



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA - PERIODO
2020 – 2021

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

PRESENTADA POR
PAOLA MILAGROS ORREGO CUEVA
MARCIA ALEJANDRA VALENCIA PINTO

ASESOR
DR. HENRY GUIJA GUERRA

LIMA, PERÚ
2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA - PERIODO
2020 – 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
PAOLA MILAGROS ORREGO CUEVA
MARCIA ALEJANDRA VALENCIA PINTO**

**ASESOR
DR. HENRY GUIJA GUERRA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E. Ramón Romel Silva Romero

DEDICATORIA

Para nuestras familias, porque todo su esfuerzo no fue en vano. Y a los estudiantes de medicina, porque el camino no es fácil; pero la recompensa será grande.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores y tutores del hospital María Auxiliadora, muchas gracias por sus enseñanzas; especialmente a la doctora Alejandra Ramírez de Medicina Interna, por sus consejos y explicaciones teóricas en los casos de los pacientes, parte de los cuales hicieron posible este trabajo.

INDICE

Portada	i
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Indice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Pediatria	1
1.1.1 Caso clínico 1	1
1.1.2 Caso clínico 2	3
1.1.3 Caso clínico 3	5
1.1.4 Caso clínico 4	6
1.2 Gineco-Obstetricia	7
1.2.1 Caso clínico 1	7
1.2.2 Caso clínico 2	9
1.2.3 Caso clínico 3	10
1.2.4 Caso clínico 4	12
1.3 Medicina Interna	13
1.3.1 Caso clínico 1	13
1.3.2 Caso clínico 2	14
1.3.3 Caso clínico 3	15
1.3.4 Caso clínico 4	19
1.4 Cirugía	20
1.4.1 Caso clínico 1	20
1.4.2 Caso clínico 2	21
1.4.3 Caso clínico 3	23
1.4.4 Caso clínico 4	24
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
2.1 Población	26

2.2	Áreas de trabajo y Servicios	26
2.3	Distribución y capacidad	27
2.4	Situación en Pandemia	28
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL		30
3.1	Pediatría	30
3.1.1	Caso clínico 1	30
3.1.2	Caso clínico 2	32
3.1.3	Caso clínico 3	33
3.1.4	Caso clínico 4	35
3.2	Gineco-Obstetricia	36
3.2.1	Caso clínico 1	36
3.2.2	Caso clínico 2	37
3.2.3	Caso clínico 3	38
3.2.4	Caso clínico 4	39
3.3	Medicina Interna	40
3.3.1	Caso clínico 1	40
3.3.2	Caso clínico 2	42
3.3.3	Caso clínico 3	43
3.3.4	Caso clínico 4	45
3.4	Cirugía	46
3.4.1	Caso clínico 1	46
3.4.2	Caso clínico 2	47
3.4.3	Caso clínico 3	49
3.4.4	Caso clínico 4	50
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA		52
CONCLUSIONES		54
RECOMENDACIONES		55
FUENTES DE INFORMACIÓN		56
ANEXOS		63

RESUMEN

El internado en medicina humana es una etapa importante de la formación, que se lleva a cabo en el último año de carrera, cuyo objetivo es unificar todo los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en los anteriores años. se trata de comprender y entablar una unidad clínica en el paciente, para así poder dar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Las prácticas de internado en un hospital de nivel III, como lo es, el hospital María Auxiliadora, te permiten adquirir prácticas y examinar mayor número de pacientes, al igual que tener la oportunidad de observar patologías diversas y de mayor complejidad. Generando así una mayor competencia académica y formativa. Un gran percance fue la pandemia por COVID 19, que limitó exponencialmente los recursos dados, causando una suspensión de las actividades laborales; y por tanto también de enseñanza y aprendizaje dentro de este último año. los casos clínicos expuestos son parte de la experiencia adquirida en el nosocomio, tanto en la etapa pre pandémica como pandémica, se abordaron casos de los diferentes servicios y especialidades, detallándose extensamente en sus diferentes componentes, ya sea anamnesis o examen físico. Si bien se logró la reincorporación al hospital de los internos de medicina humana, las competencias estuvieron limitadas por factores diversos, tanto por causas directas e indirectas consecuentes de la pandemia.

Objetivo: Relatar las experiencias adquiridas en cada rotación; para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, en base al Internado Médico desarrollado durante el periodo de enero de 2020 a abril de 2021.

Metodología: Recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencias de manejo de la salud.

Conclusiones: La situación de la pandemia 2020-2021 fue complicada, sin embargo, es necesario recalcar que los aprendizajes y experiencias que en el internado son irremplazables, a pesar de las limitaciones, temores y riesgos que se presentaron en este periodo.

ABSTRACT

The internship in human medicine is an important stage of training, which takes place in the last year of the degree, whose objective is to unify all the theoretical and practical knowledge learned in previous years. It is about understanding and establishing a clinical unit in the patient, in order to give a timely diagnosis and treatment.

Internship practices in a level III hospital, such as the María Auxiliadora hospital, allow you to acquire practices and examine a greater number of patients, as well as having the opportunity to observe diverse and more complex pathologies. This generating greater academic and training competition. A major mishap was the COVID 19 pandemic, which exponentially limited the resources given, causing a suspension of work activities and therefore also of teaching and learning within this last year. The clinical cases presented are part of the experience acquired in the hospital, both in the pre-pandemic and pandemic stages, cases of the different services and specialties were addressed, extensively detailed in their different components, either anamnesis or physical examination. Although the reincorporation of the human medicine interns to the hospital was achieved, the competences were limited by various factors, both by direct and indirect causes consequent to the pandemic.

Objective: To relate the experiences acquired in each rotation; to obtain the Professional Title of Surgeon, based on the Medical Internship developed during the period from January 2020 to April 2021.

Methodology: Compilation of information according to evidence-based medicine and health management experiences.

Conclusions: The situation of the 2020-2021 pandemic was complicated, however, it is necessary to emphasize that the learning and experiences that in boarding school are irreplaceable, despite the limitations, fears and risks that occurred in this period.

INTRODUCCIÓN

El Hospital María Auxiliadora es dependiente del Ministerio de Salud del Perú, es un hospital nivel III, que funciona como centro hospitalario principal del cono sur en lima metropolitana brindando atención a toda la población dentro de esta región; tanto rural, como urbana. Se inauguró en diciembre de 1983, durante el gobierno del presidente Belaunde Terry contando con los servicios principales de atención a la población. (1)

Cuenta con consultorio externo y hospitalización en cada especialidad. en la carrera de medicina humana, el último año que es de internado, es de vital importancia, ya que se hace unidad clínica de lo aprendido los seis años anteriores, además de poder afianzar los conocimientos ya adquiridos y tener la oportunidad de atender a los pacientes, siendo ellos parte esencial de la formación intelectual y práctica. el internado permite identificar riesgos, establecer medidas preventivas, así como el diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías que se presentarán durante la ejecución de este mismo. luego de la elección de la sede hospitalaria donde se realizará el internado, se coordina con cada servicio donde se empezará la rotación, ahí se brinda una inducción básica a lo que se avocará el trabajo a realizar. Se explica que la labor del interno es fundamental, ya que son los primeros en interactuar con el paciente, hacer la anamnesis completa, y así mismo el examen físico general.

