



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

LABORES Y EXPERIENCIAS DEL INTERNO DE MEDICINA EN EL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
DURANTE EL PERIODO DE 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

XIOMARA JESSIE MEZA DE LA CRUZ
WENDY JENNIFER VEGA BETANCUR

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ
2021



Reconocimiento

CC BY

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LABORES Y EXPERIENCIAS DEL INTERNO DE MEDICINA EN
EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA Y HOSPITAL
CARLOS LANFRANCO LA HOZ DURANTE EL PERIODO DE
2020-2021**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

**XIOMARA JESSIE MEZA DE LA CRUZ
WENDY JENNIFER VEGA BETANCUR**

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: Mg. Hugo Rojas Olivera

Miembro: M.E. Guigliana Ayllòn Bulnes

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	vi
Resumen	vii
Abstract	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	3
1.1.1 Caso N°1	3
1.1.2 Caso N°2	4
1.1.3 Caso N°3	7
1.1.4 Caso N°4	8
1.2 Rotación de Gineco- Obstetricia	9
1.2.1 Caso N°1	9
1.2.2 Caso N°2	10
1.2.3 Caso N°3	11
1.2.4 Caso N°4	13
1.3 Rotación de Cirugía General y Digestiva	14
1.3.1 Caso N°1	14
1.3.2 Caso N°2	15
1.3.3 Caso N° 3	17
1.3.4 Caso N°4	18
1.4 Rotación de Pediatría y Neonatología	19
1.4.1 Caso N°1	19
1.4.2 Caso N°2	20
1.4.3 Caso N°3	21

1.4.4 Caso N°4	22
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	24
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	27
3.1 Rotación de Medicina Interna	27
3.1.1 Caso N°1	27
3.1.2 Caso N°2	28
3.1.3 Caso N°3	31
3.1.4 Caso N°4	32
3.2 Rotación de Gineco Obstetricia	33
3.2.1 Caso N°1	33
3.2.2 Caso N°2	35
3.2.3 Caso N°3	36
3.2.4 Caso N°4	38
3.3 Rotación de Cirugía	40
3.3.1 Caso N°1	40
3.3.2 Caso N°2	42
3.3.3 Caso N°3	43
3.3.4 Caso N°4	44
3.4 Rotación de Pediatría	45
3.4.1 Caso N°1	45
3.4.2 Caso N°2	46
3.4.3 Caso N°3	49
3.4.4 Caso N°4	51
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	52
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
FUENTES DE INFORMACIÓN	61

ANEXOS	66
1. Anexo: Organigrama Estructural del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	67

DEDICATORIA

Agradecemos a Dios, nuestros padres, familia y amigos por el apoyo incondicional que nos brindaron durante todos estos años. Expresamos nuestro profundo cariño y gratitud hacia cada uno de ellos. Esperando poder ser un ciudadano con valores y contribuir con el progreso de nuestra sociedad.

RESUMEN

El internado médico son prácticas preprofesionales que se dan en el último año de la carrera profesional de medicina humana, esta se realiza en hospitales de diferentes niveles de especialización a nivel nacional. El objetivo del internado médico es desempeñar las habilidades y conocimientos adquiridos en años anteriores tanto teóricos y prácticos así poder plasmarlos en las prácticas también se permite tener una participación activa en la supervisión y manejo de las diferentes enfermedades de los pacientes siempre en compañía de médicos tutores designados por universidad. En el 2020, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, al ser un hospital docente nos permitió al inicio del año realizar las primeras rotaciones en los servicios de Medicina General y Cirugía General Aparato Digestivo y Pared Abdominal. Pero debido a la llegada de la pandemia del COVID-19 cuyo epicentro inicial fue la República Popular de China, provincia de Wuhan, un virus de transmisión por vía respiratoria, las autoridades competentes como el Ministerio de Salud, Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM) y la Universidad San Martín de Porres determinaron la suspensión del internado y el confinamiento de la población. En agosto se promulga el Decreto de Urgencia N°090-2020, para la reincorporación de los internos de ciencias de la salud en los establecimientos públicos del Ministerio de Salud, a nivel nacional, tanto en instituciones de la sanidad de la Policía Nacional del Perú, Fuerzas Armadas, con el objetivo de cierre de brechas de recursos

humanos, se brinda equipo de protección personal y estipendio similar a una remuneración mínimo vital.

Abstract

The medical internship are pre-professional practices that occur in the last year of the professional career of human medicine, this is carried out in hospitals of different levels of specialization nationwide. The objective of the medical internship is to carry out the skills and knowledge acquired in previous years, both theoretical and practical, thus being able to translate them into practices, it is also allowed to have an active participation in the supervision and management of the different diseases of the patients, always in the company of tutor doctors designated by university. In 2020, Hospital Arzobispo Loayza National, being a teaching hospital, allowed us at the beginning of the year to carry out the first rotations in the General Medicine and General Surgery Digestive System and Abdominal Wall services. But due to the arrival of the COVID-19 pandemic whose initial epicenter was the People's Republic of China, Wuhan province, a virus transmitted by respiratory route, the competent authorities such as the Ministry of Health, National Association of Medical Schools (ASPEFAM) and University San Martin de Porres determined the suspension of the internship and the confinement of the population. In August, Emergency Decree No. 090-2020 is promulgated, for the reincorporation of health sciences interns in public establishments of the Ministry of Health, at the national level, both in health institutions of the National Police of Perú, Armed Forces, with the objective of closing human resources gaps, personal protective equipment and a stipend similar to a minimum vital remuneration is provided.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es un hospital ubicado en Lima, de alta especialización y referencia de otros complejos de salud a nivel nacional, cuenta con la categoría de Nivel III-1, sus servicios son del ámbito de salud, así como docencia e investigación. Este hospital es dependiente en cuanto a función, estructura y financiamiento por parte del Ministerio de Salud (1).

En este hospital se realizó las primeras rotaciones del internado médico en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General Aparato Digestivo y Pared Abdominal. Asimismo nos brindó el área para realizar nuestras prácticas preprofesionales del último año de la carrera profesional de Medicina Humana, en la cual nosotros ponemos en práctica lo aprendido en años anteriores (2), así también se nos permitió como internos tener una participación activa de la supervisión y el manejo de pacientes asignados por tutores responsables de cada universidad, todo esto con el fin de obtener experiencias en cuanto a la detección de enfermedades como su tratamiento y rehabilitación, siendo esto el principal objetivo del internado en el Perú (3).

Durante nuestra primera etapa en el internado médico realizado en el año 2020, la mayoría de los internos nos regíamos bajo varios decretos, siendo uno de ellos el Decreto Supremo N° 003-2008-TR, donde el artículo 3 refiere como máximo 6 horas diarias, 36 horas semanales o 150 horas mensuales, donde se incluía las guardias nocturnas como jornada máxima de prácticas preprofesionales para los

internos de Ciencias de la Salud en Sector Público (4). Así también referían que la guardia nocturna debería de constar de un descanso previo y posterior de 5 horas (4). Pero no siendo muchas veces cumplida a cabalidad debido a la sobrecarga laboral, así como al reducido recurso humano que poseía el hospital. Y donde en muchas ocasiones el interno de medicina colaboraba aceptando una jornada laboral aproximadamente de 10 horas diarias e incluso 36 horas sin descanso (5).

Otro Decreto Supremo N° 020-2002-EF en su artículo 1 establece como fecha desde enero del año 2002 una remuneración mensual de un monto de CUATROCIENTOS Y 00/100 SOLES (S/. 400,00) para los internos de Medicina Humana y de Odontología, así como un montón no estipulado en el Decreto Supremo como aguinaldos durante Fiestas Patrias y Navidad. Este monto fue incrementado ya que anteriormente bajo el Decreto Supremo N° 12-94-EF, en 1994, se estableció como estipendio DOSCIENTOS Y 00/100 SOLES (S/. 200,00). Todo ello con el fundamento de incrementar los ingresos económicos de los internos de Medicina Humana y de Odontología (6). Si bien esta retribución económica ayudo en cierta medida a los internos, se llevaba a cabo de forma parcial en los establecimientos de salud previo al comienzo de la pandemia (6) siendo el Hospital Nacional Arzobispo Loayza uno de los cuales, si brindaba este estipendio a todos sus internos tanto de universidades privadas como públicas, así también cumplían con el derecho de alimentación a su personal de trabajo.

Con la llegada de la pandemia al Perú, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue uno de los principales nosocomios donde se brindó servicios de salud específicos para personas infectadas con el virus del COVID-19 o SARS-CoV-2, siendo este virus desconocido pero cuyo medio de transmisión es de vía respiratoria, teniendo una leve similitud al SARS-Cov-1 hallado muchos años antes. Esta pandemia tuvo su epicentro en la República Popular de China, específicamente en Wuhan. De donde se extendió en un principio al continente de Asia y Europa. Posteriormente llega a continente América y de su llegada a Perú como bien se conoce fue en marzo del 2020. Donde el Estado peruano tomo

medidas de confinamiento para toda la población peruana debido a que a la alta contagiosidad y probabilidad de muerte que se reportaba en países donde el SARS-CoV-2 ya había causado estragos y ante ello la Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM) siguió las indicaciones de la Resolución Viceministerial 081-2020-MINEDU donde determinan la suspensión de clases y aprueban el plan de recuperación de horas lectivas (7). ASPEFAM optó por retirar de absoluta de los nosocomios a todos los internos de Ciencias de la Salud debido al riesgo biológico que supondría que los internos en su condición de estudiantes de último año estén expuestos y que de esta manera expongan a sus familiares y propaguen el virus. Mas aun si los internos de ciencias de la salud no poseían equipos de protección personal y seguros de salud, así como un seguro de vida (7).

Así el Hospital Nacional Arzobispo Loayza que contaba con aproximadamente 9 pabellones de diversas especialidades, tuvo que redistribuir su estructura para permitir la hospitalización de pacientes infectados con COVID-19, donde se disminuyó el número de atenciones para las patologías frecuentes y se optó por atender prioritariamente emergencias, siendo los pacientes que acudían al nosocomio derivados a centros de menor complejidad ya que corrían riesgo de contagio en el hospital.

Los internos de ciencias de la salud permanecieron por meses sin acudir a sus centros hospitalarios y ante ello se promulga el Decreto de Urgencia N°090-2020 emitido el 2020, donde refieren en el artículo 2, la reincorporación progresiva de los internos de ciencias de la salud en los establecimientos públicos del Ministerio de Salud, a nivel nacional, tanto en instituciones de la sanidad de la Policía Nacional del Perú, Fuerzas Armadas y del Seguro Social de Salud - ESSALUD, desde el 15 de agosto de 2020. Con el objetivo de cierre de brechas de recursos humanos para mantener una correcta disponibilidad y distribución de personal de salud en los distintos niveles de atención con la finalidad de hacer frente a la pandemia por el SARS-CoV-2 (8).

Además de ello manifiestan en Decreto de Urgencia N°090-2020 que los internos de ciencias de la salud recibirán equipos de protección personal y una retribución económica mensual similar a un salario mínimo vital de un monto de NOVECIENTOS TREINTA Y 00/100 SOLES (S/. 930,00). Además de un seguro de salud, la cual se ofrece a través del Seguro Social de Salud y finalmente un seguro de vida, todo esto mientras dure el Estado de Emergencia Sanitaria Nacional. Ante ello el Decreto Supremo N° 020-2002-EF quedaría suspendido (8).

Debido a lo expuesto en el Decreto de Urgencia N°090-2020, la Universidad San Martín de Porres- Facultad de Medicina Humana decide aceptar y reincorporar en la medida posible a sus internos de medicina del último año a sus hospitales y centros de salud. Es así como el Hospital Nacional Arzobispo Loayza decide la reintegración de sus internos de ciencias de la salud, pero con un menor número de plazas que las expuestas en el inicio del 2020 que según data expuesta en sus ASIS del 2019 era 146 internos de ciencias de la salud (1). Por ello se tuvo que optar por una nueva redistribución de los internos ya sea porque su sede de prácticas había disminuido el número de plazas o no había permitido el reinicio del internado.

Según los 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, los internos podrían asistir a los Niveles I-3, I-4, a través de las gestiones con DIRESA/ GERESA/ DIRIS tanto Regionales como en Lima Metropolitana (9) a favor de no ver perjudicadas sus prácticas preprofesionales. Además, hacían referencia que mientras esté vigente el estado de Emergencia Sanitaria, este reinicio sería bajo un régimen de 15 días de asistencia presencial y seguido de 15 días de descanso, para que se permita permutar entre dos grupos de internos al mes (9). Teniendo un horario laboral de lunes a sábado comprendido entre 7:00 a 13:00 horas, con guardias diurnas de 7:00 a 19:00 horas con un número no mayor de dos en zonas no COVID-19 (9).

Ante ello el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz permite el reinicio de las practicas preprofesionales en sus ambientes hospitalarios tanto para internos que pertenecen al hospital y los internos de medicina de otras sedes hospitalarias donde contarían con tutores asignados por la Universidad San Martin de Porres.

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es un establecimiento de salud de mediana complejidad, de Nivel II-2 y un centro de referencia de los distritos cercanos como Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa, Carabaylo debido a que posee diferentes especialidades que posee. Este hospital es órgano desconcentrado del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (10). Así también el hospital nos permite poner en práctica nuestras habilidades obtenidas en años previos y nos instruye como desenvolvemos y enfocarnos según cada patología, siempre en compañía de un médico tutor.

El hospital brinda de manera oportuna y al inicio de cada rotación equipos de protección personal a los internos de ciencias de la salud. También brindo al inicio de la reincorporación una charla de bioseguridad, promoción y prevención de contagios entre el personal de salud.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico se realiza durante el último año de la carrera de Medicina Humana. En Perú, se lleva a cabo en hospitales distribuidos en todas las regiones de nuestro país, e incluso, algunas rotaciones pueden ser hechas en el extranjero. Un año entero lleno de oportunidades de aplicar, en un escenario real, de todo lo aprendido durante los 6 años previos de la carrera en las 4 grandes rotaciones de Medicina Interna, Cirugía general, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Bajo la supervisión de asistentes y médicos residentes, el interno compone el equipo de atención al paciente en el que se busca elaborar un plan de diagnóstico y manejo para la resolución del problema de salud que lo lleva a la consulta. Este año de la carrera representa la última oportunidad de ser alumnos, pero con la diferencia de tener la capacidad de decisión activa en la ejecución del plan del paciente.

