



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO
LA HOZ EN EL AÑO 2020-21

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

FRAN ERIK CENTURION MEJIA
SILVIA PAOLA GIRANO CORBERA

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

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

**EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2020-21**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**FRAN ERIK CENTURION MEJIA
SILVIA PAOLA GIRANO CORBERA**

ASESORA

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: M.C. Mario Heinz León Florián

Miembro: MG Yanire Paty Macedo Alfaro

DEDICATORIA

Este documento va dedicado a las personas más allegadas que, por su esfuerzo, educación, cariño, ánimo y dedicación, han permitido lograr esta gran meta por tantos años, y los que seguirán siempre acompañando en cada paso. Es una dedicatoria a la familia Centurión Mejía y a la familia Girano Corbera.

AGRADECIMIENTO

Este presente documento se agradece a todos los docentes y doctores por su apoyo en formar a futuros profesionales de la Salud, no solo en el ámbito médico si no también en lo humanístico. También, agradecer a los compañeros que se han conocido durante la carrera y en el internado médico, por el apoyo en trabajar en grupo, en crecer y en lo emocional.

Por último, agradecer a la institución por permitir la formación profesional, humanitaria y asistencial.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Ciencias básicas	1
1.2 Clínica	2
1.3 Internado medico	3
1.4 Cirugía	4
1.5 Ginecología y obstetricia	8
1.6 Medicina interna	12
1.7 Pediatría	16
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	22
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	25
3.1 Cirugía	25
3.2 Ginecología y obstetricia	31
3.3 Medicina Interna	37
3.4 Pediatría	42

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	49
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
FUENTES DE INFORMACIÓN	53
ANEXOS	59
1. Puntuación de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis	60
2. Escala de Centor modificada por Mclsaac	61

RESUMEN

La carrera de medicina humana en el país tiene como último escalón del pregrado el acudir por doce meses a las sedes asignadas para realizar el internado médico, momento muy importante para la carrera profesional, lo que trata es afianzar con mayor profundidad los conocimientos aprendidos en años anteriores de la carrera, incluso del obtener más destreza en la práctica médico y un contacto más cercano a la relación médico paciente.

Objetivo: Describir la realización del internado médico en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2020-21, para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

Metodología: Utilización de fuentes de información en base a evidencia médica y la experiencia del manejo clínico.

Conclusiones: El internado médico es una etapa muy importante en el estudiante, debido que se obtiene mayor destreza en la práctica médica, basado en los conocimientos que se adquieren de los años anteriores, incluso un contacto cercano con el paciente fortaleciendo la relación médico paciente. A pesar, que esta etapa tuvo algunos obstáculos por la emergencia sanitaria que aún está presente, se logró adaptar a las nuevas disposiciones, se puso más énfasis en la bioseguridad con equipamientos otorgados por el hospital y por los mismos internos, más énfasis en el lavado de manos, sin dejar de lado el reforzar la práctica médica y humana.

Palabras claves: Ciencias básicas, Clínica, Internado Médico, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría.

ABSTRACT

The human medicine career in the country, has as the last step of the undergraduate degree to go for twelve months to the assigned headquarters to carry out the medical internship, a very important moment for the professional career, what it tries is to consolidate in greater depth the knowledge learned previous years of the career, including obtaining more skill in medical practice and a closer contact with the doctor-patient relationship.

Objective: Describe the completion of the medical internship at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital in the year 2020-21, to obtain the Professional Title of Surgeon.

Methodology: Use of information sources based on medical evidence and the experience of clinical management.

Conclusions: The medical internship is a very important stage in the student, because greater skill is obtained in medical practice, based on the knowledge acquired from previous years, including close contact with the patient, strengthening the doctor-patient relationship. Despite the fact that this stage had some obstacles due to the health emergency that is still present, it was possible to adapt to the new provisions, more emphasis was placed on biosafety with equipment provided by the hospital and by the inmates themselves, more emphasis on washing hands, without neglecting the reinforcement of medical and human practice.

Keywords: Basic Sciences, Clinic, Medical Internship, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

El Interno médico se realizó en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, ubicado en el Kilómetro 31 de la Panamericana Norte en el Distrito de Puente Piedra, en la Provincia de Lima. Este hospital es de referencia de los Establecimientos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, y ejerce competencia Sanitaria sobre Distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y parte de los Distritos de Ventanilla y Carabaylo.

El Internado Médico, se lleva a cabo en el último año de carrera, es decir, en Perú al séptimo año, en la cual se basa en poner en práctica los conocimientos previos obtenidos en años anteriores, así complementar con éxito el enfoque teórico con el práctico, ganando experiencia en el campo clínico y sin dejar de lado la relación médico paciente.

Al escoger la sede mencionada, se realizó la inducción de internos de Medicina Interna para el internado médico 2020. Esta inducción inició en el mes de diciembre del año 2019, el cual duró dos días, exactamente cuatro días antes del inicio del año 2020. En el primer día de inducción se estableció desde las 8 de la mañana hasta las 2 de la tarde, que se basó en el mensaje de bienvenida por parte del jefe de la Unidad de Docencia e Investigación y el Director Ejecutivo del hospital, entrega de documento impreso de la Resolución Directoral del 18 de diciembre del 2019 que regula el Internado de los alumnos de Ciencias de la Salud en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, mediante la directiva administrativa N° 004-HCLLH-2019/UADI, con la finalidad de establecer normas y pasos previos a seguir durante las prácticas preprofesionales – Profesionales (Internado), con

el fin de apoyar en la formación científica y humanitaria de los recursos humanos que estén frente a la atención de los problemas de salud poblacional, con el respeto a la dignidad y a los derechos de las personas, en el marco del Sistema nacional de articulación de Docencia – Servicio e Investigación en Pre grado de Salud y los Lineamientos de Política Nacional de Salud del Perú.

En la inducción se informó que el inicio del internado médico, establecido en directiva administrativa, es de fecha única y en forma simultánea, en el periodo anual (1 año), dando como inicio el 1 de enero y culminación el 31 de diciembre, en caso el periodo semestral iniciaba el 1 enero al 30 de junio y/o 1 de julio al 31 de diciembre.

Por otro lado, se indujo las Normas Administrativas Vigentes de Recursos Humanos dado por el jefe de la Unidad de Personal; Prevención de Accidentes Laborales, por la coordinadora del Área de Seguridad y Salud en el trabajo; Presencia de Microorganismos intrahospitalarios /examen de AGA, por el jefe de Departamento de Laboratorio y Patología; Uso racional de antimicrobianos y Kit de insumos y medicamentos, por el jefe del Servicio de Farmacia y el tema de inteligencia Sanitaria dado por el jefe de la Unidad de Epidemiología del hospital. En el segundo día de inducción, se basó en los temas como: Normas de Bioseguridad y manejo de residuos sólidos hospitalario, y control de infecciones intrahospitalarios y bioseguridad dado por el jefe de la Unidad de Epidemiología; la Organización del departamento de emergencia- funciones de los internos, por el jefe del departamento de emergencia; atención de pacientes SIS-SOAT, dado por el jefe de Unidad de seguros; el proceso de referencias y contrarreferencias, dado por el jefe de unidad de referencias y contrarreferencias; la implicancia Médico legal, dado por el asesor legal; la admisión de Historias Clínicas y Sistema de registros, por el jefe de unidad de estadística e informática y Los Derechos de los usuarios, por el jefe de unidad de gestión de la calidad. En el mismo día se realizó una evaluación escrita sobre lo escuchado en la inducción.

Al finalizar la inducción, en presencia de los residentes médicos de cada departamento (Medicina, Ginecología, Pediatría y Cirugía), se explicó que el orden o secuencia de cada rotación sería la siguiente: si el interno escoge como

primera rotación el servicio de Cirugía, su segunda rotación que sigue sería Ginecología, su tercera rotación sería Medicina Interna y por última rotación Pediatría. La elección de la primera rotación, estuvo a cargo de los residentes de cada servicio, fue por orden de mérito académico, y el horario sería creado según criterio de cada residente encargado, siendo estos los residentes de primer año. Para en ese entonces, antes del inicio de la cuarentena, el desarrollo del internado médico (según reglamento) tendría una duración no mayor de 365 días, con un horario de 6 horas diarias y 150 horas mensuales de práctica como máximo incluyendo las guardias, y se debía cumplir al 100% con lo programado. Los horarios de guardia no excederían de 12 horas continuas, diurna y nocturna, de un máximo de 36 horas semanales. Al plasmarlo a la realidad se realizaba una jornada mayor de 6 horas y mayor de 150 hora mensuales, con descanso pre guardia y post guardia. Esto cambio cuando se reinició las actividades del internado médico, mediante el documento técnico de lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020, donde estable que el desarrollo de las actividades se realizaría bajo un régimen de 15 días de asistencia continua y progresiva en el establecimiento de salud asignado, en áreas no COVID, seguidos de 15 días de descanso, por tal motivo se dividiría en dos grupos cada mes. El horario cambió a ser de lunes a sábados de 7 a 13 horas, con máximo dos guardias, siendo estas solo diurnas, en áreas no COVID, de 7 de la mañana a 19 horas.

En ambos momentos las funciones del interno de medicina seguían siendo las mismas, en la cual se basaba en la colaboración al personal médico asistente y/o residente, bajo cuyas órdenes se basan en actividades asistenciales y responsabilidad del cumplimiento, la elaboración o el llenado de Historias clínicas de los pacientes que se internan en el hospital, con la supervisión del médico asistente y/o residente, el más allegado el residente de cada servicio según la rotación que se encuentre, para que hagan las observaciones, establezcan el plan del manejo del paciente, sellarlas y firmarlas, de tener la obligación de guardar las formas correctas de respeto, cortesía y vestir adecuadamente, es

decir, con el uniforme, y en cada actividad asistencial que se realizaba serian supervisadas en su mayoría por el residente y corregidas en caso de errores.

La importancia de realizar el Internado médico, se basa en poner en práctica lo aprendido en los años anteriores, mejorar las habilidades, no solo tener la teoría en mente ante una pregunta del asistente o residente o ante un examen, si no, poder apreciar los casos clínicos de cerca, familiarizándose con la imagen de las patológicas vistas en los libros, separatas o revistas, con el manejo adecuado o el manejo según establecimiento realiza o sus posibilidades de manejo. No solo basta con la información dada por el centro de estudios, y que se pueda ir a rotar en los diferentes hospitales en la etapa clínica de la carrera, porque si bien aprendes un poco más que solo recibir clases, ya en la etapa de internado, el interno tiene mayor responsabilidad, no solo consigo mismo de seguir estudiando por más que tenga el tiempo limitado, también tiene la responsabilidad en su sede hospitalario, debido a que ya forma parte de ello, ya está llevando lo aprendido a su práctica médica, responsabilidad de respetar y mantener la relación médico paciente.

A pesar de lo que ocurre actualmente, el interno de medicina humana, sigue su formación, adaptándose a la realidad, a veces limitando las horas en el establecimiento de salud, pero aun así el internado médico sigue siendo de gran importancia en su formación profesional, no solo en el enfoque teórico y práctico, sí que al inicio del interno médico, cada interno va experimentado diferentes momentos, ya se de emoción por seguir aprendiendo, con el miedo de cometer errores, y el de aprender a trabajar en grupo.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de Medicina Humana en el país tiene una duración de 7 años en la formación profesional, los cuales se dividen en tres etapas, la primera llamado ciencias básicas; la segunda, etapa clínica y finalizando con la etapa de internado médico. Además, dichos años se dividen en ciclos, dando 2 ciclos por año.

1.1 Ciencias básicas

La etapa de ciencias básicas o preclínica, se conforma por los tres primeros años de estudios, en la que abarca asignaturas generales hacia las que son de base importante, en el inicio del enfoque de la carrera de medicina humana. En el primer año de carrera, las asignaturas impartidas son: Lenguaje, Filosofía, Matemática, Psicología General, Química, Procedimientos básicos en Medicina, Informática Médica, Asignatura de Actividades deportivas y culturales (ej. Danzas Folclóricas, Ajedrez), Antropología, Biología Celular, Física Médica, Ingles Básico, Ecología y Salud Pública. En el segundo año de carrera, las asignaturas son: Anatomía I y II, Bioestadística, Embriología, Histología, Ingles II, Bioquímica, Microbiología, Parasitología, Inmunología Básica e Ingles Médico. Para terminar

esta etapa, en el tercer año de carrera, cuenta con las asignaturas: Fisiología Humana, Epidemiología, Psicología médica, Metodología de la investigación, Patología I, Fisiopatología, Bioética y Farmacología.

En esta etapa en el primer y tercer año de carrera en las asignaturas Salud Pública y Epidemiología, respectivamente, es la puerta de inicio hacia el Sector de Salud, donde se distribuye a los estudiantes en grupos en los diferentes establecimientos del primer nivel, donde se realiza las prácticas preclínicas, conocer más acerca la realidad de la población allegada al centro de salud.

En el primer año de carrera, año 2014, en la asignatura de Salud Pública uno de los centros de salud que se asignó al estudiante, fue el Centro de Salud Musa ubicado en el distrito de la Molina, con categorización de nivel I-3, con un enfoque de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Por otro lado, en el tercer año de carrera, año 2016, en la asignatura de Epidemiología, el otro momento de cercanía al primer nivel de atención, fue en el Centro de Salud Alfa y Omega ubicado en el distrito de Ate, con categorización I-3, en la que se realizó un trabajo de investigación, con el apoyo teórico y práctico del docente a cargo, la investigación se basó en conocer el Nivel de conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS)-VIH/SIDA, y las prácticas de conducta sexual en alumnos de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Nacional María Reiche, se trató de una investigación no experimental, descriptivo, corte transversal y de ello se obtuvo que en general los estudiantes presentaban un nivel de conocimientos bajo sobre dichas enfermedades.

