



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL INTERNADO MÉDICO
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

**RAIZA FIORELLA ATOCCSA ROJAS
HENRICH LEONELL RAMOS LOZA**

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

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

**IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL INTERNADO MÉDICO
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
RAIZA FIORELLA ATOCCSA ROJAS
HENRICH LEONELL RAMOS LOZA**

**ASESOR
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

DEDICATORIA

El presente Trabajo de Suficiencia Profesional lo dedicamos a Dios por permitirnos permanecer sanos y salvos en la actual pandemia que estamos atravesando. A nuestros padres, quienes nos otorgaron su incondicional apoyo emocional y económico para lograr obtener una adecuada educación y lograr nuestros objetivos profesionales. A cada profesional de la salud que ha inculcado en nosotros los conocimientos adecuados para poder desenvolvemos en el campo clínico.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Medicina interna	1
1.1.1 Caso clínico 1	1
1.1.2 Caso clínico 2	3
1.1.3 Caso clínico 3	4
1.1.4 Caso clínico 4	6
1.2 Cirugía	8
1.2.1 Caso clínico 1	8
1.2.2 Caso clínico 2	9
1.2.3 Caso clínico 3	11
1.2.4 Caso clínico 4	13
1.3 Gineco-obstetricia	15
1.3.1 Caso clínico 1	15
1.3.2 Caso clínico 2	16
1.3.3 Caso clínico 3	18
1.3.4 Caso clínico 4	19
1.4 Pediatría	21
1.4.1 Caso clínico 1	21
1.4.2 Caso clínico 2	22
1.4.3 Caso clínico 3	24
1.4.4 Caso clínico 4	25

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	28
2.1 Categorización	28
2.2 Ubicación	29
2.3 Población	29
2.4 Servicios de atención	29
2.5 Consultorio externo	30
2.6 Emergencia	31
2.7 Hospitalización	32
2.8 Referencias	33
2.9 Pandemia COVID-19	33
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	35
3.1 Medicina interna	35
3.1.1 Discusión 1	35
3.1.2 Discusión 2	35
3.1.3 Discusión 3	36
3.1.4 Discusión 4	37
3.2 Cirugía	38
3.2.1 Discusión 1	38
3.2.2 Discusión 2	38
3.2.3 Discusión 3	39
3.2.4 Discusión 4	39
3.3 Gineco-Obstetricia	41
3.3.1 Discusión 1	41
3.3.2 Discusión 2	41
3.3.3 Discusión 3	42
3.3.4 Discusión 4	43
3.4 Pediatría	44
3.4.1 Discusión 1	44
3.4.2 Discusión 2	45
3.4.3 Discusión 3	45
3.4.4 Discusión 4	47

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	48
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	52
FUENTES DE INFORMACIÓN	53
ANEXOS	59
1. Informe de resultados de baciloscopía de esputo	60
2. Escala de BISAP	61
3. Criterios de Ranson	62

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer las experiencias que llegan a adquirir los internos de medicina humana de pregrado de la Universidad San Martín de Porres respecto al internado médico, y las realidades que encontraron frente a la Pandemia del COVID-19 y antes de ella.

Se analizaron las distintas experiencias de 2 internos de medicina y las respuestas dadas a interrogantes sobre lo que esperaban del internado antes de ingresar a éste, sus principales inquietudes antes de iniciar el internado médico, y cómo fue su desarrollo durante el internado antes y durante la Pandemia COVID-19 del 2020.

Entre los hallazgos más relevantes se encuentra la mezcla de sentimientos de satisfacción por empezar esta nueva etapa de la carrera y el miedo por las desconocidas barreras que se puedan atravesar en su desarrollo; la satisfacción por encontrar un adecuado ambiente para su formación académica dada por médicos de mayor rango y experiencia; la adaptación a la gran carga laboral; el manejo de emociones frente a un escenario real; y el impacto que tiene la Pandemia COVID-19 en el desarrollo del internado médico.

Se concluye que esta nueva etapa que cruzan estos estudiantes es valiosa e imprescindible para su formación como próximos médicos, enriquecida de experiencias y nuevos conocimientos que se adquieren ante la adversidad.

ABSTRACT

The objective of this work is to present the experiences that undergraduate human medicine interns at the San Martín de Porres University acquire regarding the medical internship, and the realities that were found in the face of the Covid-19 Pandemic and before.

The different experiences of 2 medical interns were analyzed and the answers given to questions about what they expected from the internship before entering it, their main concerns before starting the medical internship, and how their development was during the internship before and during the internship. 2020 Covid-19 pandemic.

Among the most relevant results is the mixture of feelings of satisfaction at starting this new stage of the career and fear of the unknown barriers that may cross in its development; the satisfaction of finding a suitable environment for their academic training given by doctors of higher rank and experience; adaptation to the heavy workload; managing emotions in front of a real scenario; and the impact that the COVID-19 Pandemic has on the development of the medical internship.

It is concluded that this new stage that these students are going through is valuable and essential for their training as future doctors, enriched with experiences and new knowledge that are acquired in the face of adversity.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el momento donde los estudiantes del último año de medicina aplican todo lo aprendido desde ciencias básicas hasta ciencia clínicas, es una etapa en la que aplicaran los conocimientos previos en el ámbito hospitalario. Bien sabemos que las cuatro especialidades básicas y los conocimientos previos ayudan al estudiante a llegar a un diagnóstico preciso, certero. Mediante este año de internado aplicas y enfocas estos conocimientos para brindar una mejor atención y beneficios para el paciente. El principio del médico es “primum non nocere” no hacer daño y mediante la estancia hospitalaria aprendes a tener un mejor manejo y entendimiento para ese fin, es un año en el que tratas a la persona, su enfermedad, el pesar y la muerte con humanidad, respeto y decencia. Todo ser humano tiene un impacto sobre otro y el involucrarse es inevitable, lo cual es imprescindible en la relación médico- paciente, para no dejarse anestesiar del milagro de la vida, siendo un año donde se logra reforzar la humanidad.

Diariamente se comparte la vida de los pacientes y también con los miembros del hospital, riendo, llorando, aprendiendo un poco más día a día, brindándoles los cuidados necesarios a aquel que lo amerite.

Este trabajo nos brinda una noción amplia acerca de lo aprendido, basándonos en casuísticas vistas previamente en el hospital, donde se implementa la atención y el manejo multidisciplinario basándose en casos vistos en las cuatro rotaciones llevadas en el hospital en los departamentos de cirugía, pediatría, medicina interna y ginecología-obstetricia. Asimismo, le servirán al lector como pautas para el manejo, resolución, atención y el

conocer las posibles deficiencias que puedan llegar a tener en sus campos clínicos.

Conocemos bien el impacto que la pandemia ha generado a nivel social, económico y sobre todo en el ámbito de la salud, son nuevas experiencias donde el adaptarse ha sido un pilar fundamental; y donde esta investigación brindará conocimientos y experiencias de dos internos de medicina inmersos en el campo clínico del Hospital San Juan de Lurigancho.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Medicina interna

1.1.1 Caso clínico 1

Varón de 50 años, fumador desde hace 15 años (1 cajetilla diaria), es traído por familiares tras presentar dolor opresivo en el pecho luego de enterarse de una trágica noticia, refiere no poder respirar bien, dolor en la boca del estómago, familiar refiere que siempre que realiza algún esfuerzo siente ese dolor, pero calma con el reposo sin embargo esta vez fue mucho más intenso. Niega sensación de alza térmica, no vómitos, no náuseas. Antecedentes: Paciente hipertenso desde hace 10 años con tratamiento de enalapril 20mg en la mañana y noche; hace una semana dejó medicación porque se le acabaron.

Signos vitales:

- PA: 160/95 FC:130 FR: 25 SatO2: 93% T°:36.7

Funciones biológicas:

- Diuresis: aumentado
- Deposiciones: conservadas
- Apetito: disminuido

- Sueño: aumentado

Examen físico:

- Piel: Reseca, poco elástica, fría, llenado capilar 2", mucosas secas.
- Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales.
- Sistema Cardíaco: Ruidos cardíacos intensos, taquicárdicos.
- Abdomen: abundante tejido celular subcutáneo, blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo.
- Locomotor: Reflejos osteotendinosos conservados
- Neurológico: Escala de Glasgow: 13 puntos, pupilas reactivas.

Exámenes auxiliares:

- Electrocardiograma: ST elevado en V2-V3
- Hemograma: Hb: 10.5 Hto:34 Leucocitos:12000
- Examen de orina completo: no patológico

Diagnóstico: Infarto agudo al miocardio

Tratamiento:

- Vía salinizada
- Ácido acetilsalicílico 400 mg VO STAT
- Clopidogrel 300 mg VO STAT.
- Nitroglicerina 50 mg en 100 cc de dextrosa al 5%--> 2 cc cada 10 min e ir aumentando hasta calmar el dolor.
- Propranolol 10mg vo STAT
- Oxígeno por cánula binasal si SatO₂<94%
- Revisar signos vitales cada 10 minutos
- EKG en 20 min

1.1.2 Caso clínico 2

Paciente varón de 33 años con diagnóstico de diabetes mellitus 2, acude a emergencia por dolor de cabeza, resequedad de boca, náuseas y dolor abdominal. Se toma un hemoglucotest en casa que resulta con 263, paciente refiere tomar medicinas para la diabetes diario a sus horas, al preguntarle por la comida su familiar nos refiere que come bastante frutas, hoy hicieron una parrillada y mezclo choclo, papa, arroz, crema y la carne y que su familiar miente con respecto a su medicación. Niega vómitos, sensación de alza térmica y otras molestias.

Antecedentes:

- Quirúrgicos: Hace 2 meses amputación de pierna izquierda por pie diabético
- Personales: Diabetes Mellitus 2 hace 13 años (Medicación: metformina 850 mg 3 veces al día y una pastilla blanca que no recuerda su nombre), no cardiópata.
- RAMS: Niega
- Familiares: Mama y papa con diabetes mellitus 2 e hipertensión

Signos vitales:

- FC:85 FR:24 SatO2:97% PA: 120/85 T°: 36.9

Funciones biológicas:

- Diuresis: Aumentada
- Deposiciones: 1 o 2 veces por día
- Sueño: 8 horas diarias
- Apetito: aumentado

Examen físico:

- Piel: Tibia, deshidratada, elástica, llenado capilar <2", mucosas secas
- Sist. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no roles, taquipnea

- Sist. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, buen tono
- Abdomen: Blando, depresible, a la palpación dolor difuso, presencia de ruidos hidroaéreos.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo
- Locomotor: Muñón transtibial sin signos de flogosis en miembro inferior izquierdo.
- Neurológico: Paciente despierto, quejumbroso, escala de Glasgow 15 puntos, pupilas reactivas

Exámenes auxiliares:

- Se solicitó un análisis de gases arteriales: No se llegó a tomar la muestra por falta de reactivo
- Se pidió un hemoglucotest: 485 mg/dl

Diagnóstico: Diabetes mellitus tipo 2

Tratamiento:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc a XXX gts.
- Insulina R subcutánea 7 unidades STAT.
- Ondansetrón 4 mg ev STAT
- Hemoglucotest control a las 2horas y media.