El hospital durante este período se convierte en una segunda casa ya que se permanece el mayor tiempo de día y de la noche entre sus pabellones y rincones, se come e incluso duerme dentro de sus paredes, se crean nuevos lazos con personas que comparten el mismo amor y dedicación por la carrera elegida que se convierten en parte de una familia a partir de ese momento.

Los pacientes dejan de ser simples casos en papel para volverse seres humanos de carne y hueso, con preocupaciones que no solo involucran la salud, sino que traen consigo problemas familiares, financieros y psicológicos; estos aspectos

forman parte del todo del paciente y es de cierta manera una función tácita del interno ayudar al paciente en todas las dimensiones, por lo que se vuelve un confidente y soporte durante su estancia hospitalaria.

Por lo tanto, este último paso que se da en la carrera determina muchas de las decisiones en la vida de cada alumno, algunas incluso definirán la clase de profesional que será, la especialidad que se elegirá, a cuál se es más afín, que ejemplos y consejos se debe seguir y a veces cuales se debe desechar.

De acuerdo con el sílabo, se logró completar las estrategias metodológicas en teoría, práctica e informes de prácticas por medio de los diversos recursos didácticos como exposiciones programadas, presentación de los casos más relevantes vistos en la rotación, presentación de revista de revistas, durante la visita médica y en los procedimientos que se permitían realizar.

En Medicina interna se concretó el aprendizaje de los principales sistemas como: cardiovascular, pulmonar, renal, endocrinológico, digestivo, nervioso, articulares, psiquiátricos, renales, dermatológicos, hematológicos y legales como se estipula en el sílabo de la facultad, concretando el aprendizaje teórico y práctico con los pacientes visto durante la rotación (11).

En Cirugía se tocaron lo tópicos de las principales patologías en las rotaciones que lo conforman como cirugía general, traumatología y urología. Debido a que los hospitales en los que se realizó el internado no contaban con rotaciones en las áreas de oftalmología, otorrinolaringológica, cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía y cirugía pediátrica no se logró concretar las horas prácticas en dichas especialidades (11).

En Gineco-obstetricia se cumplió con todo lo establecido en el área de obstetricia como el control prenatal, principales complicaciones del embarazo, parto y enfermedades Inter urgentes en el embarazo, ética, prevención y promoción. Sin embargo, en el área de ginecología, tanto por la cáustica como por los recursos del establecimiento de salud, no se logró revisar completamente los tópicos de tumores pélvicos y alteraciones del piso pélvico (11).

En Pediatría se abarcó los problemas del recién nacido, en el niño y el adolescente, así como urgencias y emergencias pediátricas cumpliendo con los temas establecidos (11).

1.1 Rotación de Medicina Interna

1.1.1 Caso N°1

Paciente de 23 años procedente del distrito de Comas con antecedente de VIH sin tratamiento que ingresa por presentar cuadro de cefalea occipital de 5 días de evolución, tipo punzante con una intensidad de 6/10, que con el pasar de los días llega a ser holocraneana, con un aumento de intensidad hasta un 8/10 y se asocia a náuseas y vómitos de tipo alimenticios en una frecuencia de 4 veces al día. El día del ingreso el dolor aumenta a una intensidad de 9/10 que se asocia a vómitos tipo explosivos en una frecuencia de 5 veces por lo que decide acudir a emergencia.

Al examen físico se encontró:

Piel y faneras: mucosas secas, palidez ++/+++, llenado capilar menor de 2 segundos

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos

Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares

Abdomen: No distendido, RHA (+), blando, depresible, no signos peritoneales

SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, rigidez de nuca

Por la sospecha de meningitis por criptococosis se realiza una punción lumbar diagnóstica. Al momento de realizarla, encontraron una presión de apertura alta (48 mmHg) por lo que también se realizó una punción evacuadora y terapéutica. Se inicia de manera empírica el tratamiento con anfotericina B y fluconazol con lo cual lo pasaron a piso de hospitalización.

Se recoge el resultado de tinción con tinta china del líquido cefalorraquídeo obtenido donde se confirma la infección por *Cryptococcus neoformans* con lo cual se continúa con el tratamiento.

Se le da los diagnósticos de:

1. Meningitis por *Cryptococcus neoformans*
2. Infección por VIH/SIDA

Adicionalmente, se realizan punciones evacuatorias cada 2 días con lo cual se observó una disminución de la presión de apertura hasta llegar a 20 mmHg a la segunda semana del ingreso.

Con el manejo planteado, los síntomas fueron disminuyendo progresivamente. Se realizó interconsulta con Infectología para la medición de carga viral y CD4 para evaluar la posibilidad de inicio de TARV.

1.1.2 Caso N°2

Paciente masculino de 53 años proveniente de La Victoria, con un tiempo de enfermedad de 3 horas, el paciente refiere dificultad respiratoria a moderados esfuerzos por lo que se le administra 4 puff de salbutamol en emergencia, pero clínica no mejora; se agrega a la clínica tos con expectoración blanquecina sin sangre, afebril al momento del examen. Ante la persistencia de síntomas acude a emergencia donde se decide su hospitalización.

Niega sensación de alza térmica, náusea, vómitos, vómito sanguinolento, síncope

Antecedentes patológicos:

Asma desde hace 3 años con tratamiento (salbutamol inhalatorio condicional a dificultad respiratoria)

Úlceras varicosas en ambos miembros inferiores desde hace 20 años que tienen curaciones diarias.

Niega Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus 2, enfermedad renal crónica, neoplasia maligna, tuberculosis

Niega hábitos nocivos

Niega exposición de humo

Antecedentes familiares patológicos:

Papá: NM estómago

Mamá: DM2

Al examen físico:

Piel y faneras: Fría/hidratada/elástica. Llenado capilar <2 segundos, palidez +/-+++, no cianosis, no edemas, lesiones ulcerativas con secreción serosa escasa en ambos miembros inferiores, no acrocianosis, no acropaquías

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en base de hemitórax izquierdo, subcrepitantes escasos difusos, amplexación conservada, no tirajes.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos, de regular intensidad, no soplos, no ingurgitación yugular

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no focaliza, no signos menígeos

En la radiografía de tórax se encuentra una efusión pleural en base de hemitórax izquierdo, aumento de la trama bilateral, radiopacidad en regiones hiliares pulmonares.

En la ecografía torácica se ve una efusión pleural bilateral mientras que en la abdominal se observa una esteatosis hepática, no líquido libre en cavidad.

Laboratorio:

Leucocitos en 16 400

Abastionados en 4% (656)

PCR: 1.92

TGO: 763

TGP: 1070

BK negativos en esputo x2

Lactado en AGA: 3.6

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome de dificultad respiratoria
 - 1.1 Neumonía adquirida en la comunidad + derrame paraneumonico
 - 1.2 Efusión pleural izquierdo: D/c TBC pleural
2. Hipertransaminemia
 - 2.1 D/c origen metabólico
 - 2.2 D/c origen infeccioso: hepatitis viral
3. Insuficiencia venosa periférica: Úlcera varicosa bilateral
4. D/c Falla cardíaca crónica

Con estos diagnósticos es llevado a piso de hospitalización donde se le realiza una toracocentesis diagnóstica y terapéutica, logrando drenar 50 cc de líquido pleural con lo cuál disminuyó significativamente la dificultad respiratoria. A esto se le asoció furosemida para disminuir el derrame pleural recidivante.

Al mandar a estudio el líquido pleural obtenido, resultó ser un trasudado.

Se le programó una cita para ecocardiograma donde se encontró una disminución del grosor de las paredes del músculo cardíaco, disminución importante de la función del músculo cardíaco de forma difusa, y una fracción de eyección de 35% por lo que se agregó el diagnóstico de una miocardiopatía dilatada con fracción de eyección disminuida (35%) que culminó en una falla cardíaca sistólica lo que explicaba la sintomatología.

1.1.3 Caso N°3

Paciente femenino de 65 años acude a emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con antecedente de diabetes mellitus desde los 45 años con tratamiento irregular con insulina NPH, refiere presentar dolor abdominal desde hace 7 horas, asociado a náuseas, vómitos en 5 oportunidades de contenido alimenticio. Hija que la acompaña refiere que la encontró desorientada en su habitación por ello le toma su hemoglucotest con un valor de 400. Por lo que es traída a la emergencia.

Examen físico:

Signos vitales: temperatura de 37.8°C, frecuencia respiratoria 20 por minutos, frecuencia cardiaca 110 latidos por minutos, presión arterial de 120/ 100 mmHg, peso 70kg

Ectoscopia: REG (regular estado general), REH (regular estado de hidratación), AREN (aparente regular estado de nutrición)

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/- ++++. No cianosis. No ictericia. Panículo adiposo de regular cantidad.

Ojos, oídos, nariz, garganta, boca: pupilas reactivas e isocóricas, no ptosis palpebral, escleras sin alteraciones, conducto auditivo externo permeable con buena audición, tabique nasal integro, fosas nasales permeables, no hipertrofia de amígdalas, lengua reseca y agrietada. Con respiración profunda y rápida.

Tórax y pulmones: tórax sin deformaciones, buena amplexación, MV (murmullo vesicular) pasa bien por ambos campos pulmonares, no estertores.

Mamas: blandas, no dolorosas a la palpación, no secretoras, no masas.

Corazón: ruido cardiaco rítmico, regulares, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, globuloso, RHA +, poco doloroso a la palpación.

Sistema renal: PPL - (puño percusión lumbar) y PRU - (puntos renouretrales)

Sistema neurológico: orientada en tiempo y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Se concluyo como diagnósticos:

1. Diabetes mellitus tipo 2 por historia clínica
2. Cetoacidosis diabética

1.1.4 Caso N°4

Paciente femenino de 56 años acude a emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz con antecedente de colelitiasis por ecografía, un cuadro de pancreatitis el año pasado. Actualmente refiere dolor intenso tipo cólico, que inicio de manera brusca, desde hace 6 horas en abdomen, específicamente en epigastrio que se extiende a los flancos, en cinturón, asociado a náuseas y vómitos en 3 oportunidades. No sensación de alza térmica.

Examen físico:

Signos vitales: temperatura de 37.0°C, frecuencia respiratoria 24 por minutos, frecuencia cardiaca 100 latidos por minutos, presión arterial de 120/ 90 mmHg,

Ectoscopia: REG (regular estado general), REH (regular estado de hidratación), AREN (aparente regular estado de nutrición)

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no palidez. No cianosis. No ictericia.

Ojos, oídos, nariz, garganta, boca: pupilas reactivas e isocóricas, no ptosis palpebral, escleras sin alteraciones, conducto auditivo externo permeable con buena audición, tabique nasal integro, fosas nasales permeables, no hipertrofia de amígdalas, lengua reseca y agrietada.

Tórax y pulmones: tórax sin deformaciones, buena amplexación, MV (murmullo vesicular) pasa bien por ambos campos pulmonares, no estertores.

Corazón: ruido cardiaco rítmico, regulares, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, globuloso, RHA +, doloroso ala palpación en epigastrio y hipocondrio derecho

Sistema renal: PPL - (puño percusión lumbar) y PRU – (puntos renoureterales)

Sistema neurológico: LOTEPE (orientado e lugar, tiempo, espacio y persona), Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Se concluyo como diagnósticos:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Descartar pancreatitis aguda
 - 2.1 Litiasis vesicular

1.2 Rotación de Gineco- Obstetricia

1.2.1 Caso N°1

Paciente de 34 años, G2 P1001, con 37 semanas de gestación, refiriendo que se realizó una ecografía obstétrica en su último control prenatal de 2 horas antes donde se encuentra un oligohidramnios de 80 cc por lo que es enviada a emergencia. Llegó presentando contracciones uterinas desde 6 horas previa, asociado a cefalea holocraneal, negaba escotomas, niega tinnitus, niega epigastralgia, con una presión arterial de 165/115. Como antecedente refiere que en uno de los controles del segundo trimestre se le encuentra una presión arterial de 140/95 mmHg por lo que la obstetra del centro de salud le indica una pastilla de captopril todos los días. En controles posteriores no se le encontró presiones elevadas hasta su llegada a emergencia.

En su primer embarazo no refirió interurrencias. El parto fue a las 38 semanas por parto vaginal por inicio de contracciones, de un recién nacido masculino con un peso de 3500 g.

Se le realiza el examen obstétrico:

Altura uterina: 33 cm

Dilatación: 3 cm

Borramiento: 70%

Membranas: integras

Con esta historia, es programada para cesárea de emergencia en sala de operaciones instaurando paralelamente la clave azul.

1.2.2 Caso N°2

Paciente femenina de 35 años, G4 P2012, IMC de 31, con 39 semanas que ingresa por presentar contracciones uterinas desde hace 5 horas con pérdida de tapón mucoso hace 3 horas.

Al examen se encuentra:

- Altura uterina: 35 cm
- LCF: 153
- Dilatación: 4 cm
- Borramiento: 70%
- Bishop: 7
- Membranas integras

Viene con una ecografía obstetricia de su ultimo control (3 días antes) con un peso aproximado del feto en 4180 gramos.

Antecedentes obstétricos:

Primer embarazo: Parto vaginal – PN: 4130 gramos

Segundo embarazo: Aborto espontáneo a la 6ta semana, no acudió a CCSS

Tercer embarazo: actual

Antecedentes familiares:

Mamá: Diabetes Mellitus 2 no controlado

Se le manda a hacer todos los exámenes prequirúrgicos para que ingrese a sala de operaciones por sospecha de macrosoma fetal.