1.2 Clínica

Esta segunda etapa, etapa clínica, está conformado desde el cuarto año de carrera hasta el sexto año. En esta etapa se basa en clases teóricas en el centro

de estudios y las clases prácticas, incluso teóricas en los diferentes hospitales, según asignatura.

Durante estos años, se acerca más al ámbito hospitalario, donde la mayoría de estudiantes de medicina humana sueñan poder realizar sus actividades, habilidades y destrezas. Esta etapa la parte práctica se va familiarizando y tomando más énfasis en el estudiante, ya que empieza a desenvolverse en la presentación de casos clínicos, análisis de casos clínicos, en el llenado de historias clínicas, estableciendo ya una relación médico paciente, en este caso estudiante paciente, donde ya con la información médica aprendida en años anteriores, los usa al estar frente a cierta situación clínica y estar frente a una intervención quirúrgica. Es la etapa, donde no solo se tiene un docente por asignatura, sino varios, donde pueden tener el mismo criterio clínico o diferente pero que comparten su experiencia clínica y/o quirúrgica.

En el cuarto año, las asignaturas que se imparten son: Laboratorio clínico, Medicina I y II, Oncología, Diagnóstico por imagen I y II, Nutrición y Patología II. En quinto año como asignaturas están: Terapéutica, Tesis I, Medicina III, Psiquiatría, Neurología, Cirugía General y Digestiva, Cirugía del Aparato locomotor, Técnica Operatoria Anestesiología, Especialidades 2 (Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología y Especialidades 1 (Cirugía Plástica, Neurocirugía, Cirugía de tórax, Cirugía de cabeza y cuello). Por último, en el sexto año: Geriatria, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Legal y Forense, Pediatría, Emergencias Médicas, Ginecología y Obstetricia, Salud Publica II y Tesis II.

1.3 Internado Médico

Esta última etapa, que dura 12 meses, se basa en la rotación práctica en cuatro, donde el internado médico es fundamental, ya que se consolida los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los años previos. Las actividades se desarrollan en el ámbito hospitalario, dividir en 4 áreas las cuales

son: medicina interna, cirugía general, ginecología – obstetricia y pediatría, donde se desarrollan las habilidades, destrezas, conocimientos y aptitudes en el ámbito médico-quirúrgicas y humanísticas para la atención al paciente. además, cada interno contara con asesoría y supervisión.

En el área de Medicina Interna, las unidades de aprendizaje son las enfermedades infecciosas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, del sistema nervioso, metabólicos, hormonal, articular, mental, renales, cutáneas, hematológicas, y ética y medicina legal. En Cirugía General, el aprendizaje se basa sobre la Cirugía general y ética, Traumatología, urología, oftalmología y otorrinolaringología, Cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía y cirugía pediátrica, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención. Por otro lado, en el área de ginecología y obstetricia, las unidades de aprendizaje se basan en los problemas ginecológicos, obstétricos y ética, prevención y promoción; y en el área de pediatría se imparte el aprendizaje en los problemas del recién nacido, en la salud del niño y adolescente, y emergencia, urgencia, promoción y prevención.

Durante el internado médico en el hospital, como se explicó en apartados anteriores, siguió un orden, donde en este caso, se inició en el servicio de cirugía general, siguiente el servicio de ginecología y obstetricia, siendo en cuarto lugar el servicio de medicina interna y finalizando en el servicio de pediatría. Este orden será la presentación de cada servicio.

1.4 Cirugía General

Durante esta **primera rotación**, se presentaron los siguientes casos clínicos:

1. En emergencia del servicio, solicitaron interconsulta proveniente del servicio de Medicina Interna, con motivo de evaluar a un paciente varón de 30 años con el diagnóstico de Síndrome doloroso abdominal y Apendicitis Aguda, en dicho servicio el paciente acudió refiriendo que desde hace dos días sufría de

dolor abdominal en fosa iliaca derecha, dolor tipo punzante, de intensidad inicial de cinco de diez, que a las horas fue intensificándose; por tal motivo ingirió un analgésico, que cedió el dolor parcialmente; al pasar más horas, se asoció la presencia de náuseas y vómitos, por lo que decidió acudir al nosocomio.

A la evaluación del servicio solicitante, encontró al paciente con funciones vitales de presión arterial de 100/70mmHg, frecuencia cardíaca de noventa por minuto, frecuencia respiratoria de veinte por minuto, con temperatura corporal de treinta y siete grados, con SatO2 98%, y al examen físico, piel tibia, elástica, ligeramente seca, con llenado capilar menor de dos segundos; en aparato respiratorio sin alteración; en aparato cardiovascular sin alteraciones; en zona abdominal blando, depresible, timpánico, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, signo Mcburney positivo, signo de Blumberg positivo, signo Rovsing negativo; en neurológico, paciente orientado en persona, lugar y tiempo, con escala de Glasgow 15/15 puntos. Además, dicho servicio solicitó examen auxiliares como hemograma, PCR, examen de orina y ecografía abdominal, cuyos resultados de los dos primeros estaban alterados, el tercero no alterado, y en la ecografía mostró sin alteraciones el hígado, vesícula biliar, páncreas, bazo, vejiga y riñones pero a la exploración de la fosa iliaca derecha doloroso a la eco-presión, que visualizó imagen tubular hipo ecogénica de 11mm aproximado de diámetro, sugestiva de apéndice cecal con sutil edema de pared y grasa peritoneal hiperecogénica, que impresionaba con colección laminar adyacente, con peristaltismo ligeramente disminuidos, dando como signos ecográficos sugestivos a descartar compromiso inflamatorio apendicular agudo, con incremento marcado de meteorismo intestinal. Con dichos resultados el servicio receptor, evaluó al paciente y catalogó al paciente con el diagnóstico de Apendicitis aguda, por tal motivo se solicitó exámenes prequirúrgicos (EKG con riesgo quirúrgico, Urea, Creatinina, Glucosa, Tiempo de coagulación, Tiempo de sangría, Grupo sanguíneo, Factor RH, TP-INR, VIH, R.P.R., V.H.B) que actualmente se incluye el descarte de COVID19 mediante prueba

rápida o prueba antigénica. El plan con que se continuó fue: nada por vial oral, colocación de vía periférica, fluidoterapia, ceftriaxona 1g EV cada 12h., metronidazol 500mg EV cada 8h, metamizol 2g EV cada 8h., ranitidina 50mg EV cada 8h. y control de funciones vitales. El servicio programó sala de operación para una Apendicectomía convencional.

En el reporte operatorio, la cual la cirugía propuesta fue Apendicectomía convencional por el diagnóstico pre operatorio de Apendicitis Aguda, se realizó Apendicectomía convencional con la colocación de Drenaje Penrose por el diagnóstico post operatorio de Apendicitis Aguda Necrosada, en los hallazgos se encontró un apéndice cecal de 10x1,5 cm, necrosado en 2/3 proximales, subseroso en 1/3 proximal, base edematosa, con escaso líquido inflamatorio. En el post operatorio inmediato, el manejo fue: añadir al plan anterior, metoclopramida 10mg EV cada 8h., y balance hidroeléctrico.

En el día post operatorio número uno, se inició la tolerancia oral, metamizol condicional a elevación de temperatura corporal mayor o igual a 38.3, dexketoprofeno 5mg EV cada 8h., y la deambulaci3n y el resto continu3 igual. En los siguientes d3as se fue aumentado la tolerancia oral y el resto igual hasta el d3a de la alta m3dica.

2. Paciente mujer de treinta a3os acudi3 a la emergencia (cirug3a general) refiriendo que le salpico agua hirviendo de la tetera hirviendo hacia sus brazos. Refiri3 sensaci3n de ardor en zonas afectadas por el agua hirviendo. Informo adem3s que lo ocurrido fue hace diez minutos aproximadamente.

Se procedi3 a evaluar sus funciones vitales, estando estas dentro de los par3metros normales. En el examen f3sico, se observ3 piel seca y eritematosa, que blanqueaba a la presi3n, dolorosa en ambos antebrazos, en ambas caras anteriores. No se observ3 ampollas Se procedi3 a un lavado con agua para disminuir la sensaci3n dolorosa por diez minutos.

Se uso la regla de los nueve de Wallace, obteni3ndose un valor de aproximadamente un cinco por ciento.

Se le diagnosticó como quemadura de primer grado, explic3ndosele que la recuperaci3n iba a ser espontanea en un periodo de tres a seis. Luego se le

envolvió en vendas oclusiva, previa aplicación sulfato de zinc vía tópica. Al paciente encontrarse sin grado de deshidratación y sin alteraciones de signos vitales se le indico su alta médica con indicaciones. Se le prescribió control por cirugía plástica en siete días por consultorio externo, además de paracetamol condicional a dolor.

3. En el servicio de Traumatología y ortopedia, acudió por emergencia una paciente de 40 años de edad, refiriendo que hace 6 horas cuando caminaba no se percató que, en la vereda, la acera estaba rota dejando un hueco poco profundo por el lado de su pie izquierdo que, al pisar dicha parte, su pie realizó un giro hacia adentro dirigiendo la planta hacia el pie contralateral, ocasionándole caída hacia el lado afectado, se levantó y reinició su caminata con leve dolor en tobillo izquierdo. Al pasar las horas, por la persistencia de dolor y aumento de este, asociado a aumento de volumen acudió al nosocomio.

Al final del interrogatorio, se evaluó a la paciente, en funciones vitales: presión arterial de 100/60mmhg, frecuencia respiratoria diez y ocho por minuto, en frecuencia cardiaca cien por minuto, con temperatura corporal de treinta y siete, con SatO₂ 97%. En el examen físico, se encontró aumento de volumen en tobillo izquierdo dos cruces, eritematosa, con dolor leve a la palpación en lado externo del tobillo y a la movilización, no se evidenció deformidad, solución de continuidad, ni equimosis. Además, se le pidió a la paciente ponerse de pie y caminar, la cual se observó que podía mantener la bipedestación y la caminata, sin evidenciar presencia de inestabilidad ni disfunción. El diagnóstico fue Esguince de grado 1, el cual se manejó de inicio con una ampolla de diclofenaco IM 75 mg STAT, además el vendaje elástico, indicándole al alta médica reposo relativo, colocación de hielo local cada media hora a una hora por 15 minutos (hielo envuelto en telas, no directo), elevación del miembro inferior afectado y AINES como naproxeno.

4. Paciente varón de veinte años acudió a la emergencia (traumatología) por dolor en hombro izquierdo, refirió además dificultad para la movilización del hombro izquierdo desde hace treinta minutos. Informo que el accidente

ocurrió mientras jugaba deporte, cayo hacia atrás con apoyo de mano supinación. Negó sensación de alza térmica, náuseas o vómitos. Negó presentar antecedentes patológicos.

Al examen físico, se observó aumento de volumen en hombro izquierdo, doloroso a la palpación, limitación funcional y además el signo de la charretera. El resto del examen físico se encontraban sin alteraciones y funciones vitales dentro de los parámetros normales.

Se procedió a tomar una radiografía de hombro izquierdo, y se confirmó el diagnóstico luxación de hombro anterior y se descartó una fractura. Se procedió a realizar la reducción con la maniobra de Kocher, primero explicándosele al paciente en qué consistía el tratamiento. La maniobra consistió en hacerlo flexionar y traccionar el miembro superior izquierdo, inmediatamente se realizó la rotación externa y rotación interna. Una vez reducido el hombro, se colocó un cabestrillo para la inmovilización, indicándosele por tres semanas, y control por consultorio de medicina física para la rehabilitación.

1.5 Ginecología y Obstetricia

Durante la **segunda rotación**, se presentaron los siguientes casos clínicos:

1. Gestante de veinte años, de ocho semanas de gestación acudió a la emergencia (ginecología) por presentar vómitos persistentes, alrededor de 8 a 10 veces por día aproximadamente desde hace tres días. Refirió que no toleraba vía oral además de una pérdida de peso de aproximadamente diez kilos que en pérdida porcentual equivalía a seis por ciento. Negó presentar sangrado vaginal al interrogatorio y contracciones uterinas. Entre los antecedentes refirió que era su primera gestación, negó pérdidas y negó antecedentes patológicos.

Se procedió a examinar a la gestante, presentaba una altura uterina de nueve centímetros, con latidos fetales dentro de los parámetros normales. Al tacto

vaginal no se encontró sangrado vaginal, cuello cervical cerrado. Las funciones vitales de la gestante estaban dentro de los parámetros normales. El resto del examen físico de la gestante no se encontró alteraciones.

Se le pidió una ecografía obstétrica encontrándose gestación única activa de ocho semanas; un dosaje de la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana cuantitativa, estando está dentro de los valores esperado para la semana de gestación; un hemograma completo, un examen de orina, glucosa, análisis de gases arteriales, amilasa, lipasa y un perfil tiroideo, encontrándose todos estos análisis sin alteraciones.

Al descartar patologías como embarazo molar, infección urinaria u otras patologías se le diagnosticó como una hiperémesis gravídica y el tratamiento consistió en hidratación y hospitalización. Se le prescribió dextrosa, complejo multivitamínico, dimenhidrinato y metoclopramida por dos días y hasta el inicio de tolerancia oral. La paciente mejoró clínicamente, podía tolerar vía oral y aumento de peso. Luego de cinco días de hospitalización se le dio de alta médica con indicaciones.