1.1.3 Caso clínico 3

Paciente de 32 años llega a emergencia por presentar tos productiva y persistente de más de 3 semanas de evolución, presencia de hemoptisis en la última semana, acompañado de disnea, cuadros febriles y sudoración nocturna. Agrega que ha percibido mucha pérdida de peso en los últimos días, sin precisar cuantía.

Antecedentes personales:

- Niega alergia a medicamentos
- Apendicectomía hace 5 meses
- Consumidor de drogas y alcohol.
- Vivienda: hacinamiento

Funciones biológicas

- Sed: aumentada
- Apetito: disminuido
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: conservado

Signos vitales:

- TA: 120/80 FC: 96 FR: 20 T°37.9

Examen Físico:

- Peso: 60
- Talla: 1.72
- General: astenia, anorexia, ventila con dificultad. Colaborador con examen.
- Piel: sin cambios de coloración, llenado capilar <2 seg. No se palpan adenopatías.
- Respiratorio: murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, roncales en ápices.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda, hidroaéreos aumentados. No se palpan masas.
- Locomotor: rango articular adecuado para la edad.
- Neurológico: lúcido y orientado en tiempo espacio y persona.

Exámenes auxiliares:

- Estudio bacteriológico: BAAR +++.
- Radiografía de tórax: campos pulmonares con aumento heterogéneo de la densidad a nivel apical derecho. No presenta masas ni cavernas.

- Prueba VIH: negativo

Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar

Plan:

- Se decide hospitalización de paciente.
- Se inicia esquema de tratamiento para tuberculosis.

1.1.4 Caso clínico 4

Paciente varón de 55 años acude a emergencia por presentar dolor abdominal agudo de 10 horas de evolución que inicia en epigastrio y se irradia a espalda en banda, acompañado de náuseas y vómitos. Refiere no tener cambios en hábitos defecatorios. Comenta haber tenido ingesta de alimento con alto contenido graso 3 días antes del inicio de cuadro.

Antecedentes personales:

- Niega alergia a medicamentos.
- No antecedentes familiares de importancia, no antecedentes quirúrgicos.

Funciones biológicas:

- Sed: aumentada
- Apetito: disminuido
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: conservado

Signos vitales:

- TA: 110/70 mmHg. FC: 98 FR: 22 T: 38 °C

Examen físico:

- Peso: 68 kg
- Talla: 152 cm
- General: AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente.
- Piel: T/H/E, sin cambios de coloración, llenado capilar <2 seg.
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, sin ruidos patológicos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, hipocondrio derecho e izquierdo; ruidos hidroaéreos aumentados. No se palpan masas.
- Locomotor: rango articular adecuado para la edad.
- Neurológico: lúcido y orientado en tiempo espacio y persona.

Exámenes auxiliares:

- Hb: 15.9, Hto: 44.3, Leucocitosis de 18000, N: 70%, L: 22%, Mon: 7%; Pla.: 252000
- Sodio: 124; Potasio: 3,37; Cloro: 100; Calcio: 0,86; Magnesio: 1,9
- Creatinina: 0,58, BUN: 8, Glucemia: 250, Amilasa: 537, AST: 270.
- Pruebas de coagulación normales.
- PCR: 6,5, Colesterol total: 350 mg/dl, Triglicéridos: 900 mg/ dl.
- Ecografía abdominal: páncreas aumentado de tamaño y aumento difuso de su ecogenicidad, presencia de líquido peripancreático.

Diagnóstico: Pancreatitis aguda

Tratamiento:

- Reposo gástrico, NPO.
- Líquidos intravenosos de mantenimiento: NaCl 0.9% 1000 ev LX I, II, III, IV
- Omeprazol 40mg ev cada 24h
- Tramadol 100mg + dimenhidrinato 50mg + NaCl 0.9% 100 ev c/8h
- Metoclopramida 10 mg ev cada 8 h
- Metamizol 1gr ev PRN a T>38,3
- CFV

1.2 Cirugía

1.2.1 Caso clínico 1

Varón de 68 años es traído por familiar por distensión abdominal, hipo persistente desde hace 3 días, vómitos alimenticios, dolor abdominal difuso y desde ayer se niega a comer, no defeca desde su cirugía hace 5 días. Niega otras molestias, no sensación de alza térmica.

Antecedentes:

- Quirúrgicos: colecistectomía hace 5 días
- RAMS: niega
- Personales: niega

Signos vitales:

- FC: 96 FR: 18 PA:130/89 SatO2: 97% T°: 37

Examen Físico:

- Piel: Elástica, deshidratada, fría, palidez
- Respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no roles
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos.
- Abdomen: Distendido, RHA disminuidos, doloroso a la palpación superficial.

Herida operatoria afrontada sin signos de flogosis en hipocondrio derecho.

- Genitourinario: PPL (-), genitales externos masculinos sin alteración.
- Neurológico: LOTEPE, Escalado de Glasgow 15 puntos, pupilas reactivas.

Exámenes Auxiliares:

- Rx. abdominal de pie: Asas distendidas, niveles, signo de monedas apiladas.
- Hemograma: Hb:11gr/dl Hto: 33, leucocitos: 7300, eosinófilos: 0 basófilos:0 abastados 3, segmentados: 67, linfocitos: 20, monocitos: 10, plaquetas 329 mil
- Grupo y factor Rh: A+
- Glicemia: 90; Creatinina: 0.87
- Electrolitos séricos: Na: 138, k:3.8, Cl: 116 mEq/Lt.

Diagnóstico: Obstrucción intestinal alta

Tratamiento:

- NPO
- Cloruro de sodio 0.9% I a chorro, II, III y IV a LX gotas, luego vía heparinizada
- Colocación de Sonda nasogástrica
- Metamizol 1gr ev STAT
- Balance hídrico estricto
- Control de signos vitales.

1.2.2 Caso clínico 2

Paciente VAT de 50 años acude a emergencia por dolor en cuadrante superior derecho tipo cólico desde hace más de 6 horas, refiere que tiene los dolores desde hace más de un mes pero siempre ceden a pastillas “no recuerda el nombre”, también refiere que ha notado que esta de un color más amarillo, la paciente tiene una ecografía abdominal desde hace un año donde se evidencia litiasis vesicular; ha presentado 2 vómitos alimenticios antes de acudir a emergencia y la noche anterior fiebre no cuantificada.

Antecedentes:

- Quirúrgicos: cesárea hace 10 años por presentación podálica
- RAMS: niega
- Personales: niega

Signos vitales:

- FC: 90 FR: 18 PA:120/85 SatO2: 96% T°: 38.5

Examen físico:

- Piel: Elástica, deshidratada, fría, ictericia en escleras ++/+++ , ictericia en piel +/+++ , tatuaje de una rosa en flanco izquierdo.
- Respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no roles
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, a la palpación superficial dolor en hipocondrio derecho, se palpa masa de 2x2cm en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+), cicatriz suprapúbica.
- Genitourinario: PPL (-), genitales externos femeninos.
- Neurológico: LOTEPE, Escalado de Glasgow 15 puntos, pupilas reactivas.

Exámenes Auxiliares:

- Ecografía abdominal: litiasis vesicular, colédoco engrosado 0.8mm
- Hemograma: Hb:10.5gr/dl Hto: 32, leucocitos: 8450, eosinófilos:0 basófilos: 0 abastionados 5, segmentados: 57, linfocitos: 24, monocitos: 14, plaquetas 329 mil
- Grupo y factor Rh: O+; Tiempo de coagulación: 6´; Tiempo de sangría: 1´50”
- Glicemia: 94; Creatinina: 0.88
- Se solicitó una colangiografía

Diagnóstico: Colangitis aguda + coledocolitiasis

Tratamiento:

- NPO
- Cloruro de sodio 0.9% a LX gotas, luego vía heparinizada
- Metamizol 1gr EV STAT
- Ciprofloxacino 400mg ev c/12horas
- Metronidazol 500mg ev c/8horas
- Pendiente en la brevedad la colangiografía con contraste

1.2.3 Caso clínico 3

Paciente varón de 52 años, con historia de tumoración reductible en región inguinal derecha que protruye al esfuerzo físico, con 4 años de evolución y de lento crecimiento. Ingresa comentando que tumoración inguinal no se reduce desde hace 2 semanas, asociándose a dolor intermitente y estreñimiento; acompañándose de náuseas y vómitos desde hace 4 horas.

Antecedentes personales:

- Hernia inguinal reductible derecha, diagnosticada desde 2016, sin intervención quirúrgica.
- Niega alergia a medicamentos.
- Niega antecedentes familiares de importancia
- No antecedentes quirúrgicos.
- Antecedentes socioambientales:
- Trabajo: albañil, personal de carga.

Funciones biológicas:

- Sed: conservado
- Apetito: disminuido
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: disminuido, estreñimiento.

Signos vitales:

- TA: 110/80 mmHg FC: 92 FR: 17 T: 38°C

Examen físico:

- Peso: 87 kg
- Talla: 1.70 m
- General: lúcido y colaborador. AREG, AREH, AREN
- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2 seg.
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no estertores. Tórax simétrico, adecuada amplexación.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando y depresible, levemente distendido, doloroso a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho. Ruidos hidroaéreos disminuidos.
Se palpa tumoración en región inguinal derecha, de aproximadamente 10 x 9 cm, no reductible.
- Extremidades: simétricas, adecuado rango articular para la edad.
- Neurológico: lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona.

Exámenes auxiliares:

- Abdomen Simple de pie: intestino grueso levemente distendido, niveles hidroaéreos.
- Hemograma: Hb 13.8 gr /dl, Hto 38.6%, Leucocitos:11.200/mm³
Neutrófilos segmentados: 75% Linfocitos: 21% Monocitos 2%,
Eosinófilos: 2% Plaquetas: 266.000/mm³, Glicemia: 92 mg/dL, Urea:
50 mg/dL, Creatinina: 1,0 mg/dL,
- Orina completa: 7-9 leucocitos x campo
- Grupo S: O Rh: (+)
- Glucemia: 96 mg/dl; Creatinina: 0.97
- Electrolitos séricos: Na + 143 mEq/Lt; Cl: 116 mEq/Lt.
- Riesgo quirúrgico: II

Diagnóstico.: obstrucción intestinal, asociado a hernia inguinal directa derecha

Indicación:

- Manejo quirúrgico, hernioplastia
- Descarte de necrosis del segmento intestinal

1.2.4 Caso clínico 4

Paciente mujer de 26 años ingresa a emergencia por presentar cuadro de 12 horas de evolución, caracterizado por dolor de gran intensidad que inició en epigastrio y posteriormente migra a fosa iliaca derecha; acompañado de hiporexia y náuseas. Agrega sentir sensación de alza térmica sin cuantificar.