El recién nacido masculino tenía un peso al nacimiento de 4190 gramos, APGAR de 9 al primer minuto y 9 al quinto minuto y Capurro de 39 semanas. Con buena succión al nacer, reactivo a estímulos, no policitemia y con los reflejos primitivos presentes.

1.2.3 Caso N°3

Paciente mujer de 42 años acude al servicio de Emergencia Gineco- Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz donde refiere sangrado vaginal desde hace 2 años, en un inicio de cantidad escasa y con el pasar de meses se fue incrementando el volumen y se asoció a coágulos, dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, además de prolongación en los días de sangrado, ante ello la paciente refiere que utilizaba mayor cantidad de toallas higiénicas femeninas que lo regular.

Como antecedentes la paciente negó consumo de alcohol, tabaco, drogas. Negó alergia a medicamentos y alimentos. Menarquia a los 12 años, inicio de relaciones sexuales a los 17 años, régimen catamenial 12/ 28, método anticonceptivo ninguno, último examen de Papanicolau en el 2019 con resultados negativos, dismenorreas de forma continua. No antecedentes de cáncer de cérvix ni mamas. Con una formula obstétrica de G5 P5005.

Al examen físico:

Signos vitales: temperatura de 36.9°C, frecuencia respiratoria 20 por minutos, frecuencia cardíaca 110 latidos por minutos, presión arterial de 110/ 90 mmHg,

Ectoscopia: AREG (aparente regular estado general), REH (regular estado de hidratación), AREN (aparente regular estado de nutrición)

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, palidez ++/ ++++. No cianosis. No ictericia. Panículo adiposo de regular cantidad.

Ojos, oídos, nariz, garganta, boca: pupilas reactivas e isocóricas, no ptosis palpebral, escleras sin alteraciones, conducto auditivo externo permeable con buena audición, tabique nasal integro, fosas nasales permeables, no hipertrofia de amígdalas, boca no hidratada.

Tórax y pulmones: tórax sin deformaciones, buena amplexación, MV (murmullo vesicular) pasa bien por ambos campos pulmonares, no estertores.

Mamas: blandas, no dolorosas a la palpación, no secretoras, no masas.

Corazón: ruido cardiaco rítmico, regulares, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, globuloso, RHA +, no doloroso ala palpación.

Sistema renal: PPL - (puño percusión lumbar) y PRU – (puntos renoureterales)

Genitales: adecuados para la edad, con presencia de sangre en labios mayores y menores.

Examen ginecológico: sangrado vaginal de moderada cantidad que mancha toalla higiénica, asociada a coágulos de color rojo oscuro, no asociada a flujo de mal olor, al tacto vaginal útero anteverso flexo de incrementado tamaño de aproximadamente 12 cm, poco doloroso a la movilización de anexos, orificio cervical externo cerrado, de contextura fibromuscular.

Sistema neurológico: LOTEPE (orientado e lugar, tiempo, espacio y persona), Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Se concluyo como diagnósticos:

1. Hemorragia uterina anormal
2. Miomatosis uterina
3. Anemia moderada

Se le ordena exámenes auxiliares para complementar la sospecha de diagnóstico, se le pidió hemograma completo, con perfil de coagulación, examen de orina, pruebas bioquímicas como urea, creatinina, glucosa. Examen de ecografía transvaginal.

1.2.4 Caso N°4

Paciente mujer de 22 años acude al servicio de Emergencia Gineco- Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz donde refiere sangrado vaginal color rojo oscuro de hace 9 días que inicio con una cantidad abundante con coágulos asociado a leve dolor tipo cólico cuando realizaba labores de hogar, al séptimo día el sangrado continuo, pero disminuyo el volumen. Paciente refiere que su ciclo menstrual es irregular pero no es de esas características. Además, añade que su fecha de ultima regla fue hace 3 meses.

Como antecedentes la paciente negó consumo de alcohol, tabaco, drogas. Negó alergia a medicamentos y alimentos. Menarquia a los 13 años, inicio de relaciones sexuales a los 15 años, régimen catamenial 7/35, irregular, método anticonceptivo ninguno, último examen de Papanicolau en el 2017 con resultados negativos niega dismenorreas No antecedentes de cáncer de cérvix ni mamas. Con una formula obstétrica de G1 P0010 refiere que tuvo un aborto en el 2019.

Al examen físico:

Signos vitales: temperatura de 37.0°C, frecuencia respiratoria 25 por minutos, frecuencia cardiaca 110 latidos por minutos, presión arterial de 110/ 90 mmHg,

Ectoscopia: AREG (aparente regular estado general), REH (regular estado de hidratación), AREN (aparente regular estado de nutrición)

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/- ++++. No cianosis. No ictericia. Panículo adiposo de escasa cantidad.

Tórax y pulmones: tórax sin deformaciones, buena amplexación, MV (murmullo vesicular) pasa bien por ambos campos pulmonares, no estertores.

Corazón: ruido cardiaco rítmico, regulares, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, globuloso, RHA +, no doloroso ala palpación.

Sistema renal: PPL - (puño percusión lumbar) y PRU – (puntos renoureterales)

Genitales: adecuados para la edad, con presencia de sangre en labios mayores y menores.

Examen ginecológico: sangrado vaginal de escasa cantidad que mancha toalla higiénica, asociada a coágulos de color rojo oscuro, no asociada a flujo de mal olor, al tacto vaginal útero anteverso flexo, de tamaño de aproximadamente 8 cm, no doloroso a la movilización de anexos, orificio cervical externo abierto 2 cm, de contextura blanda a intermedia.

Sistema neurológico: LOTEPE (orientado e lugar, tiempo, espacio y persona), Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Se concluyo como diagnóstico:

1. Aborto incompleto
2. Anemia leve

Se le ordena exámenes auxiliares para complementar la sospecha de diagnóstico, se le pidió hemograma completo, con perfil de coagulación, examen de orina, pruebas bioquímicas como urea, creatinina, glucosa. Examen de ecografía transvaginal.

1.3 Rotación de Cirugía General y Digestiva

1.3.1 Caso N°1

Uno de los casos que pude observar en el hospital fue de una paciente de 21 años con antecedente de Parálisis Cerebral Infantil que ingresó porque madre refirió presentaba una distensión abdominal, sin eliminación de flatos y sin hacer deposiciones 5 días previos al ingreso. Al examen físico se encuentra:

Piel y faneras: piel y mucosas secas, con un llenado capilar menor de 2 segundos, palidez +/+++

Abdomen: Distendido, globuloso, RHA disminuidos, blando, depresible, no signos peritoneales

SNC: Somnolienta, despierta con estímulo verbal

Se le solicitan exámenes donde se encontró una leucocitosis de 20 000 con 8% de bastones, hemoglobina de 10.1, plaquetas de 180 000, sodio 132, potasio de 3.1, creatinina en 3.4 y urea en 104.

Con una radiografía en bipedestación donde se observaba una leve distensión de asas intestinales delgadas.

El examen de orina salió dentro de parámetros normales. Recibió un bolo de NaCl 0.9% y KCl sin embargo, el análisis de gases arteriales mostró una disminución de potasio a 2.6 por lo que se le dio otro bolo de KCl 20% pero no subió por lo que se consideró como una hipokalemia refractaria. Fue trasladada a Medicina para su manejo y estabilización.

2 días más tarde, fue reingresada por presentar una mayor distensión abdominal y vómitos. Al examen físico se le encuentra con una palidez importante +++/+++ , una deshidratación severa, un abdomen globuloso, distendido, RHA ausentes, duro a la palpación, con esbozos de signos peritoneales.

Se le coloca una sonda nasogástrica y se le da hidratación intensa con NaCl 0.9%

Se le tomó una radiografía donde se encontró una distensión intestinal por torsión del colon ascendente en una imagen típica de grano de café.

Por lo que se decide pasarla a sala de operaciones con los siguientes diagnósticos:

1. Obstrucción intestinal por vólvulo de colon ascendente
2. Parálisis cerebral infantil
3. Hipokalemia refractaria a tratamiento

1.3.2 Caso N°2

Paciente masculino de 55 años que acude a emergencia por dolor abdominal desde hace 10 días, que inicio en epigástrico con una intensidad de 5/10 de tipo urente, que mejoró levemente con paracetamol, pero regresaba continuamente y

migró hacia la fosa iliaca derecha 5 días antes de ingreso, aumentado la intensidad hasta 7/10 de tipo cólico asociado a náuseas, vómitos de tipo alimenticio en 7 oportunidades e hiporexia.

El día del ingreso, el dolor aumento hasta 9/10 que no cedía a medicamentos, asociado a anorexia y vómitos que aumentaron en frecuencia de tipo líquido amarillento.

Al examen físico:

Piel y faneras: tibia/poco hidratado/elástico, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez +/+++ , no cianosis, no ictericia

CV: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (-)

SNC: Glasgow 15/15, no focaliza, no signos meníngeos

Se decide pasar al paciente a sala de operaciones con los siguientes diagnósticos:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. D/c Apendicitis aguda

Previo al ingreso a sala se le da 1 gramo de cefazolina asociado a hidratación con infusión de NaCl 0.9% y dimenhidrinato para evitar vómitos

En el reporte postoperatorio se refiere hallazgo de apéndice envuelto en epiplón por lo que termina con el diagnóstico de plastrón apendicular.

1.3.3 Caso N° 3

Paciente varón acude al servicio de Cirugía General Aparato Digestivo y Pared Abdominal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por presentar leve dolor en región inguinal de meses de evolución asociado a una pequeña tumoración a nivel inguinal derecha, sin cambios de coloración en esa zona. Refiere que hace siempre a trabajado cargando productos pesados en un mercado cercano a su domicilio pero que noto presencia de tumoración que fue incrementándose de tamaño, al inicio la podía reducir y que ahora ya no puede.

Al examen físico

Ectoscopia: AREG (aparente regular estado general), AREH (regular estado de hidratación), AREN (aparente regular estado de nutrición)

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no palidez. No cianosis. No ictericia. Panículo adiposo de escasa cantidad.

Tórax y pulmones: tórax sin deformaciones, buena amplexación, MV (murmullo vesicular) pasa bien por ambos campos pulmonares, no estertores.

Corazón: ruido cardíaco rítmico, regulares, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, globuloso, RHA +, no doloroso ala palpación.

Región inguinal: presencia de tumoración de 3 x 2cm en zona derecha, no presenta cambios de coloración, incoercible.

Sistema renal: PPL - (puño percusión lumbar) y PRU – (puntos renoureterales)

Sistema neurológico: LOTEPE (orientado en lugar, tiempo, espacio y persona), Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Se le informa el diagnóstico:

1. Hernia inguinal derecha incoercible

Se le decide programar al paciente para cirugía electiva de hernioplastia con mala de polipropileno. Por ello se le solicita pasar por los riesgos cardiológico,

neumológico y anestesiológico. Además de exámenes complementarios como urea, creatinina, glucosa, ecografía pélvica.

1.3.4 Caso N°4

Paciente mujer obesa acude al servicio de Cirugía General Aparato Digestivo y Pared Abdominal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza refiere que a presentado en dos ocasiones cólicos vesicular de intensidad moderada luego de comidas de contenido alto en grasa, ubicados en región de hipocondrio derecho. Niega ictericia. Refiere que en otro centro de salud se realizó una ecografía abdominal y se observó presencia de litos en vesícula biliar. Ella expresa su deseo de terminar este cuadro.

Al examen físico

Ectoscopia: AREG (aparente regular estado general), AREH (regular estado de hidratación), REN (regular estado de nutrición).

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no palidez. No ictericia. Panículo adiposo de abundante cantidad.

Tórax y pulmones: tórax sin deformaciones, buena amplexación, MV (murmullo vesicular) pasa bien por ambos campos pulmonares, no estertores.

Corazón: ruido cardíaco rítmico, regulares, de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, globuloso, RHA +, poco doloroso a palpación profunda en hipocondrio derecho.

Sistema renal: PPL - (puño percusión lumbar) y PRU – (puntos renoureterales)

Sistema neurológico: LOTEPE (orientado e lugar, tiempo, espacio y persona), Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no focalización.

Se le informa de diagnóstico:

1. Descartar colelitiasis

Se le pide a la paciente realizar exámenes complementarios y según resultados programación a una cirugía electiva de preferencia laparoscópica.

1.4 Rotación de Pediatría y Neonatología

1.4.1 Caso N°1

Recién nacido masculino de 38 semanas por Capurro, con un peso al nacimiento de 3750 gramos, con el antecedente de madre con sífilis. Madre refiere que hace un mes y medio fue a su control prenatal donde le realizaron exámenes de rutina saliendo positiva para la prueba rápida de sífilis con 1/32 diluciones. Se le inicia tratamiento con penicilina G 1.2 millones 1 cada semana por 3 semanas, pero la última dosis fue administrada 2 semana antes del parto vaginal.

Al momento de la evaluación se encontraba sin alteraciones cutáneas, no lesiones, no distrés respiratorio, no ictericia, no visceromegalia.

Se le realiza una prueba rápida para sífilis que sale positiva con 1/32 diluciones por lo que se le da como diagnósticos:

1. RN masculino de 38 semanas por Capurro
2. Sífilis congénita

Se le inicia tratamiento empírico con penicilina G 50 000 mg/kg planteando antes la toma de una muestra de líquido cefalorraquídeo a través de una punción lumbar para descartar el compromiso del sistema nervioso central por sífilis pero los padres no dieron el consentimiento después de explicarles la importancia y los riesgos que corría el paciente con el procedimiento por lo que se decidió dar tratamiento como una neuro sífilis probable para cubrirla en caso estuviera presente, por lo que el tratamiento se extendió por 14 días en lugar de 10 días.

1.4.2 Caso N°2

Paciente de 1 año con antecedente de acondroplasia y anoftalmia bilateral, ingresa con un tiempo de enfermedad de 45 días con fiebre que se encontraba en el rango de 38.5 – 40° C.