2. En emergencia, acudió una gestante de 36 semanas de edad gestacional refiriendo que hace 6 horas presentó sangrado oscuro escaso que inició de forma brusca asociado a dolor intenso en zona abdominal no irradiado a zona posterior, con disminución de movimientos fetales y que días antes tuvo dolor de cabeza leve, tipo opresivo, en la región frontotemporal, no asociado a náuseas y vómitos, llevaba hasta ese momento 4 controles prenatales. Durante el interrogatorio, la paciente relató que anteriormente tuvo un embarazo que a pocos días de cumplir 34 semanas de edad gestacional que cursó con preeclampsia con signos de severidad y pérdida del producto (óbito fetal). A la evaluación de la paciente, se encontró en las funciones vitales: presión arterial de 130/90mmhg, frecuencia cardiaca 120 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, saturación de oxígeno al 98%, y temperatura corporal de 37 grados. Al examen físico: piel elástica, seca, frialdad distal en manos, palidez 2 cruces; aparato respiratorio sin alteraciones; aparato cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no soplos;

examen obstétrico, altura uterina de 34cm, LCD, contracciones uterinas con aumento de tono, y movimientos fetales disminuidos, a la especuloscopía evidencia de sangrado proveniente del útero. Se solicitó exámenes auxiliares: hemograma (plaqueta: 50mil uL, Hb: 8mg/dl), examen de orina 2 cruces de ácido sulfasalícilico, Transaminasas (TGO 87 U/L), Creatinina 1,1 mg/dl, perfil de coagulación, prueba rápida de COVID19 no reactivo y en la ecografía obstétrica se halló bradicardia fetal. Con todos los datos, su diagnóstico era Gestante de 36 semanas de edad gestacional, Preeclampsia con signos de severidad, y se indicó la administración de una tableta de nifedipino para controlar la presión arterial alta, sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones y se programó a una cesárea de emergencia. En el intraoperatorio, se halló recién nacido varón con peso al nacer de 1800 gramos que se entregó inmediatamente al neonatólogo, la paciente presentó sangrado de aproximadamente 1500cc, por lo que se tuvo que hacer sutura de B-Lynch para controlar la hemorragia post, realizándose por último manejo la histerectomía subtotal, con colocación de dren y se transfundió 2 paquetes de plaquetas. En el post operatorio inmediato, se solicitó examen de laboratorio de control (hemograma, Creatinina y transaminasas), como plan que se siguió fue reposo absoluto, dieta absoluta, fluidoterapia, hierro sacarato, analgesia, antibioterapia, antihipertensivos, control de funciones vitales, observación de signos de alarma, controles de la presión arterial y control de la diuresis por sonda vesical. Al día siguiente de inició con la tolerancia oral, con reposo relativo, y el resto igual, en lo exámenes auxiliares de control se encontró una Hb de 7mg/dl y plaquetas de 80mil, por lo que se solicitó transfundir un paquete globular y un paquete de plaquetas. En los siguientes días tras mejoras en la clínica, se decidió a la alta médica con indicaciones de sulfato ferroso 300mg cada 12horas por 30 días, paracetamol 1gramo cada 8 horas por 3 días y acudir por consultorio externo para retiro de puntos en 10 días.

3. Gestante de veinte y ocho de años con treinta y siete semanas de gestación acudió a la emergencia refiriendo que hace aproximadamente tres horas,

presento pérdida de líquido claro con olor a lejía por vía vaginal. Además, informo que percibía movimientos fetales, negó sensación de alza térmica, náuseas o vómitos.

Entre los antecedentes refirió siete controles prenatales, haber presentado 3 gestaciones anteriores, negó pérdidas, y tres hijos a término por vía vaginal.

Se procedió a examinar a la gestante encontrándose latidos fetales cardiacos dentro de los parámetros normales, al feto en posición longitudinal cefálico derecho. Al momento de examen se informó que no había dinámica uterina.

Se colocó una tira reactiva en el fondo de saco vaginal y se observó que cambio de color a azul lo cual significaba que era un líquido alcalino. También se procedió a realizar a tomar una muestra de fondo de saco vaginal y se procedió a llevar al microscopio y se observó cristalización. Las funciones vitales de la gestante estaban dentro de los parámetros normales.

Se le diagnóstico como gestante de treinta y siete semanas, pródromos de trabajo de parto y ruptura prematura de membranas de dos horas. Se le decide administrar ampicilina a dosis 2 gramos, vía endovenosa y estar en constante observación en hospitalización.

4. En emergencia del mismo servicio, acudió una paciente de 35 años de edad refiriendo desde hace 1 día presentó sangrado vaginal de moderado cantidad, asociado a dolor pélvico intermitente, tipo hincada, no asociado a sensación de alza térmica, náuseas ni vómitos, además refirió que no se encuentra gestando pero que su ciclo catamenial es irregular, como antecedentes obstétricos refirió dos gestaciones previas con su anterior pareja y un aborto espontáneo con su actual pareja, y no se acordaba del último día de fecha de la menstruación. En la evaluación físico, con funciones vitales de: presión arterial de 110/60mmhg, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, frecuencia cardiaca de 86 por minuto, temperatura corporal de 37 grados, con saturación de oxígeno de 99%; al examen físico: al tacto vaginal, cérvix dehiscencia un dedo, de consistencia fibromuscular, útero anteversoflexo; a la especuloscopia, se evidenció escaso sangrado con resto ovulares. Se solicitó beta HCG cualitativa el cual resultó positivo y una ecografía transvaginal,

donde se evidenció el grosor del endometrio de 20mm, con presencia de restos. El manejo se basó en hospitalizar a la paciente con el diagnóstico de aborto incompleto e inducir el aborto, mediante la inducción por medicamento (misoprostol vía oral y vaginal) y AMEU. Tras el procedimiento se dio de alta médica con indicación de paracetamol 1g VO cada 8h. por 3 días.

1.6 Medicina Interna

En la **tercera rotación**, Medicina Interna, se presentaron los siguientes casos clínicos:

1. En emergencia, acudió una paciente de 52 años de edad, refiriendo que desde hace 3 días presentó dolor abdominal con predominio en zona superior del abdomen, tipo opresivo, que se irradiaba hacia la espalda, en cinturón posterior a la ingesta de lácteos enteros, asociado con náuseas no vómitos, negando la presencia de fiebre, y negó antecedentes similares o presencia de cálculos biliares. Al final del interrogatorio, se continuó con la evaluación, la paciente presentó como funciones vitales: presión arterial 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca de cien por minuto, frecuencia respiratoria de veintidós por minuto, temperatura corporal de treinta y siete, una SatO₂ 96%. Al examen físico, piel tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar menor de 2 segundos; ictericia una cruz en escleras; aparato respiratorio sin alteración; aparato cardiovascular sin alteración; en zona abdominal, blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio y en ambos hipocondrios, signo Cullen negativo, signo Grey Turner negativo, leve timpanismo, con ruidos hidroaéreos no presentes; genitourinario, puño percusión negativo, puntos renoureterales negativo; neurológico, orientada en persona, lugar y tiempo, con escala de Glasgow de 15/15, no signos meníngeos. Se le diagnóstico Síndrome doloroso abdominal a descartar Pancreatitis Aguda, por tal motivo se solicitó exámenes auxiliares como hemograma, amilasa, lipasa, perfil

hepático, glucosa, creatinina, urea, PCR y ecografía abdominal, se le administró fluidoterapia, hioscina 20mg EV, ranitidina 50mg EV. Cuando se obtuvo los resultados de laboratorio, en el cual el hemograma sin alteraciones, transaminasas, Fosfatasa alcalina y Gamma glutamil transpeptidasa alteradas, amilasa y lipasa alterados, glucosa en rangos adecuados, creatinina en rangos adecuados, urea alterada, PCR alterado y en la ecografía abdominal, se encontró pequeños cálculos en la vesícula con dilatación del conducto colédoco, el resto sin alteración. Por tal motivo, se hospitalizó, con el diagnóstico de Síndrome Doloroso abdominal y Pancreatitis Aguda de origen biliar, con escalas de APACHE II de 3 puntos, BISAP de un punto. El manejo inicial fue dieta absoluta (NPO), fluidoterapia, tramadol 50mg EV cada 8h. y omeprazol 40mg EV cada 24h. Al día siguiente, la paciente se encontró con mejoras en los síntomas, refiriendo disminución de dolor abdominal asociado a náuseas, no vómitos, y aumento de apetito; al examen físico abdominal, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos disminuidos; se continuó con el manejo planteado. Al segundo día de hospitalización, la paciente refirió mayor mejoría en los síntomas, refiriendo que el dolor abdominal a disminuido no se asocia a náuseas ni vómitos ni sensación de alza térmica, con aumento de apetito; al examen físico, no dolor a la palpación abdominal, con ruidos hidroaéreos presente. Por tal motivo, se solicitó control de examen de laboratorio, inicio de tolerancia oral, y colangiografía. Los resultados de laboratorio se correlacionaban con la mejora clínica. Al obtener la imagen de la colangiografía que mostró presencia de cálculos en la vesícula biliar, se solicitó interconsulta con el servicio Cirugía general, el cual evaluó el caso y respondió que la cirugía será programada por consultorio externo. Al día siguiente, se decidió el alta médica por la mejoría sintomática, la cual la paciente ya no refería dolor abdominal, no asociado a náuseas, vómitos, ni sensación de alza térmica, con tolerancia oral de líquidos y sólidos, se le indicó control por consultorio de Cirugía general, y de medicamentos omeprazol de 20mg cada 24h por 5 días.

2. Paciente varón de cincuenta años ingreso al servicio de emergencia (medicina) acompañado de familiares. Refirió que desde hace cinco días presenta sensación de alza térmica que no cede con medicación (paracetamol), y que, desde hace dos días, además de la sensación de alza térmica se le agrego náuseas y vómitos (tres cuadros eméticos por día). Hace un día se le agrego hiporexia razón por la cual acudió al nosocomio. El paciente informo que fue diagnosticado con hipertensión y diabetes mellitus desde hace quince años. Al examinar sus funciones vitales, se encontró taquicardia, una temperatura de treinta y nueve grados, una saturación de cien por ciento y una frecuencia respiratoria de veinte por minuto. Al examen físico se le ausculto en pulmones, encontrándose que el murmullo vesicular pasaba bien en ambos campos pulmonares y no presentaba ruidos agregados; en el tórax se auscultó ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos audibles. En el abdomen se encontró ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Al evaluar sistema renal, se encontró puño percusión lumbar positivo izquierdo y puntos renoureterales izquierdos positivos. El paciente presentaba una escala Glasgow de quince, no focalizaciones, estaba lucido y orientado en tiempo espacio y persona.

Luego del examen físico se le pidió un hemograma completo encontrados una leucocitosis de veinte y ocho mil con desviación a la izquierda y un examen de orina patológico, razón por la cual se decidió hospitalizar al paciente y adminístrale antibioticoterapia empírica con ceftriaxona dos gramos vía endovenosa, dieta blanda y control de funciones vitales, además de metamizol por el pico febril mayor de treinta y nueve grados. Previo a la administración de ceftriaxona, se le tomo un urocultivo. El paciente evoluciono favorablemente, llegando a tolerar vía oral, completar siete días con el antibiótico. Se decidió darlo de alta con indicaciones tras resultado de urocultivo positivo a *Escherichia coli* sensible a ceftriaxona. Se le indico control por consultorio externo en siete días.

3. En el servicio de emergencia, acudió un paciente varón de 46 años, refiriendo que hace 3 días presentó tos productiva, asociado a sensación alza térmica, cuantificada solo una vez de 39 grados y malestar general, por tal motivo ingirió una tableta de paracetamol cada 8 horas y por persistencia de síntomas acudió al nosocomio. Durante el interrogatorio el paciente negó antecedentes patológicos, si tabaquismo y negó contacto con pacientes con sintomatología respiratoria. Al finalizar el interrogatorio, se continuó con la evaluación del paciente; las funciones vitales fueron: presión arterial de 100/60mmhg, frecuencia respiratoria de 25 por minuto, frecuencia cardiaca de 110 por minuto, temperatura de 38 grados, saturación de oxígeno de 96% con FiO2 21%. En el examen físico: paciente con leve agitación, con disnea a moderados esfuerzos; Piel elástica, caliente, seca, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, ni ictericia; orofaringe no congestiva; aparato respiratorio, amplexación disminuida, murmullo vesicular disminuido con predominio lado derecho, se asocia ruidos agregados como crepitantes bibasales con predominio lado derecho; aparato cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos; abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación; neurológico, orientado en persona, tiempo y espacio, con escala Glasgow de 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Se estableció como diagnóstico de Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad vs neumonía viral, se solicitó exámenes auxiliares como hemograma, Urea, Creatinina, PCR y prueba rápida de COVID19; además, de una placa de tórax. Al obtener los resultados, en el hemograma se mostró leucocitosis, PCR positivo, en la prueba rápida no reactivo, el resto de los exámenes en rango normal y en la radiografía de tórax se apreció una imagen de consolidación en la base de del pulmón derecho. En el manejo se utilizó como guía el Índice de riesgo – severidad (CRUB 65), el cual fue ambulatorio, y al no contar con factores de riesgo y comorbilidades, el tratamiento antibiótico fue macrólido como azitromicina 500mg VO 24h. por 5 días, con paracetamol 1g cada 8h por 3 días.

4. Paciente varón de setenta años acudió al servicio de emergencia (medicina) acompañado de familiares al ser referido de un puesto de salud al encontrársele una glucosa en el hemoglucotest de quinientos. El paciente refería cefalea, náuseas, pero no vómitos, negó sensación de alza térmica. Refirió además que el inicio de sintomatología fue desde hace aproximadamente tres horas.

Entre los antecedentes médicos refirió sufrir de hipertensión arterial desde hace veinte años y diabetes mellitus desde hace quince años. Refiere tomar medicación esporádicamente.

Se le volvió a tomar un hemoglucotest encontrándose una glucosa de cuatrocientos cincuenta y se procedió a examinar al paciente encontrándose sus funciones vitales estables. Al examen físico no se encontró alteraciones.

