 P:0000, cuenta con 5 controles prenatales en los cuales no se evidencia ninguna alteración, ingresa por emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por cefalea global y zumbido de oídos.

- Funciones vitales al ingreso:
 - ✓ FC: 93 lpm.
 - ✓ FR: 19 rpm.
 - ✓ PA: 150/90 mmHg.
 - ✓ T°: 36.6°C.
 - ✓ Sat O2: 98%%.

- Examen físico (datos positivos):

- ✓ Piel y TCSC: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos.
 - ✓ Abdomen: Altura uterina: 30 cm, Dinámica uterina: ausente, Latidos cardiacos fetales: 142 lpm, Movimientos fetales: ++/+++, SPP: LPD.
 - ✓ Tacto vaginal: Cérvix dehisciente a 1 dedo, no borramiento cervical, altura -3, cuello firme, posición posterior.
- Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):
 - ✓ Hemograma: Plaquetas 90 000 mm³.
 - ✓ Creatinina: 1.5 mg/Dl.
 - ✓ Perfil hepático: TGO 50 U/L.
 - ✓ Examen de orina: proteínas +.

Se evalúa funciones vitales a las 5 horas encontrándose una PA 170/110 mm Hg.

- Diagnóstico:
 1. Primigesta de 36 semanas 3 días por ecografía del primer trimestre.
 2. Enfermedad hipertensiva del embarazo.
 - Preeclampsia con criterios de severidad
 3. Feto en pelviano.
 4. No trabajo de parto.
- Plan de trabajo y tratamiento:
 - ✓ Hemograma, perfil hepático, creatinina, examen de orina.
 - ✓ CFV – MMF.
 - ✓ Hospitalización.
 - ✓ Hidratación.
 - ✓ Iniciar sulfato de magnesio dosis de ataque y mantenimiento.
 - ✓ Colocación de sonda Foley.
 - ✓ Antihipertensivos: Nifedipino 10 mg (Dosis de ataque), nifedipino horario 10 mg c/ 6 horas.

Paciente evoluciona favorablemente, presiones se mantienen < 160/110 por lo que no necesita que se le añada otros antihipertensivos, se decide indicar cesárea de emergencia.

CASO CLÍNICO 10

Paciente de 33 años de edad que cursa con gestación de 34 semanas 5 días por ecografía de primer trimestre, niega antecedentes médicos y quirúrgicos, G:1 P:0101, acude a la emergencia por presentar contracciones uterinas regulares desde hace aproximadamente 12 horas, niega pérdida de líquido y/o sangrado, percibe movimientos fetales.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 82 lpm.
 - ✓ FR: 17 rpm.
 - ✓ PA: 110/70 mmHg.
 - ✓ T°: 36.5°C.
 - ✓ Sat O2: 98%.

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Abdomen: Globuloso, abdomen ocupado por útero grávido, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA (+). AU: 32 cm, SPP: LCD, LCF: 130-132 lpm, MF: presentes, DU: 1 contracción cada 10 minutos.
 - ✓ Tacto vaginal: Dehiscente a 1 dedo, AP: - 3 cm, I: 50%, P: posterior, M: íntegras, C: intermedia.

- Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):
 - ✓ Ecografía transvaginal: Longitud cervical 18 mm → Alto riesgo de parto pretérmino.

- Diagnóstico:
 1. Segundigesta de 34 semanas 5 días por ecografía de primer trimestre.
 2. Amenaza de parto pre término.

- Plan de trabajo:
 - ✓ Pase a Unidad de Embarazo Patológico
 - ✓ Corticoterapia. Dexametasona 04 dosis completas
 - ✓ Tocólisis con Nifedipino.
 - ✓ MMF + CFV.

Durante la hospitalización paciente evoluciona favorablemente, a los dos días el examen físico revela dinámica uterina ausente, cambios cervicales no progresan, se completa corticoterapia (04 dosis de Dexametasona c/6h), es dada de alta, se cita a paciente por consultorio de Ginecología en 1 semana, se explican signos de alarma.

CASO CLÍNICO 11

Paciente de 20 años de edad que cursa con gestación de 28 semanas 6 días por ecografía de primer trimestre, niega antecedentes médicos, refiere cesárea previa por macrosomía fetal hace dos años, G:2 P:1001, acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido y sangrado, el día del ingreso se agrega sensación de alza térmica cuantificada (38.5°C) y dolor lumbar.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 95 lpm.
 - ✓ FR: 18 rpm.
 - ✓ PA: 120/80 mmHg.
 - ✓ T°: 38.5°C.

- ✓ Sat O2: 99%.

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Abdomen: Globuloso, abdomen ocupado por útero grávido, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA (+) AU: 27.5 cm, SPP: LCD, LCF: 138 lpm, MF: presentes, DU: ausente.
 - ✓ Genitourinario: PPL izquierdo (+).
 - ✓ Tacto vaginal: cuello cerrado, AP: - 3 cm, P: posterior, M: íntegras, C: firme

- Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):
 - ✓ Hemograma: leucocitos 14 000, hemoglobina: 12.5 g/dL, plaquetas: 348 000.
 - ✓ PCR: 12 mg/dL
 - ✓ Examen de orina: 15-20 leucocitos por campo, nitritos positivos.

- Diagnóstico:
 1. Segundigesta 28 semanas 6 días por ecografía del primer trimestre.
 2. No trabajo de parto.
 3. Síndrome febril: Pielonefritis aguda.

- Plan de trabajo:
 - ✓ Pase a Unidad de Embarazo Patológico.
 - ✓ Urocultivo.
 - ✓ Antibioticoterapia empírica.
 - ✓ Antipiréticos PRN T° $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$
 - ✓ Hidratación.
 - ✓ MMF + CFV.

Paciente recibe antibioticoterapia empírica con ceftriaxona 2 g EV C/ 24 horas, no se dispone de urocultivo en el hospital, por lo que la paciente debe cubrir el costo; sin embargo, no cuenta con los recursos.

Tras 2 días afebril y notable mejoría clínica, paciente es dada de alta médica con antibióticos por vía oral para completar tratamiento.

CASO CLÍNICO 12

Paciente mujer de 35 años, sin antecedentes médicos, con antecedente de cirugía por peritonitis generalizada por apendicitis aguda necrosada y de AMEU por aborto incompleto el año pasado. G2P1011. Acude a emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 10 días caracterizado por dolor tipo cólico en hipogastrio y sangrado vaginal escaso. No recuerda fecha de última regla.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 89 lpm.
 - ✓ FR: 17 rpm.
 - ✓ PA: 110/60 mmHg.
 - ✓ T°: 36.5°C.
 - ✓ Sat O2: 99%.

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Tacto vaginal: cuello cerrado, anterior, blando aumentado en grosor, se evidencia escaso sangrado.

- Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):
 - ✓ Ecografía transvaginal: útero de 11 cm, presencia de saco gestacional en canal cervical de 25mm de diámetro, endometrio engrosado. saco gestacional en canal cervical puede corresponder a embarazo ectópico cervical.
 - ✓ B-HCG: 1200 mUI/mL.

- Diagnóstico:
 1. Embarazo ectópico cervical.

- Plan de trabajo:
 - ✓ Hospitalización.
 - ✓ Tratamiento médico con metrotexate 50 mg/m2.
 - ✓ Perfil hepático, Urea, Creatinina.
 - ✓ CFV.

Paciente evoluciona favorablemente, se realizó control de bHCG a los 4 días (280 mUI/mL) y a la semana (120 mUI/mL), además de control ecográfico el cual evidenciaba la desaparición del saco gestacional, paciente es dada de alta con indicaciones médicas.

MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO 13

Paciente varón de 52 años de edad, sin antecedentes médicos y quirúrgicos, que ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 días, refiere que 7 días antes del ingreso inició con malestar general y rinorrea, 5 días antes del ingreso se le agrega fiebre no cuantificada y malestar general, síntomas persisten hasta que 2 días antes del ingreso paciente desarrolla dolor de tórax y sensación de falta de aire a leves esfuerzos que se acentuaron hasta llegar a sensación de falta de aire al reposo, motivo por el cual acude a emergencia del HNDAC.

Paciente es hospitalizado en área COVID donde se confirma el diagnóstico, se le solicita tomografía de tórax sin contraste hallándose compromiso pulmonar en patrón de vidrio esmerilado en un 60%, paciente recibe oxigenoterapia y tratamiento preventivo para las complicaciones del COVID.