A inicio del año 2020 en situación pre pandémica, el hospital María Auxiliadora, atendía una gran afluencia de pacientes en cada especialidad, la función del interno independientemente de cada especialidad o servicio en el que se encuentre tanto, hospitalización como emergencia, era entrevistar al paciente ni

bien se presente al servicio, identificar antecedentes relevantes y completar la historia clínica, además de establecer un diagnóstico sindrómico y presuntivo; también el de agilizar exámenes auxiliares; y en el caso de especialidades quirúrgicas ayudar a preparar al paciente y asistir en la cirugía como ayudante.

La situación en la pandemia, cuando se decidió el retorno al internado en el mes de septiembre, tuvo diferentes limitaciones; dentro de ellos la cantidad de internos que debían volver, para así cuidar el hacinamiento y disminuir el riesgo de contagio. Otra limitación resaltante fue que ya no se permitía entrar a sala de operaciones, por lo que una parte fundamental de la práctica de las especialidades quirúrgicas estuvo nula.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Pediatría

1.1.1 Caso clínico 1

Paciente femenino de 12 años, procedente de VMT. Es llevada por madre a emergencia del Hospital María Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de 40 minutos por presentar pérdida de conciencia y movimientos generalizados de aproximadamente 10 minutos de duración. Niega SAT. Niega episodios previos de similares características

En el momento la familia niega antecedentes patológicos personales o familiares de importancia. Niega ingesta de medicamentos o sustancias.

Al examen de ingreso:

- Funciones vitales dentro de rangos normales para la edad, afebril.
- Peso y talla adecuados para la edad
- Al examen físico: AREG, AREH, AREH
 - Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no edemas.
 - Cabeza: Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz.
 - Tórax y pulmones: amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
 - Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
 - Sistema nervioso Central: somnolencia. Lúcida, orientada en Tiempo, espacio y persona. No signos de focalización, no signos meníngeos.

Se solicitan exámenes auxiliares:

- Exámenes de laboratorio: hemograma, examen de orina, análisis de gases arteriales, glucosa, urea, creatinina.
- Imágenes: TEM cerebral sin contraste, radiografía de tórax

Paciente ingresa a unidad de observación de pediatría con diagnóstico de

1. Síndrome convulsivo EAD.

Se le indica fenitoína, diazepam condicional a convulsión

Durante su estadía en la UCEPETIN se obtienen los resultados de exámenes auxiliares.

- Exámenes de laboratorio dentro de valores normales
- Radiografía de tórax sin alteraciones
- TEM Cerebral sin contraste: se observa edema a predominio frontoparietal del hemisferio izquierdo. No se evidencia desviación de línea media.

Se solicita TEM cerebral con contraste: se evidencia lesión cortical, en zona frontoparietal izquierda, con realce anular y edema perilesional.

Se realizan interconsultas a los servicios de neurología y neurocirugía. Ambos servicios realizan su evaluación y sugieren punción lumbar para estudio de Líquido cefalorraquídeo y resonancia magnética con espectroscopia. Añaden Corticoterapia (dexametasona)

Paciente pasa a unidad de hospitalización de pediatría. Ingresar con diagnóstico:

1. Proceso expansivo intracraneal: Granuloma Tuberculoso vs NM

Se realiza procedimiento sin complicaciones, se obtiene muestra para estudio de líquido cefalorraquídeo: citoquímico, cultivo, ADA.

Se amplía historia clínica con familiares de paciente. La madre refiere que un año antes su sobrina, quien vivía en la misma casa (contacto intradomiciliario) fue diagnosticada con tuberculosis pulmonar. Se obtienen los datos de que

fue TBC sensible, con tratamiento completo. Madre refiere que paciente recibió profilaxis para TBC.

Se obtienen resultados de Resonancia magnética + espectroscopía compatible con proceso específico. Y resultados de laboratorio de estudios de LCR. Se realiza nueva interconsulta a servicios de neurocirugía y neurología.

Neurocirugía aleja posibilidad de biopsia para diagnóstico definitivo, al ser, con mayor probabilidad, un proceso infeccioso, por lo que sugirieron manejo por servicio de neurología.

El servicio de neurología reevalúa el caso. Sugieren iniciar prueba terapéutica con esquema anti TBC, observación por 48 horas y control por consultorio externo. Diagnóstico:

1. Proceso Expansivo intracraneal: Granuloma TBC probable.

1.1.2 Caso clínico 2

Paciente femenino de 14 años, procedente de Mala, acude con padre, referida de su centro de salud, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente un mes. Refiere que inicia con episodios de tos, primero sin expectoración y luego expectoración blanquecina de escaso volumen, aproximadamente 20 cc. Refiere que una semana antes del ingreso presenta SAT diaria por lo que se automedica con una tableta de paracetamol diaria por 5 días. Un día antes del ingreso presenta episodio de tos exigente asociado a vómito. Se le agrega disnea por lo que es trasladada a su centro de salud donde le toman una radiografía de tórax y es referida a emergencia del Hospital María Auxiliadora.

Padre refiere vivir en zona rural. Crianza de animales (+) vacas, cerdos y ovejas. Niega antecedentes patológicos.

- Funciones vitales: FC: 112 x' FR 26x' Sat 97% T° 38,7°C
- Al examen: AREG, AMEN, AREH
 - Piel: Caliente, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos,

- TCSC: disminuido, distribución uniforme, no edemas. Se palpa ganglio de 1x1 cm en región axilar derecha.
 - TyP: Amplexación simétrica, polipnea, MV pasa disminuido en tercio medio de hemitórax derecho, se auscultan subcrépitos difusos en ambas bases.
 - CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos
 - Abdomen: Plano, Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no visceromegalia.
 - SNC: Despierta, Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. No signos de focalización, no signos meníngeos.
- Exámenes de laboratorio: hemograma, examen de orina, glucosa, urea, creatinina.
 - Imágenes: radiografía de tórax AP y lateral

Se obtienen los resultados de exámenes auxiliares.

- Exámenes de laboratorio:
Hemograma: Anemia leve, leucocitosis, eosinófilos elevados.
- Radiografía de tórax: se evidencian 2 imágenes redondeadas, una opacidad redondeada, bien definida, homogénea con relación al lóbulo medio derecho y otra imagen redondeada bien definida con nivel hidroaéreo a nivel de lóbulo inferior derecho.

Paciente ingresa a unidad de observación de pediatría con diagnóstico de:

1. Hidatidosis pulmonar
2. Quiste hidatídico complicado
3. Anemia leve.

Se solicita interconsulta a los servicios de neumología, Cirugía de Tórax y cardiovascular e infectología. Se realiza ecografía abdominal. No se encuentran otras lesiones quísticas.

Se inició tratamiento antibiótico más albendazol por 28 días previos a intervención quirúrgica para quistectomía.

1.1.3 Caso clínico 3

Paciente femenina de 8 años, procedente del distrito de Villa María del Triunfo acude acompañada de su padre quien refiere un tiempo de enfermedad de 22 días aproximadamente, donde al principio nota una lesión tipo picadura en mejilla derecha, Dos días posteriores presenta picos febriles que ceden al paracetamol, pero son recurrentes. Quince días antes de su ingreso presenta aumento de volumen en la región submentoniana asociada a dolor y persistiendo picos febriles por lo que acuden a centro de salud donde recetan paracetamol y dicloxacilina por vía oral durante 5 días. Continúa presentando picos febriles que se cuantificaba hasta en 38.5 C e hinchazón en región submentoniana; así mismo el dolor. Por lo que deciden acudir a la emergencia del hospital María Auxiliadora.