Antecedentes personales:

- Niega alergia a medicamentos.
- Niega antecedentes familiares de importancia.
- No antecedentes quirúrgicos.

Funciones biológicas:

- Sed: conservado
- Apetito: disminuido
- Diuresis: conservado
- Deposiciones: conservado

Signos vitales:

- TA: 120/90 mmHg FC: 114 FR: 24 T: 37.8°C

Examen físico:

- Peso: 66 kg
- Talla: 1.58 m

- General: lúcida y colaboradora al examen. AREG, AREH, AREN. Ventilando espontáneamente.
- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2 seg.
- Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada amplexación. Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no estertores.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, e hipogastrio. No palpación de masas, no visceromegalia. Signo de McBurney positivo, Signo de Blumberg negativo.
- Extremidades: simétricas, adecuado rango articular para la edad.
- Neurológico: lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: HB 12.3 g/dl, Hto 39%, leucocitos: 13.000/μl (neutrófilos: 15.000/μl, linfocitos: 2.060/μl), abastionados: 4, plaquetas: 250.000/μl, LDH: 205 UI/L, GOT: 12 UI/L, GPT: 15 UI/L.
- PCR: 150 mg/L, urea: 30 g/dl, creatinina: 0,61 mg/dl,
- Orina completa: 2-4 leucocitos x campo
- Grupo S: O Rh: (+)
- Glucemia: 84 mg/dl
- Análisis microscópico del sedimento: leucocitos: negativo, nitritos: negativo, hematíes: 2+, pH: 5,5, proteínas: 1+, glucosa: negativo, cuerpos cetónicos: 1+, urobilinógeno: 0,2 mg/dl, bilirrubina: negativo, densidad: 1.020. No bacterias.
- Rx. tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas.
- ECO: se visualiza el apéndice cecal en todo su recorrido, de 7 mm de diámetro máximo.
- Riesgo quirúrgico: II

Diagnóstico.: Apendicitis aguda

Indicación:

- Manejo quirúrgico, Apendicectomía

1.3 Gineco-obstetricia

1.3.1 Caso clínico 1

Paciente de 30 años acude a emergencia por presentar mareos, sensación de desvanecimiento, trae consigo una prueba de β HCG cualitativa positiva. Niega sensación de alza térmica, no náuseas, no vómitos.

Antecedentes:

- Quirúrgicos: Hace cuatro años salpingooforectomía derecha por embarazo ectópico
- RAMS: Niega
- Familiares: Papa DM2
- Personales: Consume anticonceptivos orales de manera irregular
- FUR: Hace 2 meses
- G3P 1011/ G1 año 2016 embarazo ectópico resuelta por salpingooforectomía
G2 año 2018 parto eutócico
G3 Actual

Signos vitales:

- FC: 130 FR: 21 SatO2: 96% PA: 80/60 mmHg T°: 37.8

Examen Físico:

- Piel: Tibia, fría, hidratada, llenado capilar 2 segundos, palidez ++/+++
- Respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no roles

- Cardiovascular: RCR, buen tono, taquicárdicos, no soplos
- Abdomen: B/D, RHA presentes, dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, signo Blumberg (+)
- Genitourinario: Cuello uterino dehiscente, no se evidencia sangrado transvaginal
- Neurológico: LOTEPE, Con tendencia al sueño, Glasgow: 14/15 pts.

Exámenes auxiliares:

- Eco. transvaginal: Líquido peritoneal aprox. 500cc, se evidencia masa de 10mm en anexo izquierdo, útero trilaminar.
- β HCG cuantitativo: 9000 Prueba rápida de VIH y RPR: Negativo
- Hemograma: Hb:8.5 Hto:27 Leucocitos:12000 Abastones: 5% Segmentados: 60%
- Tiempo de coagulación: 6' Tiempo de Sangría: 2' Grupo y factor: O+

Diagnóstico: Embarazo ectópico complicado

Tratamiento:

- Quirúrgico
- Esperar turno en SOP

1.3.2 Caso clínico 2

Gestante de 17 años con edad gestacional 38 semanas, llega a emergencia con cefalea intensa, tinnitus, palpaciones y sensación de desvanecimiento. Percibe movimientos fetales, no sensación de alza térmica, niega dinámica uterina, no vómitos, no pérdida de líquido, niega otras molestias.

Antecedentes:

- FUR: 18/07/2020

- G1P0000
- CPN: 2
- Quirúrgicos: Niega
- Personales: Niega
- Familiares: Mama DM2
- RAMS: Niega

Signos vitales:

- FC:100 FR:20 SatO2: 97% PA: 180/100 T°: 37.

Examen físico:

- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2”, edemas en miembros inferiores.
- Sist.Resp.MV pasa en ambos hemitórax, no roles
- Sist.CV: Ruidos cardiacos rítmicos, intensos, no soplos.
- Abd: B/D, RHA (+), AU: 34cm, LCD, LCF:140, Dinámica uterina ausente.
- GU: PPL (-), TV: Cérnix cerrado, membranas íntegras, no sangrado.
- Neurológico: Escala de Glasgow: 15/15, paciente con tendencia al sueño, reflejos osteotendinosos conservados.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: HB:12 HTO:37
- GRUPO Y FACTOR: A+
- Tiempo de coagulación: 6´ Tiempo de sangría: 1´30”
- Prueba rápida de VIH: Negativa
- RPR: negativo
- Urea: 0.90; Creatinina: 20
- Examen de orina: proteinuria +
- Serológicos: Negativos
- Perfil hepático:
 - bilirrubina total: 2
 - bilirrubina indirecta:0.9

- bilirrubina indirecta: 1.1
- TGO: 60 TGP: 60 LDH: 400

Diagnóstico: Preeclampsia

Tratamiento:

- Empezar clave azul
- Esperar turno para SOP

1.3.3 Caso clínico 3

Mujer de 31 años, gestante de 34 semanas 5 días ingresa a emergencia con dolor abdominal de aparición brusca, comenta presenciar sangrado vaginal oscuro desde hace varias horas. Comenta percibir los movimientos fetales adecuadamente.

Antecedentes:

- Quirúrgicos: Niega
- RAMS: Niega
- Familiares: Niega
- FUR: 12 de agosto de 2020
- FPP: 19 de mayo de 2021
- G4P3003

Signos vitales:

- FC: 87 FR: 18 PA: 135/80 SatO2: 99% T°: 37

Examen Físico:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2", no edemas
- Sist. Respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no estertores.
- Sist. Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos.

- Abdomen: AU 33cm, contracciones uterinas cada 3 minutos, de 50 segundos de duración, intensidad +++, SPP: LCI, LCF 155-170 por minuto.
- Genitourinario: sangrado oscuro a través de cérvix, el cual está cerrado con una longitud de 3,5 cm. Útero aumentado de tono.
- Neurológico: Despierta, Glasgow: 15 pts., pupilas reactivas a la luz.

Exámenes Auxiliares:

- Grupo y factor: O+
- Hemograma: HB: 12; Hto: 36; Plaquetas: 300 mil Leucocitos: 7 650 Abastados: 0%
- Examen de Orina: no patológico Prueba rápida VIH y RPR: Negativo
- Tiempo de coagulación: 5'30" Tiempo de sangría: 1'30"
- Monitoreo fetal: estado fetal no tranquilizante.

Diagnóstico: Desprendimiento prematuro de placenta.

Tratamiento:

- Finalizar la gestación.
- Cesárea de emergencia.

1.3.4 Caso clínico 4

Mujer de 47 años, sin antecedentes mórbidos, fecha de última regla imprecisa, usuaria de anticonceptivos orales, acude a urgencias por cuadro de un mes de evolución, caracterizado por tos con desgarro hemoptoico, metrorragia, disminución del apetito, baja de peso no cuantificada, disnea de pequeño esfuerzo, ortopnea y disnea paroxística nocturna.

Antecedentes:

- Quirúrgicos: Apendicectomía en el 2000

- RAMS: Niega

Signos vitales:

- FC:90 FR: 17 PA: 190/60 SatO2: 98% T°: 37.5

Examen Físico:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2", no edemas
- Sist. Respiratorio: MV disminuido bilateral, mayor a derecha
- Sist. Cardiovascular:
- RCR, no soplos, no ingurgitación yugular
- Abdomen: globuloso, blando; RHA (+), se palpa masa hipogástrica de consistencia firme, no dolorosa
- Extremidades inferiores con edema bilateral simétrico moderado
- Especuloscopia: cuello uterino de aspecto sano, escaso sangrado activo
- Tacto vaginal: se palpa masa firme, inmóvil de aprox. 20 cm de altura.
- Neurológico: Despierta, Glasgow: 15/15 pts., pupilas reactivas.

Exámenes Auxiliares:

- Ecografía transvaginal: útero de 15x8,5 cm con imagen intrauterina de ecorrefringencia aumentada, áreas anecogénicas irregulares, compatible con Mola Hidatiforme.
- Beta de hormona Gonadotrofina Coriónica Humana (b-HCG) > 150.000.
- Radiografía de tórax: se observan signos de congestión pulmonar
- Grupo y factor: O+
- Hemograma: HB: 10.5 Hto: 31 Plaquetas: 298 mil Leucocitos: 6 543 Abastados: 0%
- Examen de Orina: no patológico Prueba rápida VIH y RPR: Negativo
- Tiempo de coagulación: 5'30" Tiempo de sangría: 1'30"

Diagnóstico: mola hidatiforme completa

Tratamiento:

- Preparación legrado uterino instrumental bajo anestesia

1.4 Pediatría

1.4.1 Caso clínico 1

Madre acude a emergencia con su menor de 7 días de vida tras presentar ictericia y la noche anterior temperatura de 38°C, la madre refiere que su menor lacta cada 3 horas, pero solo hasta que se quede dormido. Niega otras molestias, no náuseas, no vómitos.