Tras completar estancia por 2 semanas, paciente es derivado al servicio de medicina interna 7°B para destete progresivo de oxígeno y tratamiento de secuela de neumonía por SARS – Cov2.

- Funciones vitales:
 - ✓ Frecuencia cardiaca: 104 lpm.
 - ✓ Frecuencia respiratoria: 22 rpm.
 - ✓ Presión arterial: 100/60 mmHg.
 - ✓ Temperatura: 37.2°C
 - ✓ Saturación de O2: 96%
 - ✓ FiO2: 0.60 (máscara reservorio c/ reinhalación a 8L/min)

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Tórax y pulmones: Amplexación disminuida, sin tirajes, murmullo vesicular pasa rudamente en ambos hemitórax, presencia de crepitantes gruesos difusos a predominio de ambas bases de tórax.

- Exámenes de laboratorio:
 - ✓ PCR – SARS COV2: Positivo

- Diagnóstico:
 1. Insuficiencia respiratoria aguda con oxígeno.
 - 1.1. Secuela pulmonar de neumonía por Sars – Cov2.

- Plan de trabajo y tratamiento:
 - ✓ Dieta completa + líquidos a voluntad.
 - ✓ Analgesia + antipiréticos (PRN T°> o igual a 38°C)
 - ✓ Mantener saturación entre 94 – 98%.
 - ✓ Hemograma, PCR, glucosa, urea, creatinina seriadas (condicional a desmejoría clínica).
 - ✓ AGA seriado (condicional a desmejoría clínica).

Paciente al cual se le fue bajando gradualmente el FiO₂, evoluciona con saturaciones dentro de los parámetros recomendados, tras 2 semanas de estancia en hospitalización, de las cuales los 3 últimos días saturando 97% con un FiO₂ al 21% sin complicaciones o interurrencias, es dado de alta con descanso médico por 1 semana.

CASO CLÍNICO 14

Paciente mujer de 48 años de edad, con antecedente de cólico vesicular a repetición desde hace aproximadamente 6 meses, niega antecedentes quirúrgicos, refiere que aproximadamente 6 meses antes del ingreso presenta dolor tipo cólico asociado a la ingesta de comidas grasosas o copiosas, acude a emergencia en múltiples oportunidades donde se le trataba con sintomáticos para el dolor y antiespasmódicos, refiere un tiempo de enfermedad actualmente de aproximadamente 14 horas caracterizado por dolor tipo cólico que se irradia en forma de cinturón, sensación nauseosa y vómitos en 4 episodios, debido a que síntomas persistían es que decide acudir a emergencias del HNDAC.

- Funciones vitales:
 - ✓ Frecuencia cardíaca: 106 lpm.
 - ✓ Frecuencia respiratoria: 20 rpm.
 - ✓ Presión arterial: 130/80 mmHg.
 - ✓ Temperatura: 37.3°C
 - ✓ Saturación de O₂: 98%

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Abdomen: levemente distendido, no cicatrices, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, rebote negativo, ruidos hidroaéreos levemente disminuidos en frecuencia e intensidad, timpanismo conservado.

- Diagnóstico presuntivo:

1. Síndrome doloroso abdominal.
 - 1.1. D/C pancreatitis aguda.
 - 1.2. D/C obstrucción intestinal.
- Plan de trabajo:
 - ✓ Hemograma, PCR.
 - ✓ Glucosa, urea, creatinina.
 - ✓ Perfil hepático.
 - ✓ Perfil de coagulación.
 - ✓ Amilasa y lipasa.
 - ✓ Radiografía de abdomen simple de pie y decúbito.

 - Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):
 - ✓ Amilasa pancreática: 578 U/L.
 - ✓ Lipasa pancreática: 214 U/L.

 - Diagnóstico:
 1. Síndrome doloroso abdominal.
 - 1.1. Pancreatitis aguda leve.

 - Plan de trabajo y tratamiento:
 - ✓ NPO.
 - ✓ Hidratación endovenosa + reposición electrolítica (en caso lo necesite).
 - ✓ Analgesia.
 - ✓ Soporte nutricional.

Paciente pasa a tópico 2 de medicina interna para control de funciones vitales y tratamiento médico, se reinstala dieta blanda por vía oral tras ausencia de dolor la cual es tolerada al tercer día de hospitalización, paciente cursa sin complicaciones y con normalización de los ruidos hidroaéreos y valores de laboratorio. Es dado de alta al séptimo día por buena evolución clínica.

CASO CLÍNICO 15

Paciente mujer de 63 años de edad, obesa, diagnosticada de Diabetes Mellitus tipo II desde hace aproximadamente 8 años en tratamiento con insulina NPH 30 U en la mañana y 25 U en la noche, niega antecedentes quirúrgicos, ingresa a emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 días caracterizado por polidipsia, polifagia, poliuria, malestar general y dolor abdominal difuso, sensación nauseosa y vómitos en 5 ocasiones, en asociación con aumentos progresivos de la glucosa (última glucosa de la mañana en 293), acude a emergencia del HNDAC por persistencia de síntomas.

- Funciones vitales:
 - ✓ Frecuencia cardiaca: 115 lpm
 - ✓ Frecuencia respiratoria: 26 rpm.
 - ✓ Presión arterial: 136/82 mmHg
 - ✓ Temperatura: 37°C
 - ✓ Saturación de O₂: 97%

- Examen físico (datos positivos):
 - ✓ Piel y TCSC: Tibia, poco elástica, levemente deshidratada, llenado capilar < 2 segundos, no ictericia, no cianosis, no edemas.
 - ✓ Abdomen: globuloso, no cicatrices, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, Blumberg negativo, timpanismo conservado.

- Diagnóstico presuntivo:
 1. Hiperglicemia
 - 1.1. D/C cetoacidosis diabética vs síndrome hiperosmolar hiperglicémico.

- Plan de trabajo:
 - ✓ AGA y Examen de orina simple.
 - ✓ Hemograma y PCR.
 - ✓ Glucosa, urea y creatinina.
 - ✓ Perfil de coagulación.
 - ✓ Perfil hepático.

- Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):
 - ✓ AGA: pH: 7.26, PO₂: 94 mmHg, PCO₂: 32 mmHg, HCO₃: 15.4 mmol/L, Glucosa: 341 mg/dl, K⁺: 3.7 mmol/L, Na⁺: 132 mEq/L.
 - ✓ Examen de orina: glucosa y cuerpos cetónicos en orina: +++, resto de parámetros normales.

- Diagnóstico final:
 1. Hiperglicemia
 - 1.2. Cetoacidosis diabética.

- Tratamiento:
 - ✓ Hidratación (con NaCl al 0.45 – 0.9% a razón de 500 – 1000ml/h, en relación a el nivel de Na⁺ en AGA).
 - ✓ Restitución electrolítica (verificar valores de K⁺ en el AGA antes de la insulino terapia).
 - ✓ Insulino terapia (Insulina R – cristalina → 0.1 U/kg/bolo, luego infusión de 0.1 U/kg/h endovenoso).

En emergencia se inicia hidratación con suero fisiológico al 0.9% y se le administra insulina R – cristalina en bolo y luego en bomba de infusión, con controles seriados de glucosa en sangre, electrolitos y gases arteriales, paciente es derivado a tóxico 2 de medicina interna y luego de 3 días se logra iniciar la insulina subcutánea, es hospitalizado para el control del desequilibrio ácido – base y glicemia, luego de 7 días se resuelve la acidosis,

se normaliza la frecuencia respiratoria y ceden las molestias, es dado de alta con insulina NPH 28 U am y 14 U pm y metformina 500 VO c/12 horas.

CASO CLÍNICO 16

Paciente mujer de 73 años de edad traída por familiares, con antecedente médico de Hipertensión arterial (desde hace 5 años) controlada, refiere 2 cirugías previas por cesárea (la primera hace +/- 46 años y la segunda hace +/- 42 años), ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 días, familiar refiere que, 3 días antes del ingreso paciente presentó fiebre no cuantificada asociada a escalofríos, dos días antes del ingreso presentó expectoración purulenta color verde – amarillo de regular cantidad asociado a dolor tipo punzante en tórax a predominio de bases, 1 día antes del ingreso aparece la sensación de falta de aire asociado a alteración del sensorio, debido a agravamiento de síntomas es que acude a emergencia del HNDAC.

Paciente reside con familiares y niegan uso de antibióticos u hospitalizaciones previas a la emergencia.