Madre refiere que hace 45 días el paciente presenta aumento de la temperatura de 38 grados por lo que se le administra paracetamol (30 gotas) con lo cual la temperatura disminuyó, pero aumentaba continuamente en cuanto el efecto del medicamento pasaba. Es por esto que la madre decide llevar al menor a un centro de salud donde se le toman examen de laboratorio que salen dentro de parámetros normales excepto por las aglutinaciones para salmonella typhi, que resultan en 1/64 diluciones por lo que se le da tratamiento para fiebre tifoidea con ciprofloxacino logrando mantener una temperatura dentro de márgenes normales por 1 día. La temperatura variaba entre el aumento y descenso, en un patrón de tipo remitente debido a que nunca lograba alcanzar la normalidad. Para disminuir la temperatura la madre comenzó a administrar metamizol asociado a baños con agua tibia que lograban controlar levemente la fiebre.

Al su ingreso al hospital se le encuentra una temperatura de 40.3°C por lo que se le aplica una ampolla de metamizol y baño de agua tibia que consiguen disminuir la temperatura a 39.1°C, se le toma muestra para hemocultivo y urocultivo, examen de orina, muestra para hemograma, reactantes de fase aguda y aglutinaciones.

Examen físico:

Cara: anofotalmia bilateral

Piel y faneras: caliente/hidratado/elástico. Llenado capilar <2 segundos, palidez +/-, no cianosis, no ictericia, no edemas

CV: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos

Tórax y pulmones: amplexación adecuada, no signos de distrés respiratorio, murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Abdomen: no distendido, no globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible

Locomotor: rizomelia, extremidades superiores en posición de semiflexión con tono aumentado, miembros inferiores en extensión, ambos pies en equino varo.

SNC: somnoliento, reactivo a estímulos

Laboratorio:

Leucocitos: 18 000

Hemoglobina: 9 mg/dL

Plaquetas: 135 000

Lámina periférica: macroplaquetas

Examen de orina: 50 a 60 leucocitos por campos, nitritos positivos

1.4.3 Caso N°3

Paciente femenino de 4 años acompañada de su madre acude a emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz presentando cuadro de vómitos de contenido lácteo en 10 veces en total y diarrea desde hace 3 días, al día presento en 5 ocasiones deposiciones líquidas, asociado a sensación de alza térmica no cuantificada, días antes presento cuadro catarral. La madre refiere que diarrea no presenta rasgos de sangre ni moco, con una cantidad de aproximadamente media tasa por cada deposición. Además, que le continua su alimentación. Refiere que su hijo de 2 años también presento cuadro de diarrea, pero ya se encuentra en remisión.

Examen físico:

Cabeza: simétrica, sin alteraciones, ni adenopatías.

Piel y tejido celular subcutáneo: caliente, hidratado, elástico. Llenado capilar <2 segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia, no edemas.

Ojos, pupila, boca: pupilas isocóricas, simétricas, reactivas a luz, lengua seca. Llanto sin lágrimas.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados y no tirajes.

Abdomen: no distendido, no globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda.

SNC: despierta, reactivo a estímulos, por momentos irritable.

Se concluyo como diagnósticos:

1. Enfermedad diarreica aguda infecciosa acuosa
 - a. Descartar rotavirus
2. Síndrome febril
3. Deshidratación con algún grado de deshidratación (leve- moderada)

1.4.4 Caso N°4

Paciente masculino de 1 día de nacido de 38 semanas de edad gestacional, nacido por parto vaginal en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, con un peso de 4100 gr. se encuentra en alojamiento conjunto con su madre, al pasar la visita médica se observa que recién nacido se encontraba hipoactivo, madre refiere que no quiere lactar y horas antes se encontraba irritable, con tendencia al llanto. No refiere sensación de alza térmica, no vómitos, no nauseas. Madre obesa con IMC 38, con controles prenatales insuficientes aproximadamente 5.

Al examen físico:

Cabeza: simétrica, sin alteraciones, ni adenopatías. Fontanela mayor no abombada, normotensa.

Piel y tejido celular subcutáneo: tibia, hidratado, elástico. Llenado capilar <2 segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia, no edemas. Llanto con lágrimas.

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados y no tirajes.

Abdomen: No distendido, no globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible. No doloroso a la palpación profunda.

Genitourinario: testículos descendidos en bolsa escrotal.

SNC: despierta, reactivo a estímulos, por momentos irritable. Moro simétrico.

Se concluyo como diagnósticos:

1. Recién nacido a termino
2. Macrosómico
3. Descartar cuadro de hipoglicemia

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es uno de los principales hospitales de referencia no solo en Lima, sino que también a nivel nacional. Es un centro de salud de nivel III-1 en el Cercado de Lima. Dentro de la población que recibe se encuentra principalmente. Brinda atenciones de:

- Hospitalización
- Consulta externa
- Intervenciones quirúrgicas
- Ayuda al diagnóstico

Fomenta la investigación en salud y docencia para lograr disminuir los daños en la salud de los pacientes (12).

En el 2018 se realizó una revisión denominada Memoria Anual del Hospital Loayza 2018 donde se encontró que, en el ámbito demográfico, se tuvo una disminución poblacional en las edades comprendidas entre 0 a 14 años mientras que su población de 65 años a más tiene un crecimiento de 3.6%. Este año se comparó el número de atenciones en consulta externa especializada que tuvieron con la cifra del año anterior encontrándose que disminuyó en 44 168 y lo atribuyeron a la reubicación de instituciones realizadas por el SIS. Se refiere que durante los años 2014 al 2016 se vio un incremento de las atenciones del servicio de emergencia, pero la información que obtuvieron del 2017 reveló que tuvo un descenso de 2.39% (13).

El hospital Loayza suele ser un centro de referencia de todo el país, principalmente en las áreas médicas y quirúrgicas por lo que suele recibir un gran volumen de pacientes de diferentes regiones. Dentro del área pediátrica, si encuentran alguna duda en el diagnóstico o tratamiento que no puede ser resuelta en el establecimiento de salud, suele realizar la referencia hacia el Instituto del Niño de Breña debido a la cercanía del centro y a que es un centro especializado en patologías pediátricas. Por otro lado, en el caso de gineco-obstetricia se suele realizar la referencia a Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé que se encuentra al frente del hospital, y si la complejidad que se necesita fuera mayor, se realiza la transferencia al Instituto Nacional Materno Perinatal.

El Instituto Nacional de Salud del Niño es un establecimiento de salud pediátrico quirúrgico y altamente especializado de gran complejidad que atiende niños, niñas y adolescentes. Es un centro de referencia para patologías complejas de la niñez y adolescencia. Cuenta con las especialidades de medicina, cirugía, biotecnología, salud mental, odontología, hemodiálisis, emergencia, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, nutrición y dietética, farmacia y centro de vacunación (14).

Fundado el 1ro de noviembre de 1929 bajo el nombre de Hospital Julia Swayne de Leguía gracias a la gestión de Juana Alarco de Dammert, localizado en la avenida Brasil, en el distrito de Breña en la ciudad de Lima. iniciando con la atención en consultorio externos. No fue hasta el 24 de mayo de 1983 que se realizó el cambio de nombre a Instituto Nacional de Salud del Niño. Debido a la alta demanda de pacientes que llevo a una falta de espacio para su atención se decidió crear una nueva sede, pero ahora en el distrito de San Borja que fue fundado el año 2013 por el presidente Ollanta Humala (14).

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es un centro de salud de nivel II- 2 que se encuentra ubicado en el distrito de Puente Piedra en la provincia de Lima que atiende principalmente a las poblaciones de los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo (15).

Al ser un centro II-2, se suelen derivar las situaciones complejas a los hospitales más cercanos de mayor capacidad resolutive en todas las áreas como son el Hospital Cayetano Heredia y el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. En el área de pediatría, se suele derivar a los casos complejos o para ayuda diagnóstica al Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña y de San Borja, también se suele referir a Hospital de Emergencia Pediátricas. En el área de gineco-obstetricia, en el caso de sobrepasar la capacidad resolutive de su especialidad en el hospital, se refiere al Instituto Materno Perinatal así como al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

En diciembre del 2019 se notificó del primer caso de infección por *SARS-CoV-2* en la ciudad de Wuhan, China. Se trataba de un trabajador de un mercado de mariscos el 26 de diciembre que ingresó al hospital con un cuadro de neumonía grave e insuficiencia respiratoria (16).

El *SARS-CoV-2* es un virus de tipo ARN monocatenario positivo que se encuentra envuelto en una bicapa derivada de la membrana celular del huésped del huésped, constituido de 4 proteínas estructurales: S, M, E y N. La unión de la proteína S o spike al ECA2 (enzima convertidora de angiotensina 2) es lo que permite la entrada del virus al huésped por lo que suele ser una de las principales dianas de tratamiento (16)

El 06 de marzo del 2020 fue confirmado el primer caso de infección por *SARS-CoV-2* en Perú con lo cual se iniciaron las acciones de prevención y contención de la infección dentro de la población.

El 11 de marzo se publica el decreto supremo N°008-2020-SA donde se declara a nivel nacional la Emergencia Sanitaria por COVID 19 y se establecen medidas de prevención y control (17).

El 15 de marzo se establece la salida de los internos de todos los establecimientos de salud a nivel nacional, por lo que se debió poner en pausa la continuidad del internado médico en todo el Perú (17).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Medicina Interna

3.1.1 Caso N°1

Una de las infecciones oportunistas más frecuentes en pacientes con VIH/SIDA es la generada por el hongo *Cryptococcus neoformans* con una incidencia de 0.2 a 0.8 por 100 000. Otros factores de riesgo involucrados son los corticoesteroides, inmunosupresores, enfermedad cardiovascular, patología hepática o pulmonar, trasplantes de órganos, pacientes con cáncer, diabetes, sarcoidosis o en la gestación. La forma de ingreso es por inhalación pasando luego a la sangre y culminando en el sistema nervioso central (18).

La manifestación más frecuente es la meningoencefalitis.

El diagnóstico parte de la sospecha clínica en pacientes con una infección avanzada de VIH que presenta dolor de cabeza y fiebre. La evaluación debe incluir la toma de una punción lumbar para obtener una muestra de líquido cefalorraquídeo y para la medición de la presión de apertura intracraneal. Se pueden solicitar imágenes para descartar otros diagnósticos.

El tratamiento empleado en el mundo es la flucitosina. Sin embargo, por una resistencia alta tanto primaria como adquirida de este fármaco, no suele ser de elección como monoterapia por lo que se recomienda la terapia doble de flucitosina con anfotericina B.

En la guía de práctica clínica se recomienda el uso de anfotericina B deoxicolato en 0.7- 1 mg/kg/día EV más flucitosina 100 mg/kg/día VO dividido en 4 tomas durante 2 semanas; después continuar con fluconazol 10 a 12 mg/kg/día VO por 8 semanas.

Si la flucitosina no está disponible (como el caso del Perú) dar como terapia de inducción la anfotericina B deoxicolato en 1 mg/kg/día EV por 2 semanas o anfotericina en 0.7 mg/kg/día con fluconazol 800 mg/día VO por 2 semanas.

En la terapia de consolidación con fluconazol se da 800 mg/día VO por 8 semanas. En la terapia de mantenimiento se da fluconazol de 200 a 400 mg/día VO.

La Norma Técnica del Ministerio de Salud de Perú, cuya última actualización sobre el tema fue en el 2012, recomienda el uso de anfotericina B de 0.7 a 1 mg/kg/día en la fase de inducción, en la fase de consolidación se da fluconazol de 450 mg vía oral por 8 semana y fluconazol de 150 mg vía oral como profilaxis secundaria o terapia supresiva. Se recomienda iniciar TARGA en la fase de consolidación.

En la guía publicada el 2020 por el Instituto de Ciencia Neurológicas se plantea el uso de la Anfotericina B deoxicolato por vía endovenosa en la dosis mencionada anteriormente asociada a fluconazol 800 a 1200 mg/día fraccionado para administrarlo cada 12 horas. Se menciona que si las complicaciones neurológicas se presentan, el tratamiento de inducción puede extenderse 3 a 4 semanas (19).

3.1.2 Caso N°2

La miocardiopatía dilatada es una enfermedad del tejido muscular cardiaco por una dilatación de las paredes miocárdicas que lleva a un aumento del tamaño del área ventricular que conlleva una alteración de la función sistólica. Puede llevar a insuficiencia cardíaca congestiva y generar arritmias, es indicación para trasplante cardiaco.

Tiene múltiples causas siendo la más frecuente la causa idiopática (aproximadamente 50% en algunos estudios) seguido de la miocarditis, enfermedad cardiaca isquémica y las infiltrativas (20).

Suele estar dividida en desordenes reversibles y no reversibles, mientras que la Americana Heart Association lo clasifica como genéticas, mixtas o adquiridas y la European Society of Cardiology en familiares (que serían las genéticas) y las no familiares (no genéticas). El Global Burden of Disease en 2015 estimó que su prevalencia era de 2.5 millones de casos en todo el mundo, que revelaba un aumento del 27% aproximadamente en los últimos 10 años (21).