Antecedentes:

- Madre de 16 años G2P1011, mal control prenatal (3), ITU en el primer trimestre del embarazo con tratamiento completo, familia disfuncional.
- Neonato por parto vaginal.
- Peso al nacer: 3050 gr talla:52 Perímetro cefálico: 34

Signos vitales:

- FC: 140 FR:60 SAT O2: 98% T:37°

Examen físico:

- Piel: tibia, elástica, leve resequedad, ictericia generalizada, hipotonía
- Respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes, zona eritematosa alrededor del ombligo con signos de flogosis e indurada.
- Genitourinario: Genitales externos masculino
- Neurológico: Paciente con tendencia al sueño

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Plaquetas: 64 mil; Leucocitos: 14621
Segmentados:39; Abastionados:11; Índice I/T: 0.22
- PCR: positivo
- Examen de orina completo: leucocitosis >100 u/c
- Urocultivo: Positivo E. coli sensible
- Hemocultivo: Negativo
- Bilirrubinas: totales: 14.5 directa: 0.8
- Ecografía de partes blandas: Evidencia hernia umbilical.

Diagnóstico: Sepsis neonatal tardía

Tratamiento:

- Lactancia materna a libre albedrío
- Ampicilina 50mg/kg/día cada 12 horas
- Amikacina 15mg/kg/día cada 24 horas
- Medios físicos si T°>38
- Control de funciones vitales.

1.4.2 Caso clínico 2

Lactante de 38 semanas de edad gestacional, nacido por cesárea. Presenta dificultad respiratoria a las 4 horas de vida. Madre refiere que lo nota más agitado, se cansa al lactar; niega sat, no vómitos.

Antecedentes:

- Madre de 25 años. G1P1001. Buen control prenatal (8). Niega interurrencias durante el embarazo.
- Neonato nacido por cesárea.
- Peso al nacer: 3150 Talla: 52 Perímetro cefálico: 33.5

Signos vitales:

- FC:142 FR:70 SatO2: 96% T°: 37.2

Examen físico:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2', no ictericia, milia en zona nasal
- Respiratorio: MV pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados, taquipneico.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no impresiona soplo
- Abdomen: Blando. Depresible, RHA ausentes.
- Genitourinario: Genitales externos masculinos
- Neurológico: Reactivo.
- Signo de Moro (+), Prensión (+), Succión (+)

Exámenes auxiliares:

- Hemograma a las 6 horas de vida.
 - Leucocitos: 18 482
 - Plaquetas: 245 000
 - Segmentados:67
 - Abastionados:1
- PCR: Negativo
- RX de tórax: No se evidencia patrón en ambos campos pulmonares, se observa una fisuritis en el hemicampo derecho.

Diagnóstico: Taquipnea transitoria del recién nacido

Tratamiento:

- Lactancia supervisada.
- Rigurosa observación.
- Control de signos vitales cada 2 horas.

1.4.3 Caso clínico 3

Paciente varón de 2 años 2 meses llega a emergencia por presentar un episodio de convulsión tónico-clónica generalizada en casa, el cual tuvo menos de un minuto de duración; acompañado de fiebre de 2 días de evolución con pico cuantificado en 39.2 °C. Madre agrega presencia de vómitos de 3 días de evolución en 4 ocasiones y deposiciones líquidas abundantes sin moco y sin sangre en aproximadamente 7 oportunidades, las cuales persistían al momento de la evaluación.

Antecedentes personales:

- Madre niega alergia a medicamentos.
- Vacunas completas para su edad.
- No hay antecedentes de convulsión en familia.

Funciones biológicas:

- Sed: aumentada
- Apetito: disminuido
- Diuresis: disminuido
- Deposiciones: aumentado

Signos vitales:

- TA: 110/80 mmHg FC: 108 FR: 28 T: 39°C

Examen físico:

- Peso: 12.6 kg
- Talla: 90 cm
- General: irritable, inquieto, ventilando espontáneamente.
- Piel: palidez mucocutánea, mucosa oral semi seca, llenado capilar <2 seg.
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, sin ruidos patológicos agregados. Tórax simétrico.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.

- Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos aumentados. No se palpan masas.
- Locomotor: simétricas, moviliza 4 extremidades, ROT adecuados.
- Neurológico: sin déficit aparente, tendencia al llanto, sin signos de focalización.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hemoglobina 13,5 g/dl. HTC 41%. Plaquetas 273.000/mmcc. Leucocitos 11.000 (linfocitos 60%).
- PCR 40 mg/dl.
- Reacción inflamatoria en heces: no se observó leucocitos.
- Punción lumbar: no se realizó por evolución favorable.
- Pendiente resultados de Coprocultivo.
- TAC: a realizar, pendiente.

Diagnóstico: Convulsión febril, asociado a trastorno metabólico por gastroenteritis.

Tratamiento:

- Metamizol 25mg/kg IM STAT
- Paciente pasa a Observación: para iniciar tolerancia oral y vigilar si muestra signos de compromiso de conciencia.
- Iniciar diazepam 0.5 mg/kg/dosis si presenta nueva crisis convulsiva.

1.4.4 Caso clínico 4

Niño de 4 años ingresa por presentar fiebre cuantificada en 38.2°C desde hace 3 días, acompañado con 4-5 deposiciones líquidas mucosanguinolentas al día, se agregan 2 episodios de vómitos un día antes del ingreso. Madre niega otros síntomas coexistentes.

Antecedentes personales:

- Madre niega alergia a medicamentos.
- No antecedentes familiares de importancia, no antecedentes quirúrgicos.
- Antecedentes socioambientales:
- Madre tiene criadero de aves en casa como parte de su trabajo.

Funciones biológicas:

- Sed: aumentada
- Apetito: disminuido
- Diuresis: disminuido
- Deposiciones: aumentado, mucosanguinolento

Signos vitales:

- TA: 110/80 mmHg FC: 115 FR: 30 T: 38.2°C

Examen físico:

- Peso: 15kg
- Talla: 100 cm
- General: irritable, inquieto, sin signos de dificultad respiratoria. Signo de pliegue negativo.
- Piel: leve palidez mucocutánea, mucosa oral semi seca, llenado capilar <2 seg.
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, sin ruidos patológicos agregados. Tórax simétrico.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos aumentados. No se palpan masas.
- Extremidades: simétricas, adecuado rango articular. Frías.
- Neurológico: sin déficit aparente, activo y reactivo.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hemoglobina 12,5 g/dl. HTC 40%. Plaquetas 260.000/mmcc. Leucocitos 11.500.

- PCR 36 mg/dl.
- Reacción inflamatoria en heces: leucocitos >20 por campo. PMN 100%
- Ecografía abdominal: normal. Imagen no sugiere presencia de íleo, ni perforación de víscera hueca.
- Pendiente resultados de Coprocultivo.

Diagnóstico: Diarrea disentérica asociada a *Campylobacter jejuni*

Tratamiento:

- Paracetamol JBE 9 ml cada 6 horas por 2 días
- Se indica solución de rehidratación vía oral
- Vigilar la tolerancia líquida. Reevaluar hidratación en 4 horas
- Inicio de antibioticoterapia: azitromicina 3.75 ml cada 24 horas por 5 días.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Categorización

El Hospital San Juan de Lurigancho es un establecimiento de salud situado en la categoría II-2, el cual indica que es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población, ofreciendo atención integral ambulatoria y hospitalaria. Asimismo, al momento de realizar las funciones de Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación, pone mayor énfasis en la Recuperación y Rehabilitación de problemas de la Salud (1).

Se inició con 2 carpas donadas como puesto de salud en febrero del año 1976; el 30 de mayo del 2005 se creó el hospital categorizado en II-1, a través de la Resolución Directoral N.º 297-DG-DESP-DISA-III-LN-2005; el 04 de enero del 2010 elevó su categoría a nivel II-2 mediante la Resolución Directoral N°004-2010-DISA-IV-LE.

Es el único hospital Nivel II-2 del ministerio de salud ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, el cual requiere una mejor infraestructura por la mayor demanda poblacional (2).

2.2 Ubicación

El Hospital San Juan de Lurigancho se encuentra ubicado en el paradero 11 de la Av. Canto Grande del distrito de San Juan de Lurigancho, al noreste de la Provincia de Lima, departamento de Lima. Esta ubicación tiene una altitud entre 220-230 msnm, superficie territorial de 131.25Km², por ello es denominada como la parte alta del distrito.

El territorio del Hospital San Juan de Lurigancho corresponde a 10,500 mt.² en uso mediante la Resolución Suprema N°208-77/VC-4400, cuenta con infraestructura de material noble en su mayor porcentaje (2).

2.3 Población

La población de San Juan de Lurigancho es de 1 142,319 habitantes; de la cual un 8.53% es menor de 5 años, 24.92% es menor de 15 años, 19.11% es adulto joven, y 5.97% pertenece a la población de adulto mayor. De esta población, el 51.36% es de sexo femenino y 48.64% es de sexo masculino.

La población que tiene mayor demanda de atención es la que corresponde al grupo de 30 a 59 años en un 39.03%; seguido por los adultos mayores y los niños, en un 23.68% y 18.09%, respectivamente (2).

2.4 Servicios de atención

Dentro de los órganos de línea, cuenta con los departamentos de medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, emergencia y cuidados críticos, anestesiología, enfermería, apoyo al tratamiento, odontoestomatología, y farmacia. Ofrece atención de salud en consultorio externo, emergencia, y hospitalización en distintas especialidades médicas. Para el traslado de

pacientes cuenta con 3 ambulancias, las cuales son de nivel I, II y III respectivamente.

2.5 Consultorio externo

En consultorio externo encontramos que la primera causa de morbilidad es la enfermedad de la pulpa y de los tejidos periapicales; en segundo lugar, tenemos los trastornos de la acomodación y de la refracción. Otras causas de morbilidad en consultorios son la gastritis y duodenitis, y la dorsalgia.

Si lo separamos por edades, tenemos que el grupo de 0 a 28 días de nacidos tiene como primera causa de morbilidad a la ictericia neonatal, seguida por rinofaringitis aguda. El grupo de 0 a 11 años tiene como primera causa de morbilidad a las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, seguida por las caries dentales. El grupo de 12 a 29 años tiene como primera causa de morbilidad a las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, seguido por los trastornos de la acomodación y de la refracción. El grupo de 30 a 59 años tiene como primera causa de morbilidad a las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, seguido por dorsalgia. El grupo de 60 años a más tiene como primera causa de morbilidad a la hipertensión esencial, seguido por catarata senil.

En consultorio externo del servicio de Medicina Interna tenemos como primera causa de morbilidad a Diabetes Mellitus no insulino dependiente, seguido por los Trastorno de metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias.

En consultorio externo del servicio de Medicina Física y Rehabilitación tenemos a la Dorsalgia como primera causa de morbilidad; en el servicio de Neurología tenemos a los Síndrome de cefalea y las Epilepsias; en el servicio de Dermatología tenemos a la Dermatofitosis; y en el servicio de Reumatología tenemos a la Gonartrosis.