Se procedió a tomar un análisis de gases arteriales, encontrándose todos los parámetros dentro de los parámetros normales, también se pidió electrolitos séricos encontrándose todos dentro de los rangos de normalidad. A la vez se pidió un examen de orina, no hallándose cuerpos cetónicos.

Se le catalogo como una crisis hiperglucémica, diabetes mellitus por antecedente e hipertensión arterial por antecedente.

Se le administro insulina R a diez unidades, y se procedió a evaluar la glucosa con un hemocoglutest en dos horas, llegando a presentar el paciente una glucosa de doscientos veinte. Se reevaluó a paciente, refiriendo esta notable mejora de sintomatología. Se le dio alta del servicio de medicina, con un control por endocrinología a la brevedad posible por consultorio externo.

1.7 Pediatría

Durante esta última y **cuarta rotación**, se presentaron los siguientes casos clínicos:

1. Al servicio de pediatría, es traído menor de edad de cuatro años de sexo masculino por su madre quien refirió, que este presentaba desde hace cuatro días sensación de alza térmica no cuantificada asociado a deposiciones de consistencia líquida (cinco cámaras diarreas por día), con moco, sin sangre, autolimitadas. Además, preciso que desde hace un día presento una disminución notable del apetito razón por la cual acudió al nosocomio. Negó la presencia de rinorrea, náuseas o vómitos. Negó además antecedentes patológicos.

Luego del interrogatorio se procede a realizar el examen físico y la medición de funciones vitales, peso y talla. Se encontró una temperatura de treinta y nueve grados, con una frecuencia respiratoria de veinticinco por minuto y una frecuencia cardíaca de ciento diez por minuto. Se decide administrar metamizol por la fiebre, de manera intramuscular, con la dosis adecuada en base al peso del menor. Al examen físico se encuentra: despierto, mucosas secas, llenado capilar menor de dos segundos, signo del pliegue negativo; en el aparato respiratorio se ausculta que el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados; en el aparato cardiovascular se ausculta los ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; en el abdomen, se logran auscultar los ruidos hidroaéreos, no se observa distensión abdominal y a la palpación no se encuentra visceromegalia; además no presenta signos de focalización. Presento el peso y talla adecuado para la edad.

Se le diagnostico como una enfermedad diarreica aguda y deshidratación leve, enseguida se le comienza tolerancia oral con una solución de electrolitos. A la vez se piden los exámenes de laboratorio, como el hemograma que no mostraba alteraciones y una reacción inflamatoria en heces que nos indicaba una infección viral por la cantidad de leucocitos encontrados en heces.

Se mantuvo al paciente en observación por aproximadamente una hora y se constató que podía tolerar vía oral por lo cual se le indico altas con indicaciones. Se le indico dieta blanda, además de ello se le prescribió

paracetamol horario cada ocho horas por 3 días, también *saccharomyces boulardii* un sobre cada doce horas por 3 días. Adicionalmente se le recomendó zinc. Se usó el plan A de hidratación dado a que el paciente presento deshidratación leve basándonos en la resolución ministerial de la guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño que consiste en hidratar por vía oral, en casa, con líquidos caseros. Se le indico signos y síntomas de alarma.

2. En el servicio de emergencia, acudió una madre de familia con su menor hijo de 3 años y 2 meses de edad, refiriendo que el menor presenta aumento de temperatura desde un día previo al ingreso, sin cuantificar, además que el menor de edad presentó disminución de apetito, negando la presencia de tos, deposiciones líquidas, vómitos y contacto con persona sintomático respiratorio. Ante eso la madre le administró paracetamol (presentación de jarabe), 2 cucharadas, estas con intervalo de 6 horas, y que por persistencia de la fiebre decidió acudir al nosocomio.

Al culminar con el interrogatorio, se continuó con el examen físico, en presencia de la madre, encontrando en las funciones vitales con una frecuencia cardíaca de ciento diez por minuto, una frecuencia respiratoria de veinticinco por minuto, una temperatura de treinta y ocho (Axilar, corregido), con SatO₂ 98%, FiO₂ 21% y con un peso corporal de catorce kilo gramos; en el examen físico se encontró al menor: normocéfalo, no presencia de solución de continuidad; Ojos: Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a la luz y acomodación, Conducto auditivo externo permeable; Boca: Mucosas ligeramente secas; Orofaringe: congestiva no exudado; Piel: húmeda, caliente, elástica; TCSC: Presente; Aparato Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes; Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos; Abdomen: Blando, depresible, Ruidos Hidroaéreos presentes, no visceromegalia; Sistema Nervioso: Despierto, irritable a momentos.

El doctor con lo hallado en la evaluación, lo catalogó como diagnóstico de faringitis aguda, con Escala de Centor modificado por McIsaac de 3 puntos,

se explicó a la madre que por 5 días debe suministrar 9ml de paracetamol en jarabe cada 6 horas y 5ml de amoxicilina en jarabe cada 8 horas por 5 días, y si el menor presentara signos de alarma como fiebre persistente, dificultad respiratoria, disminución de apetito, vómitos persistentes, deposiciones líquidas con moco y/o sangre, poca micción, acudir a emergencia.

3. Al servicio de pediatría acudió madre de familia con su menor hijo de sexo masculino, de siete años refiriendo que este ha estado presentando prurito generalizado desde hace una semana aproximadamente; además ha notado que la sensación de picazón incrementa considerablemente en las noches. Niega sensación de alza térmica, náuseas, vómitos, deposiciones líquidas. Madre refirió que tienen como mascotas a dos perros y un gato. Además, informo que su menor hijo, su esposo y ella comparten dormitorio. Además de ello refirió que su esposo y ella han presentado la misma sintomatología de prurito al igual que el menor desde aproximadamente tres días.

Se procedió a examinar al menor, encontrándose que sus funciones vitales estaban dentro de los parámetros normales. Al examen físico se observó pápulas de dos milímetros localizada en manos, pies, rodillas muñecas y codos respetando cuero cabelludo. A predominio de surcos interdigitales de las manos. El resto del examen físico no se encontró alteraciones.

Se le cató como escabiosis, recetándole permetrina al cinco por ciento vía tópica, explicándosele que se administra en todo el cuerpo desde el cuello hasta abajo, en las noches antes de dormir y que se deja actuar de ocho a doce horas; y que luego de la administración proceder a lavado con agua y jabón. Así mismo también se le recomendó que debiera hervir las sábanas, frazadas e incluso la ropa y se explicó que el tratamiento no solo era para el menor de edad sino también para los padres.

Se le cito a la siguiente semana por consultorio externo, refiriendo mejoría de sintomatología y no observándose lesiones.

4. En emergencia Pediátricas, acudió una madre de familia con su menor hija de 5 años de edad, refiriendo que desde 3 días previos al ingreso, la menor presentó elevación de temperatura que cuantificaba de cuarenta grados, por

tal motivo le administró 2 cucharadas de paracetamol, al siguiente día madre notó que menor hija se sintió mareada, sin ganas, con poco apetito y con temperatura de 38,3°C, por dicho motivo acudió al centro de salud correspondiente, en el cual la examinaron a la menor, rectificando la presencia de fiebre, además solicitaron examen auxiliar como hemograma, el cual resultó alterado, dando como diagnóstico Neutropenia febril y a descartar COVID 19, por tal motivo dicho centro refirió a la menor al nosocomio.

En el nosocomio, se interrogó a la madre, la cual comentó lo anteriormente narrado, añadiendo que la menor hija tuvo dos episodios de fiebre tratados en casa con paracetamol y que hace 2 años presentó sangrado nasal asociado a fiebre, que remitía a leve presión en fosa nasal. Posterior a esto, se continuó con el examen físico, donde se encontró malestar general; con piel caliente, hidratada y elástica; evidencia de sangrado no activo en fosas nasales; conductos auditivos externos permeables, no presencia de solución de continuidad; aparato respiratorio sin alteración; aparato cardiovascular sin alteración; abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, con presencia de ruidos hidroaéreos; en aparato urinario puño percusión negativa, puntos renoureterales negativo; en sistema nervioso orientada en persona, tiempo, espacio, no signos meníngeos, colaboradora pero a momentos irritable. El manejo durante la emergencia se basó en medios físicos para disminuir la temperatura, lo cual se logró disminuir a 37,5°C, si persistía la madre tenía la indicación de administrarle paracetamol en jarabe según su peso de la menor (20kg) siendo esto 6ml. Además, se solicitó exámenes auxiliares como hemograma, PCR, el examen de orina y prueba rápida de COVID19, siendo los dos primeros alterados, el examen urinario no patológico y COVID 19 no reactivo, por lo que el doctor decide hospitalizar a la menor, con el diagnóstico de Neutropenia Febril. Añadió la solicitud de un hemocultivo y el inicio de antibioterapia doble con Vancomicina y Meropenem. En el tercer día de hospitalización, se evidenció una mejora clínica, por lo que solicitaron un control de Hemograma y PCR, cuales parámetros estaban en mejoría, pero aún estaba pendiente el resultado del hemocultivo. Mientras

eso, se planteó dos posibles manejos; si el hemocultivo resultado positivo se continuaría con la antibioterapia hasta cumplir 7 días, pero con resultado negativo se solicitaría una interconsulta con hematología, en caso de hospital una tele consulta a un hospital que cuenten con la especialidad requerida. Al pasar 2 días más de hospitalización se obtuvo el resultado del hemocultivo dando positivo a *Enterococcus faecalis*, por lo que se continuó con los antibióticos hasta completar 7 días. Tras cumplir con el tratamiento y con mejoría clínica, afebril más de 48 horas, se decidió el alta médica.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Internado Médico se realizó en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), categorizado mediante la Resolución Directoral N° 134-DG-DESP-DISA III-LN-2005 que aprueba la categorización del HCLLH como hospital de Mediana Complejidad (Nivel II-2), por lo que se hace responsable de satisfacer las necesidades de salud poblacional de su ámbito de referencia, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada enfatizando la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud poblacional.

Es un hospital de referencia de los Establecimientos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, y ejerce competencia Sanitaria sobre Distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y parte de los Distritos de Ventanilla y Carabaylo

El HCLLH está ubicado en el Kilómetro 31 de la Panamericana Norte, en la avenida Saenz Peña cuadra 6 s/n. en el Distrito de Puente Piedra.

El hospital tiene como misión, de brindar los servicios de salud básicos y especialidad con calidad e inclusión social en el marco de la atención integral, el cual se basa en la persona, familia y comunidad con un enfoque de preventivo curativo y recuperador a la población asignada, y como visión es ser un hospital que satisfaga las necesidades de atención integral de salud con el respeto a los derechos de las personas.

El hospital cuenta con alrededor de mil 200 trabajadores entre asistenciales y administrativos.

Es un hospital de referencia de los Establecimientos de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, y ejerce competencia Sanitaria sobre Distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y parte de los Distritos de Ventanilla y Carabaylo.

En enero del año 2020 empezó el internado médico, siendo en ese entonces un enfoque diferente, se asistía de lunes a domingos, con descanso pre y post guardia, y a veces actividades académicas, que eran los días martes y viernes, pero a veces se postergaba a un día disponible para el asistente.

En los primeros días era de adaptarse al ritmo de los asistentes y más al ritmo de los residentes que eran más allegados en cada turno, y eran responsables de los internos, se empezó en un inicio el conocer el hospital, la zona de laboratorio, microbiología, imágenes, emergencia, consultorios externos, en otros, el saber como realizar los documentos requeridos en la atención, los exámenes requeridos ya sea que el paciente presentaba seguro del SIS, SOAT, en casos de pacientes con seguro de ESSALUD y por cuenta propia. En el hospital había zonas asignadas para cada departamento, también cada departamento contaba con un lugar establecido para su jefatura.

En el mes de marzo, casi a la quincena, se paralizó el internado médico por la emergencia sanitaria que aún se vive, todos los internos tuvieron que dejar la jornada hasta nuevo aviso. Durante eso, se empezó con las clases virtuales de la facultad según rotación que llevaba en el hospital.

Ya en el mes de octubre, se comenzó el regreso paulatino de los internos al establecimiento de salud, donde se observó, que el hospital reenfoco la atención a los pacientes, tuvo mayor atención en pacientes con COVID19, dando una zona para aquellos que no presentaban esta enfermedad e iban por diferentes patologías, accidentes (accidentes de tránsito, mordida de perros, caídas, entre otros) y gestantes en labor de parto o con alguna complicación.

La zona donde era la atención de pacientes sin COVID19, ocupaba un menor porcentaje, siendo la de mayor demanda por la población misma el área de atención a pacientes con COVID 19.

El hospital tubo que reorganizar las zonas de atención de pacientes con COVID19 y pacientes sin COVID19, por tema de espacio se construyó una zona temporal para pacientes con COVID19, un área donde presentaba puntos de acceso restringido solo al personal autorizado. Por otro lado, la atención de consultorio externo, se cambió de lugar, a un lugar que no fuera el mismo hospital, sino a pocas calles del mismo, y la atención fue de forma paulatina.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se correlaciona los casos clínicos antes mencionadas con la base teórica de evidencia científica, conservara en mismo orden de los casos clínicos y por servicios.

3.1 Cirugía General

Apendicitis Aguda

La apendicitis es la inflamación del apéndice cecal, que es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico (1). Consiste en la obstrucción del lumen, presencia de edema local que continua con isquemia localizada, trombosis y oclusión de pequeños vasos, con estasis del flujo linfático, con aumento de la presión luminal e intramural por la acumulación de moco en el lumen apendicular, perforación y la formación de absceso o peritonitis difusa. (1,2). Esta patología ocurre con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida, es mayor en los hombres que en mujeres, con relación de 1,4:1 (1).