Infectious diseases	Medications	Inflammatory/autoimmune
Viral	Chemotherapeutic agents	Systemic lupus erythematosus
Adenovirus	Anthracyclines	Dermatomyositis
Coxsackie virus	Cyclophosphamide	Scleroderma
Cytomegalovirus	Trastuzumab	Rheumatoid arthritis
HIV	Antiretroviral drugs	Sarcoidosis
Influenza virus	Zidovudine	Hypersensitivity myocarditis
Varicella	Didanosine	Other autoimmune myocarditis
Hepatitis	Zalcitabine	Giant cell arteritis
Epstein-Barr	Phenothiazines	Kawasaki disease
Echovirus	Chloroquine	Endocrinologic disorders
Parvovirus	Hydroxychloroquine	Thyroid hormone excess or deficiency
Other	Clozapine	Growth hormone excess or deficiency
Bacterial	Toxins	Diabetes mellitus
Streptococci-rheumatic fever	Ethanol	Cushing's syndrome
Typhoid fever	Cocaine	Pheochromocytoma or other catecholamine excess
Diphtheria	Amphetamines	Genetic with or without neuromuscular disease
Brucellosis	Cobalt	Familial (and sporadic) genetic cardiomyopathies
Psitticosis	Lead	Duchenne's muscular dystrophy
Mycobacteria	Lithium	Myotonic dystrophy
Rickettsial	Mercury	Friedreich's ataxia
Spirochetal	Carbon monoxide	Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy
Leptospirosis	Beryllium	Miscellaneous
Syphilis	Methysergide	Peripartum cardiomyopathy
Lyme disease	Electrolyte and renal abnormalities	Tachycardia
Fungal	Hypocalcemia	Heat stroke
Histoplasmosis	Hypophosphatemia	Hypothermia
Cryptococcosis	Uremia	Sleep apnea
Parasitic	Nutritional deficiencies	Radiation
Toxoplasmosis	Thiamine	(Calcium overload)
Trypanosomiasis (Chagas disease)	Selenium	(Oxygen free radical damage)
Shistosomiasis	Carnitine	Differential diagnosis
Trichinosis	Niacin (pellagra)	Ischemic heart disease
Deposition diseases		
Hemochromatosis		
Amyloidosis		

Gráfico 1. Causas de miocardiopatía dilatada (28)

Se ha visto que las personas con miocardiopatía dilatada que usan IECAs, beta bloqueadores y el desfibrilador cardiovertor implantable tienen una mejoría en la supervivencia. La clínica que suele presentar es disnea, edema en miembros inferiores, fatiga, dolor torácico que es causado por una disminución en los niveles de oxígeno llevando a una arritmia, descompensación aguda o a un shock cardiogénico.

Para el diagnóstico se usa el electrocardiograma cuyos criterios son volumen de fin de diástole del ventrículo izquierdo o diámetro mayor a 2 desviaciones estándar y una fracción de eyección menor de 50%. Se pueden usar también el cateterismo cardíaco y RMN. El pronóstico para pacientes con MD con fracción de eyección <35%, con afectación del ventrículo derecho y una clase funcional de III o IV es bajo (20).

Dentro del manejo se apunta disminuir los síntomas de falla cardíaca y mejorar la función cardíaca con múltiples opciones farmacológicas. En pacientes con enfermedades avanzadas, la terapia farmacológica y con dispositivos son insuficientes para lograr mantener una buena función cardíaca por lo que será necesaria la cirugía.

Terapia farmacológica: Los IECAs y beta bloqueadores son los fármacos elegidos en la terapia estándar para la falla cardíaca por MD. La combinación con el Inhibidor es del receptor de angiotensina con neprilisina, redujo el total de mortalidad y el reingreso hospitalario en relación con los IECAs. El tratamiento triple con diuréticos, digitálicos e IECAs ha logrado disminuir de manera significativa la mortalidad.

Para el inicio de beta bloqueadores el paciente debe estar euvolemico, estable y sin fármacos endovenosos. Hay estudios que reportan una disminución de la mortalidad de hasta 65% con carvedilol, también demostró una menor probabilidad de empeoramiento en caso de insuficiencia cardíaca (21).

La terapia de resincronización cardíaca es una forma de estimulación cardíaca usada en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. En el caso

del paciente se usó furosemida 20 mg cada 8 horas, bisoprolol 5 mg $\frac{1}{4}$ de tableta cada 24 horas, enalapril 5 mg cada 24 horas cumpliéndose con lo establecido con las guías internacionales.

3.1.3 Caso N°3

Paciente se le mando a realizar pruebas complementarias ante la sospecha diagnóstica como hemoglucotest, bioquímica, electrolitos séricos, examen de orina, urocultivo, AGA y hemograma completo. Donde se observa una glucosa tomada por hemoglucotest de 350 mg/dL, en el análisis de gases arteriales se encuentra un pH de 6.8, sodio de 165 mEq, bicarbonato de 14 mEq, potasio de 3.5 mEq, en examen de orina cuerpos cetónicos ++/+++.

Ante ello se decide iniciar tratamiento:

- Nada por vía oral NPO
 - ClNa 0.45% 1000 cc (I-II-III)
 - Insulina R 0.1 UI/Kg : 7 UI en bolo y infusión de 7 UI/h
 - Ranitidina 50 mg EV STAT
 - ClNa 0.9% 100 cc
 - KCl 20% 20 mEq
 - HCO₃ 8.4% 100cc
 - Dextrosa 5% 400 cc
- } endovenoso en 2 horas
- Colocar sonda Foley para control de diuresis

Según UpToDate para una correcta hidratación se toma en cuenta el nivel de volemia corporal y si se presenta una hipovolemia se debe de evaluar la concentración de sodio sérico. En nuestro caso el paciente presentaba sodio elevado de 165 mEq por ello es correcto usar cloruro de sodio al 0.45% entre 250 a 500 ml dependiendo del estado volemia (22).

En cuanto al potasio se debe de agregar o no, dependiendo del nivel sérico en que se encuentre, en nuestro paciente presenta 3.5 mEq por ello se debería de

proceder a insulina. Ya que lo único que retrasaría el instaurar insulina es un nivel bajo de potasio menor a 3.3 mEq (22).

La insulina que se recomienda es la R o regular, se coloca en bolo 0.1 U/kg y se continua como infusión endovenosa 0.1 U/h. también nos recomienda que si la glucosa bajo a 200 mg/dL se debe de reducir la infusión a 0.02 o 0.05 U/kg/h. En cuanto al bicarbonato o HCO₃ se coloca solo si paciente tiene un pH menor de 6.9, en nuestra paciente si debe de recibir, se le debería de aplicar NaHCO₃ en 400 mL de H₂O con 20 mEq KCl todo esto en 2 horas (22).

3.1.4 Caso N°4

Se le solicita al paciente exámenes complementarios para complementar la sospecha diagnostica. Entre lo más resaltante se hayo amilasa sérica que resulto 2770 U/L, lipasa 756 U/L, leucocitos 11.90 x 10³, PCR 10.30. Perfil hepático: TGO 150 U/L, LDH 300 U/L. En conclusiones de ecografía abdominal: colecistitis aguda litiásica con vesícula de paredes engrosadas de 5 mm con múltiples cálculos, dilatación de vías biliares intra y extrahepática, colédoco de 8 mm

Ante ello se instaura tratamiento:

- Nada por via oral (NPO)
 - ClNa 0.9% 1000 cc en 60 gotas
 - Ranitidina 50 mg cada 8 horas endovenoso
 - Tramadol 100mg
 - Dimenhidrinato 50 mg
 - ClNa 0.9% 100 cc
 - Control de funciones vitales
- } cada 8 horas endovenoso

Según la guía de Atlanta, la pancreatitis es una inflamación de la glándula del páncreas que puede llegar a generar un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica incluso a falla orgánica y muerte. Refiere que la litiasis vesicular es la causa más importante de este cuadro. Así mismo nos indica que las clasificaciones con mayor precisión son APACHE y RANSON que es tomado

desde el ingreso del paciente y posteriormente a las 48 horas hospitalizado. Además, nos refiere que la falla de órganos y un páncreas necrosado son las más importantes determinantes de mortalidad. También nos aconseja que la proteína C reactiva es válida como marcador de severidad al igual que la calcitonina (23).

Para el manejo del dolor, podría iniciarse con antiinflamatorios no esteroideos o AINES e ir ascendiendo si persiste el dolor como es con los opioides. Por ello nuestro paciente si fue correctamente atendido y se le dio tramadol. Según la guía se usa tramadol 1mg/kg. Posterior a ello la terapia de fluidos es de suma importancia porque la baja de volemia corporal afectara de manera negativa la microcirculación del páncreas y puede generar necrosis. Se suele recomendar el uso de cristaloides en infusión de 5 a 10 ml/h/kg, llegando a 2500 a 4000 ml en las 24 horas de iniciado el cuadro. Nuestro paciente esta correctamente hidratado (23).

La guía nos expone que la obtener una tomografía computarizada, el momento adecuado sería dentro de las iniciales 72 horas, esto se lleva a cabo para ubicar las tempranas complicaciones como necrosis, colecciones, entre otros hallazgos (23).

En cuanto al uso de antibacterianos solo cuando se puede utilizar cuando se observa necrosis. No se recomienda el uso profiláctico. Por otro lado, el manejo nutricional, recomiendan que se debe iniciar entre las primeras 24 horas a 48 horas vía oral. El uso de CPRE se recomienda desde síntomas asociados a colangitis y en pancreatitis aguda severa (23).

3.2 Rotación de Gineco Obstetricia

3.2.1 Caso N°1

El hallazgo de una presión de mayor ó igual de 140 mmHg y/o 90 mmHg en dos tomas con intervalo de 4 horas como mínimo se diagnóstica como gestante

hipertensa. En el caso de la paciente solo tuvo 1 toma alterada durante sus controles prenatales y se le receta captopril que es de clasificación D según la FDA ya que puede causar daño fetal si se administra a gestantes.

La preeclampsia es definida como la elevación de la presión arterial asociada a proteinuria, el diagnóstico se establece a partir de la semana 20 y se puede clasificar en: (24)

1. Leve o sin criterios de severidad: hipertensión en gestante en el que la presión sistólica es <160 mmHg y la presión diastólica <110 mmHg con proteinuria
2. Severa o con criterios de severidad: es aquella en la que la presión sistólica es ≥ 160 mmHg y/o presión diastólica ≥ 110 mmHg y/o evidencia de daño a algún órgano blanco

Al ingreso presenta presión alta de 165/115 que ya, por si solo, es criterio para diagnosticar preeclampsia severa por lo que se activa la clave azul y se interrumpe inmediatamente el embarazo.

La activación de la clave azul consiste en:

1. Hidratación
2. Sulfato de Magnesio al 20% 5 ampollas en 100cc de NaCl 0.9% para la prevención de la convulsión
3. Mertildopa 1 gramo vía oral cada 12 horas con evaluación de la presión arterial cada 2 minutos, si la presión continua con hipertensión severa se usa Nifedipino 10 mg por vía oral.
4. Culminación del embarazo

En el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el Sulfato de Magnesio se diluye en un NaCl 0.9% de 1000cc, pasando 400 cc en los primeros 20 minutos como dosis de ataque y los 600 cc restantes se pasan en infusión continua.

Según la guía del INMP se considera oligohidramnios cuando al medir los 4 cuadrantes la suma del índice de líquido amniótico es menor de 5cm, la medida se realiza en 3 oportunidades. Si embarazo se encuentra entre las semanas 37

– 42 semanas se plantea solicitar el perfil biofísico fetal si el ILA está entre 5 a 7 se solicitan exámenes, pero si es menor a 5 cm se debe interrumpir el embarazo.

3.2.2 Caso N°2

En la guía del Instituto Materno Perinatal de Perú nos define la macrosomía como aquel feto que al nacimiento tiene un peso mayor o igual a 4500 gramos que se debe corregir de acuerdo a la etnia y al sexo o, en su defecto, cuando el feto al ser evaluado se le encuentra un peso superior al percentil 95 para su edad gestacional (24).

Hay ciertos factores de riesgo que se asocian a esta entidad como:

1. Obesidad materna
2. Excesiva ganancia de peso durante el embarazo
3. Multiplicidad
4. Edad materna mayor a 35 años
5. Sexo fetal masculino
6. Diabetes gestacional
7. Periodo intergenesico prolongado
8. Antecedente de un recién nacido macrosómico
9. Síndromes genéticos (Wiedemann-Beckwith, Sotos, Weaver)

Aún no hay consenso en el que se defina cual es la mejor vía del parto en el caso de macrosomía, pero se prefiere la cesárea en los siguientes casos:

1. Alto riesgo de distocia
2. Alto riesgo de lesión del canal braquial
3. Peso fetal estimado >5000 gramos sin diabetes
4. Peso fetal estimado >4500 gramos con diabetes
5. Segundo período del trabajo de parto prolongado
6. Inminente macrosomía (debate)

La guía del INMP nos dice que, ante la sospecha de macrosomía, no se recomienda la inducción del trabajo de parto en mujeres que no tienen diabetes mellitus ya que no se ha visto que mejore los resultados maternos o fetales.

Sin embargo, un estudio realizado en el año 2016 en el que se comparaba la inducción de trabajo de parto vs manejo expectante en embarazos de 37 a 40 semanas en los que se sospechaba macrosomía y se encontró una reducción del riesgo de fractura neonatal (RR 0.2 95% IC 0.05-0.79) y una reducción del riesgo de distocia de hombros (RR 0.6, 95% IC 0.37-0.98). Los autores notaron que las inducciones de trabajo de parto en sospecha de macrosomía en embarazos a términos o cerca de él no resultaron en un alto porcentaje de cesáreas o parto instrumentados, pero si existía una alta incidencia de desgarros perineales de 3er y 4to grado.

En el caso observado, el asistente optó por una cesárea por una alta probabilidad de macrosomía fetal que resultó confirmada al nacimiento.

3.2.3 Caso N°3

En la ecografía transvaginal muestra útero en posición anteversoflexo de contornos regulares, de dimensiones incrementadas. El parénquima es heterogéneo. Se aprecian miomas, donde uno de ellos midió 90mm. endometrio de 14mm, heterogéneo.

Dimensiones del útero: longitud: 144mm AP: 98mm TRV: 109mm. Ovario izquierdo de morfología habitual. Ovario derecho no visible por interposición gaseosa. Fondo de saco Douglas libre. En conclusión: útero miomatoso y endometrio engrosado.

Exámenes de laboratorio: hemoglobina 8.6 g/dL, recuento de plaquetas 257 000 uL.

Examen de orina: color amarillo de aspecto turbio, 1030 de densidad, pH: 6.0, 4 a 8 leucocitos por campo, no presencia de leucocitos aglutinados, ni cilindros. Presencia de sangre +++, hematíes 80 a 85 por campo. Gérmenes +.

Los resultados apoyan el diagnóstico planteado y se opta por histerectomía. La paciente aceptó la operación y se le procedió a pedir riesgo quirúrgico, cardiológico, pulmonar y medicamentos y 2 paquetes globulares de sangre.