En consultorio externo del servicio de Cirugía General tenemos como primera causa de morbilidad a la Colecistitis, seguido por la Hernia inguinal.

En consultorio externo del servicio de Pediatría tenemos como primera causa de morbilidad a la Rinitis alérgica, seguido por la Rinofaringitis aguda.

En consultorio externo del servicio de Gineco-Obstetricia tenemos como primera causa de morbilidad a los Trastornos del sistema urinario, seguido por Displasia mamaria benigna.

2.6 Emergencia

En Emergencia encontramos que la primera causa de morbilidad es la Faringitis aguda; en segundo lugar, tenemos a la Rinofaringitis aguda. Otras causas de morbilidad en Emergencia son las Diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, y las heridas en cabeza.

Si lo separamos por edades, tenemos que el grupo de 0 a 11 años tiene como primera causa de morbilidad es la Faringitis aguda, seguida de Rinofaringitis aguda. El grupo de 12 a 17 años tiene como primera causa de morbilidad a la Faringitis aguda, seguido por Asma. El grupo de 18 a 29 años tiene como primera causa de morbilidad a las Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto, seguido por el Falso trabajo de parto. El grupo de 30 a 59 años tiene como primera causa de morbilidad a las Heridas en cabeza, seguido por Diabetes mellitus no insulino dependiente. El grupo de 60 años a más tiene como primera causa de morbilidad a Diabetes mellitus no insulino dependiente, seguido por Trastorno del sistema urinario.

En Emergencia del servicio de Medicina Interna tenemos como primera causa de morbilidad a Diabetes Mellitus no insulino dependiente, seguido por los Infección de vías urinarias.

En Emergencia del servicio de Cirugía General tenemos como primera causa de morbilidad a las Heridas en cabeza, seguido por Traumatismo superficial de la cabeza y Otros traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo.

En Emergencia del servicio de Pediatría tenemos como primera causa de morbilidad a la Faringitis aguda, seguido por la Rinofaringitis aguda.

En Emergencia del servicio de Gineco-Obstetricia tenemos como primera causa de morbilidad a las Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto, seguido por Falso trabajo de parto.

2.7 Hospitalización

En Hospitalización encontramos que la primera causa de atención es el Parto único espontáneo; en segundo lugar, tenemos al Parto único por cesárea. Otras causas de atención en Hospitalización son la Apendicitis aguda, y la Neumonía.

Si lo separamos por edades, tenemos que el grupo de 0 a 11 años tiene como primera causa de atención a la Neumonía, seguida de Asma. El grupo de 12 a 17 años tiene como primera causa de atención al Parto único espontáneo, seguido por Apendicitis aguda. El grupo de 18 a 59 años tiene como primera causa de atención al Parto único espontáneo, seguido por el Parto único por cesárea. El grupo de 60 años a más tiene como primera causa de atención a la Hernia inguinal, seguido por la insuficiencia respiratoria.

En Hospitalización del servicio de Medicina Interna tenemos como primera causa de atención a la Neumonía, seguida de Infección de vías urinarias.

En Hospitalización del servicio de Cirugía General tenemos como primera causa de atención a la Apendicitis aguda, seguido por Colecistitis.

En Hospitalización del servicio de Neonatología tenemos como primera causa de atención a la Sepsis bacteriana, seguido por la Ictericia neonatal.

En Hospitalización del servicio de Pediatría tenemos como primera causa de atención a la Neumonía, seguido por Asma.

En Hospitalización del servicio de Ginecología tenemos como primera causa de atención al Aborto espontáneo, seguido por el Prolapso genital femenino.

En Hospitalización del servicio de Obstetricia tenemos como primera causa de atención al Parto único espontáneo, seguido por el Parto único por cesárea.

2.8 Referencias

El traslado del Hospital San Juan de Lurigancho a un establecimiento de mayor complejidad como el Hospital Hipólito Unanue toma un tiempo de 40 minutos; al Instituto Materno Perinatal toma un tiempo de 1 hora, y al Hospital 2 de Mayo toma un tiempo de 55 minutos.

El Instituto Nacional del Niño (en Breña) es el establecimiento que concentra la mayor de nuestras referencias, seguida por el Hospital Nacional Hipólito Unanue y el Hospital Nacional Arzobispo de Loayza (2).

2.9 Pandemia COVID-19

El 10 de marzo del año 2020 fue notificado el primer caso confirmado en el Hospital San Juan De Lurigancho, se trataba de un ciudadano que había realizado un viaje de a Puerto Rico. Posteriormente, los siguientes casos se fueron confirmando con apoyo de pruebas moleculares y las pruebas antígenos. Desde el 10 de marzo hasta el 20 de enero del 2021, se tuvo un total de 8,282 casos confirmados; de igual manera, se evidencia un incremento de casos desde diciembre hasta la actualidad.

Los casos confirmados están dados en un 54% por la población en etapa adulta, y en un 25% por la población en etapa joven; sobre todo el sexo femenino, el cual representa un 62% del global.

Hasta la fecha mencionada, se hospitalizaron 1502 pacientes en el área COVID-19, de los cuales el 81.62% fueron confirmados, el 16.71% fueron descartados y solo el 1.66% están pendientes de resultado. El 93.94% de los pacientes hospitalizados se localizaban en sala de aislamiento, mientras que el 6.06% restante se encontraba en UCI.

Julio y junio fueron los meses de mayor concentración de pacientes hospitalizados; sin embargo, se observó un incremento en los meses de diciembre y enero.

Durante la actual pandemia, hasta la fecha mencionada, en el Hospital San Juan de Lurigancho se han notificado 552 pacientes fallecidos, de los cuales el 71% son casos confirmados, el 17% son casos sospechosos y el 12% son casos descartados. La etapa que sufrió mayor impacto fue la del adulto mayor, seguida del adulto (3).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Medicina interna

3.1.1 Discusión 1

En la anamnesis encontramos que paciente fumador pesado, con mal tratamiento para hipertensión, con dolor opresivo retroesternal, EKG alterado, llegamos a la conclusión que era un infarto agudo al miocardio con ST elevado, con respecto al tratamiento si comparamos con el tratamiento del Hospital Santa Rosa la dosis de ácido acetilsalicílico es mayor en 100 mg con respecto a los otros medicamentos su tratamiento es bastante parecido. Sabemos que los pilares del tratamiento son: ácido acetilsalicílico, nitroglicerina, b-bloqueadores, oxígeno dependiendo de la saturación del paciente (4).

3.1.2 Discusión 2

Paciente diabético mal controlado, no recuerda medicación, no cumple con su dieta, por los síntomas de dolor abdominal se piensa en una cetoacidosis y este síntoma se da por el íleo y el vaciamiento gástrico enlentecido. El examen Gold standard en este caso es el análisis de gases arteriales para saber si estamos frente a una cetoacidosis diabética o un estado hiperosmolar, deshidratación y/o trastorno electrolítico.

En cuanto al tratamiento si hablamos de cetoacidosis es insulina 0.10U/ kg bolo EV inicial y posteriormente 0.1U/kg hora esperar que la glucemia llegue a 200 mg/dl y podría recién colocarse insulina subcutánea, la indicación también es sobre los electrolitos, pero al no contar con reactivo de AGA lo que se hace es colocarle las unidades de insulina de manera subcutánea aproximando que por cada unidad 30-50 mg/dl (5).

3.1.3 Discusión 3

La historia de la tos persistente por 3 semanas de evolución, hemoptisis, disnea, sudoración nocturna, fiebre y pérdida de peso, nos permite sospechar de tuberculosis pulmonar.

Para confirmar el diagnóstico podemos usar pruebas complementarias como la baciloscopia, la cual consiste en el estudio de la muestra de esputo teñida con tinción Ziehl Neelsen; se considera un resultado positivo si se detectan bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) (ver Anexo N°1).

Los exámenes radiológicos no son fiables en la tuberculosis pulmonar, debido a que los hallazgos pueden corresponder a otra patología, o a una infección antigua; sin embargo, puede ser de ayuda en aquellos pacientes que presenten baciloscopias negativas (6).

Al paciente con baciloscopia positiva se le prescribe esquema para TBP sensible, el cual está dividido en 2 fases:

- Primera fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis). La cual comprende el uso de 4 medicamentos (isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida), es considerada la fase más ventajosa para eliminar los bacilos. Esta fase debe durar 2 meses, se extiende hasta que se negativizan las baciloscopias.
- Segunda fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis). Comprende la administración de isoniacida y rifampicina por 4 meses, de esta forma evitar la recaída al finalizar el tratamiento.

Adicionalmente, se recomienda reposo relativo al paciente en función del estado general, medidas higiénicas y de aislamiento (7).

Se propone control microbiológico realizando cultivo mensualmente hasta la negativización de la baciloscopia, se recomienda una última toma al final del tratamiento. De igual manera un control radiológico al iniciar y al finalizar el tratamiento (8).

3.1.4 Discusión 4

De acuerdo con la manifestación clínica del presente caso este se puede presentar como un proceso inflamatorio localizado o sistémico llegando al diagnóstico de pancreatitis aguda teniendo en cuenta que el dolor característico en epigástrico, de inicio agudo, intenso, persistente y, a menudo, irradiado en banda, es característico de esta patología (9).

El diagnóstico de la pancreatitis aguda se basa en el cuadro clínico, hiperamilasemia (elevación de lipasa o amilasa al menos 3 veces por arriba del valor normal) y evidencia morfológica de inflamación pancreática (10).

Es de ayuda la aplicación de los criterios de BISAP para establecer la severidad (ver Anexo N°2) y los criterios de RANSON para predecir el pronóstico (ver Anexo N°3) son definitivos para el diagnóstico. En nuestro caso clínico nuestra paciente cumple con los criterios del score de BISAP llegando a una puntuación de 4, interpretándose como una pancreatitis grave ya que se encuentra una relación de las funciones vitales y exámenes de laboratorio que cumplen con este score. Así mismo, se evalúan los criterios de severidad de RANSON llegando a una puntuación de 5 interpretándose como una pancreatitis grave, los exámenes de laboratorio de la paciente tienen relación con los criterios del score de RANSON (11).

Durante la atención de un paciente con PA grave es prioritaria la restitución temprana de líquidos por vía intravenosa con la finalidad de corregir el déficit de volumen, para mantener el equilibrio y evitar el desarrollo de hipovolemia, choque y falla renal aguda. La analgesia es fundamental para el tratamiento de la pancreatitis aguda grave. Lo que se busca con el diagnóstico y tratamiento adecuado es evitar las complicaciones que podrían presentarse, como falla de órgano blanco, entre ellas la falla renal y respiratoria.