La etiología va depender de la edad del paciente, en los niños la principal causa es por la hiperplasia folicular linfoide tras una infección, en cambio en los mayores, se debe a la obstrucción luminal causada por fecalitos, fibrosis o neoplasias. Por otro lado, en las aéreas endémicas, los causantes de este cuadro suelen ser los parásitos, sin importar la edad (1,2).

Entre los microorganismos implicados en un apéndice enfermo, son con predominio en fases tempranas los aerobios, mientras que se vuelve mixta a predominio anaeróbicos en etapas tardías (1). Entre los más implicados o aislados es la *Escherichia coli* y los *Bacteroides* (2).

En las manifestaciones clínicas, la más común encontrado es el dolor abdominal, localizado en el cuadrante inferior derecho, asociado a la anorexia, náuseas, fiebre y a vómitos (2). También se considera el dolor migratorio, es decir la cronología o secuencia de Murphy, pero solo el 50% de pacientes lo presentan (1). Además, en muchos pacientes la clínica es atípica, la cual incluye la presencia de indigestión, flatulencias, diarrea o malestar generalizado (1).

En el examen físico, los signos frecuentes son el dolor en el punto de Mcburney, el signo de Rovsing, el signo de Psoas y el signo de Obturador (1,2).

Al obtener exámenes auxiliares en el 80% de los pacientes presentan leucocitosis con desviación izquierda. En algunos pacientes es poco probable que los leucocitos estén en rangos adecuados, salvo que se trate de un cuadro muy reciente de la enfermedad. El rango alterado de la leucocitosis se ha dividido según el cuadro agudo, gangrenoso y perforado, siendo la primera leucocitos a partir de 14,500 +/- 7300 cel./microL; la segunda, 17,100 +/- 3900 cel./microL, y la última de 17,900 +/- 2100 cel./microL. Por otro lado, si los niveles de bilirrubina sérica se encuentran levemente aumento (Bilirrubina total mayor de 1 mg/dl) es un marcador de perforación apendicular, pero es necesario la evaluación del paciente (1).

Se utiliza la Escala de Alvarado, para el manejo a seguir, se basa en la utilización de datos clínicos, el examen físico y pruebas de laboratorio. Esta escala tiene como puntaje total de 10 puntos, con puntaje alto de 2 y el menor de 1 punto. A los que se da un puntaje a cada uno son: dolor que migra a cuadrante inferior

derecho del abdomen, anorexia, náuseas o vómitos, dolor al rebote en cuadrante inferior derecho, fiebre > 37,5 °C y desviación izquierda; y en los que reciben el puntaje de 2 puntos, cada uno, son la presencia de dolor en cuadrante inferior derecho y leucocitosis > 10mil cel./microL. Esta escala tuvo modificaciones, dando como puntaje total de 9, quitan de la escala original, la desviación izquierda (4, Anexo 1). Si se obtiene un puntaje de 0 a 3, se busca otras causas, mientras que, si da un puntaje mayor o igual de 4, se debe evaluar más a fondo, con pruebas de imágenes (3). En las pruebas de imágenes, en el caso de usar la ecografía abdominal, evidencia el aumento del diámetro apendicular mayor de 6mm; y el uso de tomografía (estudio de mayor precisión), muestra que el diámetro apendicular es mayor de 6 mm, con engrosamiento de pared mayor de 2mm o la presencia de apendicolito (2).

El tratamiento se basa en la cirugía, la Apendicectomía convencional o por laparoscopia (2), con el uso profiláctico de antibióticos que cubran bacterias gran negativos aeróbicos y anaeróbicos, 30 a 60 minutos antes de la operación y en caso de tratamiento antibiótico según la clínica del paciente (2, 5). El manejo ante una apendicitis perforada va a depender del estado del paciente, si la perforación es contenido o está libre y si hay absceso o flemón (6), y su manejo antibiótico debe consistir en la terapia empírica de amplio espectro contra bacilos gran negativos y anaerobios (5).

En los casos complicados ante una apendicitis con perforación, el tratamiento antibiótico debe ser mayor de 24 horas, en los casos de infección leve o moderada con buen control del foco de infección y sin factores de riesgo, el tratamiento es de 7 días, pero si la infección es severa el tratamiento se prolonga a 10 días. En caso que los signos de infección persistan con un tratamiento mayor de 7 días se debe reevaluar el foco, buscando si existe infección residual (6).

La indicación de alta en caso de una apendicitis perforada, solo si el paciente esta afebril, con tolerancia de dieta completa, la herida operatoria en buenas condiciones o infección mínima controlada, sin dren intraabdominal. Por lo general, se da el alta médica tras 5 a 7 días post operatorio (6).

Quemaduras

Las quemaduras son lesiones en la piel y mucosas originadas al actuar agentes químicos, térmicos y físicos que generan destrucción celular de la piel (7,8).

El ministerio de salud indica que los más expuestos a presentar quemaduras tienden a ser los niños menores de cinco años, siendo la gran mayoría originada por líquidos calientes. Se han reportado factores de riesgo como viviendas hechas de materiales incendiables como plásticos, madera, esteras; el uso de velas, la falta de supervisión de los niños pequeños (7).

Al examinar al paciente debemos siempre evaluar el estado general, funciones vitales y la hidratación. Se debe determinar el grado de la quemadura (evaluando las lesiones): la de primer grado presenta eritema, dolor y no hay presencia de dolor; la de segundo grado presenta eritema, ampollas, dolor y exudado y finalmente la de tercer grado llegan a involucrar todo el espesor de la piel, teniendo un aspecto rosado pálido y sin sensibilidad (7). Para medir la extensión usamos la regla de los nueve de Wallace que nos aproxima al porcentaje del cuerpo comprometido por la quemadura. Este método le atribuye al cuello y la cabeza un porcentaje de nueve; al tronco anterior, al tronco posterior una representación de un dieciocho por ciento; ambos brazos reciben un dieciocho por ciento; ambas piernas vendrían a representar un treinta y seis por ciento y finalmente el área genital un uno por ciento. La sumatoria de todas estas áreas de un cien por ciento y nos aproxima a determinar la gravedad (8).

El tratamiento de la quemadura consiste según el grado y la extensión de esta. En una quemadura de poca profundidad y extensión el tratamiento consistiría en irrigar la zona afectada con agua fría por al menos quince minutos inmediatamente después ocurrido el evento. No se manipularán las lesiones ampollas. En las extremidades se cubrirá con vendaje oclusivo previo a la aplicación de sulfadiacina de plata. Se le prescribirá un tratamiento con acetaminofén para la analgesia (7).

Esguince de tobillo

El esguince de tobillo es el resultado, es la lesión con frecuencia se relaciona con actividades diarias, pero la mayoría se presenta durante el deporte, a traumatismos y caídas (9). Esta lesión, es el resultado del desplazamiento hacia dentro o hacia afuera del pie, generando distensión o rotura de los ligamentos de la cara interna o externa del tobillo, siendo el mecanismo más común el de inversión o cara externa. La incidencia es mayor en mujeres adultas que en hombres, y mayor en niños y adolescentes que en adultos (10).

En la clasificación del esguince de tobillo, la clasificación según la localización, está determinada según el mecanismo de lesión y son tres tipos: el esguince lateral de tobillo, por mecanismo de inversión del pie en flexión plantar, que daña al ligamento lateral; el esguince medial del tobillo, por mecanismo de eversión, donde rara vez daña el ligamento deltoideo medial pero con frecuencia resulta la fractura por avulsión del maléolo medial; y esguince de tobillo alto o sindesmótico, por la dorsiflexión y/o la eversión del tobillo (10).

Por otro lado, la clasificación según el grado, en función de los signos clínicos y la pérdida de funcionalidad:

- Grado I: se produce la distensión leve de ligamentos con desgarros microscópicos. El paciente presenta leve hinchazón y sensibilidad. No hay inestabilidad articular, por lo que el paciente puede caminar con un dolor mínimo. El paciente puede comenzar sus actividades en 2 a 3 semanas (9).
- Grado II: es una lesión que rompe parcialmente los ligamentos. El paciente presenta dolor, hinchazón, sensibilidad y equimosis moderados. Presentan leve a moderada inestabilidad articular con alguna restricción en el rango de movimiento (10). Por lo general necesitan reposo de 2 a 6 semanas para retomar sus actividades (9).
- Grado III: es el desgarro completo del ligamento, el paciente presenta intenso dolor, hinchazón, sensibilidad y equimosis, con inestabilidad

mecánica marcada y pérdida de rango del movimiento (10). Requiere de 8 o más semanas para que los ligamentos cicatricen en caso no optar por la cirugía (9).

En la mayoría de los casos, el diagnóstico de un esguince de tobillo leve o moderadamente grave se realiza mediante la clínica en base de un historial de traumatismo agudo de tobillo y hallazgos sugestivos de la exploración. A menudo la ecografía musculoesquelética para evaluar la lesión y la función del tendón, pero de lo contrario, las imágenes de diagnóstico son innecesarias a menos que la lesión involucre un traumatismo de alta energía o que probablemente se extienda más allá de un esguince de tobillo aislado. En tales casos, se realizan imágenes de diagnóstico, con mayor frecuencia radiografías simples, para evaluar otras lesiones (10).

En el manejo tiene como base RICE (reposo, hielo por 15 a 20 minutos casa 2 a 3 horas, compresión mediante vendaje elástico, elevación del tobillo), el cual se recomienda los primeros 2 a 3 días, puede ir acompañado de AINES, y con ejercicio de rango de movimiento que incluye flexión plantar, dorsiflexión y círculos en los pies, que va aumentando de intensidad de forma gradual (10).

Luxación de hombro

Las luxaciones se definen como el desplazamiento del hueso, es decir, que este ya no presenta la relación anatómica con sus superficies articulares (11,12). El ministerio de salud reporta que las articulaciones generalmente afectadas corresponden al hombro, cadera, tobillo y rodilla.

Generalmente se presenta cuando el paciente llega a padecer un movimiento de giro forzado y al mismo tiempo un esfuerzo muscular. Se reporta que la posición más frecuente es de abducción y rotación interna para que esta condición aparezca. Tiende a presentarse más en varones, sobre todo en jóvenes (13).

Usualmente el cuadro clínico se presenta con dolor y aumento de volumen de la articulación asociado a limitación funcional del miembro comprometido (11). Además debemos de conseguir siempre las radiografías, para así poder descartar la existencia de una fractura. Debemos tener en cuenta que la luxación anterior se llega a observar fácilmente en las radiografías, no así, en la luxación posterior puede llegar a pasar desapercibida (11,13).

El tratamiento definitivo de la luxación consiste en la reducción con una serie de movimientos específicos con el fin de así poder encajar el hombro. Una vez que el hombro este reducido, se colocará un cabestrillo para por así obtener la inmovilización de este, durante aproximadamente tres semanas (13).

3.2 Ginecología y Obstetricia

La hiperémesis gravídica

La hiperémesis gravídica se define como la presencia persistente, continuos de forma intensa, que implica la intolerancia oral de alimentos ya sean estos solidos o líquidos; generando de esta forma trastornos metabólicos como alteraciones en lo electrolitos y deshidratación; asociado además a una pérdida de peso de por lo menos el cinco por ciento. se sabe que este síndrome se presenta al comienzo del embarazo entre aproximadamente la sexta y decimo décimo segunda semana de gestación (14,15,16).

Entre la etiología es aún tanto desconocida, se postulan teorías siendo la más aceptada la de causa hormonal (15).

Entre los factores de riesgo encontramos a la enfermedad del trofoblasto, feto de sexo femenino, hipertiroidismo, gestación múltiple, primigesta adolescente (17).

Debemos tener siempre presente que la hiperémesis gravídica es un síndrome de exclusión, es decir antes de poder diagnosticarla debemos descartar

patologías como pancreatitis, acalasia, colecistitis, infección del tracto urinario alto, cetoacidosis diabética, hipertiroidismo, bulimia, anorexia nerviosa entre otras. Para descartar tales patologías generalmente se piden exámenes auxiliares como perfil de coagulación, examen de orina, hemograma completo, urea, creatinina, perfil hepático, perfil tiroideo, glucosa en sangre, dosaje de la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana, entre otros (15).

Se han reportado entre las complicaciones: restricción de crecimiento intrauterino, encefalopatía de Wernicke, alteración hidroelectrolítica severa, recién nacido con bajo de peso al nacer además de otras patologías (14,17).

En el tratamiento de la hiperémesis gravídica va de acuerdo con la clasificación de severidad, tales como: hiperémesis gravídica con trastorno metabólico leve, hiperémesis gravídica con trastorno metabólico moderado e hiperémesis gravídica con trastorno metabólico severo. Generalmente una vez identificada a la paciente con esta patología, la paciente es hospitalizada por la intolerancia oral y el grado de deshidratación que presenta; se estabiliza a la paciente con una hidratación adecuada por vía endovenosa con solución fisiológica, se administra antieméticos como el dimenhidrinato, metoclopramida y hasta el ondansentrón, a la vez se debe corregir la alteración acido-base, y administrar tiamina cuyo objetivo es el de evitar la encefalopatía de Wernicke (14,15).

Preeclampsia

Se encuentra en el grupo de trastornos hipertensivos en el embarazo, que se presenta a partir de la semana 20 de gestación, en la cual está presente la hipertensión arterial asociado a proteinuria, ya sea por proteinuria cuantitativa de examen de orina de 24horas mayor o igual de 300 mg, por el índice proteína-creatinina mayor de 0.3 o por método cualitativo por tira reactiva (2+) o por ácido sulfosalicilico (1+). Es una enfermedad progresiva e irreversible que afecta múltiples órganos, por que lesiona a la madre y al feto, y es el responsable de un

gran número de muertes maternas y perinatales (18). Esta se puede clasificar en (19):

- Preeclampsia sin criterios de severidad: la presencia de presión arterial sistólica mayor o igual 140 mmHg y/ o diastólica mayor o igual 90 mmHg, con proteinuria.
- Preeclampsia con criterios de severidad: la presencia de presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg y/o diastólica mayor o igual a 110 mmHg o con evidencia de daño de órgano blanco, con o sin proteinuria.