Paciente en 15 días acude nuevamente por emergencia del hospital y presenta los exámenes auxiliares que se le solicitaron, donde todos estaban dentro de parámetros regulares. También tenía 2 paquetes globulares de sangre en banco de sangre de emergencia del hospital.

Se procede a programar intervención quirúrgica, por lo que la paciente se quedó internada en el pabellón de gineco obstetricia en área no COVID – 19, debido a que sus resultados de prueba rápida realizado el mismo día de su ingreso fueron no reactivos. Se decide realizar primera transfusión de paquete globular de sangre, según recomendación del servicio de anestesiología. Y en cuanto tenga su hemoglobina mayor o igual a 10 procedería a ingresar a sala quirúrgica. Además de ello se sugiere transfundir al término de la operación quirúrgica el segundo paquete globular de sangre. La operación quirúrgica se realizó el día siguiente.

El reporte operatorio refirió diagnósticos de ingreso como hemorragia uterina anormal, miomatosis uterina y anemia moderada. Operación realizada: histerectomía abdominal total sumado a salpingooforectomía bilateral. Hallazgos intraoperatorios: útero miomatoso de 15 x 10 cm, ovarios aumentados de tamaño, 3 miomas en cara anterior y posterior de 69 x 73 mm, 59 x 68 mm y 70 x 75 mm, con un sangrado de 300cc.

El procedimiento realizado fue apertura de piel y tejidos con una incisión tipo Pfannenstiel, disección por planos, identificación de órganos pélvicos, abordaje superior y medio, histerectomía abdominal total, cierre de cúpula vaginal, hemostasia y cierre de pared abdominal por planos.

Quedando como el tratamiento post operatorio inmediato: NPO (nada por vía oral), control de funciones vitales, dextrosa 5% x 1000 cc, CINA 20% 02 ampollas, CIK 20% 01 ampolla, tramadol x 100 mg EV (I-II) 45 gotas por minuto,

clindamicina 900 mg c/8h EV, amikacina 1 g c/24h EV, ketoprofeno 100mg c/8h EV, tramadol 100mg c/8h SC, ranitidina 50 mg c/8h EV, dimenhidrinato 50 mg c/8h EV, sonda Foley permeable por 24 h, Hemoglobina control en 6h. además se le transfunde 2 paquete globular de sangre.

Según UpToDate las pacientes que no deseen tener una nueva gestación y con el objetivo de disminuir los síntomas se opta por enfoque gradual de tratamientos. Desde resección histeroscópica de miomas, anticonceptivos de estrógeno y progesterona, análogos de GnRH, embolización de la arteria uterina y como ultimo nivel la cirugía desde ultrasonido focalizado hasta cirugía tradicional como es la histerectomía, refiere que la histerectomía es la extirpación completa del fibroma y útero, como terapia definitiva (25).

La guía del Instituto Nacional Materno Perinatal refiere que se opta por tratamiento quirúrgico cuando la mujer padece de una hemorragia uterina anormal que incluya: no respuesta de tratamiento médico, anemia significativa, impacto en calidad de vida de la paciente, patología concomitante como hiperplasia endometrial, miomas uterino grande y mejorar calidad de vida. Añade que el número de miomas y su ubicación también es de importancia en la toma de decisiones (24).

3.2.4 Caso N°4

En la ecografía transvaginal muestra útero en posición anteverso flexo de contornos regulares, de dimensiones incrementadas. El parénquima es homogéneo. Se aprecian un endometrio de 15 mm, heterogéneo, coágulos, sugerente de contenido. En conclusión: endometrio engrosado con restos y coágulos de posible gestación

Exámenes de laboratorio: hemoglobina 10 g/dL, recuento de plaquetas 350 000 uL. Examen de Beta HCG cualitativo: positivo

Examen de orina: color amarillo de aspecto turbio, 1020 de densidad, pH: 5.0, 5 a 6 leucocitos por campo, no presencia de leucocitos aglutinados, ni cilindros. Presencia de sangre +++, hematíes 70 a 80 por campo. Gérmenes +.

Los exámenes apoyan el diagnóstico por lo que se decide hospitalizarla y realizar limpieza de cavidad uterina mediante la aspiración manual endouterina (AMEU) debido a que tenía 12 semanas de gestación y no se encontraba con inestabilidad hemodinámica. A la paciente se le realiza prueba rápida de Covid 19, el cual sale no reactivo y es pasada a zona no Covid.

Se le realizó el procedimiento el mismo día debido a disponibilidad de cama e instrumentos. Se le coloca vía endovenosa periférica con solución de cloruro de sodio al 0.9%, se le pide que se acueste en camilla ginecológica en posición de litotomía, se le realiza evacuación vesical, asepsia de zona vulvar y perineal con solución Yodopovidona. Se le coloca el especulo y se realiza pinzamiento del labio anterior del cérvix con pinza Tirabala. Se le aplica Xilocaína al 1% 5ml para realizar bloqueo para cervical en pliegue cérvico vaginal en horas de 4 y 8 a 1 cm de profundidad. Se espera efecto de anestésico unos 5 minutos y se procede a realizar dilatación cervical con el dilatador, se realiza histerometría. Se inserta la cánula mientras se realiza leve tracción al cuello uterino.

La jeringa ya armada con presión de vacío, se conecta a la cánula, se suelta la válvula de seguridad de jeringa para pasar el vacío hacia el útero, se mueve suavemente la jeringa y cánula de adelante hacia atrás rotando en dirección de las agujas del reloj para evacuar el contenido del útero.

Se retirará la jeringa cuando este ya este lleno, se deposita contenido en un frasco estéril para realizar análisis patológico. Este procedimiento se realiza hasta que se verifique señales de haber completado el procedimiento como son espuma roja o rosada, no se observa más tejido en jeringa y que el médico perciba una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la pared del útero. Se retira la cánula con la jeringa. Se procede a retirar el especulo previa revisión de la hemostasia.

La paciente es llevada a la cama de hospitalización donde se monitorea sus funciones vitales, signos de alarma como abundante sangrado, dolor severo, dificultad respiratoria.

Reporte post AMEU: aborto incompleto resuelto, hallazgos de útero de 8 cm, contenido endouterino de 40cc.

En la guía del Instituto Materno Perinatal indican que el AMEU se puede realizar para los siguientes tipos de abortos; aborto incompleto no complicado, aborto frustrado no complicado, embarazo molar no complicado y un útero de tamaño similar a 12 semanas de gestación. Siendo el procedimiento muy similar al realizado en el hospital (24).

3.3 Rotación de Cirugía

3.3.1 Caso N°1

El vólvulo es una torsión de un segmento colónico contenido de aire sobre su propio eje o mesenterio. Clásicamente se ve una afectación del colon sigmoides, en aproximadamente un 90% pero el caso compone el 10% restante por involucrar al colon ascendente. Los factores de riesgo más relacionados para el desarrollo de los vólvulos son: edad mayor de 70 años, afroamericanos, diabéticos y enfermedades neuropsiquiátricas mientras que el vólvulo cecal es más prevalente en mujeres jóvenes (26).

Existen 3 tipos de vólvulos cécals: (27)

Tipo 1: Existe una torsión axial en sentido horario a partir de la cual se desarrolla, permaneciendo en el cuadrante inferior derecho

Tipo 2: Vólvulo cecal de asa, de ubicación ectópica, sobre todo en el cuadrante superior izquierdo, en orientación invertida

Tipo 3: Hay un plegamiento superior del ciego en lugar de una torsión axial

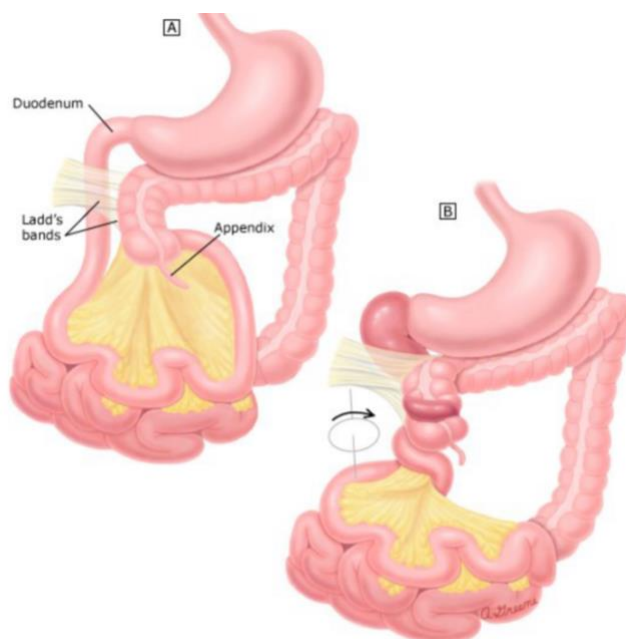


Gráfico 2: Malrotacion intestinal con y sin vólvulo del intestino (30)

Los pacientes suelen presentar dolor abdominal de forma intermitente, náuseas, vómitos, no eliminación de heces ni gases, abdomen distendido, timpánico en el examen físico.

La sospecha clínica se da en pacientes que vengan con síntomas obstructivos. La tomografía computarizada abdominopélvica lo diagnostica en el 90% de los casos mientras que el 10% restante son diagnosticados durante la exploración quirúrgica. Si se solicita una radiografía baritada se puede encontrar el signo de pico de pájaro por el estrechamiento colónico.

En el tratamiento conservador para la obstrucción de intestino delgado parcial se debe poner al paciente en ayuno, hacer una adecuada reanimación de líquidos por vía endovenosa y colocar una sonda nasogástrica para extraer aire y líquido ya que la descompresión gástrica permite disminuir de manera eficaz las náuseas, el riesgo de vómitos y la distensión.

La indicación del manejo para el vólvulo cecal es quirúrgica ya que la reducción no quirúrgica es raramente satisfactoria y puede causar perforación. En el caso de la paciente, al estar inestable y tener compromiso del intestino debido a que

se encontró necrosado, se opta por una ileostomía después de la resección intestinal, en lugar de una anastomosis ileocólica primaria y fue la cirugía que se realizó en la paciente.

3.3.2 Caso N°2

La apendicitis aguda es el principal motivo de consulta por abdomen doloroso agudo y de intervención quirúrgico en el mundo. Es la inflamación del apéndice que sin un tratamiento oportuno y adecuado puede llegar a una perforación apendicular provocando una peritonitis (28). Como un método de protección, el epiplón y tejido adyacente tratan de contener el proceso infeccioso formando el plastrón apendicular o también llamado masa apendicular. Se presentan en un 10% de casos. Su presentación clínica suele ser progresiva observándose síntomas más inespecíficos y de menor intensidad siendo lo más frecuentes el dolor abdominal, vómitos, fiebre, anorexia, diarrea e incluso disuria. Para su estudio se suele utilizar la ecografía y la tomografía que son bastante confiables y se usan para el seguimiento.

Como tratamiento se da antibioticoterapia asociado a una apendicectomía diferida pero aún no existe un consenso sobre si se debe optar por el manejo quirúrgico inmediato o referido. Una menor estadía hospitalaria es una de las ventajas del manejo quirúrgico inmediata, pero suele presentar infecciones del sitio operatorio, la formación de absceso pélvico y una posible reintervención quirúrgica siendo una de las razones por las que se sigue eligiendo la cirugía diferida.

De acuerdo con los cirujanos que optan el manejo conservador, se puede omitir la apendicectomía diferida en el caso de que se presenten recurrencia de los síntomas y se debe excluir todas las posibles causas de masa a nivel de la fosa iliaca derecha con un exhaustivo estudio y seguimiento de los pacientes.

Un ejemplo de esto se muestra en la guía clínica de manejo para la apendicitis aguda del Hospital Nacional Cayetano Heredia donde se menciona que este será el proceden si el paciente cuenta con más de 4 días de evolución del cuadro, la

presencia de una masa apendicular en fosa iliaca derecha con un buen o regular estado general, en ausencia de cualquier signo sugerente de peritonismo. La antibioticoterapia recomendada es Ceftriaxona y Metronidazol que en estos casos se da por 3 semanas y deben ser administrados por vía endovenosa durante el tiempo que se encuentren hospitalizados y continuar con la terapia oral de forma ambulatoria cuando sean dados de alta. Cualquier cambio en los puntos mencionados anteriormente se considera fracaso de manejo conservador (29).

El año 2012 un grupo de investigadores del hospital Cayetano Heredia realizó un estudio de cuál era la mejor opción de tratamiento encontrándose que las apendicectomías de intervalo se realizaban en un 11.76% de los cuales ningún paciente presentó complicaciones posteriores.

3.3.3 Caso N°3

Los exámenes auxiliares apoyan el diagnóstico. Se decide realizar una cirugía electiva una hernioplastia con técnica de Liechtenstein con malla de polipropileno. Donde la malla es fijada al ligamento inguinal y tendón conjunto. En los hallazgos operatorios se encontró saco herniario inguinal de 3x3cm, contenido de lipoma pre herniario y un anillo inguinal de 1.5cm

Como profilaxis previa a la cirugía se le dio antibióticos cefazolina 1gr vía endovenosa 30 minutos antes de cirugía y luego cada 8 horas hasta completar 3 dosis.

Indicaciones post operatorias nada por vía oral por 4 a 6 horas, dieta blanda y líquidos a voluntad, movilización temprana, analgésico condicional a dolor. Verificar signos de sangrado, hematomas e infección de la herida operatoria.

Según UpToDate: se recomienda cefazolina 2 gramos endovenoso cada 4 horas como profilaxis, y no se tiene un consenso si es mejor una técnica abierta o laparoscópica. Refieren que la técnica de Lichtenstein en diversos estudios demostraron que disminuye el dolor inguinal post intervención quirúrgica, la recuperación es rápida y reduce recidivas (30).

3.3.4 Caso N°4

Con los exámenes complementarios se apoya el diagnóstico presentado. En la ecografía se observó vesícula de 8x3cm, paredes delgadas con múltiples litos en su interior y un cálculo de mayor tamaño de 7mm.