- Al examen físico
 - Piel y faneras: piel hidratada/temperada/elástica. No palidez
 - Región submentoniana: aumentó de volumen de aprox 6x4 cm flogotico, indurado, móvil, caliente y doloroso a la palpación.
 - Tórax y pulmones: MV pasa bien ACP. No ruidos agregados
 - Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos audibles
 - Abdominal: no distendido. RHA +. Blando/depresible. No doloroso a la palpación superficial o profunda. No visceromegalia.
 - Genitourinario: PPL (-) PRU (-)
 - SNC: despierta, activa, obedece órdenes. LOTEPE. EG:15
- Antecedentes:
 - Niega alergias
 - Mascota: Un gato de 3 meses de edad

Diagnóstico:

1)adenitis abscedada submentoniana

2) enfermedad por arañazo de gato probable

- Se realiza Interconsulta a servicio de Cirugía de cabeza y cuello, quienes dan como Dx: absceso submentoniano y deja sugerencias:

antibiótico terapia con clindamicina EV y posibilidad de drenaje de absceso luego de reevaluación a las 72 h

Tratamiento:

1. Hospitalización
2. Clindamicina EV
3. Azitromicina VO
4. Paracetamol condicional

Plan:

1. Reevaluación por cirugía de cabeza y cuello luego de 72h.
2. Coordinación con epidemiología para mandar muestra de centrifugado a INS para bartonella.
 - Drenaje de absceso: se realiza incisión de 1 cm en absceso y se evidencia salida de secreción serohemática de aprox. 2 ml, dejando dren laminar.
 - Se envía muestra para cultivo de absceso.

1.1.4 Caso clínico 4

Paciente masculino de 1 mes de edad. Madre refiere que durante su gestación en el último trimestre presentó prueba para sífilis positiva (RPR +) recibiendo una dosis de penicilina G benzatínica IM. A la semana siguiente tuvo parto por cesáreas y recién nacido sin complicaciones realizándose examen de descarte para sífilis congénita, se le realiza examen de FTA (-) por lo que solo recibió 1 dosis de penicilina sódica, siendo dados de alta conjuntamente.

Dos días antes del ingreso se le realizaron exámenes de control a paciente donde cuenta con FTA (+) por lo que acuden a la emergencia del hospital María Auxiliadora.

- Antecedentes:
 - Edad gestacional: 40ss PN:3271 talla:49 Apgar: 9-9 parto: cesárea por DCP
 - Madre: sífilis (+) con tratamiento de penicilina G benzatínica IM en 4 dosis

- Padre: sífilis (+) con tratamiento de penicilina G benzatínica IM en 3 dosis
- Al examen físico:
- Funciones vitales: FC: 120 FR:40 satO2: 98%
 - Cabeza: normocéfalo. Fontanela anterior de aprox 4x2 cm normotensa, no abombada
 - Piel y faneras: piel temperada/hidratada/elástica. Llenado capilar <3". Ictericia en cara +/-+++
 - Tórax y pulmones: no tirajes. MV pasa ACP no ruido agregados
 - Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos audibles
 - Abdomen: no distendido. RHA (+) blando/depresible. No se palpan visceromegalias
 - Genitourinario: genitales masculinos sin alteración aparente
 - SNC: despierto, activo, reactivo a estímulos

DIAGNÓSTICO:

- 1) Sífilis congénita

Plan:

1. Hospitalización
2. Penicilina G sódica EV
3. LME
4. CVF+OSA
5. Solicitar FTA cuantitativa con diluciones
6. Punción lumbar: D/c Neurosífilis
 - LCR: Recuento de células 6 leucocitos/mm³, 0 hematíes/mm³, Proteínas 50 mg/dl, VDRL no reactivo en LCR

1.2 Gineco-Obstetricia

1.2.1 Caso clínico 1

Paciente femenino de 15 años, procedente de San Juan de Miraflores, acude con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 12 horas. Pasa por triaje

de emergencia del hospital y es derivada a la unidad de emergencia de Medicina. Paciente refiere dolor abdominal tipo "cólico", de intensidad 8/10, asociado a dolor lumbar e hiporexia. Niega otras molestias. Al momento de la evaluación, paciente presenta pérdida de líquido y sangrado por genitales por lo que es llevada por el personal al tópicico de emergencia de ginecología.

Historia clínica ginecológica: Paciente femenina de 15 años, primigesta, sin controles prenatales, refiere dolor tipo contracción desde hace aproximadamente 12 horas que aumentan en intensidad y frecuencia asociado a pérdida de líquido amniótico hace aproximadamente 10 minutos, niega sangrado, niega signos premonitorios de eclampsia.

Niega antecedentes patológicos de importancia

- Antecedentes ginecológicos:
 - G0P0, Menarquia: 12 años, Régimen catamenial: 4/28 días, Fecha de última regla: Hace 7 meses, Métodos anticonceptivos: niega.
- Al examen físico:
 - Abdomen:
 - AU: 30 cm
 - DU: 3/+++/5'
 - LCF: 144 por minuto
 - MF: presentes
 - Tacto vaginal: Dilatación 9, incorporación 90%, MO Membranas rotas, líquido amniótico claro

Paciente es trasladada a sala de partos con los Diagnósticos:

1. Primigesta de 35 semanas x AU
2. Fase Activa de Labor de Parto
3. ARO x Adolescente
4. ARO x No Controles prenatales

Paciente pasa a sala de puerperio inmediato:

Diagnóstico:

1. Puérpera post parto eutócico
2. Adolescente

Paciente con evolución favorable, se realizan interconsultas a servicios de Psiquiatría, psicología y MAMIS para el alta luego de 48 horas.

1.2.2 Caso clínico 2

Paciente femenino de 42 años, procedente de Villa María del Triunfo, acude con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 mes que inicia con sangrado vaginal abundante no asociado a menstruación. Refiere que desde hace 2 semanas presenta debilidad y fatiga asociado a palpitations a pequeños esfuerzos que fue aumentando progresivamente. 1 semana antes del ingreso se le agrega cefalea. Los síntomas se exacerbaban por lo que acude a emergencia del hospital.

- Antecedentes ginecológicos
 - G0P0
 - Menarquia: 14 años, Régimen catamenial: 7/30 días, Fecha de última regla: hace 1 semana. Métodos anticonceptivos: actualmente ninguno, antes ACO. PAP: Negativo
- Al examen: FC: 112x' FR 20x' PA 110/60 T°36.8°C
- Examen físico:
 - Piel: Fría, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, palidez ++/+++.
 - TyP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
 - CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, se ausculta soplo sistólico multifocal.
 - Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Se palpa masa en hipogastrio
 - Genitourinario: A la especuloscopia: cérvix posterior cerrado, se evidencia sangrado activo en cantidad moderada. Tacto bimanual: útero aumentado de tamaño, se palpa masa. No doloroso a la movilización de cuello.

- SNC: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Diagnóstico:

1. Hemorragia uterina anormal EAD
2. D/C Anemia

Se solicitan exámenes auxiliares: Hemograma, perfil de coagulación, examen de orina, grupo y factor, glucosa, urea y creatinina. Ecografía transvaginal.

Se realiza ecografía donde se describe útero aumentado de tamaño, se evidencia masa submucosa de 45mmx60mm. Anexos sin patologías.

Resultado de Hemograma: Hb: 5.2

- Paciente ingresa al servicio Hospitalización de ginecología para tratamiento de corrección de anemia mediante transfusión de paquetes globulares y programación para miomectomía.

1.2.3 Caso clínico 3

Paciente femenina de 38 años acude a emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 4 días en el cual presenta sangrado vaginal de regular cantidad y dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, además de sat no cuantificada. Lleva ecografía donde se describe gestación única activa de 12 semanas.