En presencia de daño de órgano blanco, cuando se presenta los siguientes: plaquetas menores de 100 mil microlitros, síntomas premonitorios (cefalea persistente, escotomas, tinnitus, epigastralgia), creatinina mayor de 1.1mg/dl o el doble de su basal, elevación de las transaminasas hepática al doble de su valor (TGO mayor de 70 UL) y presencia de edema aguda pulmonar (18).

Entre los factores de riesgo, se dividen en riesgo moderado a alto. Los factores de riesgo moderado son: primer embarazo, edades extremas, intervalo intergenésico mayor de 10 años, un índice de masa corporal mayor o igual de 35 kg/m², embarazo múltiple y antecedente familiar de preeclampsia, y entre los factores de riesgo alto, se encuentran: preeclampsia previa, enfermedad renal crónica, enfermedades inmunes, diabetes mellitus, hipertensión crónica. Por lo tanto, se considera paciente de alto riesgo, la que presenta un factor de riesgo alto o dos factores de riesgo moderado (19).

Ante una preeclampsia con criterios de severidad, como el caso clínico mencionado en apartado anteriores, se basa en la activación en el minuto cero de la clave azul, mediante la colocación de 2 catéteres periféricos, uno para la hidratación con cloruro de sodio al 9% pasando 1000cc a chorro por 20 minutos; en la otra vía la infusión de sulfato de magnesio, y dar un antihipertensivo de elección metildopa. Al minuto 20, se debe reevaluar la respuesta terapéutica, si la presión diastólica es mayor de 110 mmHg dar nifedipino 10 mg vía oral, monitorizar la administración del sulfato de magnesio y ante signos de intoxicación administrar gluconato de calcio, uso de corticoides en semanas de gestación menor de 34, con betametasona 12mg IM cada 24horas por 2 dosis,

luego de 48 horas se culminará la gestación, en semanas menores de 32 el manejo es expectante. Se solicita la interconsulta con UCI neonatal ante una gestación de menor o igual de 34 semanas (18).

Se iniciara la culminación de la gestación, ante una gestación mayor de 34 semanas, en 32 a 34 semanas de gestación con maduración pulmonar completa, en hipertensión severa no controlada, síntomas persistente premonitorios, daño de órgano blanco o su progresión, alteración del bienestar fetal, eclampsia, edema cerebral, síndrome de HELLP, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia renal aguda, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, desprendimiento prematuro de placenta, y en gestación menor de 24 semanas (18). La vía de parto, de preferencia es la vaginal, pero en casos de contraindicación la vía será por cesárea, en tal caso la incisión es media infraumbilical con el fin de descartar la presencia de un hematoma subcapsular (19). El control post parto es el control estricto de las funciones vitales, el control de laboratorio, control de la presión arterial, la infusión de sulfato de magnesio se mantendrá hasta 24 horas post parto (19).

Los criterios de alta médica se basan, en caso severos, se dará tras 72 horas post parto si esta asintomática y con exámenes de laboratorio normales o en mejoría. Además, tras el alta, se llevará un control a los 7 días (19).

Ruptura prematura de membranas

Se entiende por ruptura prematura de membranas como una solución de continuidad espontanea de las membranas ovulares lo que produce la salida de líquido amniótico después de la vigésima segunda semana de embarazo hasta antes del comienzo del trabajo de parto (20,21,22).

Entre la etiología se encuentra traumatismos, gestación múltiple, polihidramnios, coito, infecciones cervicovaginales, déficit de vitamina C, cobre y zinc, entre otras. Se ha reportado factores asociados como antecedente de roturo prematura

de membrana, presentaciones podálicas o transversa, e infección de las vías urinarias (20).

Se han reportado corioamnionitis, sepsis, shock séptico, muerte materna como complicaciones de la ruptura prematura de membrana con un tiempo mayor de diecinueve horas (20.21).

El cuadro clínico se presenta clásicamente, una gestante que acude a la emergencia después de la vigésima segunda semana de embarazo por pérdida de líquido vaginal con olor a lejía, de aspecto transparente (20).

Entre los hallazgos de laboratorio tenemos a la determinación del pH a través del papel con nitrazina con un resultado alcalino ya que se sabe que el líquido amniótico es alcalino, también es útil la observación en el microscopio la imagen de hojas de helecho para orientarnos al diagnóstico. Además de ellos tenemos al test amnisure y el amniquick, siendo el primero un test que detecta la insulin-like growth factor protein-1 y el segundo un test que detecta a la placentar alpha microglubulin-1, siendo ambos útiles para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas (21).

El manejo es hospitalario para así poder monitorear tanto a la madre como al feto, se indica reposo en cama, se evitan los tactos vaginales a repetición, se buscan signos de infección uterina y se administra antibioticoterapia (20). el antibiótico de elección es la ampicilina dos gramos vía endovenosa (21). En un metaanálisis de ensayos aleatorizados en el 2015 se concluyó que las mujeres con una ruptura de membranas mayor de doce horas, la terapia antibiótica profiláctica se asoció a la disminución de las complicaciones como corioamnionitis y endometritis, de manera significativa (23).

Aborto Incompleto

El aborto, es la interrupción espontánea o provocada de una gestación menor de 20 semanas, con un peso menor de 500 gramos o menor de 25 cm de longitud.

La mayoría de abortos espontáneos son precoces (80%) ocurriendo en las primeras 12 semanas de gestación (19). Es la causa de hemorragia de la primera mitad del embarazo.

En la etiología, se divide según el tiempo, en las primeras 12 semanas: como frecuencia están las cromosomopatías, entre ellas en primer lugar las trisomías; diabetes mellitus; insuficiencia lútea; infecciones (TORCH, Chlamydia trachomatis); inmunológico; alteración uterina. Entre las pasadas de las 12 semanas, con mayor frecuencia está la incompetencia cervical, asociado a pérdidas gestacionales indoloras (19).

La clasificación del aborto espontáneo es: aborto en curso, aborto retenido, aborto frustrado, aborto incompleto, aborto completo, aborto inminente, aborto inevitable y aborto séptico. En el caso clínico mencionado, se trató de un aborto incompleto, es decir la expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, con sangrado, que en la ecografía transvaginal se observa que la línea endometrial es mayor de 15 mm, es decir, heterogéneo (19).

En el manejo de aborto incompleto, se coloca vía endovenosa con cloruro de sodio al 9%, incluso solicitar exámenes auxiliares como ecografía transvaginal, hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, PRP, prueba de Elisa VIH o prueba rápida. En procedimiento según las guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), si el tamaño uterino es menor de 12 cm, su manejo se hará AMEU ambulatorio, con el uso de misoprostol, pero en caso de ser mayor de 12 semanas se hará legrado uterino (19).

El criterio para el alta médica, después de la evacuación uterina por AMEU, será si la paciente está hemodinámicamente estable, en ausencia de complicaciones, y con indicación de reposo domiciliario, después de dos horas de observación. El alta post legrado uterino será según criterio clínico. Además, se imparte la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y la elección de un método anticonceptivo (19).

3.3 Medicina Interna

Pancreatitis Aguda

Es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, es la causa más frecuente de abdomen agudo médico y tiene una mortalidad entre 5 a 10% en los casos graves con falla orgánica persistente, necrosis pancreática y sepsis. Se debe sospechar en pacientes con dolor abdominal superior agudo intenso, pero requiere de pruebas bioquímicas o radiológicas para su diagnóstico (24).

Las causas más frecuentes de Pancreatitis Aguda (PA) son la colelitiasis y el consumo crónico de alcohol. El mecanismo del primero, se debe por el movimiento del cálculo hacia el conducto biliar y ocasionando un obstáculo en el conducto primario del páncreas; el segundo, tiene un efecto tóxico directo y puede producir pancreatitis crónica. Otras causas como medicamentos, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, traumas, post CPRE, son raras (25).

En las manifestaciones clínicas en la PA, tiene un inicio agudo de dolor abdominal en zona del epigastrio intenso y persistente, en el 50% de los pacientes el dolor se irradia hacia la espalda. Este dolor dura varias horas, incluso días, y puede aliviarse al optar una posición genupectoral. Además, el 90% de los pacientes presentan náusea y vómitos. En los pacientes con PA grave pueden presentar disnea por inflamación diafragmática, derrame pleural o síndrome de dificultad respiratoria aguda (24).

El diagnóstico se basa en el análisis de enzimas pancreáticas séricas como amilasa y lipasa, las cuales se encuentran elevadas (25). La amilasa se eleva dentro de los 6 a 12 horas, tiene una vida media de 10 horas, y vuelve a la normalidad en 3 a 5 días, pero en el consumo de alcohol y la hipertrigliceridemia los valores están normales. En cambio, la lipasa se eleva entre 4 a 8 horas, y alcanza su pico máximo a las 24 horas volviendo a la normalidad a los 4 a 14 días (24). En el caso que las enzimas sean negativas, se podrá confirmar con

el uso de tomografía abdominal computarizada para su diagnóstico y pronóstico (24, 25).

El tratamiento inicial se basa en la de dieta absoluta (no dar alimentos), la fluidoterapia de preferencia con lactato Ringer, en caso de disponer cloruro de sodio (más usado en el hospital), la asociación de analgésicos, y si es que lo requiere el apoyo oxigenatorio. En los casos graves, se recomienda el uso de nutrición enteral (sonda nasoyeyunal) y en caso de evidencia de infección el uso de antibióticos, no profiláctico (25). En el caso de la presencia de necrosis infectada y falla orgánica persistente, el manejo se hará mediante un procedimiento menos invasivo a mayor, iniciando con el drenaje percutáneo, seguido de desbridamiento mínimamente invasivo y por último laparotomía (24). En los criterios de alta, se basan en la tolerancia oral, en la mejoría clínica, no dolor abdominal, eliminación de flatos, y con exámenes bioquímicos en rangos normales. En los pacientes con pancreatitis de origen biliar, se recomienda el manejo con CPRE y esfinterotomía, la colecistectomía debe realizarse después de la recuperación de la pancreatitis aguda (24).

Infección urinaria

La infección del tracto urinario puede definir como la presencia de microorganismo patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de sintomatología. La gran mayoría de casos es de origen bacteriano, siendo la principal causa *Escherichia coli* en un noventa por ciento aproximadamente (26,27).

Las infecciones del tracto urinario son clasificados según su lugar anatómico, baja y alta. La infección del tracto urinaria baja implica la colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que por general incluye sintomatología de disuria, orina mal oliente y polaquiuria. La infección del tracto urinario alto implica la colonización bacteriana a nivel ureteral y del parénquima renal, que conlleva a

sintomatología sistémica como fiebre, dolor lumbar, y la presencia de náuseas y vómitos. Tener en cuenta que cuando hablamos de la infección del tracto urinario bajo nos referimos a la cistitis y uretritis, y pielonefritis para infección del tracto urinario alto (26).

En los pacientes en los que se sospecha de infección urinaria aguda complicada, se le toma un examen de orina, y un hemograma completa para poder así determinar la existencia de la infección. Inclusive se debería tomar un urocultivo con el fin de determinar la susceptibilidad del microorganismo causante de la infección (27).

El enfoque del tratamiento antimicrobiano empírico para la infección urinaria aguda complicada depende de la gravedad de la enfermedad, los factores de riesgo de patógenos resistentes. Para pacientes sin factores de riesgo para infección por un microorganismo gramnegativo multirresistente se opta por la administración de ceftriaxona dos gramos intravenoso una vez al día por siete días (28).

Neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC), es la infección aguda del parénquima pulmonar adquirida en el ámbito comunitario, es decir, extrahospitalario, con un nuevo infiltrado en la radiografía de tórax. Es una de las principales causas de morbi-mortalidad y la segunda causa más común del ingreso a los hospitales (29).

Entre los factores de riesgo que se asocian son: la edad avanzada (> o igual a 65 años); las comorbilidades crónicas (EPOC, bronquiectasia, asma, insuficiencia cardiaca congestiva, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, desnutrición e inmunosuprimidos); infección viral del tracto respiratorio (ej. Virus de la influenza); consumo de drogas o alcohol; tabaquismo y hacinamientos. (29)

Entre las causas con mayor frecuencia se debe a la infección por *Streptococcus pneumoniae* y por virus respiratorios. Se clasifican en 3 grupos (29):

- Bacterias típicas: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* del grupo A, bacterias aerobias gran negativas, Bacterias microaerófilas y anaerobios.
- Bacterias atípicas, por su resistencia intrínseca a los betalactámicos y su incapacidad de ser visibles en cultivos tradicionales o en tinción Gram: *Legionella* spp, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci* y *Coxiella burnetii*,
- Virus respiratorios: Virus de la influenza A y B, SARS-CoV-2, Otros coronavirus, Rinovirus, Virus de la parainfluenza, Adenovirus, Virus sincitial respiratorio, Metaneumovirus humano y Bocavirus humanos.

En las manifestaciones clínicas, va desde una neumonía leve asociada a fiebre, tos y disnea hasta una neumonía grave con sepsis y dificultad respiratoria. La gravedad de los síntomas va relacionada con la respuesta inmune local y sistémica. Entre las manifestaciones típicas, se basa de una clínica de inicio brusco, con tos productiva, febril, en el examen físico la presencia del trabajo respiratoria, asociado a crepitantes a la auscultación pulmonar, con soplo tubárico, y un patrón de consolidado en la radiografía de tórax. Por otro lado, en la clínica atípica, es de inicio insidioso de 1 a 2 semanas, asociado a cefalea, mialgias, tos seca y con un patrón radiológico intersticial bilateral (29).