- Funciones vitales:
 - ✓ FC: 108 lpm.
 - ✓ FR: 32 rpm.
 - ✓ PA: 96/68 mmHg.
 - ✓ T°: 39.3°C
 - ✓ SatO₂: 92%
 - ✓ FiO₂: 0.21

- Examen físico:
 - ✓ Piel y TCSC: Fría, poco elástica y deshidratada, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, no ictericia, no edemas.
 - ✓ Tórax y pulmones: Amplexación disminuida en hemitórax derecho, tirajes subcostales, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos

hemitórax a predominio de hemitórax derecho, crépitos difusos en hemitórax derecho.

- ✓ Sistema nervioso central: Confusa con tendencia a la somnolencia, desorientada en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización, no signos meníngeos.

- Diagnóstico presuntivo:

- 1. Síndrome de dificultad respiratoria.

- 1.1. D/C Neumonía bacteriana vs viral

- 1.2. D/C Derrame paraneumónico.

- Plan de trabajo:

- ✓ Hemograma, PCR.
- ✓ Glucosa, urea, creatinina.
- ✓ Perfil hepático.
- ✓ Perfil de coagulación.
- ✓ Examen de orina.
- ✓ Radiografía de tórax frontal y lateral.
- ✓ Cultivo de esputo y hemocultivo.

- Exámenes de laboratorio e imágenes (datos positivos):

- ✓ Hemograma: Leucocitos 20.500, Segmentados: 74%, Abastionados: 6%, Hemoglobina: 11.7 g/dl, Hematocrito: 35%, Plaquetas: 232 000.

- ✓ Radiografía de tórax: Patrón consolidativo asociado a broncograma aéreo en lóbulo medio de hemitórax derecho.

- ✓ PCR: 18.54

- ✓ Urea: 52.

- ✓ AGA: pH: 7.35, PO₂: 69 mmHg, PCO₂: 42 mmHg, HCO₃: 25 mmol/L, Glucosa: 86 mg/dl.

- ✓ Cultivo en espera.

- Diagnóstico final:
 1. Síndrome de dificultad respiratoria.
 - 1.1 . Neumonía adquirida en la comunidad.

- Tratamiento:
 - ✓ Hidratación + BHE.
 - ✓ Antibioticoterapia empírica (posterior a la toma de muestras para cultivo).
 - Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas.
 - Azitromicina 500 mg EV cada 24 horas.
 - ✓ CFV.

Paciente es derivado a hospitalización por obtener 3 puntos en el Score del CURB – 65, se le indica tratamiento antibiótico empírico endovenoso a la espera del resultado del cultivo para hacer redirección hacia tratamiento dirigido al patógeno aislado.

Tras dos días de tratamiento empírico, paciente cursa con mejoría clínica, continúa con tratamiento por 3 días más con evolución favorable, resultado de cultivo aísla *Streptococcus pneumoniae* sensible a Ceftriaxona.

Se decide continuar con Ceftriaxona 2 gramos EV C/24 horas por 5 días para posterior reevaluación por posible alta médica, paciente cursa sin complicaciones o agravamiento de síntomas, los exámenes de laboratorio indican normalización de valores y funciones vitales se normalizan por lo que se plantea el alta médica.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es un centro hospitalario con 79 años de historia de categoría III-1 situado en el distrito de Bellavista de la Provincia Constitucional de Callao, es el establecimiento de salud de mayor complejidad de esta región, considerado un centro de referencia a nivel nacional, cuyo objetivo es brindar atención de salud especializada con la mejor calidad para todos sus usuarios (1).

La población objetivo de este nosocomio es la Región Callao la cual se encuentra conformada por los distritos de Callao, Bellavista, Carmen de La Legua – Reynoso, La Perla, Ventanilla, Mi Perú y La Punta, representando de acuerdo al Censo del 2017 un total 994 mil 494 habitantes (4). De acuerdo al Análisis Situacional de Salud de la Región Callao realizado el 2018, la población del Callao mantiene una pirámide de tipo estacionaria, siendo el grupo etario más frecuente el adulto de 30-59 años (5).

Con el transcurso del tiempo el hospital ha mejorado su equipamiento e infraestructura, actualmente cuenta con 565 camas de hospitalización, tres Unidades de Cuidados Intensivos (Adulto, Neonatal y Pediátrico), un servicio de Emergencia, dos Unidades de Cuidados Intermedios (Adulto y Neonatal), una Unidad de quemados, 109 consultorios externos de las diferentes áreas médicas clínicas y quirúrgicas (1).

Además, cuenta con 5 Salas Quirúrgicas Electivas y 3 de Emergencia, el año 2016 se inauguró el Centro de Entrenamiento en cirugía laparoscópica, el mismo año se creó el primer consultorio de infertilidad de todo el Callao (1).

Respecto a la atención oncológica, el H.N.D.A.C. tiene un avanzado departamento oncológico, el cual desde el 2015 brinda atención especialmente a pacientes con bajos recursos, en este se ofrecen servicios de quimioterapia, radioterapia, cirugías, atención con médicos especialistas, además de contar con una unidad de prevención para la detección del cáncer (1).

Para una atención más especializada el año 2015 se inauguró una moderna unidad de Neurointervencionismo la cual cuenta con un angiógrafo digital monoplano (1).

Es importante mencionar que este nosocomio es sede docente de pre y post grados de diversas universidades, para ello cuenta con una oficina de apoyo a la docencia e investigación.

La actual pandemia ha generado una evidente variación de la casuística de este hospital. En primer lugar, es importante señalar que el H. N. D. A. C. al inicio de la pandemia contaba con 5 camas UCI, actualmente este dispone de 14 (1).

Respecto a las patologías atendidas en la emergencia, la oficina de estadística e informática del H.N.D.A.C. reporta que en febrero del 2020 las patologías más atendidas en la emergencia eran: Infecciones intestinales, síndrome doloroso abdominal, faringitis aguda, infección urinaria y rinofaringitis. Por el contrario, el último reporte de febrero de 2021 refiere que la patología que abarca el mayor porcentaje de atenciones es la infección por COVID 19, con un total de 1410 pacientes atendidos en el tópico COVID, siendo positivos 779, a diferencia de abril del 2020 donde solo reportan 94 positivos para COVID 19 (1).

Respecto al área quirúrgica, en enero de 2020 se atendieron un total de 256 cirugías de emergencia, a su vez se realizaban cirugías electivas, haciendo una comparación con datos más recientes, para febrero de 2021 se atendieron un total de 267 cirugías de emergencia, teniendo en cuenta que a raíz de la

pandemia no se realizan cirugías electivas Así mismo, el número de partos atendidos para febrero de 2020 fue un total de 304, que engloban partos vaginales y cesáreas, actualmente se evidencia una notable disminución en la atención de estos, ya que el último reporte (febrero de 2021) evidencia la atención de un total de 187 partos (1)

Como se mencionó, el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es el centro de referencia a nivel del Callao, por lo que la mayoría de establecimientos de menor nivel derivan a sus pacientes a este nosocomio, por otro lado, el H.N.D.A.C. realiza referencias a instituciones especializadas (nivel III – 2).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

El principal objetivo del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es brindar atención de salud especializada con la mejor calidad para todos sus usuarios, para poder cumplir este objetivo el tratamiento brindado en este nosocomio está respaldado por evidencia científica actualizada y en algunos servicios por guías de práctica clínica elaborada por la misma institución.

En el presente capítulo se comparará el manejo recibido en los casos clínicos expuestos en el capítulo 1, con la evidencia más actualizada en el manejo de las patologías.

En el área de cirugía general se expusieron 4 casos clínicos, los cuales se discutirán a continuación:

Respecto al caso clínico 01 de apendicitis aguda, se llegó al diagnóstico mediante el Score de Alvarado, obteniendo un puntaje de 8, confirmando el diagnóstico presuntivo y la necesidad de tratamiento quirúrgico.

UpToDate recomienda que ante el diagnóstico de un paciente con apendicitis aguda no complicada se debe optar por la apendicectomía de emergencia, ya sea abierta o laparoscópica; y de estas, la cirugía laparoscópica se asocia a una menor tasa de infecciones, menor estancia hospitalaria, por lo que es preferida (6).

El caso clínico 02 se trató de un paciente con el diagnóstico de obstrucción intestinal, el manejo planteado en el paciente fue hidratación, analgesia y colocación de SNG. Se decidió esperar un transcurso de 12 a 24 horas para observar una posible mejoría clínica con el tratamiento médico; sin embargo, ante la no mejoría se decide operar.