Hemograma dentro de los valores normales al igual que perfil de coagulación. Se procede a programar y realizar la cirugía laparoscópica.

Antes de la cirugía se procede a colocar ceftriaxona 1gr y completar 3 dosis posteriormente. El procedimiento se realizó asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, incisión transumbilical, colocación de trocar T1, neumoperitoneo con aguja de Veress, colocación de trocares según técnica americana, se identifica hallazgos por video laparoscopia. Se identifica triángulo de Calot, se libera tejido fibroso. Se clipa arteria cística, se clipa el conducto cístico, se libera extremo inferior de la vesícula del lecho hepático. Se extrae vesícula por puerto de trocar 1. Se verifica hemostasia, se retira trocares y cierra por planos hasta piel.

UpToDate recomienda antibióticos previos a la cirugía como cefazolina o ampicilina sulbactam. Refiere que la colecistectomía temprana, es una cirugía dentro de los 7 a 10 días de iniciado los síntomas tienen mejores resultados. Así mismo se recomienda la colecistectomía laparoscópica sobre la colecistectomía abierta para el tratamiento quirúrgico de la colecistitis calculosa aguda. Además, si se presenta una inflamación severa, sangrado en el triángulo de Calot o si se sospecha de lesión de las vías biliares, los cirujanos deben tener la competencia para cambiar de técnica a cirugía abierta con el fin de asegurar una disección segura. También recomiendan que debieran realizar prueba de imágenes preoperatorias o colangiografía intraoperatoria para hallar cálculos en otras regiones como colédoco (31).

3.4 Rotación de Pediatría

3.4.1 Caso N°1

La definición de sífilis congénita es la de cualquier recién nacido de gestante con sífilis que tenga sífilis pero que no tuvo un tratamiento adecuado y completo ó recién nacido, niños menores de 2 años de madre que tenga serología positiva para sífilis. Se debe tener una evidencia clínica y laboratorial que incluyan: (32)

1. Recién nacido con serología de al menos 2 veces el título presentado por la madre que en el caso del paciente no se cumplía debido a que tanto la madre como el recién nacido tenían títulos de 1/16
2. Hallazgo de IgM específica por el método de FTA Abs
3. Demostrar presencia de *Treponema pallidum* por medio de microscopía de campo oscuro o la prueba directa con anticuerpos

Cuando se diagnostica sífilis en gestantes el tratamiento de elección es dar penicilina benzatinica una dosis de 2.4 millones por semana por 3 semanas. Para hablar de que fue tratada de manera adecuada, la última dosis debe administrarse 4 semanas antes del parto. En el caso, la madre del paciente recibió su última dosis 2 semanas previas al parto por lo que se le consideró como tratamiento inadecuado.

De acuerdo con la guía de sífilis realizada por el Ministerio de Salud, a todo recién nacido expuesto se le debe solicitar lo más temprano posible: RPR cuantitativo, radiografía de huesos largos, punción lumbar para obtener una muestra de líquido cefalorraquídeo y enviarlo a analizar en estudio citoquímico y VDRL, hemograma.

De acuerdo con la guía hay 2 tipos de situaciones para indicar el tratamiento:

Recién nacido con madre que fue tratada de manera inadecuada o no fue tratada que es el caso del paciente, ellos deben ser atendido en el hospital. Se les administra penicilina G sódica 50 000 UI/kg/dosis cada 12 horas en los primeros 7 días de vida mientras que, pasada la semana, se administra cada 8 horas hasta

cumplir 10 días en total. Es importante descartar la posibilidad de infección del sistema nervioso central por medio del estudio del líquido cefalorraquídeo por lo que se debe realizar una punción lumbar; de salir positivo (un recuento de células mayor de 25 leucocitos por mm^3 , proteínas > 100 mg/dl, VDRL reactivo) el tratamiento se prolonga hasta el día 14. En caso del paciente, los padres no otorgaron su consentimiento para la realización de la punción lumbar por lo que se asumió una infección del sistema nervioso central que llevo a prolongar el tratamiento hasta el día 14.

Si el recién nacido no tuviera lo descrito anteriormente, recibe una sola dosis de penicilina benzatínica de 50 000 mg/kg por vía intramuscular.

Recién nacido con madre con sífilis tratada de manera adecuada, en cuyo caso, dependerá del resultado de RPR de la sangre periférica del recién nacido donde un título de dos veces los títulos maternos nos indica buscar signos clínicos, hematológicos, radiológicos y en líquido cefalorraquídeo de infección activa; de tener títulos menores de 2 veces el valor materno se dará una sola dosis de 50 000 mg/kg por vía intramuscular.

3.4.2 Caso N°2

Definimos fiebre de origen desconocido como la temperatura mayor de 38.3°C al menos una vez al día por más de 7 días sin un diagnóstico aparente después de una evaluación ambulatoria u hospitalaria que incluye una historia clínica detallada que debe incluir el contacto epidemiológico, un buen examen físico y exámenes de laboratorio iniciales (33)

Dentro de las causas más frecuentes en la edad pediátrica se encuentra a las infecciosas y las reumáticas y dentro de las menos comunes se encuentran las neoplásicas. Mientras mayor sea la duración de la fiebre y a mayor edad del paciente, nos debe hacer sospecha más en un diagnóstico tumoral o de conectivopatía y alejarnos más de una probable causa infecciosa (34).

En países en vías de desarrollo las causas infecciosas más comunes son la malaria y la fiebre tifoidea. En el caso observado, se trató de descartar estas entidades en primera instancia, encontrándose que las aglutinaciones para *Salmonella tiphy* estaban en títulos de 1/64, según refiere la madre, por lo que se indica tratamiento con ciprofloxacino. El título necesario para este diagnóstico es por encima o igual a 1/160 de los dos antígenos (O y H). La madre administró el medicamento por 2 días sin hallar cambios por lo que dejó de darle.

Tabla I. Etiología de la fiebre de origen desconocido (FOD).	
1. Infecciones	2. Conectivopatías
Bacterias	Artritis idiopática juvenil
Abscesos abdominales	Lupus eritematoso sistémico
<i>Bartonella henselae</i>	Panarteritis nodosa
Brucelosis	
Endocarditis bacteriana	3. Enfermedades malignas
Enfermedad de Lyme	Enfermedad de Hodgkin
Fiebre Q	Leucemia
Leptospirosis	Linfoma no Hodgkin
Mastoiditis	Neuroblastoma
Osteomielitis	
Pielonefritis	4. Miscelánea
Salmonelosis	Disautonomía familiar
Sinusitis	Displasia ectodérmica
Tuberculosis	Diabetes insípida
Tularemia	Enfermedad de Behçet
	Enfermedad inflamatoria intestinal
Virus	Enfermedad de Kawasaki
Adenovirus	Fiebre facticia
Citomegalovirus	Fiebre medicamentosa
Dengue	Hipertiroidismo
Hepatitis viral	Histiocitosis de Langerhans
Enterovirus	Linfocitosis hemofagocítica
Virus de Epstein-Barr	Síndrome de Münchausen por poderes
VIH	Sarcoidosis
Hongos	
Blastomycosis	
Coccidioidomycosis	
Histoplasmosis	
Parásitos/protozoos	
<i>Larva migrans</i> visceral	
Leishmaniasis	
Malaria	
Toxoplasmosis	

Gráfico 3: Etiología de la fiebre de origen desconocido (34)

El tipo de fiebre que se encuentra en el paciente descrito es de tipo remitente que es aquella en la cual la temperatura varía en picos, la temperatura basal se mantiene elevada sin llegar a valores normales; se observa en algunas infecciones virales, en endocarditis y en linfomas.

Adicional a esto, un examen físico exhaustivo puede ser de gran ayuda para descartar la localización de la posible causa. La revisión de la piel, ocular, orofaringe, abdominal y músculo esquelético deben ser la prioridad en este aspecto. Tanto la historia como el examen físico deben ser realizados todos los días en búsqueda de cambios que ayuden en el posible diagnóstico.

Dentro de los exámenes de laboratorio no deben faltar hemograma, reactantes de fases aguda, examen de orina, cultivos, radiografía de tórax, electrolitos séricos, urea, creatinina, perfil hepático y en nuestro medio estamos obligado a pedir BK en líquidos corporales en búsqueda de tuberculosis. Cuando es llevado al INSN en San Borja se le toman todos los exámenes iniciales: hemograma, examen de orina, aglutinaciones para diversos microorganismos (incluido Salmonella) y una radiografía de tórax. El hemograma reveló una anemia leve y en el examen de orina se encontraba patológico por lo que se inició tratamiento con Ceftriaxona y paracetamol horario para mitigar los síntomas. Es trasladado al HCLLH donde se le realizan todo el panel de exámenes nuevamente y se encuentra que, en el hemograma, aparte de la anemia, había una plaquetopenia por lo que se le indica realizar un frotis de sangre periférica ya se sospechaba de una afectación medular; sin embargo, no se encontró mayor alteración que orientara a esta posibilidad diagnóstica. El examen de orina saldrá igualmente patológico por lo que se continua con el tratamiento establecido. A la espera de resultados de hemocultivo y urocultivo y para completar tratamiento antibiótico se llega a hospitalizar al paciente por 7 días observándose mejoría clínica y laboratorio al por lo que fue dado de alta con indicaciones de mayor estudio.

Las guías no recomiendan dar tratamientos empíricos en el caso de fiebre de origen desconocido donde aún no se encuentra la causa exacta debido a que

pueden enmascarar infecciones graves y que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

3.4.3 Caso N°3

Paciente con estado de conciencia despierta, irritable, ojos normales, boca y lengua secas, llanto sin lágrimas presenta un cuadro de deshidratación leve según la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en Niñas y Niño, le correspondería un plan de tratamiento tipo B. El medico asistente ante una diarrea acuosa de posible etiología viral, sin rasgos disentéricos. Decide iniciar tolerancia oral con un suero pediátrico, al inicio 5 ml cada 5 minutos hasta completar 5 tomas y luego 10 ml cada 5 minutos hasta completar 5 tomas. Observación

Paciente responde adecuadamente, no presenta vómitos. Tolera via oral.

Tabla N° 3: Evaluación de la deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

(*) "Signos claves de deshidratación"

(a) La letargia y la somnolencia no son lo mismo. Una niña o niño letárgico no está simplemente adormecido sino que su estado mental está embotado y no se despierta completamente; la niña o el niño parece derivar hacia la inconsciencia.

(b) En algunos lactantes, niñas y niños los ojos están normalmente algo hundidos. Es útil preguntarle a la madre si los ojos de la niña o el niño están como siempre o más hundidos de lo normal.

(c) El pliegue cutáneo tiene menos utilidad en los lactantes, niñas o niños con marasmo, kwashiorkor u obesos.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de las referencias bibliográficas^{2,3,4}

Gráfico 4. Evaluación de la deshidratación (35)

Según la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en Niñas y Niño, para este tipo de paciente le correspondería un plan B, con un tratamiento que dura 4 horas con solución de sales de rehidratación oral, estas deben de darse en un establecimiento de salud ya que el paciente tiene 4 años se le recomienda la cantidad de 800 a 1200 ml o

una medida de 4 a 6 tazas. Pero si el paciente desea más líquidos se le puede agregar más.

También refieren que se le debe de instruir a la madre como preparar la solución de sales de rehidratación oral. Así como la forma de brindarlo que sería en sorbos frecuentes a mayores de 2 años. Además, refieren que no se debería de dar alimentos mientras se logra la hidratación inicial. Y se puede recomendar el uso de Zinc como un complemento para el manejo de diarreas agudas en niños mayores de 6 meses. Ya que demostró reducción de incidencia de diarreas, duración y severidad (35).

3.4.4 Caso N°4

Paciente al formar parte del grupo de riesgo ya que presento un peso de 4 100 gr. y presenta síntomas sugestivos de hipoglicemia. Se le decide tomar una prueba de hemoglucotest donde sale un valor de 30. Según ello se le brinda un bolo de 200 mg/kg con una dextrosa de 10%, posterior se deja con infusión continua de 6 mg/kg/min. Luego de 30 minutos se indica nuevo hemoglucotest donde resulta 60. Se le brinda indicaciones de lactancia materna, pero estará en vigilancia por 24 horas.

Según la Guía de Practica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipoglicemia Neonatal, es correcto el manejo que se le realizo al paciente ya que presento un cuadro de hipoglicemia sintomática. En la guía además nos refieren que se puede brindar un aproximado de 2ml/kg de dextrosa al 10% y si paciente presenta convulsiones se debe de administrar 4ml/kg de dextrosa al 10% (36).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El inicio del internado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue desafiante ya que era una experiencia diferente a las realizadas durante la carrera, proporcionó un nuevo nivel de aprendizaje no solo en el nivel práctico, sino que también reforzó muchos conocimientos teóricos obtenidos hasta ese momento. Cada una de las rotaciones estaba compuesta por horas en guardias de 12 horas en emergencia, horas en piso de hospitalización, tiempo en sala de operaciones en el caso de cirugía y tiempo para exponer reporte de casos o artículos de los temas más relevantes vistos en la rotación.

Este período fue realizado durante los meses de enero hasta la primera quincena de marzo, por 75 días, en las respectivas rotaciones. Si bien en el contrato se mencionaba que serían 150 horas de trabajo durante el mes, muchas veces este tiempo se extendía para poder completar el plan de trabajo propuesto para nuestros pacientes. El sueldo que se recibía era de 400 soles al mes y se proporcionó equipos de protección cada mes, que constaba de 10 mascarillas N95.

Durante la rotación por el servicio de Cirugía General Aparato Digestivo y Pared Abdominal, fue muy apasionante ver las técnicas y procedimientos quirúrgicos en distintas patologías. En cada visita médica se nos enseñaban a hacer una adecuada anamnesis, examen físico y enfocarnos en la patología principal. Nuestros tutores siempre estaban listos y con buen ánimo para explicarnos las

dudas que teníamos. También se nos permitía realizar practicar nuestras técnicas de suturas, pero siempre con la supervisión del tutor.