- Antecedentes:
 - Alergias: niega
 - FUR: 20/12/2019 —> gestación de 12 semanas para 07/03/2020
 - G3 P2002 ambos partos eutócicos
- Al examen físico:
- Funciones vitales: PA 110/60 FC:110 FR:22 satO2:98% T:38.5C
 - Piel y faneras: piel caliente/ hidratada/ elástica. Llenado capilar <2”

- Tórax y pulmones: MV pasa bien ACP. No ruidos agregados
 - Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos
 - Abdomen: no distendido. RHA (+) blando/depresible. Leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio
 - Especuloscopia: cérvix abierto, evidenciándose salida de producto. Se extrae restos ovulares con pinza foester con mal olor.
 - Tacto vaginal: útero de +/- 12cm. Cérvix abierto. Sangrado escaso con mal olor
 - SNC: despierta. LOTEPEG:15
- Exámenes auxiliares:
 - Glucosa: 107 creatinina:0.44
 - Hemograma: leucocitos: 11 mil Hb:12 Hcto:32% bastonados: 1% segmentados: 70% plaquetas:363 mil
 - Perfil hepático: BT:0.34 BD:0.11 BI:0.23 PT:7.9 albúmina:4.3 globulina:3.6 TGO:23 TGP:28
 - Grupo y Factor: O+
 - Perfil de coagulación: tiempo de coagulación:5 min tiempo de sangría: 2 min
 - Examen de orina: leucocitos 3-5 por campo

Diagnóstico:

1. Aborto incompleto infectado

Plan:

1. Hidratación
2. Clindamicina 600 mg EV c/8h
3. Gentamicina 80 mg EV c/ 8h
4. Diclofenaco 75 mg IM stat
5. CFV+OSA
6. pasa a observación para AMEU

1.2.4 Caso clínico 4

Paciente femenina de 32 años acude con referencia de Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui con Dx: dolor pélvico / embarazo ectópico complicado/ hemoperitoneo. Paciente refiere que presenta dolor localizado en hemiabdomen inferior desde hace +/- 14 horas, además de presentar náuseas y vómitos en una oportunidad. Niega SAT.

Trae ecografía de centro materno: útero de 7 cm x 5 cm. Línea endometrial de 12 mm. Anexo derecho ocupado por masa heterogénea de 32 mm y líquido libre en fondo de saco

- Antecedentes:
 - FUR: no recuerda
 - G2 P1011
- Al examen físico:
- Funciones vitales: PA 100/70 FC: 97 FR:20 T:37C
 - Piel y faneras: piel tibia/hidratada/ elástica. Llenado capilar <2”
 - Tórax y pulmones: MV pasa bien ACP. No ruidos agregados
 - Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos audibles
 - Abdomen: leve distensión RHA (+) blando/ depresible. Dolor difuso a la palpación profunda a predominio de hemiabdomen inferior. Signo de rebote (+)
 - Especuloscopia: OCE cerrado. No hay evidencia de sangrado activo. Fondo de saco posterior no abombada.
- Exámenes auxiliares:
 - BHCG (+)
 - laboratorio: hemograma: leucocitos: 12.5 mil abastados:0% segmentados: 72% Hb: 11 Hcto: 33%
 - G y F: O+

DIAGNÓSTICO

- 1) Embarazo Ectópico complicado

PLAN

1. Hidratación
2. CFV+OSA

3. Cruzar paquete globular
4. Programación para SOP (laparotomía exploratoria)

1.3 Medicina Interna

1.3.1 Caso clínico 1

Paciente varón de 53 años, procedente de Villa El Salvador, acude con un tiempo de enfermedad de 8 días. Paciente refiere que 8 días antes del ingreso sufre corte entre primer y segundo dedo de mano izquierda con un cuchillo intentando abrir una lata oxidada de pintura. 7 días antes del ingreso presenta aumento de volumen en mano con signos de flogosis asociado a SAT por lo que acude a su centro de salud donde le indican tratamiento antibiótico por vía oral por 7 días y le colocan una dosis de vacuna antitetánica. Paciente cumple con tratamiento, sin embargo, los síntomas empeoran. El día del ingreso acude nuevamente al centro de salud de donde es referido a emergencia del hospital.

- Antecedentes:
 - DM2 diagnóstico hace 10 años, tratamiento irregular con metformina.
 - HTA diagnosticado hace 1 año, tratamiento irregular con enalapril.
- Al examen: Funciones vitales: FC 98x', FR 16x', Sat 97%, PA 140/80, T 38,3°C
- Al examen físico: AREG, AMEN, AREH
 - Piel: T/H/E, llenado capilar <2 segundos, aumento de volumen en antebrazo y mano izquierda, eritema que compromete toda la mano, caliente, doloroso a la palpación, no fóvea. Se evidencia lesión puntiforme entre primer y segundo dedo de mano izquierda, abundante secreción purulenta de mal olor. Sin daño neurovascular
 - TyP: amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Globoso a expensas de tejido adiposo, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- SNC: Despierto. Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. No signos de focalización, no signos meníngeos

Paciente pasa a hospitalización de Medicina Interna con los Diagnósticos:

1. Absceso en mano izquierda
2. Diabetes Mellitus
3. Hipertensión arterial

Inicia antibioticoterapia con oxacilina + clindamicina.

Al segundo día de hospitalizado se rota de antibiótico a Piperacilina/Tazobactam por empeoramiento clínico, se extrae muestra para cultivo de secreción y se realiza interconsulta a servicio de Traumatología para posibilidad de debridación de absceso y limpieza quirúrgica.

- Servicio de traumatología realiza debridación de absceso y limpieza diaria de herida. Paciente cumple 10 días con Piperacilina/tazobactam, evolución favorable, es dado de alta.

1.3.2 Caso clínico 2

Paciente femenino de 22 años, procedente de San Juan de Miraflores, acude a tópico de emergencia de medicina con un tiempo de enfermedad de 3 días. Refiere cefalea global, intensidad 10 de 10 que le limita realizar sus actividades asociado a vómitos hasta en 6 oportunidades. Paciente PVVS, no recibe TARGA desde hace 8 meses. Niega otros antecedentes

- Al examen físico: AREG, AREH, AREN
 - Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, no edemas, no palidez

- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de Buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: no distendido, Ruidos Hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: Irritable, confusa, orientada en persona. Rigidez de nuca (+), Brudzinski y Kernig (+). No signos de focalización.
- Se solicitan exámenes complementarios:
 - Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, análisis de gases arteriales, perfil de coagulación
 - TEM cerebral sin contraste

Paciente se hospitaliza en servicio de Medicina Interna con los Diagnósticos:

1. Meningitis Etiología a determinar
 2. PPVS sin TARGA
- Se realiza punción lumbar con fines diagnósticos y terapéuticos. Se solicita estudio de Líquido cefalorraquídeo: Citoquímico, cultivo, tinta china (+).

Diagnósticos:

1. Neurocriptococosis
2. PVVS sin TARGA

Se realizan interconsultas a servicios de Infectología y Neurología. Inicio de tratamiento con anfotericina B por 21 días, fluconazol, evolución lenta favorable. Paciente es dada de alta y transferida a consultorio de infectología para inicio de TARGA y seguimiento.