La bibliografía menciona que ante el diagnóstico de obstrucción intestinal la terapia inicial es con tratamiento médico: nada por vía oral, hidratación, restitución electrolítica en caso lo amerite, colocación de sonda nasogástrica, tomografía con contraste y asesoría por un cirujano (7).

En caso se sospeche isquemia intestinal, vólvulo, hernia aguda incarcerada, intususcepción, ingestión de cuerpo extraño, tumores, ileo biliar se indica tratamiento quirúrgico (7).

Ante la sospecha de obstrucción intestinal por adherencias (como el presente caso), se indica al paciente que ingiera una sustancia contrastada hipertónica (Gastrografin) ya sea por sonda nasogástrica o vía oral, después de 6 a 24 horas se le solicita una radiografía de abdomen simple, en caso se observe contraste a nivel del colon estaríamos frente a una obstrucción intestinal resuelta, por el contrario, si no se observa contraste en colon, se indica manejo quirúrgico inmediato en pacientes inestables, en caso el paciente se encuentre estable se puede esperar de 3 a 5 días para indicar el tratamiento quirúrgico (7). (Ver anexo 1).

En el H.N.D.A.C. no se indica tomografía ni radiografías contrastadas para el diagnóstico de obstrucción intestinal, debido a las carencias en recurso y equipamiento que este nosocomio presenta.

Respecto al caso clínico 03 de colecistitis aguda, se llegó al diagnóstico y grado de severidad mediante los criterios de Tokyo 2018 (8), determinándose colecistitis aguda leve, el manejo planteado fue NPO, hidratación, analgesia y hospitalización. Se realizó colecistectomía laparoscópica a los 2 días.

Según UpToDate, ante el diagnóstico de colecistitis aguda calculosa se indica hospitalización, hidratación, tratamiento antibiótico. En caso el paciente no presente alteraciones ecográficas como gangrena, perforación o enfisema, se determinará su riesgo de acuerdo al score de ASA, si puntúa ≥ 3 se debe realizar colecistectomía de emergencia, por otro lado, si puntúa ≤ 2 se realizará la colecistectomía durante la hospitalización (9), como ocurrió en el presente caso.

Respecto al caso clínico 04 de hernia umbilical, mediante la anamnesis, examen físico y apoyo ecográfico se llegó al diagnóstico de hernia umbilical no complicada, se optó por herniorrafía umbilical abierta debido al tamaño del anillo herniario (<3cm).

UpToDate menciona que las hernias sintomáticas necesitan tratamiento quirúrgico, este puede ser de forma abierta o laparoscópica. Si el anillo no es grande (< 4 cm) se puede optar por herniorrafía con sutura no absorbible como en el caso presentado; sin embargo, si el defecto es grande (> 4 cm) o los bordes de la fascia no pueden aproximarse sin tensión, se opta por una hernioplastia. No se recomienda la reparación laparoscópica en hernias ventrales pequeñas, ya que puede ser más invasiva que la reparación abierta, la única indicación es cuando el defecto herniario es grande (>4cm) (10).

Fueron 4 los casos clínicos expuestos en el área de Pediatría, los cuales se discutirán a continuación:

El caso clínico 05 se trata de un lactante menor con el diagnóstico de diarrea aguda con signos de deshidratación. Ante un paciente con diarrea es importante hacer una correcta anamnesis y examen físico completo, ya que nos permitirá determinar si existe algún grado de deshidratación, en el caso presentado el paciente presentaba mucosas secas y ojos hundidos, por lo que se le catalogó como una diarrea con signos de deshidratación, indicándole el plan B de tratamiento.

Se le brindó tratamiento sintomático a base de antipiréticos, antieméticos, se le solicitó reacción inflamatoria en heces, cuyo resultado fue negativo descartando diarrea de origen inflamatorio, después se le probó tolerancia oral con sales de rehidratación oral.

La guía para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en el niño del MINSA respalda el tratamiento brindado en la emergencia, aunque es importante señalar algunos puntos:

- Ante una diarrea de más de 7 días de duración, sospecha de bacteremia, presencia de moco y sangre en heces, niños inmunosuprimidos o desnutridos está indicado la reacción inflamatoria en heces, coprocultivo, coprofuncional, etc.
- La base del Plan B para el tratamiento de diarrea con signos de deshidratación son las sales de rehidratación oral, las cuales deben ser indicadas en las primeras 4 horas las cuales varían de acuerdo al peso y edad.
- Después de las primeras 4 horas, si el paciente cumple los criterios de alta se puede ofrecer alimentos y otros líquidos.

En caso los signos persistan se puede indicar el Plan B por 2 horas más con reevaluación posterior. Si aparecen signos de deshidratación grave pasar al Plan C (11).

Con respecto al caso clínico 06 de cuerpo extraño en conducto auditivo externo, este es un evento que ocurre mayormente en niños, caracterizado por incomodidad hasta dolor intenso en el oído afectado, disminución de la audición, sangrado, en algunos casos mareos y vómitos.

Se confirma el diagnóstico mediante la otoscopía que detecta la presencia del cuerpo extraño en conducto auditivo externo, su tratamiento radica en la extracción (de ser posible) del cuerpo en cuestión y tratamiento de las posibles complicaciones como: infección local, sangrado, irritación de paredes, etc.

UpToDate menciona que el abordaje de un paciente con un cuerpo extraño en oído, siempre que se refieran a cuerpos inanimados, consiste en la extracción manual lo menos traumática posible, realizando un lavado a baja presión posterior al retiro del objeto, además se debe revisar el otro oído y ambas fosas nasales en busca de otros objetos (12).

El manejo recibido en la emergencia del H.N.D.A.C. fue el adecuado según la bibliografía consultada.

Con respecto al caso número 07 de Escabiosis, se llega al diagnóstico mediante criterios clínicos como:

- Picazón generalizada que se acentúa por las noches, no afecta cabeza (excepto en bebés).
- Lesiones pruriginosas con características y distribución sugestiva.
- Cuadro similar de afectación en otros miembros de la familia.

Sin embargo, el método definitivo para confirmar el diagnóstico es mediante la visualización del parásito (ácaro) a la microscopía posterior a un raspado de la lesión característica (surco acarino) (13).

Una de las complicaciones que existe de la enfermedad es la sobre agregación bacteriana sobre las heridas generadas por al continuo rascado, el cual se trata con medicamentos dirigidos a cubrir bacterias Gram positivas que son los agentes que generan mayor sobre infección de heridas. UpToDate menciona el uso de antibióticos como la Cefalexina VO 500 mg cada 12 horas por 10 días para el tratamiento de lesiones infectadas (14).

Con respecto a la terapia base de la enfermedad, UpToDate recomienda el uso Permetrina tópica en crema de aplicación corporal total por varias sesiones, a su vez menciona a la Ivermectina oral como alternativa a la primera línea con la diferencia de que se debe tener ciertas consideraciones en niños pequeños y mujeres embarazadas (14).

El tratamiento va acompañado de buenas técnicas de higiene corporal para el paciente y toda la familia. Es importante mencionar que el tratamiento médico incluye a todos los miembros de la familia, ya que es una enfermedad de fácil propagación (14).

La manera en la cual se abordó el presente caso fue la correcta según la bibliografía consultada.

El caso clínico 08 se trata de un niño con Varicela Zoster, se llegó al diagnóstico mediante los criterios clínicos. En este caso el paciente presentó el antecedente de cuadro catarral previo al desarrollo de las lesiones de características céfalo - caudales, además de encontrarse varias formas de evolución de la lesión (pápula, vesícula, costra, etc).

En caso de tener duda diagnóstica, se puede confirmar con pruebas de laboratorio.

UpToDate menciona que la Varicela Zoster en niños sanos ≤ 12 años suele ser autolimitada, ofreciéndose solamente tratamiento sintomático (15).

La administración de antibióticos orales es para tratar una posible complicación como la sobre agregación bacteriana en las lesiones expuestas al rascado (15).

El tratamiento dado en la emergencia pediátrica fue el adecuado según la bibliografía consultada.

En el área de Ginecología y Obstetricia se expusieron 4 casos clínicos, los cuales se discutirán a continuación:

Respecto al caso clínico 9, se llegó al diagnóstico de pre eclampsia, la paciente cumplía con 4 criterios de severidad por lo que se le catalogó de esta forma.