El diagnóstico de NAC se requiere de la evidencia de un infiltrado en la radiografía de tórax en un paciente con clínica compatible con NAC, en los pacientes con radiografía negativa con sospechas clínicas se optará por el uso de la tomografía computarizada de tórax (29).

Al diagnóstico de NAC, el siguiente paso es el manejo, y para poder definir la gravedad de la enfermedad y determinar el lugar de atención más apropiado, para eso se utiliza el índice de gravedad de la neumonía (PSI) o puntaje de PORT y el CURB-65. En general se prefiere el PORT por ser más preciso, pero por ser de uso más fácil la alternativa es la CURB-65. El puntaje de CURB-65, da un puntaje a cada uno de sus parámetros: confusión, urea mayor de 20mg/dl,

frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto, presión sistólica menor de 90 mmHg o diastólica menor o igual de 60 mmHg y edad mayor o igual de 65 años, si se obtiene un puntaje de 0 a 1 se considera gravedad baja; de 2 puntos, gravedad moderada y de 3 a 5 puntos, gravedad alta. En estos 3 niveles de gravedad corresponden al nivel de atención, es decir, el leve su manejo es ambulatorio; el moderado, en el ámbito hospitalario y severo, en la unidad de cuidados intensivos (29).

El tratamiento va depender el escenario que del puntaje CURB-65 y la asociación de factores de riesgo (uso de alcohol, edad mayor de 65 años, uso de antibióticos en los últimos 90 días y comorbilidades). En el caso clínico, el tratamiento se basó en el ámbito ambulatorio, y para estos casos se da como tratamiento empírico diseñado para bacterias más comunes, que incluyen *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y patógenos atípicos. La primera línea en el tratamiento se dirige a *S. pneumoniae*, se usa de betalactámicos como dosis altas de amoxicilina y amoxicilina con ácido clavulánico, se puede agregar un macrólido o doxiciclina para atacar a patógenos atípicos. Si existe alergia a la penicilina se usa la terapia combinada de una cefalosporina de tercera generación con un macrólido o doxiciclina. La duración del tratamiento es de cinco días (30).

Diabetes mellitus

Cuando hablamos de diabetes mellitus tipo 2 se habla de una enfermedad endocrinológica por el metabolismo anormal de carbohidratos caracterizada por la hiperglucemia, debido a una resistencia a la insulina sumada a la deficiente secreción de insulina por parte del páncreas (31,22).

La diabetes mellitus tipo 2 es una patología muy frecuente en nuestro medio. Existen factores de riesgo para padecer diabetes mellitus tipo 2 como los antecedentes familiares, la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión arterial. (31).

Entre las complicaciones hiperglucémicas de esta enfermedad se reportan a la cetoacidosis diabética y a la crisis hiperosmolar. Se han reportado como factores predisponentes para las complicaciones hiperglucémicas a diabetes tipo 1 de nueva aparición, un mal cumplimiento de la insulina, el uso de fármaco que afectan el metabolismo de los carbohidratos como glucocorticoides, diuréticos (32).

El inicio de sintomatología de hiperglicemia marcada son poliuria, polidipsia y disminución del peso. Debemos tener en cuenta que a medida que aumenta el grado de hiperglicemia y la duración de esta, tienden a aparecer síntomas neurológicos tales como, signos de focalización y obnubilación (32).

La diferencia de cetoacidosis diabética y crisis hiperosmolar es que en el primero se encuentra glucosa plasmática mayor a doscientos y cincuenta, con un pH menor a 7.25 con un bicarbonato menor de 18 y una osmolaridad efectiva variada; y en el segundo la glucosa plasmática estaría mayor a seiscientos, con un pH mayor 7.3 y una osmolaridad efectiva mayor de trescientos veinte (32,33). La insulina regular es una insulina de acción corta, se aplica de forma intravenosa en un bolo de una unidad por kilogramo de peso seguido de una infusión continua de 0,5 a 1 unidad por kilogramo por hora obteniéndose buenos resultados y efectos adversos mínimos. Se debe tener en cuenta que antes de la aplicación de la insulina regular se debe corregir la hipokalemia si fuera el caso (33).

3.4 Pediatría

Enfermedad Diarreica Aguda

La enfermedad diarreica aguda se manifiesta con deposiciones de consistencia líquidas o acuosas con aumento de la frecuencia habitual de las deposiciones,

generalmente tienden a ser más de tres episodios en un tiempo de veinticuatro horas de duración con una temporalidad menor catorce días (34,35,36).

Sabemos que la principal etiología de la diarrea aguda infantil es de causa viral. Según el ministerio de salud, reporta que el origen de la diarrea es multifactorial, siendo la causa principal las inadecuadas condiciones sociales, sanitarias e higiene lo que tiene por consecuencia la ingesta de alimentos y de agua contaminada (34).

En toda enfermedad diarreica debemos evaluar el estado de deshidratación en función de la sintomatología y signos que presenta el paciente teniendo en cuenta lo siguientes parámetros como el estado de conciencia, ojos, mucosa oral, lagrimas, sed y el signo del pliegue con el fin de decidir el esquema de tratamiento: el plan A, B y C. el plan A tiene como objetivo prevenir la deshidratación, el B para tratar la deshidratación y el C para tratar la deshidratación grave con o sin signos de shock (34,37).

Se ha visto que el uso probióticos es muy beneficioso en múltiples ensayos clínicos debido a que su uso demuestra la reducción de la frecuencia y la duración de la diarrea persistente. Además, el zinc ha demostrado que su suplementación reduce la gravedad y la duración de la diarrea, además de reducir notablemente los posteriores cuadros diarreicos en los próximos meses. Debemos tener en cuenta que los antibióticos no están indicados en la mayoría de los casos con diarrea aguda acuosa (34,35,36).

Faringitis Aguda

En la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Aguda de las Vías Respiratorias Superiores del Instituto Nacional de Salud del Niño, describe a la Faringitis Aguda (FA) o Faringoamigdalitis, como un proceso agudo, de inflamación de las mucosas faringoamigdalina, que puede acompañarse de eritema, exudado, edema, vesículas o úlceras y se asociado a

fiebre. (38). La etiología con frecuencia es viral y bacteriana, siendo estos generalmente de evolución benigna y autolimitada. Al comparar la frecuencia entre ambas, la mayor parte son víricas de 65 a 80% con predominio en estaciones de otoño, invierno y primavera, en niños menores de 3 años. (38, 39). Dentro de las causas bacterianas, el *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta hemolítico del grupo A, EbhGA) es el único en que el tratamiento está indicado. (38). El EbhGA tiene predominio a finales de invierno e inicio de primavera y entre la edad de 3 a 14 años. Por otro lado, existen otros agentes bacterianos, que están relacionados con faringitis pediátricas recurrentes, como es *Mycoplasma pneumoniae* y posiblemente *Chlamydia pneumoniae* (39).

Los factores de riesgo asociados a la FA, son (38):

- Edad entre 5 y 15 años (predominio de causa viral en menor de 3 años).
- Predomina en los meses fríos.
- Contacto con personas con FA.
- Hacinamiento.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Escaso saneamiento básico.

La transmisión es por contacto cercano de persona a persona mediante las secreciones, que genera pequeños brotes en lugares cerrados como centros educativos. Además, esta transmisión es favorecida en espacios cerrados y con poca ventilación, incluso en aquellas aéreas muy pobladas con alta contaminación (38).

En la clínica, lo sugestivo del origen bacteriano, estreptocócico, es el dolor de garganta de inicio brusco, presencia de fiebre, con malestar general y cefalea, incluso la presencia de dolor abdominal, náuseas y vómitos. Esta infección con o sin tratamiento es por lo general autolimitada, remitiendo la fiebre en 3 a 5 días y el dolor de garganta en una semana, pero puede asociarse a complicaciones. Por otro lado, la clínica por causa viral se asocia a conjuntivitis, rinorrea, tos, afonía y puede asociarse diarreas (38).

El diagnóstico es clínico, pero no hay un signo o síntoma per se sea suficiente para su diagnóstico confirmatorio, solo es de diagnóstico presuntivo, por eso se

requiere mayores datos para que orienten a que se está frente a una FA. Existen escalas de apoyo para determinar si en ciertos pacientes presentan mayor probabilidad de que la causa de FA sea bacteriana por Streptococo del grupo A, una de ellas es el sistema de puntuación de Centor que luego tuvo unas modificaciones para incluir el grupo etaria donde se presenta con mayor frecuencia (3-14 años de edad), llamada Escala de Centor modificado por McIsaac (40, Anexo 2). Esta escala se basa que, cuando se obtiene un puntaje de 4 a 5, tiene alta probabilidad de infección por EhbGA, se puede pedir la prueba rápida de detección de antígeno de EhbGA, pero en caso se obtenga un puntaje de 0 a 2, el uso de rutina de la prueba rápida no ofrece mayor certeza en el diagnóstico (38).

El uso de tratamiento antibiótico, según NICE, recomienda que, ante un paciente con faringitis aguda, con evaluación clínica y según sea la gravedad del cuadro, con la escala anteriormente mencionada, si se obtiene de 3 a más puntos, se debe interpretar como alta probabilidad de infección estreptocócica por eso de prescribe de inmediato antibióticos. Por otro lado, si presenta un puntaje de 2 y no disponer de pruebas diagnósticas, no se recomienda el uso de antibióticos (38). En la siguiente imagen se muestra los tipos de antibióticos que se puede utilizar, pero entre las que son de primera elección es la penicilina y la amoxicilina por diez días, solo las cefalosporinas se deben reservar para cuadros recurrentes y los macrólidos en alérgicos a la penicilina (39). El manejo en el hospital se basó en prescribir por 5 a 7 días, el uso de antibióticos, debido que a este tiempo la mayoría de FA remiten los síntomas, tal como el caso de no tratarlo con antibióticos, pero al no hacerlo presenta el riesgo de complicaciones supurativas o no supurativas, caso contrario que en la guía, donde se establece, que al iniciar el uso de antibióticos esta debe ser por 10 días, así se evita las complicaciones, y al completar el tratamiento evitando futura resistencia a medicamentos (41).

Escabiosis

La escabiosis es una parasitosis cutánea sumamente contagiosa siendo originada por el *Sarcoptes scabiei hominis* que reside en la epidermis. Su forma de transmisión entre humanos es por contacto directo, y también se transmite a través de prendas de vestir y sábanas (42,43).

La sintomatología generalmente incluye el prurito, que se hace más intenso por la noche, además la presencia de lesiones cutáneas tales como líneas finas en los espacios interdigitales de las manos, nódulos de dos a veinte milímetros de tamaño en tronco, manos y pies (42).

Se utiliza preferentemente la permetrina al cinco por ciento en loción, ya que es un escabicida de aplicación local. Se debe untar por toda la superficie corporal excepto en la cara y mucosas (43).

Se debe tener en cuenta que toda persona que este en contacto cercano o directo con el paciente que presenta esta condición debe ser tratado simultáneamente, aunque no tengan signos. Además de lavar las prendas de vestir y las sábanas a una temperatura mayor de sesenta grados Celsius y dejar secar al sol (43).

Neutropenia Febril

Al referirse de Neutropenia Febril, es común encontrarlo en pacientes oncológicos (44), es una complicación común en la quimioterapia antitumoral por la mayoría de los ciclos citostáticos (45). En el caso clínico presentado la paciente no refería como antecedente ese criterio. Al definir neutropenia, se hace referencia al recuento absoluto de neutrófilos menor al valor de 1500 mm³, también cuenta con clasificación en leve, moderado y severo, siendo leve el valor comprendido entre 1500 a 1000 mm³; moderado de 1000 a 500mm³ y grave o severo cuando es menor de 500mm³ y al definir fiebre, según las guías de la

Sociedad Americana de Enfermedades infecciosas, la cual, define a la fiebre como una temperatura oral asilada mayor de 38,9 grados o 38 grados mantenida al menos por una hora. El 30 al 60% de los pacientes neutropénicos, que presentan fiebre es por causa de alguna infección definida u oculta. (44,45).

En el tratamiento antibiótico empírico, se basa que el 85 al 90% es causa bacteriana. No existe pruebas diagnósticas que sean lo suficientemente rápidas para confirmar o excluir la causa microbiana de la fiebre, por ende, en pacientes con neutropenia febril deben ser tratados de forma empírica de amplio espectro y a dosis máxima, así evitar la mortalidad en caso de retrasar en tratamiento en el paciente con infección severa. Entre las bacterias causantes son bacterias Gram positivas y Gram negativas. La base del tratamiento es respaldada por la evidencia científica y son efectivos (45).

La elección del tratamiento empírico, previo al cultivo, se debe tener en cuenta los siguientes factores: el riesgo del paciente, la etiología más probable, la sensibilidad de los patógenos aislados, lo lugares posibles de infección, debe ser de amplio espectro que cubra anti pseudomona, la estabilidad clínica y si usó antibióticos recientemente (45).

La línea base en el tratamiento empírica se basa en tres grupos:

1. La monoterapia con cefalosporinas anti pseudomona como ceftazidima o cefepime), imipenem/cilastatina, meropenem o piperacilina/ tazobactam (20). Este enfoque permite reducir la toxicidad y los costos, siendo de cobertura adecuada (44).
2. Antibioterapia combinada (45):
 - a. El uso de un aminoglucósido con una cefalosporina anti pseudomonica
 - b. El uso de un aminoglucósido con una penicilina anti pseudomonica.
 - c. El uso de Ciprofloxacino con una penicilina anti pseudomonica.