3.2 Cirugía

3.2.1 Discusión 1

Las principales causas de obstrucción intestinal alta son bridas y adherencias, hernias y tumores, mientras en las obstrucciones bajas encontramos lo que es el vólvulo. En el caso clínico el paciente como antecedente tiene una cirugía previa por lo que podemos sospechar de adherencias. La radiografía abdominal de pie nos dará el signo característico de pila de monedas y si se agrega la clínica, la conclusión sería que se trata de un caso de obstrucción intestinal.

En cuanto al tratamiento lo primero que se realiza es el tratamiento conservador siempre y cuando no se encuentre factores agravantes del cuadro como leucocitosis; tal tratamiento consiste en colocar una sonda nasogástrica, hidratarlo por el riesgo a un tercer espacio y sintomáticos; si luego de 72 horas no existe mejora recién se piensa que se trate de un caso quirúrgico (12).

3.2.2 Discusión 2

El paciente en este caso clínico cumple con la triada de Charcot que según la Guía de Tokio 2018 son: dolor en hipocondrio derecho, ictericia y fiebre, también se podría decir que este es un caso de colangitis grado I por lo que aún no hay compromiso sistémico; por los hallazgos en la ecografía podemos denotar que existe una probable coledocolitiasis y lo más recomendable sería una colangiografía para que posteriormente se pueda realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, el tratamiento ideal es observación, control y manejo de los síntomas para tratar de mantener al paciente lo más estable posible y lograr realizar el procedimiento (13).

Un correcto manejo médico es la hidratación acompañada de sintomáticos y una buena cobertura antibiótica en este caso se usó ciprofloxacino para gram negativos y pseudomona y metronidazol contra bacterias anaerobias (14).

3.2.3 Discusión 3

El caso reporta un paciente con antecedente de presentar hernia inguino-escrotal reductible derecha con aproximadamente 4 años de evolución, el cual dejó de ser reductible desde hace 2 semanas, asociándose a dolor intermitente y estreñimiento, y recientemente a náuseas y vómitos; el cuadro puede estar relacionado a la labor que desempeña actualmente. Se sospecha de una hernia inguinal indirecta con signos iniciales de estrangulación.

La exploración física es el paso más importante para llegar al diagnóstico, se verifica la existencia de una protuberancia en la región inguinal. Es posible solicitar al paciente que realice algún esfuerzo, toser o ponerse en bipedestación para determinar con mayor facilidad la existencia de la hernia. Los exámenes de imagen son de ayuda si el diagnóstico no es posible tras la exploración física. Asimismo, una radiografía abdominal puede ser de ayuda para corroborar la obstrucción intestinal (15).

El tratamiento en los adultos consiste en reforzar la pared posterior, ya sea con herniorrafia o hernioplastia. Las hernioplastias son la de elección, porque usan técnicas que no suturan tejido, usan malla de polipropileno (es un material no absorbible).

La técnica de Lichtenstein es la de elección. Para evitar estar suturando tejido, fija una malla hacia el tendón conjunto y hacia el ligamento inguinal; es una técnica de colocación anterior (16).

3.2.4 Discusión 4

De acuerdo a la escala de Alvarado el paciente presenta la clínica y laboratorio típica de apendicitis que son migración del dolor a fosa iliaca derecha, náuseas, anorexia, dolor en cuadrante inferior derecho, leucocitosis con desviación izquierda sumando un puntaje de 9 que confirma el diagnóstico de apendicitis aguda basándose en la clínica que es de gran importancia, además

nos ayuda a decidir la conducta de tratamiento que en este caso sería una conducta quirúrgica es decir una apendicectomía.

El cambio en la localización del dolor es un importante signo diagnóstico e indica la formación de exudado alrededor del apéndice inflamado. Como la irritación peritoneal aumenta, el dolor localizado se intensifica y suprime el dolor epigástrico referido. El paciente refiere dolor en la fosa ilíaca derecha en el sitio o vecindad del punto conocido con el nombre de McBurney. Se trata de un reflejo viscerosensitivo de intensidad mediana, sensación de distensión o desgarro, que hace que el paciente adopte una posición antálgica de semiflexión, tratando de no realizar movimientos que acentúan el dolor.

El examen de orina nos orienta en el diagnóstico diferencial con afecciones urinarias, aunque en algunos casos podemos encontrar orina patológica, sobre todo cuando el apéndice está cerca de las vías urinarias, y en estos casos debemos considerar infección urinaria cuando encontramos en el sedimento, nitritos, cilindros granulosos o leucocitarios, que en este caso no se presenta por lo que se puede descartar que sea una infección urinaria. Una radiografía de tórax sin alteraciones pleuroparenquimatosas, nos ayuda a descartar una neumonía basal derecha.

La ecografía se usa en casos dudosos, si el apéndice es identificado por ecografía se le considera inflamado, si no se le puede identificar se excluye la apendicitis. Es segura en excluir enfermedades que no requieren cirugía (adenitis mesentérica, ileítis regional, urolitiasis) así como diagnosticar otras entidades que sí requieren tratamiento quirúrgico, como embarazo ectópico, quistes de ovario, entre otros; en este caso se encontró un apéndice de 7 mm de diámetro demostrando una dilatación del apéndice (17).

3.3 Gineco-Obstetricia

3.3.1 Discusión 1

Se dice que el embarazo ectópico abarca aproximadamente el 2% de todos los embarazos; el lugar con mayor frecuencia e incidencia de la implantación está en la trompa de Falopio exactamente en la zona ampular con un aproximado del 70%. Si bien es cierto el porcentaje de este tipo de embarazos es mínimo, este aumenta con algunos factores de riesgo como el mal uso de anticonceptivos, antecedente de un embarazo ectópico, someterse a tecnologías de reproducción asistida, infección y anomalías tubo ováricas (18).

Clínicamente la paciente se encuentra entre una clase 2-3 según los parámetros de shock hipovolémico, la cual se considera de un embarazo ectópico complicado cuyo manejo es netamente quirúrgico (19).

Según los exámenes de laboratorio cuenta con un b-HCG de 9000, cuando el valor discriminatorio para un embarazo intrauterino es de ≥ 2.000 mUI/ml, lo cual también confirma la existencia de un embarazo ectópico. Hubiese sido interesante tener el nivel de progesterona de su momento, pero ante una emergencia donde la vida de la madre peligra lo que se busca es ingresar a sala de operaciones lo antes posible (20).

3.3.2 Discusión 2

Uno de los trastornos neuro hipertensivos de mayor morbimortalidad materna y fetal durante embarazo es la preeclampsia que se caracteriza por presencia de hipertensión arterial acompañado de proteinuria a partir de semana 20 de gestación (21).

Con respecto al tratamiento debido a la presión arterial con la que llega la paciente y los pobres controles prenatales lo más adecuado es tratarla como una preeclampsia severa, la cual consiste en colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr de sulfato de

magnesio es decir 5 ampollas al 20% de sulfato de magnesio en 1 litro de NaCl 9‰ y pasar 400 ml a chorro y luego a 30 gotas/min; monitorizar diuresis horaria colocando una sonda vesical para un mejor manejo y administrar Nifedipino 10 mg vía oral como primera dosis y luego 10 mg cada 4 horas postcesárea hasta mantener la presión diastólica en 90 a 100 mmHg, se espera turno quirúrgico ya que el producto es a término y para evitar sufrimiento fetal, durante el tiempo de espera se debe monitorizar diuresis, reflejos osteotendinosos, signos vitales (22).

3.3.3 Discusión 3

La etiología en la mayoría de los casos es multifactorial y no se determina una causa predisponente. Entre los factores de riesgo de desprendimiento prematuro de placenta se encuentran los siguientes: edad materna < 20 años o \geq 35 años, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes pregestacional, hipertensión arterial crónica o preeclampsia/eclampsia, multiparidad (especialmente grandes multíparas) (23).

Las pacientes con un desprendimiento de placenta y sin un factor identificable se benefician de la realización de un estudio hematológico para descartar la existencia de trombofilias. El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta está asociado a una elevada morbimortalidad materno-fetal. La tasa de mortalidad materna es de un 1%. La mortalidad perinatal puede alcanzar el 60%, aunque en los países desarrollados se sitúa entre un 9-12%. La mayoría de las pérdidas fetales se deben a muerte intrauterina, mientras que las muertes neonatales se relacionan con la prematuridad. Hasta un 40-60% de los casos se presenta en gestaciones por debajo de las 37 semanas (23).

Las complicaciones neonatales van a estar condicionadas por la severidad y la duración de la hipoxia. En caso de desprendimientos pequeños, pero con un periodo de evolución largo, se han asociado con retraso del crecimiento intrauterino y acidosis fetal

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en la presencia de la triada clásica de sangrado vaginal, dolor abdominal y dinámica uterina (frecuentemente taquisistolia). Sin embargo, estos síntomas no están siempre presentes, y su ausencia no excluye el diagnóstico. El estudio ecográfico para el diagnóstico del desprendimiento placentario presenta una baja sensibilidad (24-57%), pero una alta especificidad (96-100%) (24). Tiene utilidad clínica para descartar otras posibles causas de metrorragia del tercer trimestre y para evaluar la vitalidad fetal. Los hallazgos ecográficos van a depender del tamaño del desprendimiento, de su localización y del tiempo de evolución clínica.

La realización de una monitorización fetal nos va a permitir identificar las alteraciones en la dinámica uterina y las alteraciones en el patrón de la frecuencia cardíaca fetal. El patrón de dinámica uterina habitual es la presencia de taquisistolia y/o hipertonía acompañada de un trazado patológico de la frecuencia cardíaca fetal. La actitud ante el diagnóstico de un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta dependerá de la vitalidad fetal, del estado materno, de la severidad del desprendimiento y de la edad gestacional. Por ello el tratamiento adecuado si nos encontramos en esa situación es culminar la gestación.

3.3.4 Discusión 4

El perfil de presentación clínica clásica de la mola hidatiforme completa tiene como síntoma principal para la sospecha diagnóstica el sangrado vaginal y el excesivo tamaño uterino.

En una serie de casos entre 1965 y 1975 el sangrado vaginal llegaba a ser de un 97%, disminuyendo a un 84% entre los años 1988 y 1993 (25). En los últimos 20 años no hay cambios significativos en la presentación clínica, pero sí una tendencia en lo anteriormente mencionado, donde persiste el sangrado vaginal como el síntoma más frecuente hasta en un 98% y afortunadamente las complicaciones más graves como insuficiencia pulmonar, embolismo pulmonar e hipertiroidismo abarcan el 3%, 0,18% y 6% respectivamente (26). La posibilidad de una detección temprana en el embarazo precoz se ha visto

influenciada por la disponibilidad y uso masivo de la ecografía transvaginal y b-HCG (25).