El departamento de ginecología y obstetricia del H. N. D. A. C. cuenta con su propia guía de práctica clínica para el tratamiento de las enfermedades

hipertensivas del embarazo. Esta guía menciona que en primer lugar se debe solicitar exámenes auxiliares tales como: hemograma, perfil de coagulación, examen de orina, perfil hepático, creatinina, lámina periférica, proteinuria de 24 horas en la hospitalización. En el caso de pre eclampsia con criterios de severidad como el presente caso, se recomienda las medidas de soporte generales: hidratación, hospitalización, infusión de sulfato de magnesio, manejo con anti hipertensivos en caso la gestante presente PAS ≥ 160 y/o PAD ≥ 110 , siendo nifedipino el antihipertensivo de elección. El manejo posterior dependerá de la edad gestacional, en el caso presentado la paciente tiene > 34 semanas por lo que estaría indicado el término de la gestación para evitar mayores complicaciones (16).

UpToDate menciona que ante el diagnóstico de una paciente con pre eclampsia con criterios de severidad ≥ 34 semanas se indica el término de la gestación ya que si esta no se interrumpe supone un riesgo para la madre de presentar hemorragia cerebral, insuficiencia renal, rotura hepática, edema pulmonar, etc (17). Esta referencia respalda a lo realizado en el presente caso clínico.

El caso clínico 10 se trata de una paciente con amenaza de parto pre término. La guía para diagnóstico y tratamiento de parto pre término del H.N.D.A.C establece que en cualquier gestante con contracciones uterinas asociadas a cambios cervicales al tacto vaginal y ecografía transvaginal que evidencie acortamiento de la longitud cervical menor de 20 mm se debe sospechar de amenaza de parto pretérmino. Los exámenes auxiliares que se deben solicitar son: hemograma, examen de orina, urocultivo, cultivo de secreción vaginal en menores de 34 semanas, cardiotocografía (18).

El tratamiento indicado para estas pacientes en primer lugar es la tocólisis en gestaciones de 24 semanas a 34 semanas 6 días, el fármaco de elección es el nifedipino (Dosis de inicio 20 mg cada 20 minutos en 3 oportunidades, seguida de 10 mg cada 4 a 6 horas), en segundo lugar, está indicada la corticoterapia con dexametasona o betametasona en gestaciones pretérminas tempranas, en tercer

lugar, la neuroprotección estaría indicada en gestaciones menores de 32 semanas. En caso la paciente complete la corticoterapia, no haya progresión de los cambios cervicales y se evidencie remisión de las contracciones uterinas, estaría indicada el alta médica con control semanal (18).

La bibliografía menciona que en gestantes menores de 32 semanas se puede usar indometacina y que una opción al nifedipino como tocolítico es el atosiban. No está indicado el tratamiento tocolítico de mantenimiento ya que no ha demostrado mayor beneficio (19). El resto de indicaciones mencionadas en la literatura de referencia son iguales a las indicaciones que indica la guía del Hospital Carrión, por lo que se concluye que el tratamiento instaurado en la paciente fue el adecuado.

El caso clínico 11 se trata de una paciente con pielonefritis. Se llegó al diagnóstico a través de la anamnesis, examen físico y de laboratorio, la guía para el diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario en el embarazo del H. N. D. A. C. menciona que toda gestante > 22 semanas con el diagnóstico de pielonefritis debe ser hospitalizada en el servicio de alto riesgo, se debe hacer un monitorio materno y fetal continuo, así como administrar antibiótico terapia empírica, esta puede ser con ceftriaxona 2 g EV c/ 24 horas, gentamicina 3mg/kg/día EV c/24 horas. Si se objetiva una mejoría clínica en la paciente y la fiebre remite por más de 48 horas, estaría indicada el alta médica con manejo antibiótico oral (20).

UpToDate refiere el mismo tratamiento indicado por la guía del hospital para el manejo de la pielonefritis aguda en la gestación, aunque resulta importante mencionar que esta patología no es una indicación propia para el parto, y en caso se quiera inducir el parto por otras condiciones obstétricas se debe esperar que la paciente esté afebril (21).

El caso clínico 12 se trata de una paciente con embarazo ectópico. Después de realizado el diagnóstico, se optó por el tratamiento médico con metrotexate ya que la paciente cumplía criterios para este tales como masa menor de 3.5 mm,

bHCG menor de 1500 mUI/mL, ausencia de LCF y estabilidad hemodinámica (22). La paciente evolucionó favorablemente al manejo planteado por el hospital, de igual forma se realizaron sus controles de bHCG y ecografía, decidiéndose su posterior alta médica.

UpToDate menciona que el tratamiento médico con metrotexate tiene una eficacia similar al tratamiento quirúrgico, a diferencia de la guía del hospital refiere como punto de corte un bHCG < 5000 mUI/mL o la presencia de una masa ectópica < de 3 a 4 cm para optar por el tratamiento médico (23). De acuerdo a lo mencionado el tratamiento brindado en el H. N. D. A. C. fue el indicado, aunque se debe añadir los puntos de corte mencionados en la literatura actual.

En el área de Medicina interna se expusieron 4 casos clínicos, los cuales se discutirán a continuación:

El caso clínico 13 se trata de un paciente con secuela post infección por el virus SARS COV 2.

Una parte de los pacientes que superan el cuadro agudo de la infección por este virus, quedan con alguna secuela pulmonar la cual tiene que ser manejada con el fin de evitar la insuficiencia respiratoria (24).

UpToDate menciona que los pacientes con secuelas pulmonares deben permanecer en oxigenoterapia a fin de conseguir una saturación de mantenimiento entre 90 – 96% y de preferencia con el FiO₂ más bajo posible (así se evita la hiperoxia), a su vez se solicitarán una batería de exámenes que aseguren la buena adaptación al oxígeno y permitan reconocer las complicaciones asociadas al tratamiento, como análisis de gases arteriales, hemograma, proteína C reactiva, etc. (24).

La oxigenoterapia debe individualizarse a cada paciente ya que existen casos como pacientes con EPOC lo cuales no se les puede dar mucho oxígeno por posibles complicaciones (24).

El tratamiento recibido en área de hospitalización de medicina interna fue el adecuado para el manejo secuelar.

Respecto al caso clínico 14 de pancreatitis aguda leve, se llegó al diagnóstico por los criterios clínicos y de laboratorio, y se determinó el grado de severidad ante la ausencia de falla orgánica.

UpToDate menciona que todo paciente con diagnóstico clínico de pancreatitis aguda leve debe recibir una terapia que incluye:

- Reemplazo de fluidos: recomienda dar a velocidad de 5 – 10 ml/kg/h de solución cristaloide al 0.9%.
- Analgesia: recomienda el uso de opioides como el Fentanilo en paciente con pancreatitis aguda leve.
- Monitoreo: vigilar signos vitales, diuresis (> 0.5 a 1 cc/kg/h), control metabólico y de electrolitos.
- Nutrición: va a depender de la gravedad de la pancreatitis, en caso de pacientes con pancreatitis aguda leve se puede optar por la reanudación temprana por vía oral según tolerancia, en ausencia de dolor y disminución de los marcadores inflamatorios, recomienda el consumo de dieta blanda baja en residuos e hipo grasa.
- Antibioticoterapia: cuando se tiene la sospecha o se demuestra la presencia de infección. No se recomienda la antibioticoterapia profiláctica en cualquier paciente con pancreatitis de cualquier grado de severidad en ausencia de infección (25).

El tratamiento recibido tanto en la emergencia como en el área de hospitalización fue el adecuado según la bibliografía consultada.

Con respecto al caso clínico 15 de cetoacidosis diabética, se llegó al diagnóstico por los criterios de laboratorio obtenido en el análisis de gases arteriales y examen de orina, los cuales reflejan un estado de acidosis (pH < 7.30),

hiperglicemia (glucosa > 250), consumo o descenso del HCO_3^- (< 18) y presencia de cuerpos cetónicos en orina.

UpToDate menciona que el tratamiento de la cetoacidosis diabética incluye:

- Corrección de alteraciones hidroelectrolíticas (en caso lo amerite), siempre se deben vigilar el Na^+ y el K^+ . Recomienda el uso de suero fisiológico al 0.9% (26).
- Administración de insulina R: iniciando con insulina intravenosa en bolo de 0.1 unidades/kg y luego 0.1 unidades/kg/h, siempre correlacionando con los valores de K^+ sérico y tras alcanzar glucosa sérica en 200 mg/dl, se hace el cambio de solución salina intravenosa a dextrosa al 5% + NaCl 0.45% a 125 – 250 ml/hora (26).
- Administración de Bicarbonato: recomendado para casos de acidosis metabólica con un $\text{pH} \leq 6.9$, donde se administra 100 mEq de bicarbonato de sodio en 400 ml de agua estéril pasados en 2 horas, siempre se debe verificar que el K^+ no sea menor de 5.3 mEq/L, ya que se debería agregar 20 mEq de KCl, porque la administración de bicarbonato podría disminuir la concentración de K^+ sérico (26).
- Vigilancia: mediciones continuas de la glucosa sérica, electrolitos en sangre, urea, creatinina y pH arterial. Se debe pasar de la insulina endovenosa a insulina subcutánea, siendo el mejor momento cuando el paciente pueda volver a comer (26).