Las ventajas son los efectos sinérgicos contra algunas bacterias bacilo gran negativos y la emergencia mínima de cepas resistentes. Al contrario, presenta desventajas como nefrotoxicidad, ototoxicidad y la

hipopotasemia asociada al uso de aminoglucósido junto a las carboxipenicilinas (44).

Las de elección son el grupo de un aminoglucósido con piperacilina/tazobactam, un aminoglucósido con cefepime o carbapenem (44).

3. Añadir vancomicina o teicoplanina a la monoterapia o al tratamiento combinado (45). Su inclusión debe ser prudente ante 4 casos (44):
 - a. Pacientes con infecciones serías por el uso de catéteres.
 - b. Colonización por pneumococo resistente a la penicilina y cefalosporinas o *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.
 - c. Cultivos positivos para bacterias Gram positivas antes de su identificación de la sensibilidad antibiótica.
 - d. Hipotensión u otro compromiso cardiovascular evidente, pero si no se encuentra su necesidad de su uso, se debe discontinuar después de las 48 a 72 horas. (44).

En la evaluación y respuesta del tratamiento, se hace mediante el cese de la fiebre, la mejoría o la estabilidad en la clínica de infección, la estabilidad hemodinámica y la negatividad de los cultivos. Se requiere por lo menos dos a tres días de tratamiento antibiótico para evaluar la eficacia del régimen con la que se inició. Sin embargo, en ocasiones los pacientes se deterioran en menos de tres días, por eso está la necesidad de reevaluar el estado del paciente. Por otro lado, si el paciente tras el tratamiento se encuentra afebril en los 3 a 5 días del inicio, y el conteo de los neutrófilos es mayor de 500 cel. Mm³ por 48 horas consecutivos, la evolución es favorable, considerando al paciente como bajo riesgo, por eso se debe suspender los medicamentos endovenosos y continuar con terapia vira oral, en el caso que el paciente no cumpla con estos criterios seguirá con tratamiento endovenoso (44,45).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico comenzó el primero de enero del 2020, así como en todos los años. Antes de iniciar con este, el hospital cito a todos los internos de medicina que ingresaron al hospital Carlos Lanfranco la Hoz, con el fin de dar una charla de inducción sobre temas como el correcto llenado de las historias clínicas, bioseguridad, el lavado manos, relación médico paciente, normas de convivencia, entre otros temas.

El hospital Carlos Lanfranco la Hoz permitió que los internos de medicina pudieran crecer tanto el ámbito personal como profesional, propiciando siempre un ambiente laboral pacifico con el resto del equipo médico, incluyendo médicos asistentes, residentes, licenciados y personal técnico fomentado las normas de convivencia. Esto fue fundamental para que el interno de medicina pueda desarrollar una destreza medica poniendo así practica sus conocimientos teóricos, clínicos adquiridos durante los seis años de estudio previo.

A inicios del año pasado, es decir, en enero, febrero y los primeros días de marzo el hospital recibía una gran afluencia de pacientes ya sea por consultorio externo, para programas impartidos por el ministerio de salud y el área de emergencia. La gran demanda de pacientes en estos meses sobre todo al área de emergencia de los departamentos como cirugia general, pediatria, medicina interna y ginecología hacía que a veces el área de tránsito, es decir los pasajes por donde

debería caminar el personal asistencial fluidamente sin obstáculo alguno, estén ocupados por pacientes en camillas acompañados de sus familiares.

Los internos de medicina a nivel nacional fueron retirados de los hospitales por la aparición de nueva enfermedad, llamada COVID 19, que para ese momento era casi completamente desconocida. Muchos internos de medicina en el Perú no contaban con un seguro de salud, algunos no eran remunerados y los protectores de protección personal eran escasos motivo por el cual la decisión de interrumpir el internado médico fue bien recibida por los internos de medicina.

Los internos de medicina fueron reincorporados el mes de octubre del año pasado, teniendo en cuenta que desarrollar su internado médico durante la pandemia originada por el COVID 19 sería una experiencia diferente a la vivida en los primeros meses del año. Partiendo que el tiempo en el área hospitalaria era limitada, dispuesta así por el ministerio de salud con el fin de reducir la exposición de los futuros médicos jóvenes del país. Entre lo dispuesto por el MINSA estaban las seis horas diarias de lunes a sábado, además de dos turnos de doce en un periodo máximo de quince días por mes además de que el centro donde se realizaría las prácticas preprofesionales otorgaría a los internos de medicina, equipos de bioseguridad tales como mascarillas, guantes protector facial, entre otros.

No obstante, el interno de medicina logró desarrollar la destreza médica pese a las circunstancias adversas originadas por el COVID 19, gracias a los médicos especialistas, médicos residentes que brindaban y compartían conocimiento no solo de manera teórica, sino que también en la práctica clínica. Además de ello, la universidad San Martín de Porres, brindaba seminarios con casos clínicos distintos cada semana, dependiendo a la especialidad en la que el interno se encuentre rotando, con el fin de poder así afianzar sus conocimientos teóricos y estos sean puestos a práctica en los servicios hospitalarios.

CONCLUSIONES

El internado médico, la última etapa de pregrado de la carrera de medicina humana, es una etapa muy importante en el estudiante, debido que se obtiene mayor destreza en la práctica médica, basado en los conocimientos que se adquieren de los años anteriores, incluso un contacto cercano con el paciente fortaleciendo la relación médico paciente. A pesar, que esta etapa tuvo algunos obstáculos por la emergencia sanitaria que aún está presente, se logró adaptar a las nuevas disposiciones, se puso más énfasis en la bioseguridad con equipamientos otorgados por el hospital y por los mismos internos, más énfasis en el lavado de manos, sin dejar de lado el reforzar la práctica médica y humana. Por eso, no solo basta de clases teórica y prácticas remotas, se basa de poder formar parte de un establecimiento donde la teoría y la practica van de la mano en forma continua, a pesar de ser considerados el último peldaño de la jerarquía médica y a veces subestimados, es la etapa donde se fortalece como profesional de la salud.

RECOMENDACIONES

- Tratar de poner en práctica los conocimientos teóricos para así poder adquirir una destreza médica que permita al interno de medicina poder desenvolverse adecuadamente cuando este en un futuro cercano se convierta en un médico.
- Participar en las clases de bioseguridad impartidas por el área de epidemiología de los hospitales con fin de poder así formar parte de la prevención de riesgos e infecciones.
- Promover el adecuado uso de equipo de protección.
- Ser empático con el paciente, para así poder desarrollar una relación médico paciente digna y respetuosa con el fin de poder diagnosticar, tratar, o mejorar las múltiples condiciones médicas.
- Mantener una comunicación asertiva con absolutamente todos los integrantes de personal de salud incluyendo a los asistentes, residentes, licenciados, técnicos y demás internos de medicina para así poder mejorar la convivencia diaria, de tal forma, que permita a cada integrante desarrollar el respeto, la capacidad para poder enfrentarse a situaciones adversas, y poder prevenir el autoritarismo y conflictos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Martin RF. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 19 enero de 2021 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
2. General C. APENDICITIS AGUDA EN ADULTOS [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zm.pdf>
3. Ronald F Martin, MDStella K Kang, MD, MS. Apendicitis aguda en adultos: evaluación diagnóstica [Internet]. Uptodate.com. 16 octubre de 2019 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&source=see_link
4. Modificado de: Alvarado A. Una puntuación práctica para el diagnóstico temprano de apendicitis aguda. Ann Emerg Med 1986; 15: 557
5. Soybel DSMM. Manejo de la apendicitis aguda en adultos [Internet]. Uptodate.com. 15 febrero de 2021 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&source=see_link

6. Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa H. Guía de Práctica Clínica - Departamento de Cirugía [Internet]. Gob.pe. 2011 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>

7 Ministerio de Salud. Procedimientos y protocolos de atención de emergencias. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>

8. González Bosquet L. Las quemaduras y su tratamiento. *Offarm.* 2003;22(9):62-8.

9. Hospital Santa Rosa. Guía de Practica Clinica de la Patologías mas comunes del servicio de Medicina Fisica y Rehabilitacion [Internet]. 131.45. 2015 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-245-2015.pdf>

10. Maughan KL. Esguince de tobillo [Internet]. Uptodate.com. 16 marzo de 2021 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ankle-sprain?search=esguince%20de%20tobillo&source=search_result&selectedTitle=1~48&usage_type=default&display_rank=1

11. Ministerio de Salud. PRIMEROS AUXILIOS EN EL NIVEL COMUNITARIO [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>

12. CAMPILLOS P, PARDO M, AGUDO P. Luxación de hombro en Atención Primaria. *MEDICINA GENERAL.* 2002; 47: 733-36

13 Leggin BG, Gaunt BW, Schaffer MA. Rehabilitation of Shoulder instability. Skirven TM, ed. In: *Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity.* th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2011:chap 92

- 14 Ministerio de Salud. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>
- 15 Fundación medicina fetal Barcelona. Hiperémesis gravídica [Internet]. Medicinafetalbarcelona.org. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hiperemesis-gravidica.htm>
- 16 Koot MH, Boelig RC, Van't Hooft J, et al. Variation in hyperemesis gravidarum definition and outcome reporting in randomised clinical trials: a systematic review. *BJOG* 2018; 125:1514.
- 17 Koot MH, Grooten IJ, van der Post JAM, et al. Determinants of disease course and severity in hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; 245:162.
18. Rev Peru Investig Materna Perinat. Manejo de la Preeclampsia/ Eclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal. 2015;4 (1):38-45
19. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2018: 87-94.
- 20 Ministerio de Salud. Guía de atención de emergencias obstétricas. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>
- 21 Fundación medicina fetal Barcelona. Rotura prematuras de membrana a término y pretérmino. [Internet]. Medicinafetalbarcelona.org. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematura-membranas.html>
- 22 Ruptura de membranas antes del trabajo de parto: Boletín de práctica de la ACOG, número 217. *Obstet Gynecol* 2020; 135: e80.
- 23 Saccone G, Berghella V. Profilaxis antibiótica para la rotura prematura de membranas a término o a corto plazo: metaanálisis de ensayos aleatorizados. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212: 627.e1.
24. Vege SS. Manejo de la pancreatitis aguda [Internet]. Uptodate.com. 23 octubre de 2019 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en:

[https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

[pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

25. Sanz de Villalobos E, Larrubia Marfil JM. Pancreatitis aguda. Rev Esp Enferm Dig. 2010;102(9):560–560.

26 Echevarría Z, Sarmiento A, Osoreo P, Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Med Per. 23(1) 2006.

27 Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis 2011; 52:e103.

28 Singh KP, Li G, Mitrani-Gold FS, et al. Systematic review and meta-analysis of antimicrobial treatment effect estimation in complicated urinary tract infection. Antimicrob Agents Chemother 2013; 57:5284.

29. Ramírez MD FACP J. Descripción general de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos [Internet]. Uptodate.com. 28 de diciembre de 2020 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

[adults?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

30. File TM Jr. Tratamiento de la neumonía extrahospitalaria en adultos en el ámbito ambulatorio [Internet]. Uptodate.com. 28 de diciembre de 2020 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-setting?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

[setting?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-setting?search=neumonia%20adquirida%20en%20la%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

- 31 Casal D, Pinal F. Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2. ARCHIVOS DE MEDICINA. 2014. Vol. 10 No. 2:2.
- 32 American Diabetes Association. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care 2020; 43:S98.
- 33 Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2018; 41:2669.
- 34 Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>
- 35 Lukacik M, Thomas RL, Aranda JV. Un metaanálisis de los efectos del zinc oral en el tratamiento de la diarrea aguda y persistente. Pediatrics 2008; 121: 326.
- 36 Lazzerini M, Ronfani L. Zinc oral para el tratamiento de la diarrea en niños. Cochrane Database Syst Rev 2012; : CD005436.
- 37 Steiner MJ, DeWalt DA, Byerley JS. ¿Este niño está deshidratado? JAMA 2004; 291: 2746.
38. INSN. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Agudas de las Vías Respiratorias Superiores [Internet]. 2019 abr. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe>
39. De la Flor i Brú J. Infecciones de vías respiratorias altas-1: faringitis aguda y recurrente. Pediatría Integral 2013; XVII (4): 241-261.
40. Burgaya Subirana S, Cabral Salvadores M, Bonet Esteve AM, Macià Rieradevall E, Ramos Calvo AM. Uso del test rápido de detección de antígeno estreptocócico en la consulta de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017; 19:119-25.
41. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica, Faringoamigdalitis aguda, F. Álvez González, J.M. Sánchez Lastres*; Servicio de

Pediatría. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. *Pediatria. Servicio de Atención Primaria. Chapela. Vigo:25-36

42 Medecins Sans Frontieres. Guía clínica y terapéutica.2016. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://bvs.minsa.gob.pe>

43 Fazio S, Yosipovicht G. (2019) Pruritus: Overview of management. Uptodate [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.uptodate.com/contents/pruritus-overview-of-management?search=prurito&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

44. Pediatrics FN in. Neutropenia Febril en Pediatría [Internet]. Org.co. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v12n1/v12n1a07.pdf>

45. Dufort G, et al. Guía para el tratamiento del paciente con neutropenia febril. Arch Pediatr Urug 2009; 80(1): 37-41

ANEXOS

Anexo N°1

Puntuación de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis

Característica	Punto
Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho	1
Fiebre > 37,5 ° C (> 99,5 ° F)	1
Leucocitosis del recuento de glóbulos blancos > 10 x 10 ⁹ / litro	2
Total	9

Anexo N°2

Tabla 1. Escala de Centor modificada por McIsaac	
Criterios	Puntuación
Edad 3-14 años	1
Exudado amigdalár	1
Adenopatías laterocervicales con inflamación y dolor	1
Temperatura > 38 °C	1
Ausencia de tos	1