1.3.3 Caso clínico 3

Paciente femenina de 47 años, se presenta un tiempo de enfermedad de aproximadamente un mes caracterizado por SAT no cuantificada esporádica, que mejoraba espontáneamente, además de malestar general y debilidad . 3 semanas antes de su ingreso presenta dificultad respiratoria a moderados

esfuerzos asociado a gran aumento de volumen abdominal, por lo que se realiza paracentesis evacuadora en centro médico particular, además de exámenes de laboratorio, donde en hemograma se evidencia una Hb de 4, por lo que le recomiendan acudir por emergencia a hospital de mayor nivel; pero paciente no acudió. Una semana antes de su ingreso presenta nuevamente aumento de volumen de abdomen, asociado a mayor dificultad respiratoria y cansancio, por lo que es traída por familiares a la emergencia del hospital María Auxiliadora.

- Antecedentes: cirrosis hepática (diagnóstico 2016) con tratamiento irregular
- Al examen físico:
 - Funciones vitales: PA 100/60 FC: 101 FR: 26 SAT:94%
 - Piel y faneras: piel tibia, poco hidratada, elástica. palidez ++/+++
 - Tórax y pulmones: amplexación disminuida, no tirajes.MV pasa Disminuido en bases de ACP. se auscultan crépitos en 1/3 medio de HTI.
 - Cardiovascular: RCR de buena intensidad. no se auscultan soplos
 - Abdomen: globuloso. no circulación colateral RHA (+ disminuidos), matidez a la percusión, signo de la oleada (+) poco depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda
 - Genitourinario: PPL (-) PRU (-)
 - SNC: despierta, LOTEPE, EG: 15. no signos de focalización. no signos meníngeos. no asterixis
- Exámenes auxiliares:
- Laboratorio:
 - bioquímica: cr:0.67 glucosa:120 urea:78
 - hemograma: leucocitos: 21 mil Hb: 4.7 Hcto:17% VCM: 64.2 HCM:17.3 plaquetas: 215 mil neutrófilos segmentados: 95% (19 mil) abastados: 0% linfocitos: 3% (625)
 - perfil hepático: BT: 0.54 BD:0.32 BI:0.21 proteínas totales: 6.6 Albúmina: 2.6 globulinas: 4.1 TGO:15 TGP:10

- Radiografía de tórax: derrame pleural bilateral mínimo, aumento de trama broncovascular, no se evidencia consolidación
- Ecografía abdominal: hígado de tamaño disminuido, múltiples cálculos en vesícula biliar, efusión pleural bilateral a predominio izquierdo, líquido libre en todos los recessos intraabdominales en volumen total aproximado de 12 L. Conclusiones diagnósticas: 1) Hepatopatía crónica 2) Litiasis vesicular múltiple 3) Efusión pleural bilateral 4) Líquido libre intraabdominal.

Diagnóstico Inicial:

1. PBE probable
2. Ascitis grado II
3. Derrame pleural bilateral
4. Cirrosis hepática descompensada
5. Anemia severa M-H

Plan: se hospitaliza y se realiza interconsulta a gastroenterología quien da como impresión Dx: 1) Anemia severa dc/ pérdidas gastrointestinales 2) Cirrosis hepática descompensada 3) Ascitis grado II

Sugerencias: 1) Paracentesis evacuatoria y diagnóstica 2) VEDA con Hb >7 3) Transfusión de PG

Tratamiento:

1. Dieta hiposódica <2g/día
 2. CNa 0.9% 1000cc
 3. Transfusión de 2 PG
 4. Furosemida 20 mg EV
 5. Lactulosa 20 cc vo c/8 h
 6. Espironolactona 100 mg vo c/8 h
 7. Ceftriaxona 2 g EV c/24 h
- Transfusión de 02 PG → hb control 7.2
 - Paracentesis evacuatoria de 6 L y se envía líquido para estudio bioquímico a laboratorio particular
 - Resultados:

- Examen macroscópico: color: amarillo aspecto: turbio
- Examen microscópico: hematíes:250 leucocitos: 3100 PMN:89 MN:10
- Examen bioquímico: glucosa:2 albúmina:1.97 proteínas:4.33 DHL:859
- Examen microbiológico: BK directo (-) GRAM (-)
- ADA 17.2
- VEDA: 1) Pangastritis eritematosa 2) Duodenitis 3) Esofagitis candidiásica. Recomendaciones: fluconazol 200 mg EV c/24h por 14 días y TEM abdominopélvica con contraste, marcadores tumorales
- TEM abdominal completo: quistes simples dispersos en parénquima hepático, múltiples nódulos y masas implantadas en superficies peritoneales, gástrica, epiplón, e intestinales asociadas a ascitis en grado moderado (considerar carcinomatosis) y adenopatías retroperitoneales; litiasis vesicular.
- Se realizan exámenes auxiliares complementarios: VIH (-) thevenon en heces: (+), BK en esputo, orina y heces: (-)

*GASA: 0.7→ <1.1 indica exudado y no es por HTP (causas más frecuentes son carcinomatosis peritoneal y TBC)

Diagnósticos actuales:

1. Ascitis grado II
2. Efusión pleural bilateral
3. Carcinomatosis peritoneal: dc/NM colon dc/NM ovario
4. Hipoalbuminemia
5. Desnutrición proteico-calórica
6. Anemia moderada microcítica - hipocrómica
7. Esofagitis candidiásica

Plan:

1. Colonoscopia
2. CEA - CA 125

1.3.4 Caso clínico 4

Paciente masculino de 80 años, procedente de Villa El Salvador. Relata un tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 mes. Con antecedente de importancia de artrosis de rodilla severa de miembro inferior derecho, diagnosticado en enero del 2020. por lo que en centro particular realizaban periódicamente tratamiento con inyecciones de ozono. Una semana antes del su ingreso presenta aumento de volumen y dolor en rodilla derecha. Este aumento de volumen es progresivo llegando a causarle limitación a la deambulación y dolor intenso; motivo por el cual acude a la emergencia del Hospital María Auxiliadora.

- Al examen físico:
 - Piel y faneras: piel tibia/ hidratada/ elástica. no palidez. no ictericia
 - Tórax y pulmones: MV pasa ACP. no ruidos agregados
 - Cardiovascular: RCR de buena intensidad. no soplos audibles
 - Abdomen: no distendido. RHA (+). blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda.
 - Genitourinario: PPL (-)
 - Locomotor: moviliza miembro inferior derecho con limitación a la flexión y extensión. aumento de volumen marcado en rodilla derecha, caliente y dolorosa a la palpación
 - SNC: despierto, LOTEPE, EG:15.
- Exámenes auxiliares:
 - Hemograma: leucocitos: 12 mil Hb: 11 Hto:33% neutrófilos segmentados: 70% bastonados:0%
 - Glucosa: 95 urea: 21 cr:0.8

Diagnóstico:

1. Artritis séptica rodilla derecha
2. Artrosis severa grado IV en rodilla derecha

Plan:

1. Hidratación
2. Antibioticoterapia: ceftriaxona + vancomicina
3. Artrocentesis de rodilla derecha
4. Interconsulta a servicio de traumatología
 - Se realiza interconsulta a traumatología→ diagnóstico: artritis séptica y deja sugerencias: radiografía de rodilla derecha y artrocentesis
 - Radiografía de rodilla derecha: se evidencia artrosis severa grado IV
 - Artrocentesis: se envía a laboratorio

Líquido sinovial:

- Volumen:3 ml
- Color: amarillo opaco
- Leucocitos: 15 mil
- PMN: 60%
- Cultivo de líquido sinovial: Serratia marcescens

1.4 Cirugía

1.4.1 Caso clínico 1

Paciente masculino de 39 años, procedente de Mala, es referido de Hospital de Mala tras sufrir accidente de tránsito en moto lineal aproximadamente 8 horas antes del ingreso. Paciente refiere limitación funcional para caminar asociado a dolor a nivel de cadera derecha. Niega comorbilidades preexistentes.