El tratamiento seguido en la emergencia del H.N.D.A.C. es similar al tratamiento recomendado en UpToDate, afortunadamente es una patología comúnmente vista en la emergencia que es de rápido diagnóstico y tratamiento.

Con respecto al caso clínico 16 de neumonía adquirida en la comunidad con criterios de hospitalización, se llega al diagnóstico por el criterio clínico - radiológico, y se determina si es que el tratamiento será de manera ambulatoria

u hospitalaria mediante el Score de CURB – 65, en este caso se decide hospitalización por obtener un puntaje de 3.

Debido a que los criterios diagnósticos no brindan con exactitud un agente etiológico exacto, ante un paciente con neumonía adquirida en la comunidad se le debe administrar antibioticoterapia empírica dirigida a tratar los agentes infecciosos mayormente asociados (27).

UpToDate menciona que para la determinación del pronóstico y lugar de tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad existen 2 scores (PSI y CURB – 65), de los cuales el PSI es el que más se utiliza al ofrecer mayor precisión y efectividad, en cambio el CURB – 65 es una alternativa menos compleja para evaluar el pronóstico (27).

También plantea que en los pacientes que vienen de la comunidad, el patógeno común asociado a este tipo de neumonías es el *Streptococcus pneumoniae*, siempre que no se tenga factores de riesgo para infección por *MRSA*, *Pseudomona* y otros bacilos gramnegativos, los cuales son (27):

- ✓ Infección pasada conocida por estos microorganismos.
- ✓ Hospitalización con administración de antibióticos intravenosos los 3 meses anteriores.
- ✓ Pacientes inmunodeprimidos.
- ✓ Comorbilidad pulmonar que requieren uso de glucocorticoides y antibióticos.
- ✓ Probable aspiración.
- ✓ Múltiples comorbilidades médicas (DM, alcoholismo, enfermedad renal terminal).
- ✓ Uso de drogas inyectables.

Una vez descartados estos factores de riesgo se puede optar por una terapia empírica que cubra al patógeno mayormente asociado (27).

Recomienda el uso de terapia empírica idealmente dentro de las cuatro horas posteriores tras haber el hecho el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, esta antibioticoterapia inicial incluye la combinación de los siguientes fármacos (27):

- Ceftriaxona 1 – 2 gr EV cada 24 horas, Cefoxitina 1 – 2 g EV cada 8 horas, Ceftarolina 600 mg EV cada 12 horas, Ertapenem 1 g EV cada 24 horas o ampicilina – sulbactam 3 g EV cada 6 horas, más un macrólido como Azitromicina 500 mg EV cada 24 horas, Claritromicina 500 mg cada 12 horas o Claritromicina XL VO 1 g cada 24 horas, o Doxiciclina 100 mg VO o EV cada 12 horas como alternativa al macrólidos, por un tiempo de 7 – 10 días (27).

Completando el tratamiento, siempre que no haya deterioro clínico y exista la normalización de las funciones vitales, se determinará como una neumonía adquirida en la comunidad resuelta (27).

De acuerdo a la bibliografía menciona podemos concluir que el plan de trabajo y tratamiento indicado en la emergencia y sala de hospitalización del H.N.D.A.C. en este caso clínico fue el adecuado.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico 2020 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión inició el primero de enero del año mencionado en un contexto habitual, sin las restricciones actuales que existen por la pandemia.

En el presente capítulo se detallará cómo se desarrolló cada rotación del internado, las actividades, responsabilidades, dificultades que surgieron en el camino y como fueron superadas.

La primera rotación fue la de Cirugía General la cual se desarrolló en los meses de enero, febrero y los primeros 15 días de marzo. El departamento de Cirugía contaba con las áreas de hospitalización, consultorio externo, cirugía menor, cirugía de día y emergencia. El interno de cirugía realizaba labores en cada una de las áreas mencionadas.

En hospitalización se observaban a pacientes con cirugías programadas e ingresados por emergencia con las patologías más comunes como post operados de apendicitis aguda, post operados de colecistitis aguda, colecistitis crónica, enfermedad diverticular por solo mencionar algunas. El interno tenía designado en promedio 2 a 3 pacientes, los cuales debía evaluar exhaustivamente todas las mañanas, presentarlos a los asistentes en la visita médica y efectivizar el plan de trabajo durante el resto del día. El desarrollo del plan de trabajo consistía en llevar a los pacientes a los diferentes procedimientos que necesitaban como ecografía,

radiografía, exámenes de laboratorio, entre otros; se realizaban curaciones de heridas y procedimientos bajo supervisión de los residentes.

Los días martes y jueves eran los días quirúrgicos en los cuales se realizaban cirugías programadas, el interno tenía la oportunidad de ingresar a sala de operaciones para poder asistir o instrumentar en las diferentes cirugías. A su vez se realizaban actividades académicas con los residentes, lo cual permitía consolidar el conocimiento teórico – práctico.

Mensualmente el interno tenía programado 5 a 6 guardias en el tópico de Cirugía, en las cuales se atendieron patologías como apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal, hernias complicadas, trauma abdominal por proyectil de arma de fuego y arma blanca, heridas, cortes, poli traumatizados. Durante la guardia el interno examinaba a los pacientes, podía opinar y sugerir sobre el plan de trabajo acordado, realizaba curaciones, suturas, colocaba sondas nasogástricas y vesicales, electrocardiograma, instrumentaba o asistía en cirugías, en ocasiones entraba a sala de operaciones de otras especialidades quirúrgicas como neurocirugía o cirugía pediátrica.

El interno que acudía a consultorio externo se encargaba de ayudar al asistente designado, en esta área se programaban cirugías electivas, se hacían controles post operatorios. Durante la consulta el interno realizaba curaciones, cambios de bolsas de colostomía, retiraba puntos, entre otras actividades.

En el servicio de cirugía de día se programaban colecistectomías laparoscópicas, drenajes de abscesos, extracción de lipomas, en el cual el interno asistía.

Durante la rotación se presentaron diversas dificultades, en la mayoría de casos relacionado con la realización de un procedimiento; sin embargo, estas fueron superadas con la ayuda y asesoramiento del resto de personal de salud, especialmente con el apoyo de los residentes.

El 15 de marzo de 2020 se declaró al Perú en estado de emergencia nacional, por lo que el internado médico fue suspendido. El 12 de octubre de 2020 se reinició el internado médico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, este

suponía un enorme reto debido a las limitaciones generadas por la pandemia; sin embargo, es importante resaltar que a pesar de la coyuntura fue una gran oportunidad continuar el internado en el hospital Carrión, debido a que la mayoría de internos de otros hospitales fueron reasignados a centros de salud del primer nivel.

La segunda rotación fue la de Pediatría, esta se encontraba dividida en los servicios de Pediatría y Neonatología.

Respecto al servicio de Neonatología, el interno realizaba actividades en las áreas de Alojamiento Conjunto, Unidad de Cuidados Intermedios y Centro Obstétrico.

Los recién nacidos sin complicaciones pasaban al área de Alojamiento Conjunto, el interno se encargaba de examinarlos, presentarlos en la visita al asistente y efectivizar el plan de trabajo.

En la Unidad de Cuidados Intermedios se encontraban los neonatos con patologías como sífilis neonatal, ictericia patológica, malformaciones congénitas hipoglicemia, enfermedades de la prematuridad, entre otras. Básicamente el interno se encargaba de realizar las mismas actividades que se desarrollaban en el área de Alojamiento Conjunto; sin embargo, la unidad de Intermedios tenía una carga laboral mayor.

Las guardias eran desarrolladas en Centro Obstétrico, en esta área el interno de medicina recibía al recién nacido, realizaba la atención inmediata y todo lo que la engloba. Por las tardes se realizaban actividades académicas con los residentes del Servicio en la cual se discutían casos clínicos y los temas de la especialidad.

Debido a la pandemia dividieron el área de Centro Obstétrico en COVID y NO COVID lo que redujo el número de atenciones inmediatas realizadas por guardia; sin embargo, los asistentes del servicio dieron la opción de realizar guardias extras permitiendo superar las dificultades.