La transición a una pequeña rotación de 15 días en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el distrito de Breña fue una experiencia diferente en la casuística de la población, en la forma de solicitud de procediéndose y exámenes, el manejo de emergencia, en el piso de hospitalización y hasta en la forma de enseñanza de los residentes y asistentes en cada área. Debido a la pandemia, durante esta rotación, el acceso al área de hospitalización se encontraba bastante restringida. En el caso de los internos, solo se permitía el ingreso para la evaluación de los pacientes en compañía de un residente o una asistente con el uso de un mandilón descartable y durante máximo 10 minutos para tener el mínimo de tiempo de contacto. Si bien se perdía en cierta manera el contacto que anteriormente se tenía con los pacientes, el revisarlos con los asistentes nos permitía enfocar a cada paciente de manera más directa y con una guía detrás de nosotros. Los asistentes estaban pendientes de nuestra protección y de la cantidad de equipos de protección que se nos otorgaba por parte del hospital, y si en caso notaba que no eran suficientes, inmediatamente conseguían más.

Por el repentino cambio en la decisión de aceptar cierto número de internos dentro del HNAL, se tuvo que buscar una solución para completar las rotaciones que restaban por lo que se abrió la posibilidad de culminarlas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra. Todos los nuevos internos que se agregaban sabían del gran desafío que sería ya que no solo consistía en enfrentar un nuevo ambiente hospitalario en pleno auge de la pandemia por SARS-CoV-2 sino que también era un gran cambio en la localización, en la población y en la complejidad del establecimiento de salud.

Los residentes en su gran mayoría eran los que más se preocupaban por la seguridad de los internos ya que, aunque se nos prometió un seguro de salud, este no se nos fue dado por lo que si alguno se contagiaba tendría que cubrir los gastos por cuenta propia.

La rotación en ginecología fue bastante limitada en el ámbito práctico debido a que no se permitía ingresar a sala de partos por el peligro de contagio y no fue hasta el segundo mes de rotación que se permitió el ingreso de internos a sala de operaciones para poder observar las cesáreas y cirugías ginecológicas.

En la rotación de cirugía contaba con más horas prácticas que las rotaciones anteriores por lo que se proporcionó una gran oportunidad de realizar procedimientos, pero con una guía tanto de residentes como asistentes.

El ingreso a sala de operaciones estaba dentro del plan de enseñanza propuesta por el tutor por lo que cada interno contaba con la ocasión de ingresar a sala al menos una vez, este número podía aumentar conforme llegaran casos a emergencia. En el piso de hospitalización, se pasaba visita diariamente con una ronda compuesta por los residentes y al menos 2 asistentes que proporcionaban una retroalimentación teórica y aplicada a la práctica en cada paciente. Se nos dejaba documentos y guías por leer para poder complementar lo que se hablaban en cada pase a visita

La rotación de medicina interna fue limitada en cuanto al número de pacientes y patologías porque debido a la contextura se brindaba mayor espacio hospitalario a pacientes con la infección del COVID-19. Sin embargo, se nos explicó y orientó en cómo se debería manejar las patologías más comunes y que nos servirían más en nuestro próximo SERUMS.

La última rotación realizada fue la de pediatría. En esta, estuvo llena de retroalimentación y apoyo constante. La rotación cuenta con horas de práctica en 4 áreas:

1. Alojamiento conjunto donde se pide evaluar a los recién nacidos tanto de parto vaginal como de cesárea. Se evalúa el aspecto anatómico y funcional fisiológico y las principales patologías que se puede observar en esta etapa de la vida.
2. Intermedios: Donde se puede observar a recién nacidos o lactante que suelen tener complicaciones en el curso de la enfermedad

3. Hospitalización: Área donde están los pacientes pediátricos con patologías que requieren de internamiento en el hospital, tanto por el curso de esta y sus complicaciones, por una necesidad de vigilar estrechamente la evolución del paciente, así como el manejo que requieren.
4. Emergencia: donde se observan patologías que requieren de un manejo inmediato ya que ponen en peligro la vida del paciente pediátrico. Durante estas horas de practica también se proporciona información sobre las principales patologías por parte de residentes y asistentes.

Especialmente en esta rotación se suele aprender la minuciosidad del estudio clínico en los pacientes ya que, en edades tempranas, el paciente no te refiere donde le duele o qué síntomas tiene, sino que nosotros debemos encontrar estos datos y evaluarlos para obtener el diagnóstico y proporcionar un manejo adecuado.

Los asistentes y residentes fueron grandes maestros y apoyo en este camino

El regreso al internado significo una cambio importante en la experiencia de los dos primeros meses ya que no solo fue un cambio de establecimiento de salud, sino que se sabía de la exposición en plena pandemia que involucraba el uso de equipo de protección constante, la posibilidad de contagio y la disminución de la horas prácticas por lo que fue un desafío que cada interno afrontó y decidió aceptar y que significó un búsqueda constante de oportunidades para poder completar de manera satisfactoria cada rotación.

Las expectativas acerca del cambio a un establecimiento de menor nivel de complejidad resolutiva fueron sobrepasadas en las diferentes rotaciones que se logró completar, se observó diversos casos con una nueva forma de enfocarlos de acuerdo a la experiencia de cada profesional de salud tanto en el manejo como en las posibilidades diagnósticas que podía desglosar.

A pesar de las limitantes y de los obstáculos que se tuvo que atravesar, este año de internado proporcionó la oportunidad de aprendizaje, la adquisición de nuevas dimensiones de conocimientos y el reforzamiento de conceptos obtenidos en

todos los años de carrera y de las diversas rotaciones por las que cada interno de la salud realizó durante esos años como parte de la malla curricular.

CONCLUSIONES

1. El internado medico son practicas preprofesionales de la carrera profesional de Medicina Humana, es una etapa de consolidación y puesta en práctica los conocimientos previamente adquiridos.
2. El internado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue una gran experiencia en cuanto a adquisición de conocimientos prácticos y reforzamiento de conceptos teóricos.
3. Antes de la llegada de la pandemia del COVID-19, se tuvo gran acceso a diversas patologías de un manejo complejo y articulado por distintas especialidades, en cuanto a la parte quirúrgica se pudo asistir, observar y colaborar en cirugías de menor y mayor calibre, procedimientos no invasivos e invasivos, siempre en compañía de el medico tutor asignado. Debido a que Hospital Nacional Arzobispo Loayza posee el nivel III-1, centro de referencia a nivel nacional.
4. En cuanto a la rotación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, si bien se nos brindó un área para realizar nuestras practicas preprofesionales, debido a la coyuntura actual, no contaban con el numero regular de pacientes, dando prioridad a los pacientes infectados con el COVID-19. Por ello se restringió en cierta medida observar y aprender el manejo de ciertas patologías.
5. Con la llegada de la pandemia COVID-19, se tuvo que restringir el acceso a algunas especialidades las cuales hubiesen sido de gran aporte para

nuestra experiencia profesional. Un ejemplo tal fue el ingreso a salas de parto, cesáreas, cirugías ginecológicas, debido al número de personal que labora en esa área.

6. El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz vela por la salud de sus internos de medicina humana, brindando equipo de protección personal de manera oportuna y en buen estado. Cabe decir que el hospital permitió la vacunación en contra del COVID-19 que consta de 2 dosis.
7. Cada uno de los establecimientos de salud por los que se rotó proporcionaron metodologías de trabajo en relación con las principales patologías predominantes en medio, que llegarán a ser importantes herramientas en el futuro profesional de cada interno de la salud.
8. Los asistentes y residentes de cada rotación fueron grandes guías para la adquisición de nuevos conocimientos teóricos-prácticos y lograron proporcionar consejos desde su punto de vista en relación con las etapas que previamente pasaron.
9. El regreso al internado llevo a una disminución de horas practicas dentro de los establecimientos de salud que muchas veces significaron una limitación de la experiencia y de oportunidades.
10. El aprendizaje no sólo fue de índole teórica, sino que permite establecer una conexión con los pacientes y aprender a verlos como un todo, aprendiendo a apreciar sus determinantes y tratar de disminuir la brecha que estos pueden generar en el paciente y que impiden su desenvolvimiento total en la sociedad.

RECOMENDACIONES

- Permitir el acceso a procedimientos que mejoren la experiencia del internado médico.
- Se espera que a los futuros internos de medicina humana se les provea de equipo de protección personal adecuado igual o mejor que el que se nos proporcionó.
- Un internado seguro debe ser una prioridad por parte del Ministerio de Salud, donde el interno cuente no solo con equipos de protección personal en la cantidad y calidad necesaria para asegurar la integridad de cada uno, también se debe adquirir un seguro de salud que pueda cubrir de manera completa cualquier daño en la salud que el interno pueda sufrir durante este tiempo de práctica clínica.
- La salud mental debe ser un tema importante del que poco se habla y se informa pero que cobra vital importancia durante este período. A partir de esto se pueden tomar decisiones en torno a este tema donde se pueda informar tanto a los internos como a todo el personal de salud y sepan qué existe la ayuda adecuada y especializada en cada uno de los establecimientos de salud.
- Mantener una remuneración adecuada y justa al trabajo realizado por cada interno dentro del área de la salud.

- La universidad debe tratar en lo máximo posible el asegurar la integridad, la seguridad, los derechos y el contrato del interno dentro del establecimiento de salud como alumno que aún.
- Procurar que se cumpla con lo estipulado en los contratos y acuerdos de los internos con los establecimientos de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD AÑO 2019 [Internet]. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_3c5fbe977fad07d_.pdf
2. Decreto Supremo N° 021-2005-SA [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/252189-021-2005-sa>
3. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosipi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Médica Peruana. abril de 2016;33(2):105-10.
4. DECRETO SUPREMO N° 003-2008-TR [Internet]. Gob.pe. [cited 2021 Apr 18]. Available from: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/\\$FILE/DS_003_2008_TR.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/5C4F35A85A7435A605257DD200619878/$FILE/DS_003_2008_TR.pdf)
5. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la ley [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:L-5CpEocrc0J:https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/download/1852/1248/+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

6. Decreto Supremo N ° 020-2002-EF [Internet]. Gob.pe. [consultado el 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/223869-020-2002-ef>
7. Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/459958-081-2020-minedu>
8. Decreto de Urgencia N° 090-2020 [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>
9. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
10. PLAN OPERATIVO ANUAL 2016. 2016;50. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.hcllh.gob.pe/images/popups/transparencia/Planeamiento/POA%202016.pdf?_t=1558557542
11. Facultad de Medicina Humana - Facultad de Medicina Humana [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medicina.usmp.edu.pe/>
12. Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/MVC_Controlador/IndexC/indexC.php?acc=NuestrosServicios001
13. Hernandez JCG. Memoria Anual del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018. 2018;69. [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: http://hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_e8b60d764cd3ec5_.pdf
14. Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/>
15. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Responsive Medical Health WordPress Theme [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hcllh.gob.pe/>

16. Accinelli RA, Zhang Xu CM, Ju Wang J-D, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro JA, Tafur-Bances KB, et al. COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 21 de abril de 2020;37(2):302-11.
17. Decreto de Urgencia N° 025-2020 [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/459901-025-2020>
18. RI DIGEMID [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/>
19. INCN – Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/>
20. Schultheiss H-P, Fairweather D, Caforio ALP, Escher F, Hershberger RE, Lipshultz SE, et al. Dilated cardiomyopathy. *Nature Reviews Disease Primers*. 9 de mayo de 2019;5(1):1-19. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0084-1>
21. Acquatella H. Miocardiopatía dilatada: avances recientes y tratamiento actual. *Rev Esp Cardiol*. 2 de abril de 2000;53:19-27. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-miocardiopatia-dilatada-avances-recientes-tratamiento-articulo-10736>
22. Michael E. Cetoacidosis diabética y estado hiperglucémico hiperosmolar en adultos: tratamiento - UpToDate [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment?search=cetoacidose%20diabetic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H8
23. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda [Internet]. [citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
24. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2010. Gob.pe. [cited

2021 Apr 15]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>

25. Stewart E. Miomas uterinos (leiomiomas): descripción general del tratamiento - UpToDate [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=leiomyoma&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H70861109
26. Ignacio Rodríguez-Hermosa J, Martín A, Farrés R, Pont J, Codina-Cazador A, Ruiz B, et al. Obstrucción intestinal por vólvulo de ciego. *Cir Esp.* 1 de diciembre de 2005;78(6):385-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-obstruccion-intestinal-por-volvulo-ciego-13082155>
27. Intestinal malrotation in children - UpToDate [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intestinal-malrotation-in-children>
28. Clouet-Huerta DE, Guerrero B. C, Gómez L. E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. *Rev Chil Cir.* 1 de enero de 2017;69(1):65-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-plastron-apendicular-manejo-clinico-actual-S0379389316300990>
29. Frías-Gonzales V, Castillo-Angeles M, Rodríguez-Castro M, Borda-Luque G. Manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista de Gastroenterología del Perú.* julio de 2012;32(3):267-72. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292012000300006
30. Brooks D. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in->

adults?search=hernia%20repair&source=search_result&selectedTitle=1~129&usage_type=default&display_rank=1

31. colecistectomia laparoscopic laparoscopic - UpToDate [Internet]. [citado 23 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/search?search=colecistectomia%20laparoscopic%20laparoscopic&source=AUTOCORRECT&searchType=PLAIN_TEXT&sp=0&searchOffset=1
32. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B Gob.pe. [cited 2021 Apr 15]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
33. Fiebre de origen desconocido [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiguos/publicacion-2014-01/fiebre-de-origen-desconocido/>
34. Fever of unknown origin in children: Evaluation - UpToDate [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fever-of-unknown-origin-in-children-evaluation?search=Fever%20of%20unknown%20origin&source=search_result&selectedTitle=2~70&usage_type=default&display_rank=2#H2
35. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
36. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja | Hospital de Referencia [Internet]. [citado 28 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/>

ANEXOS

Anexo: Organigrama Estructural del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