- Al examen físico: AREG, AREH, AREN
 - Piel: THE, llenado capilar <2 segundos, no palidez. Se evidencia herida de 5 cm en frente y heridas tipo excoriaciones en miembro inferior derecho, sin sangrado activo.
 - TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
 - CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

- Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
 - Aparato locomotor: Miembro inferior derecho: acortamiento, abducida con rotación interna, dolor a la palpación a nivel de cadera. No se evidencia lesión neurovascular: llenado capilar menor a 2 segundos, sensibilidad conservada.
 - SNC: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. No signos de focalización, no signos meníngeos
- Se solicita radiografía de cadera AP. Diagnóstico: 1) Luxación posterior de cadera derecha
 - Se realizan interconsultas a servicios de Cirugía General y Neurocirugía, se descarta daño a nivel abdominal y de sistema nervioso central.

Se reduce la luxación + tracción y se solicita nueva radiografía para control.

Diagnóstico:

1) Fractura de acetábulo derecho – pared posterior

2) Luxación posterior de cadera derecha reducida

- Se solicita prequirúrgico (hemograma, glucosa, urea, creatinina, Grupo y factor, perfil de coagulación, serológicos. Prueba RT LAMP (-). Riesgo quirúrgico) y Tomografía con reconstrucción para completar estudio, planear cirugía

1.4.2 Caso clínico 2

Paciente masculino de 73 años, procedente de Surco, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 semanas. Refiere que dos semanas antes del ingreso presenta tumoración a nivel perineal, dolorosa. acude a médico particular donde le diagnosticaron absceso perineal y le indican tratamiento antibiótico vía oral. Una semana antes del ingreso paciente refiere manipular lesión provocando salida de contenido purulento. Tres días antes del ingreso

presenta SAT, paciente refiere gran cantidad de secreciones con mal olor. Los síntomas persisten por lo que acude a emergencia del hospital.

- Antecedentes:
 - Patológicos: DM hace 6 años, tratamiento con Metformina 850 mg cada 12 horas
 - Quirúrgicos: amputación supracondílea de pierna izquierda por osteomielitis
- Al examen: signos vitales: FC 76x' FR 18x' Sat 97% PA 130/80 T° 37
- Examen físico:
 - Piel: THE, llenado capilar <2 segundos, palidez +/-
 - TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
 - CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
 - Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en hipogastrio.
 - Genitourinario: Se evidencia solución de continuidad a nivel perineal de aproximadamente 3x4 centímetros con bordes irregulares, abundante secreción purulenta de mal olor. Aumento de volumen en zona perineal y escrotal con signos de flogosis.
 - SNC: Despierto, Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No signos de focalización, no signos meníngeos.
- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, grupo y factor, examen de orina. Se realiza interconsulta al servicio de urología.

Diagnóstico:

1. Gangrena de Fournier
2. Fístula recto-perineal
3. Diabetes Mellitus x HCl

Paciente inicia terapia antibiótica y es programado para desbridamiento quirúrgico + colostomía.

1.4.3 Caso clínico 3

paciente femenina de 47 años, procedente de Villa María del Triunfo, relata un tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 día y 6 horas, donde inicia con dolor abdominal tipo opresivo localizado en mesogastrio, asociado a falta de apetito, náuseas y vómitos de contenido alimentario, posteriormente el dolor migra a cuadrante inferior derecho y va aumentando en intensidad, motivo por el cual acude a la emergencia. niega SAT, niega diarreas o constipación.

- Examen físico: AREG AREN AREH
- funciones vitales: PA 110/60 FC:77 FR:18 T:37.3C
 - Piel y faneras: piel temperada/ hidratada/ elástica. Llenado capilar <2". No palidez. No ictericia
 - Tórax y pulmones: MV pasa bien ACP. No ruidos agregados
 - Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos audibles
 - Abdomen: globuloso, no distendido, RHA(+), poco blando/depresible en CID, doloroso a la palpación superficial y profunda en FID, resistencia muscular involuntaria (+) en FID y signo de rebote (+) en FID.
 - genitourinario: PPL (+)
 - SNC: despierta, LOTEPE. EG:15
- Exámenes auxiliares:
 - glucosa: 121 urea:30 cr:0.66
 - perfil de coagulación no patológica
 - hemograma: leucocitos: 19 mil abastionados:0.5%
segmentados:84% Hb:12.1 Hcto: 36% plaquetas: 328 mil

Diagnóstico:

1. Apendicitis aguda complicada

Plan:

1. NPO
2. Hidratación

3. Analgesia
4. Antibioticoterapia
5. Preparar para SOP

1.4.4 Caso clínico 4

Paciente femenina de 54 años con un Tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 días refiere dolor abdominal tipo opresivo de moderada intensidad ubicado en cuadrante superior derecho, asociado a náuseas y vómitos en 3 oportunidades, por lo cual acude a posta médica donde dan tratamiento endovenoso con analgésicos calmando transitoriamente el dolor. 1 día después dolor reaparece y se agrega sat no cuantificada por lo que acude a la emergencia del Hospital María Auxiliadora.

- Al examen físico: AREG AREN AREG
- Funciones vitales: PA 100/60 FC:72 FR:19 T:36C
 - Piel y faneras: piel temperada/ hidratada/ elástica. Llenado capilar <2". No palidez. No ictericia
 - Tórax y pulmones: MV pasa bien ACP. No ruidos agregados
 - Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos audibles
 - Abdomen: globuloso en predominio de TCSC. no distendido. RHA (+) blando/depresible. Doloroso a la palpación profunda en HCD. Signo de Murphy (+) Resistencia muscular negativa y signo de rebote (-)
 - Genitourinario: PPL (-)
 - SNC: despierta, LOTEP. EG:15
- Exámenes auxiliares:
 - Hemograma: leucocitos: 21 mil Hb:13.9 Hcto:39%
plaquetas:195 mil abastionados:0% segmentados:87%
- Ecografía abdominal:
 - Hígado: tamaño incrementado de contornos lisos
 - Vías biliares: colédoco: 6mm
 - Vesícula biliar: 115x50 mm

- Pared 15 mm engrosada y edematosa. En su interior hay múltiples cálculos que miden entre 3.5mm y 13mm. Además de barro biliar

Diagnóstico:

1. Colecistitis aguda calculosa moderada

Plan:

1. NPO
 2. Hidratación
 3. Analgesia
 4. Antibiótico terapia
 5. Hospitalización
 6. Programación para colelap
- 3 días después se realiza COLELAP: vesícula biliar de 12 cm x 5 cm. Pared engrosada de 1.2 cm, necrosis parcelar de toda la mucosa. Múltiples cálculos de 2 a 2.5 cm. Conducto cístico dilatado

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital María Auxiliadora está ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, pertenece a la red de salud DIRIS LIMA SUR. Está clasificado como un establecimiento de salud nivel III -1 del cono sur de Lima Metropolitana, contando con una población de 2, 453,674 habitantes para el año 2020, atendiendo a pacientes de 13 distritos, siendo Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Santiago de Surco y Chorrillos los de mayor concentración de habitantes. (2)

2.1 Población

La población relacionada, según el informe de DIRIS Lima Sur 2019, contaba con una población total de 2,415,264. La población según su género se dividió en 1,176,268 varones y 1,238,996 mujeres, de las cuales 780,085 se encuentran en edad fértil. Según su etapa de vida, de 0 a 11 años fueron 458,744 habitantes, de 12 a 17 años fueron 236,972, de 18 a 29 años, 519,170; de 30 a 59 años, 932 434 habitantes; de 60 años a más un total de 267 944 habitantes. (2)

2.2 Áreas de trabajo y Servicios

El Hospital María Auxiliadora cuenta con 5 departamentos principales divididos en especialidades: Medicina, Gineco-obstetricia, Pediatría, cirugía y emergencia. (1,2)

- Medicina: cardiología, dermatología, endocrinología, enfermedades infecciosas y tropicales, gastroenterología, geriatría, hematología, medicina física y rehabilitación, medicina interna, nefrología,

neumología, neurología, psiquiatría, reumatología, oncología, medicina complementaria.