Respecto al servicio de Pediatría, el interno rotaba en las áreas de hospitalización y emergencia. En el área de hospitalización se observaron a pacientes con

patologías como diarrea aguda, enfermedad de arañazo de gato, fiebre de origen desconocido, neoplasias, parálisis cerebral, osteomielitis, asma, hemorragia digestiva, atresia esofágica, síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, entre otras. Esta área se encontraba dividida en una zona COVID y no COVID, pediatría 1 y 2 respectivamente, las patologías vistas en ambos ambientes eran las mismas, la diferencia era que los pacientes hospitalizados en zona COVID tenían una prueba rápida o molecular positiva.

El interno de medicina realizaba actividades en ambas zonas, básicamente se encargaba de presentar a los pacientes en la visita médica y efectivizar el plan de trabajo, solo podía examinar a los pacientes que se encontraban en el área no COVID, los pacientes de la otra área eran examinados por los residentes de pediatría.

En la emergencia de Pediatría el interno rotó un promedio de 7 días al mes, entre turnos de 12 y 6 horas. En esta área se observaron a pacientes con patologías como diarrea aguda, escabiosis, cuerpos extraños en oído, cólico del lactante, estreñimiento, enfermedades exantemáticas, urticaria, cortes, mordeduras de perro, entre otras. Las patologías respiratorias eran vistas en un área independiente llama "Zona Respiratoria", el interno de medicina tenía acceso a toda la emergencia con excepción del área anteriormente mencionada. Durante la guardia el interno evaluaba a los pacientes, realizaba historias clínicas, opinaba y sugería sobre el plan de trabajo.

La principal dificultad de esta rotación fue la imposibilidad de rotar en el área respiratoria, lo que no permitió observar patologías como resfrío común, faringitis aguda, laringotraqueitis, asma, bronquiolitis, neumonía entre otras; sin embargo, los residentes del servicio programaban actividades académicas virtuales por las tardes donde se reforzaban conceptos y conocimientos de las diferentes patologías en pediatría, en especial de las enfermedades respiratorias.

La tercera rotación fue la de Ginecología y Obstetricia, este servicio contaba con las áreas de Unidad de Embarazo Patológico, San Jorge, Santa Rosa, Centro Obstétrico y Emergencia.

En la Unidad de Embarazo Patológico se encontraban hospitalizadas pacientes con gestaciones de riesgo, se observaron patologías como rotura prematura de membranas, diabetes gestacional, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, colestasis intrahepática de la gestación, Lupus Eritematoso Sistémico, entre otras patologías. El interno se encargaba de examinar a las pacientes, presentarlas en la visita médica y efectivizar el plan de trabajo; el examen de la gestante incluía realizar el monitoreo materno fetal, maniobras de Leopold, tactos vaginales; en caso alguna paciente necesitara una cesárea de emergencia, el interno tenía la oportunidad de entrar a la sala de operaciones para poder asistir al especialista.

En las Salas San Jorge y Santa Rosa estaban hospitalizadas las puérperas ya sea por parto vaginal o cesárea, además encontrábamos a pacientes con otras patologías ginecológicas – obstétricas como abortos, embarazo ectópico, hemorragia uterina anormal, miomatosis uterina, enfermedad pélvica inflamatoria, entre otras. El interno de medicina solo rotaba en la Sala San Jorge, ya que la Sala Santa Rosa recibía a pacientes con prueba rápida o molecular positiva. El interno se encarga de examinar a las pacientes, presentarlas en la visita médica, efectivizar el plan de trabajo, aplicar métodos anticonceptivos como ampollas trimestrales, implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos.

Las guardias del interno de Ginecología y Obstetricia se realizaban en Centro Obstétrico, durante la jornada se monitorizaba a la gestante y finalmente se atendía el parto, en ocasiones el interno era llamado para las cesáreas de emergencia en la cual podía asistir al médico ginecólogo de guardia.

Dentro del rol programado, el interno no realizaba guardias en emergencia, lo que imposibilitaba poder observar otras emergencias ginecológicas como abortos, embarazos ectópicos y a su vez realizar procedimientos como legrados y aspiraciones manuales endouterinas (AMEUS); sin embargo, el departamento les dio la oportunidad a los internos de realizar guardias en la emergencia de manera voluntaria.

La principal limitación de esta rotación fueron las guardias en Centro Obstétrico, ya que al encontrarse esta área dividida en una zona COVID y no COVID, la

cantidad de partos atendidos por guardia eran escasos; sin embargo, esta limitación se trató de superar dándole la oportunidad al interno de realizar guardias extras.

La última rotación fue la de Medicina Interna, este servicio contaba con las áreas de hospitalización y emergencia.

El área de hospitalización se encontraba dividido en las salas 6A, 6B, 7A y 7B; las dos primeras recibían a pacientes COVID 19. El interno de medicina rotaba en las salas 7A y 7B, este se encargaba de examinar a los pacientes, sacar muestras de sangre venosas y arteriales, realizar procedimientos como paracentesis, toracocentesis, artrocentesis, curaciones de pie diabéticos y úlceras por presión, entre otras actividades; además presentaba a los pacientes en la visita médica y efectivizaba el plan de trabajo. Las patologías más frecuentes en hospitalización incluyeron las siguientes: secuelas post infección por SARS COV2, complicaciones tempranas y tardías de la diabetes mellitus, insuficiencia renal aguda, pancreatitis, neoplasias, tromboembolismo pulmonar, osteomielitis, infección de partes blandas, insuficiencia respiratoria y cardiaca, uropatía obstructiva, hemorragia digestiva, entre otras.

Las guardias de medicina interna eran realizadas en el servicio de emergencia del hospital, el interno rotaba en los ambientes de Triage y Tópico 1. En triaje el interno se encargaba de tomar funciones vitales y derivar a los pacientes a las áreas respectivas; en Tópico 1, este examinaba a los pacientes, hacía historias clínicas, llegaba al posible diagnóstico con ayuda de los asistentes y residentes de guardia, sacaba muestras de sangre, lavados gástricos, paracentesis, entre otros procedimientos ya mencionados. Las patologías más vistas en la emergencia fueron las siguientes: complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus, insuficiencia renal aguda, hemorragia digestiva alta, patologías coronarias, hipoglicemia, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedades psiquiátricas, enfermedades autoinmunes, entre otras.

Una de las principales dificultades de la rotación de medicina fue el alto grado de exposición al virus SARS COV2. Otro punto importante a mencionar es que la

emergencia contaba con un área para atender a pacientes respiratorios, lo que dificultó al interno de medicina observar de primera mano el desarrollo y abordaje de estas patologías.

En términos generales, el internado desarrollado antes y después de la aparición del COVID 19 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión fue una experiencia enriquecedora, a pesar de la situación difícil por la que tuvieron que pasar los internos de medicina a nivel nacional, fue una gran oportunidad continuar las labores del internado médico en este centro hospitalario de tercer nivel.

Existieron muchas dificultades como las mencionadas en párrafos anteriores; sin embargo, podemos agregar que el reinicio del internado trajo consigo otras limitaciones como la reducción de horas de trabajo (150 horas mensuales), la división del hospital en zonas COVID y no COVID, el uso de equipos de protección personal, los cuales afectaron el aprendizaje y el vínculo médico paciente; sin embargo, eran necesarios para la protección del personal de salud.

Dentro de lo posible se encontró la forma de capacitar adecuadamente al interno de medicina mediante las visitas médicas que en su mayoría fueron académicas, las guardias extras y las actividades académicas.

CONCLUSIONES

El internado médico 2020 fue un gran reto para todos los internos del Perú debido a la actual pandemia que atravesamos; sin embargo, a pesar de los obstáculos se logró culminarlo, ya sea en un centro de salud del primer nivel o en centro hospitalario.

El interno del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión dentro de las limitaciones que encontró en su camino, pudo realizar la mayoría de objetivos trazados al inicio de año.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión le permitió al interno de medicina enriquecer muchos aspectos que le servirá para desarrollarse a futuro como médico.

En primer lugar, la parte cognitiva, conociendo las patologías más comunes de cada especialidad y cómo abordarlas, aprendiendo nuevas habilidades y destrezas para realizar procedimientos, así mismo aprendió a enfrentarse a un nuevo virus el cual se manifiesta de diferentes maneras en los distintos grupos etarios y especialidades.