En caso de sospecha de ETG se debe realizar un ultrasonido transvaginal. La mola completa puede diagnosticarse por características como: embarazo anembriónico, ausencia de líquido amniótico, masa central heterogénea con numerosos espacios anecoicos en apariencia de “tormenta de nieve” y quistes ováricos tecaluteínicos. Estos hallazgos son más evidentes después del segundo trimestre de gestación

Este tipo de embarazos se producen con mayor frecuencia en los extremos de la vida, presentando cuadros clínicos de evolución rápida que requieren de una alta sospecha y derivación a un centro terciario de atención para un legrado uterino, ya que puede comprometer la vida del paciente.

3.4 Pediatría

3.4.1 Discusión 1

La sepsis neonatal es un síndrome clínico en un lactante de 28 días o menos, que se manifiesta por signos sistémicos de infección y aislamiento de un patógeno bacteriano del torrente sanguíneo; los síntomas son muy variables; ya que la sepsis de este caso se da luego de los 7 días de vida, nos encontramos frente a una sepsis neonatal tardía por lo que no solo se solicitara hemocultivo sino también urocultivo, recordando que por frecuencia durante el primer mes de vida son los niños los más afectados por una infección de tracto urinario (27)(28).

Respecto a los exámenes de laboratorio el índice I/T es un gran premonitor para sospecha de sepsis cuando este es igual o mayor a 0.16 y cuando es mayor a 0.2 la sospecha sepsis se hace más confirmatoria; su PCR salió positivo el cual también es un predisponente a sepsis (27).

Luego de realizar los cultivos correspondientes se empieza con un tratamiento empírico en este caso fue amikacina y ampicilina ya que su examen de orina

completo salió patológico, en otros casos lo que se suele medicar es ampicilina más cefotaxima por sospecha de meningitis (27).

3.4.2 Discusión 2

Los síndromes de dificultad respiratoria entre ellos, enfermedad de membrana hialina, la Taquipnea Transitoria y síndrome de aspiración meconial son las principales enfermedades que afectan al sistema respiratorio del recién nacido, de acuerdo al caso clínico se estaría tratando de una taquipnea transitoria ya que se da en recién nacido a término o pretérminos tardíos, es afección de carácter benigno, autolimitada; también es conocida como el “pulmón húmedo” debido que a la persistencia del líquido pulmonar aun después de nacer (29)(30). Los factores de riesgo más frecuentes es pertenecer al sexo masculino, feto macrosómico, depleción neonatal; pero sobre todo el nacer por cesárea (31), debido a que en el epitelio pulmonar se encuentran los canales de cloro y secretores de líquido pulmonar, estos canales se revierten durante el parto provocando que el líquido pulmonar se absorba y de esa manera los alveolos están listos para recibir el aire y preparados para el intercambio gaseoso. La absorción de líquido se dará por los siguientes mecanismos los corticosteroides maternos, la compresión torácica del feto con las contracciones uterinas y la secreción de adrenalina del feto durante el parto (30).

En la radiografía de tórax en la mayoría de los casos se obtendrá una imagen sin alteraciones, pero sin embargo algunas placas se observan la cisuritis sobre todo en el campo pulmonar derecho (30).

3.4.3 Discusión 3

El presente caso se caracteriza por un episodio de convulsión tónica generalizada, el cual, tras la evaluación, se puede apreciar que se acompaña con un nivel alto de temperatura, sin antecedentes personales ni familiares de convulsiones. Asimismo, el paciente presenta un cuadro previo de gastroenteritis aguda de 3 días de evolución.

Se pensó en un episodio de convulsión febril, relacionado a la elevación de la temperatura ocasionado por un cuadro de gastroenteritis aguda. No describe un segundo episodio.

Se vio en la necesidad de realizar exámenes complementarios para descartar otras etiologías de la fiebre o síntomas sugerentes de infección intracraneal.

La Academia Americana de Pediatría recomienda realizar punción lumbar cuando haya signos meníngeos u otros signos y síntomas que indiquen una posible meningitis o infección intracraneal (32); motivo por el cual no se realizó punción lumbar en el amor. Adicionalmente, el paciente presentaba sus vacunas completas, y no tomaba medicamentos que enmascaran la clínica de meningitis.

El electroencefalograma no está indicado en la evaluación de un niño neurológicamente sano con una convulsión febril simple. Las pruebas de neuroimagen no están indicadas de forma rutinaria tras una convulsión febril simple, pero ayudarían a poder descartar malformaciones y/o patologías que justifiquen la convulsión (33).

No se precisa un tratamiento diferente al resto de población de la misma edad con fiebre, el uso de antipiréticos. Se administró metamizol por ser un paciente febril. No se decide el uso de anticonvulsivantes, debido a que el paciente llega a emergencia después de haber terminado el episodio convulsivo y no se describe un cuadro postictal.

De volverse a presentar un episodio más de convulsión se prescribe el uso de diazepam, la cual se recomendó a una dosis de 0.5 mg/kg/dosis.

Las convulsiones febriles suelen ser procesos benignos. Se presentan en un 1/3 de los niños, depende de la historia física, la edad de presentación, y otras circunstancias relacionadas a la fiebre. Se describe escasa probabilidad de desarrollar epilepsia posterior (34).

3.4.4 Discusión 4

El caso describe un paciente de 4 años que ingresó con una temperatura de 38.2, asociado a episodios de diarrea mucosanguinolenta y vómitos. Tras el examen físico, por los signos que presenta el paciente, se indica que presenta un grado de deshidratación leve a moderada.

El dato clínico relevante que orienta al manejo médico y el pronóstico es la deshidratación.

Dado que el coprocultivo se puede retrasar días, el tratamiento empírico se inicia empíricamente en los niños con sospecha de etiología bacteriana en casos seleccionados, como la presencia de deposiciones mucosanguinolenta y fiebre elevada. En este caso, el paciente tiene antecedente relacionado con exposición a aves, lo que nos indica la sospecha de *Campylobacter* spp entre las demás bacterias.

El manejo de la diarrea por *Campylobacter* spp es importante para la mejoría del cuadro. El tratamiento de elección son los macrólidos, entre ellos, se recomienda el uso de Azitromicina por ser de una dosis diaria, lo cual evitaría su incumplimiento en el horario de administración, por omisión. Es posible iniciar manejo empírico, debido a que el resultado del coprocultivo se tiene a los 5-7 días, cuando en la mayoría de las ocasiones la diarrea se habría resuelto (35).

El tratamiento se acompaña con el uso de soluciones de rehidratación oral (SRO) en niños que no presenten deshidratación, o que presenten deshidratación leve o moderada, y toleren la vía oral. Su administración temprana mejora el pronóstico; es la manera más segura y económica de corregir los estados de deshidratación del niño.

Las SRO no están destinadas a la eliminación del microorganismo que causa la diarrea, sino a reponer el agua y sales minerales que se pierden, permitiendo una mejoría en el cuadro. Se recomienda ofrecer SRO a demanda, reponiendo volumen por volumen.

De forma encaminada, se puede dar 10 ml/kg por cada deposición abundante y 2 ml/kg por cada vómito; 30-50 ml/kg en 4 h si se trata de una deshidratación leve, 75-100 ml/kg en 4 h si la deshidratación es considerada moderada (36).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Como se sabe el año de internado, en este caso el año y 4 meses de vida hospitalaria es el último escalón para que los estudiantes de medicina se vuelvan médicos; es una fase donde el desarrollo profesional, personal e interpersonal se desempeñan de manera tan fluida que el interno no nota en qué momento se aprendió o se reforzó tanto los conocimientos, ya sea de forma práctica al ver a los pacientes convalecientes y el querer poder ayudarlos, o con la ayuda de los médicos residentes y asistentes que laboran en el hospital; estos últimos hacen el papel de tutores, amigos y compañeros dándonos las pautas correspondientes, porque la teoría muchas veces discrepa con la práctica. Los pocos materiales disponibles por algún tiempo en el hospital hacen que se busque de alguna u otra manera el poder trabajar y tratar de reemplazar lo que se busca, de ese modo cuando los internos estén en el SERUMS contarán con más alternativas para contribuir con su población.

Durante los primeros meses de esta gran experiencia se realizaban guardias de 36 horas cada 3 días; si bien es cierto, al principio suele ser agotador, pero poco a poco el interno se va habituando. El hecho de recibir un “gracias doctorcito/a” alivia el cansancio y motiva a seguir aprendiendo e informarse más sobre nuevas actualizaciones.

El hospital contaba con un servicio de emergencia que muchas veces se saturaba de pacientes, aun así, se seguía esforzando para poder atender a

todos. Si bien es cierto, es un hospital pequeño para la cantidad de población bajo su jurisdicción. La mayoría de las veces las camas en hospitalización se encontraban ocupadas en su totalidad, incluso entre servicios se prestaban camas cuando era necesario; Sin embargo, cada personal de salud se esfuerza para poder darle una buena calidad de atención y calidad de tiempo a los pacientes.

Luego de la primera ola del COVID-19, las guardias para los internos pasaron a ser de 12 horas, las personas que llegan al servicio de emergencia han disminuido y esto se debe a que ahora se cuenta con una Área COVID. Las camas en hospitalización siempre se encuentran ocupadas, tanto en Área no COVID como Área COVID; se hace lo posible para que los pacientes hospitalizados en Área no COVID se recuperen lo antes posible y de esa manera evitar su sobreinfección.

El personal de salud sigue con un arduo trabajo y los internos son de gran ayuda para ellos; se resalta el trabajo de las licenciadas y técnicas que tienen que atender a más de un servicio para poder compensar el trabajo de sus compañeros caídos durante esta pandemia.

CONCLUSIONES

1. El año de internado médico es el tiempo en el que los estudiantes de medicina inician la madurez intelectual y emocional, adquiriendo la capacidad de poder manejar distintos escenarios en el ámbito clínico y enfrentando los obstáculos que se cruzan día a día, optimizando así su profesión médica. Entre los obstáculos más resaltantes se encuentran las guardias extenuantes, el escaso tiempo para el estudio, el temor de algún accidente laboral con sustancias biológicas u objetos punzocortantes y el trato que se le dará durante sus jornadas laborales.
2. Debido a la escasa experiencia laboral en los campos clínicos del futuro interno de medicina y la falta de implementación de estrategias previo a un internado, vemos que es necesario cualquier guía básica de apoyo al futuro interno.
3. Generar pautas que apoyen a los próximos internos en estas nuevas problemáticas de pandemia donde habrá muchas deficiencias tanto en la parte académica, resolutive y la de infraestructura según el establecimiento de salud.
4. Concluyendo que el internado médico es un tiempo vital para todo futuro médico, con esta guía se implementara conocimientos tanto teóricos como prácticos que brindaran una eficiente ayuda al lector.