- Gineco-obstetricia: ginecología, obstetricia, centro obstétrico
- Pediatría: Pediatría y neonatología
- Cirugía: Cirugía general, cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía de tórax y cardiovascular, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y ortopedia, urología.
- Emergencia y cuidados críticos: Medicina, gineco-obstetricia, cirugía, pediatría, neonatología, traumatología, área COVID y unidad de traumashock.

Todos los departamentos de Medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia cuentan con áreas de hospitalización, consulta externa, emergencia y teleconsulta.

Además, cuenta con otras especialidades como: odontoestomatología, psicología, radiología, laboratorio clínico, banco de sangre y centro internacional de vacunación.

2.3 Distribución y capacidad

El hospital cuenta con un edificio principal de 8 pisos con la siguiente distribución:

- Sótano: consultorios externos, área de nutrición y comedor, aérea de lavandería, archivo.
- Primer nivel: consultorios externos, departamento de emergencia, laboratorio clínico central y de emergencia, unidad de diagnóstico por imagen y área administrativa.
- Segundo nivel: Sala de operaciones (6 salas), área de recuperación.
- Tercer nivel: Centro obstétrico (8 de dilatación, 10 camas de puerperio inmediato, sala de parto), Unidad de Cuidados intensivos (8 camas), área de esterilización.

- Cuarto nivel: Hospitalización gineco-obstetricia (42 camas), hospitalización Neonatología.
- Quinto nivel: Hospitalización cirugía general y especialidades (60 camas)
- Sexto nivel: Hospitalización de medicina (36 camas), unidad de hemodiálisis (2) Hospitalización oncología, hospitalización geriatría
- Séptimo nivel: Hospitalización de pediatría (20 camas), Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (4 camas).

2.4 Situación en Pandemia

- Las atenciones ambulatorias por consultorio externo se limitaron debido a la situación de pandemia llegando a 277 591 atenciones, cifra reducida en comparación al año 2019 con un total de 661 087 atenciones por consulta externa. (2,3)
- En comparación al año 2019 en donde se realizaron un total de 13133 intervenciones quirúrgicas, en el año 2020 se registraron 4911 cirugías. Esto debido a que se limitaron las intervenciones a pacientes ambulatorios o procedentes de consulta externa para cirugías electivas y sólo se realizaron cirugías de emergencia debido a la situación de la pandemia.
- En el año 2020 se registraron 2791 atenciones a pacientes con “Infección debida a coronavirus, sin otra especificación”, siendo la cuarta patología con mayor frecuencia de las principales causas de morbilidad en el departamento de Emergencia.

Tabla1: Número de pacientes atendidos en servicios de Hospital María Auxiliadora – años 2019 y 2020

Vía de atención	2019	2020
Consulta Externa	661,086	277,591
Emergencia	97,846	63,754
Hospitalización - Egresos	17,287	15,287
Nacimientos	5,768	1,945
Intervenciones quirúrgicas	13,133	4,911

*Boletín estadístico HAMA 2019 y 2020

- Se registró un aumento en la mortalidad de hospitalización en el año 2020, teniendo un aumento considerable por el área COVID 2020
- En el año 2020 se registró el mayor número de pacientes fallecidos en el área COVID del departamento de emergencia con un total de 673 fallecidos.
- Muerte materna: 5 fallecidas en el 2020, 3 de ellas a causa de infección por SARS Cov2.

Tabla 2: Mortalidad de pacientes en área Hospitalaria y Emergencia – años 2019 y 2020

Mortalidad	2019	2020
Hospitalaria	389	999
Emergencia	727	675

*Boletín estadístico HAMA 2019 y 2020

- El número de camas se redujeron al 70% en las áreas de hospitalización como medida preventiva para mantener mayor espacio entre los pacientes y así evitar la transmisión del virus.
- Se restringió el acceso a sala de operaciones a alumnos de medicina, incluidos internos de medicina en las rotaciones de cirugía y gineco-obstetricia.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Pediatría

3.1.1 Caso clínico 1

El Perú ocupa uno de los primeros lugares de mayor población con tuberculosis en América, siendo el primer lugar de pacientes con tuberculosis multidrogoresistente y extensamente resistente en la región y el mundo. La tuberculosis es considerada una enfermedad “familiar”, la mayor parte de transmisiones persona-persona en un paciente pediátrico se da en el hogar, usualmente por un familiar cercano, adulto bacilífero con el que tiene contacto frecuente y repetido. Si bien la afectación pulmonar es la más frecuente en todos los grupos etarios, la población pediátrica tiene mayor riesgo a desarrollar la enfermedad y muestra una tendencia a la expresión de presentaciones extrapulmonares debido a que, a diferencia de como ocurre en los adultos, aquí no hay una reactivación de una infección latente, sino que se da una progresión primaria por diseminación linfohematógena. (4-6)

La afectación del Sistema Nervioso Central es la forma de infección con peor pronóstico por su alta mortalidad. Se da de un 5 a 10% del total de casos de tuberculosis extrapulmonar, puede presentarse de tres diferentes formas: meningitis tuberculosa, tuberculoma (meníngeo o cerebral) y absceso tuberculoso, siendo la meningitis la presentación más frecuente. Los granulomas tuberculosos aislados, sin afectación de meninges es una forma infrecuente de presentación. (7)

El diagnóstico de tuberculosis en el sistema nervioso central es complicado en pacientes pediátricos si se considera que sólo la mitad de ellos tienen la prueba cutánea de tuberculina positiva y hasta el 60% tienen radiografía de tórax normal. El contacto con un caso sospechoso o confirmado de TBC también ayuda al diagnóstico. El diagnóstico por imagen no resulta ser determinante debido a que los granulomas tuberculosos podrían simular distintas patologías dependiendo de su estadio evolutivo incluyendo neoplasias malignas (7,8)

En el caso presentado no había alteraciones del LCR obtenido por punción lumbar ni clínica o imágenes sugerentes de una meningitis por TBC. Los resultados de pruebas como la baciloscopia, PPD, así como la radiografía de tórax no eran sugerentes de tuberculosis. Los estudios con imágenes demostraron una lesión intracraneal con características sugerentes de una neoplasia, edema perilesional. El optar por un estudio de Resonancia magnética con espectroscopia concluyó que se trataba de un proceso infeccioso específico, por lo que se optó iniciar una prueba terapéutica con esquema antituberculoso

Según la “Norma técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis” del Ministerio de Salud del año 2018, el tratamiento de pacientes menores de 15 años con compromiso del Sistema Nervioso Central tiene una duración de 12 meses dividido en dos fases: la primera de 2 meses de tratamiento diario con el núcleo básico de Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol; y una segunda fase de 10 meses de tratamiento diario con isoniacida y rifampicina. Además, se indica añadir corticoterapia sistémica por un periodo de 2 a 4 semanas cómo se realizó en la paciente. Posterior al alta hospitalaria fue contra referida al centro de salud cercano a su domicilio para continuar tratamiento. (9)