En segundo lugar, la parte humana, conociendo de primera mano el significado de la empatía, de la relación médico paciente y el trabajo en equipo; así mismo le permitió reconocer sus fortalezas y aprender sus debilidades.

Todo plasmado en un escenario nuevo, el cual le trajo muchas limitaciones, pero que con ayuda del resto del personal de salud y del hospital pudo superar.

El presente sirve como base para las futuras generaciones de internos, especialmente para que conozcan la situación que se vive en los hospitales a raíz de la pandemia.

RECOMENDACIONES

- Mayor presupuesto para la adquisición de equipos de protección para los internos de medicina y resto de personal de salud.
- Se aconseja ampliar nuevamente el internado a uno de 12 meses, ya que así se podrá consolidar de una mejor manera los objetivos planteados.
- Pago justificado y puntual, haciendo referencia a un pago adecuado a las labores realizadas por el interno de medicina, y que a su vez este sea puntual.
- Mayor capacitación en el uso de elementos propios de los hospitales, con el fin de evitar accidentes laborales.
- Cursos detallados sobre las principales funciones que se realizan en cada servicio, a fin de evitar dificultades administrativas en piso.
- Mejor equipamiento de los ambientes dedicados a los talleres académicos dentro del hospital.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Gobierno del Perú [Internet]. Callao, Perú [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/>
2. Proyecto de ley 6969/2020-CR. Ley que crea el régimen especial que regula la modalidad formativa de las practicas pre-profesionales de internado en ciencias de la salud. Congreso de la República del Perú, 19 de enero del 2021. Disponible en: https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL06969-20210119.pdf
3. Taype-Rondán A, Tataje G, Arizabal A, Alegria S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An Fac med. 2016;77(1):31-8.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resultados definitivos de los censos 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1580/
5. Med. Gaby González Espinoza, et al. Análisis de la situación de Salud Región Callao 2018. Gobierno Regional del Callao. Disponible en: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletin/epidemiologia/asis/FILE0000262020.pdf>.

6. Management of acute apendicitis in adults – UpToDate [Internet] [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H18
7. Management of small bowel obstruction in adults. – UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/management-of-small-bowel-obstruction-in-adults?search=obstrucci%C3%B3n%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
8. Dra. Coral Marina Ramos Loza, et al . TOKYO GUIDE APPLICATION IN LITHIASIC ACUTE CHOLECYSTITIS. Rev Med La Paz, 24(1); Enero - Junio 2018 [Internet] [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf.
9. Treatment of acute calculous cholecystitis – UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
10. Overview of abdominal Wall hernias in adults – UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-wall-hernias-in-adults?search=hernia%20umbilical&source=search_result&selectedTitle=1~52&usage_type=default&display_rank=1#H120737615.
11. Resolución Ministerial N° 755-2014. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. Ministerio de Salud, 01 de septiembre de 2017. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>

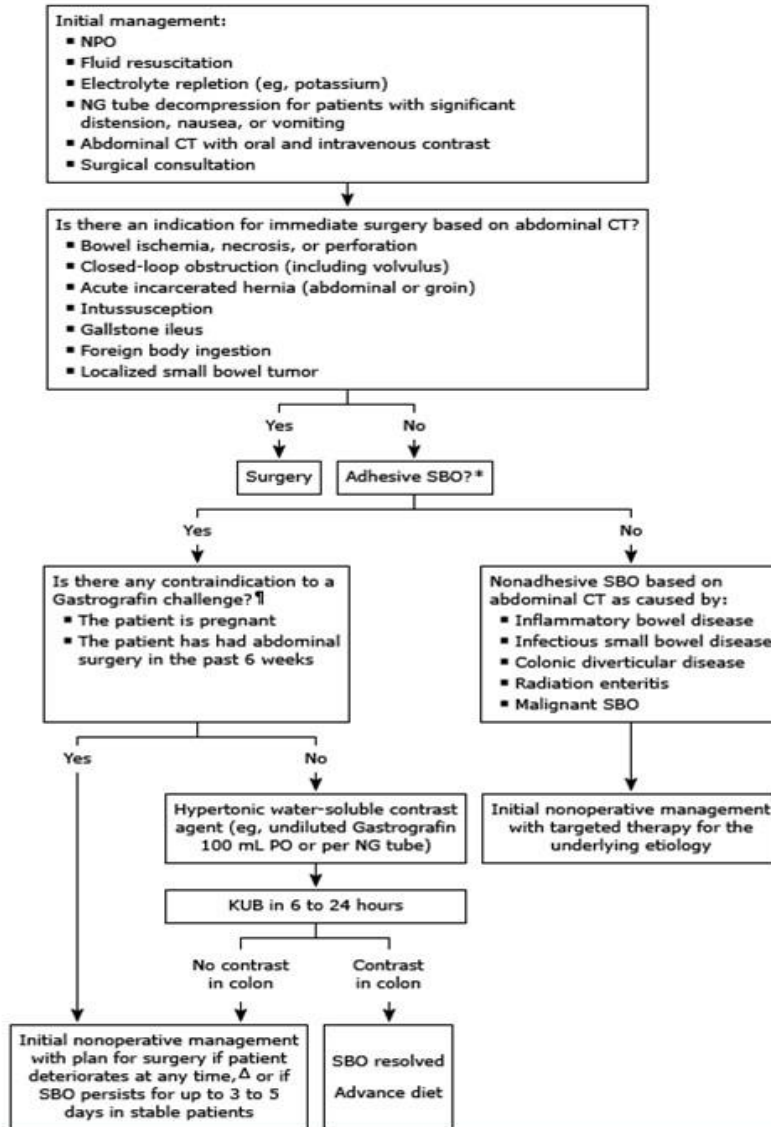
12. Diagnosis and management of foreign bodies of the outer ear - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-foreign-bodies-of-the-outer-ear?search=foreign%20body%20in%20ear%20in%20pediatrics&source=search_result&selectedTitle=1~20&usage_type=default&display_rank=1
13. Scabies epidemiology clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=scabies&source=search_result&selectedTitle=1~92&usage_type=default&display_rank=1
14. Scabies management - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=scabies%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~92&usage_type=default&display_rank=1
15. Treatment of varicella - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-varicella-chickenpox-infection?search=varicela%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6
16. Mc. Bueno Beltran Ciro, et al. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento del parto pre término. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2018.
17. Preeclampsia management and prognosis - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-andprognosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H8

18. Mc Bueno Beltrán Ciro. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento del parto pre término. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 1 ed. 2018 ago.
19. Unitat de Prematuritat. Servei de Medicina Maternofeta. Amenaza de parto pre término. Clínica Barcelona. 2017. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/amenaza-parto-pretermino.html>
20. Mc. Giannina De la Cruz Lazo, et al. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario en el embarazo. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2018.
21. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=bacteriuria%20asintomatica&source=search_result&selectedTitle=2~124&usage_type=default&display_rank=2#H366215100
22. Mc Motta Jimenez. et A. Guía de Práctica Clínica de Embarazo Ectópico. Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2a ed. 2017 ago.
23. Ectopic pregnancy methotrexate therapy - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy?search=ECTOPIC%20PREGNANT&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
24. COVID-19: Critical care and airway management issues - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-critical-care-and-airway-management-issues?search=secuela%20covid%2019&source=search_result&selectedTitle=11~150&usage_type=default&display_rank=9

25. Management-of-acute-pancreatitis - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
26. Diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment?search=cetoacidose%20diabetic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
27. Treatment of community acquired pneumonia in adults who require-hospitalization - UpToDate [Internet] [citado 18 de abril de 2021] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-who-require-hospitalization?search=acquired%20pneumonia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2

ANEXOS

Management of small bowel obstruction in adults



NPO: nil per os; NG: nasogastric; CT: computed tomography; SBO: small bowel obstruction; PO: oral administration; KUB: abdominal radiograph.

* Adhesive SBO is caused by intra-abdominal adhesions. Because adhesions cannot be directly seen on any imaging modalities, adhesive SBO is usually a diagnosis of exclusion made by combining a known history of prior abdominal surgery with a lack of other discernible causes of SBO on imaging studies.

† When used therapeutically, hypertonic water-soluble contrast agents (eg, Gastrografin) are only indicated for adhesive SBO. Therefore, nonadhesive causes of SBO should be excluded. In addition, Gastrografin is contraindicated during pregnancy and has not been shown to benefit postoperative SBO.

Δ Clinical deterioration can be indicated by fever, tachycardia, increasing abdominal pain or distension, acidosis, or leukocytosis.