5. La Pandemia del Covid-19 representó la mayor prueba para los internos de medicina, los cuales tuvieron que aprender a sobrellevarlo y adaptarse a una nueva forma de vida para poder continuar con su proceso de formación, sin poner en riesgo su salud. La nueva generación de internos tendrá esta gran dificultad.

RECOMENDACIONES

1. Implementar cursos de soporte para los alumnos del penúltimo año de la carrera donde se desarrollen los temas que se consideren más importantes para así prepararlos para un correcto internado y posteriormente un buen SERUMS.
2. Proponer el año de externado médico como requisito fundamental para internado para que los próximos que ocupen el lugar hospitalario en los siguientes años tengan la preparación y bases correctas para que tengan un buen desenvolvimiento en los campos clínicos.
3. Promover un curso voluntario virtual para la atención de triaje por las nuevas deficiencias vistas en esta pandemia en el ámbito intrahospitalario.
4. Realizar evaluaciones constantes no solo teórico, donde se aplique lo aprendido en los puntos previamente comentados.
5. Recomendamos también que una vez pasada la problemática de la pandemia se regularice; y contemos con una vacunación completa y segura, se pueda llevar a cabo la asistencia a hospitales por parte de los internos para que cuenten con una mayor práctica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Norma Técnica. Categorías de Establecimientos del Sector Salud [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2005 [cited 16 April 2021]. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf
2. VELIZ SILVA M, AQUINO YARINGAÑO N, ROBLES JUSTINIANO V. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD HOSPITALARIA 2020 [Internet]. Hospitalsjl.gob.pe. 2020 [cited 15 April 2021]. Available from: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/BE/2020/ASIS2020.pdf>
3. Unidad de Epidemiología. Situación actual de COVID-19, Hospital San Juan De Lurigancho [Internet]. Hospitalsjl.gob.pe. 2021 [cited 15 April 2021]. Available from: https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/SALA_SITUACIONAL_COVID19_HSJL_DICIEMBREE.pdf
4. Guía de práctica clínica, Síndromes Isquémicos Coronarios agudos en el adulto [Internet]. 190.102.131.45. 2020 [cited 16 April 2021]. Available from: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2018/resoluciones/RD-235-2018.pdf>
5. Olmos P, Donoso A, Arab J, Niklitschek I. Cetoacidosis diabética: Casuística 2008-2012, epidemiología y fisiopatología [Internet]. Scielo. 2014 [cited 16 April 2021]. Available from:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000006

6. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la tuberculosis. Directrices para los Programas Nacionales. Segunda Edición 1997. Págs: 9- 12, 15, 18.
7. Velásquez A. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS [Internet]. Tuberculosis.minsa.gob.pe. 2013 [cited 16 April 2021]. Available from:
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
8. Martínez Amigo A, Bazo Fariñas A. Sesión de Tuberculosis Pulmonar [Internet]. Areasaludbadajoz.com. 2013 [cited 16 April 2021]. Available from:
https://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/docencia_e_investigacion/tbc_sesion_Tz44d.pdf
9. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.69 no.1 México ene./feb. 2012 -Alejandra Consuelo Sánchez
10. Rev. Méd. La Paz v.17 n.1 La Paz 201- Prof. Emérito de la Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Andrés
11. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - N° 5, Octubre 2010; pág. 465-469 -Drs. ADRIÁN MURILLO Z.¹, PABLO D. MURAKAMI M.¹, SERGIO A. TOLEDO V.¹, CARLOS M. CÁRDENAS S.
12. Parswa Ansari. Obstrucción intestinal - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [cited 16 April 2021]. Available from:
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos->

gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%B3rgica/obstrucci%C3%B3n-intestinal

13. Dra. Coral Marina Ramos Loza*, Dr. Jhosep Nilss MendozaLopez Videla **, Dr. Javier Alejandro Ponce Morales. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA [Internet]. Org.bo. 2018 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf
14. Guías de TOKYO 2018 colangitis, español [Internet]. Calameo.com. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://es.calameo.com/books/0021737399b7450f30423>
15. Parswa Ansari. Hernia inguinal - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para público general [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2020 [cited 16 April 2021]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-gastrointestinales/urgencias-gastrointestinales/hernia-inguinal>
16. Turiño-Luque JD, Mirón Fernandez I, Rivas Becerra J, Cabello Burgos AJ. HERNIOPLASTIA INGUINAL: TECNICA DE LICHTENSTEIN [Internet]. Asacirujanos.com. 2021 [cited 19 April 2021]. Available from: https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2018/Cir_Andal_vol29_n2_multimedia3.pdf
17. Wong Pujada P, Morón Antonio P, Espino Vega C, Arévalo Torres J, Villaseca Carrasco R. Apendicitis Aguda [Internet]. Sisbib.unmsm.edu.pe. 2020 [cited 16 April 2021]. Available from: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm
18. de Obstetricia Y Ginecología FL. MEDICINA REPRODUCTIVA [Internet]. Flasog.org. 2020 [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en:

https://www.flasog.org/static/libros/Medicina_Reproductiva_FLASOG.pdf#page=81

19. Bertin F V, Montecinos O M, Torres P V, Pinto M P. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2019;84(1):55–63.
20. Pereira CJ, Pereira RY, Quirós FL. Actualización en preeclampsia . *Revista Médica Sinergia.* 2020;5(01):345.
21. de Obstetricia Y Ginecología Obstetricia Y Ginecología SPDESP. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA [Internet]. Gob.pe. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
22. Tikkanen M. Placental abruption: Epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90(2):140-9.
23. Macheku GS, Philemon RN, Oneko O, Mlay PS, Masenga G, Obure J, Mahande MJ. Frequency, risk factors and feto-maternal outcome of abruption placentae in Northern Tanzania: A registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;7;15:242. DOI: 10.1186/s12884-015-0678-x
24. Matsuda Y, Ogawa M, Konno J, Mitani M, Matsui H. Prediction of fetal acidemia in placental abruption. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:156. DOI: 10.1186/1471-2393-13-156.
25. Soto-Wright Valena, Bernstein Marilyn, Peter Goldstein Donald, Berkowitz Ross S. The Changing Clinical Presentation of Complete Molar Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* Noviembre 1995. 86(5): 775 – 779.

26. Ma. Stephanie Fay S. Cagayan. Hydatidiform mole and its complications: review of patient profiles and management at the university of the Philippines-Philippine General Hospital. J Reprod Med. Mayo-Junio 2014; 59(5-6): 235 - 40
27. Edwards MS. Características clínicas, evaluación y diagnóstico de sepsis en recién nacidos a término y prematuros tardíos [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~107&usage_type=default&display_rank=1
28. De microorganismos patógenos I, Sean Y. Factores de riesgo [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2019/im194f.pdf>
29. Álvarez CER, Berríos FSV, Navarrete MD. Prevalencia de etiologías del Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido. Perfil materno y neonatal en centro Neonatal. Matronería Actual [Internet]. 2020 [citado el 21 de abril de 2021];0(1). Disponible en: <https://panambi.uv.cl/index.php/matroneria/article/view/2186/2436>
30. Tovar Avila JCA. Factores de riesgo asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en el área de neonatología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero – diciembre del 2018. Universidad Ricardo Palma; 2020.
31. Carlos Rodríguez-Paredes, María José Carpio-Contreras, José Arguedas-López. Insuficiencia respiratoria en el recién nacido [Internet]. Uaca.ac.cr. 2020 [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/346/336>

32. Padilla Esteban M, García Rebollar C, Foullerat Cañada S. Convulsión Febril [Internet]. *Pediatriaintegral.es*. 2015 [cited 16 April 2021]. Available from: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix09/03/n9-600-608_MarisaPadilla.pdf
33. Millichap J, Gordon Millichap J. Clinical features and evaluation of febrile seizures. *Uptodate* (acceso 23/10/15). Última actualización 12 de septiembre 2015. Última revisión bibliográfica septiembre 2015.
34. Millichap JJ, Millichap JG. Treatment and prognosis of febrile seizures *Uptodate* (acceso 23/10/15). Última actualización 15 septiembre 2015. Última revisión bibliográfica septiembre 2015.
35. Gavilán C, García B, González R. Gastroenteritis aguda. En: *Protocolos diagnósticos terapéuticos de Infectología*. Madrid: Ergon. 2011; p. 113-24.
36. Gutiérrez P, Polanco I, Salazar E. Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. *Guía de práctica clínica Ibero-Latinoamericana*. *An Pediatr (Barc)*. 2010; 72: 220.e1-220.e20.

ANEXOS

ANEXO N°1

Informe de resultados de baciloscopia de esputo

Resultados del examen microscópico	Informe de resultados de baciloscopia
No se observan bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) en 100 campos observados	Negativo (-)
Se observan de 1 a 9 BAAR en 100 campos observados (paucibacilar)*	Número exacto de bacilos en 100 campos
Menos de 1 BAAR promedio por campo en 100 campos observados (10-99 bacilos en 100 campos)	Positivo (+)
De 1 a 10 BAAR promedio por campo en 50 campos observados	Positivo (++)
Más de 10 BAAR promedio por campo en 20 campos observados.	Positivo (+++)

* Si se observa de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos, leer otros 100 campos microscópicos. Si persiste el resultado se anotará el hallazgo en el registro y la muestra se enviará para cultivo.

ANEXO N°2

PARAMETROS DEL SCORE BISAP
1. BUN > 25 mg/dl
2. Deterioro del estado mental (Escala de coma de Glasgow < 15)
3. SIRS: Definido como 2 o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">a. Temperatura < 36°C ó > 38°Cb. Frecuencia Respiratoria > 20 x min o PaCO₂ < 32 mmHgc. Frecuencia Cardiaca > 90 x mind. Leucocitos < 4000 ó > 12000 cel/mm³ o bastonados > 10%
4. Edad > 60 años
5. Efusión Pleural

ANEXO N°3

Criterios pronósticos de Ranson

En el ingreso	En las primeras 48 horas
<ul style="list-style-type: none">• Edad > de 55 años• Leucocitosis > de 16.000/mm³• Glicemia > 2 gr/dL• SGOT > 250 UI/L• LDH > 350 UI/L	<ul style="list-style-type: none">• Caída de hematocrito > 10 puntos %• Alza del BUN > de 5 mg/dl• Calcemia < de 8 mg/dl• PO₂ < 60 con FiO₂ de 21% (ambiental)• Déficit de base (B.E) > -4 mEq/L• Secuestro de volumen > 6 L (Balance Hídrico)