Tabla 3: Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas menores de 15 años (9)

Medicamentos	Primera fase		Segunda Fase	
	Diaria		Tres veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	10 (10-15)	300mg	10 (10-20)	900mg
Rifampicina (R)	15 (10-20)	600mg	15 (10-20)	600mg
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	1500mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200mg		

*Norma Técnica de Salud para atención integral de las personas afectadas por la tuberculosis

3.1.2 Caso clínico 2

La hidatidosis es una enfermedad zoonótica producida por el parásito *Echinococcus Granulosus*, se caracteriza por la presencia de quistes a nivel hepático, pulmonar y en otras localizaciones no habituales. La hidatidosis humana es una enfermedad importante en Perú, a predominio de la sierra central, si bien no es tan prevalente como en otros países sudamericanos como Argentina, Chile y Uruguay, quienes tienen más medidas para la prevención, control y vigilancia de esta enfermedad, no es raro encontrar esta patología, aún más en zonas rurales o dedicadas a la ganadería. (10,11)

Los signos y síntomas de la hidatidosis pulmonar son muy variables siendo las manifestaciones respiratorias el principal motivo de consulta, el paciente presenta frecuentemente dolor torácico, fiebre, tos seca, disnea, expectoración hemoptoica o purulenta y la característica vómica. La paciente presentó la mayoría de estos síntomas de manera insidiosa. (12)

Para el diagnóstico se prefiere el estudio con imágenes sobre las pruebas de laboratorio debido a que casi la totalidad de pacientes presentan hallazgos anormales. La radiografía de tórax es un método simple y a la vez fundamental para llegar al diagnóstico, es necesario la realización de una ecografía

abdominal para la búsqueda de otras localizaciones, principalmente hepáticas. (13)

Las pruebas inmunológicas como Elisa o Western Blot presentan una menor sensibilidad debido a que una ubicación pulmonar genera menor reacción inmunológica. (10,12)

Para el tratamiento de la hidatidosis existen cuatro alternativas, dependiendo de las características del quiste, su ubicación y los riesgos para el paciente: la cirugía, el PAIR (punción, aspiración, inyección, respiración), tratamiento farmacológico y la observación sin mayor intervención. La cirugía es el tratamiento de elección en los quistes gigantes, complicados, sobreinfectados o con riesgo de ruptura. En el caso de la paciente se indicó, previo a la cirugía, tratamiento médico con albendazol. Este medicamento antiparasitario es utilizado como tratamiento complementario a la cirugía con el fin de evitar la diseminación secundaria a partir de quistes hidatídicos fértiles, siendo indicado 30 días previos a la intervención quirúrgica y 60 días postoperatorio para disminuir la tasa de recurrencia. (10,14)

3.1.3 Caso clínico 3

La paciente llega a emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de más de dos semanas, describiendo un bulto doloroso en la región submentoniana asociado a picos febriles; a la exploración física se evidencia una lesión tipo granuloma en la mejilla derecha, además de que en la anamnesis como antecedente epidemiológico de importancia se describe que tiene de mascota un gato bebe; todos estos datos obtenidos son muy sugestivos de diagnóstico de la enfermedad por arañazo de gato que se caracteriza típicamente por presentar linfadenopatía regional autolimitada; sin embargo dentro de las manifestaciones clínicas también se presenta afectación de órganos viscerales, oculares y neurológicos.

El microorganismo causante es la *Bartonella henselae* y puede persistir en el gato hasta por más de un año. luego de la inoculación en los humanos, esta causa linfadenopatía regional a través de una reacción inflamatoria aguda. un signo patognomónico de esta enfermedad es la linfadenopatía regional que

se presenta proximalmente al sitio de inoculación y aparece aproximadamente 2 semanas después; la ubicación del ganglio depende del sitio de inoculación, pero los sitios más comunes son linfáticos axilares, cervicales, supraclaviculares y submandibulares; estos ganglios se presentan dolorosos y con eritema en la piel circundante, muy raramente llegan a supurar y miden habitualmente entre 1 a 10 cm. la manifestación clínica con afectación de órganos viscerales es mucho menos frecuente, pero de importancia si se presenta en los niños; puede afectar hígado y bazo; estos pacientes presentan picos febriles persistentes y dolor abdominal. es importante si se sospecha de este compromiso hacer una tomografía computarizada de abdomen donde se mostrará múltiples defectos en hígado y bazo o en ecografía abdominal se evidenciaron como áreas hipoeoicas; en la paciente se realizó ecografía abdominal para descartar microabscesos hepáticos o esplénicos, pero la ecografía fue normal; por lo que no hay compromiso visceral. para establecer el diagnóstico definitivo se deben realizar exámenes auxiliares de pruebas serológicas como el ensayo de fluorescencia indirecta (IFA) y el ensayo inmunoabsorbente enzimático (EIA); el Hospital María Auxiliadora no cuenta con estos exámenes, por lo que se acudió a epidemiología para notificar el caso y enviar muestra de suero al instituto nacional de salud; aunque los resultados demoran una semana. además de las pruebas serológicas, el cultivo también es posible, pero de crecimiento muy lento y necesita condiciones específicas para su crecimiento, ya que puede demorar hasta un periodo de 21 días; por ejemplo, las muestras de hemocultivo deben recolectarse en tubos aislantes para adultos o pediátricos (Wampole, Cranbury, NJ) o en tubos de sangre que contengan ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) para aumentar la probabilidad de aislar *B. henselae*. (15)

Dentro del tratamiento brindado a la paciente, ya con diagnóstico de adenitis submentoniana abscedada por alta sospecha de enfermedad por arañazo de gato, como primera medida de antibioticoterapia se brindó clindamicina; aunque según las guías y últimos estudios no presentan a este antibiótico como tratamiento para esta patología. En pacientes con linfadenitis regional se sugiere un ciclo de azitromicina, la cual se brindó a la paciente como terapia adicional a la clindamicina, con esto se evidenció disminución del volumen del

ganglio submentoniano hasta en un 80% de su tamaño original. A la paciente se le realizó el drenaje de absceso, aunque según las guías habitualmente no se recomienda el drenaje quirúrgico de los ganglios afectados, pero en ciertos pacientes puede ser necesario, ya que alivia rápidamente el dolor o en pacientes inmunodeprimidos, donde el proceso infeccioso se torna persistente. en los pacientes que no responden a la terapia, se reevalúa y se repite el tratamiento con azitromicina y rifampicina por 5 días más. (16)

3.1.4 Caso clínico 4

Se considera sífilis congénita en un recién nacido con uno o más de las siguientes condiciones: 1) todo producto de gestación de una gestante con sífilis y sin tratamiento completo o adecuado.

2) todo producto de gestación o menores de 2 años de una madre con sífilis reactiva en prueba serológica (RPR) e incluye laboratorialmente un recién nacido que tenga serología positiva en pruebas no treponémicas y que tenga en diluciones dos veces más que las diluciones de la madre; también la detección de anticuerpos IgM por FTA Abs o prueba de microscopia por campo oscuro para demostrar al *Treponema pallidum*. En caso del paciente, su madre, solo recibió una dosis de penicilina y fue dada una semana antes del nacimiento, por lo que el recién nacido sería diagnosticado de sífilis congénita.

el tratamiento de las gestantes o puérperas se iniciará de forma inmediata cuando se tenga el resultado reactivo positivo del RPR; aquí se inicia la primera dosis inmediatamente y se deberá tomar muestra para el RPR cuantitativa; en situaciones en las que el RPR no esté disponible a la semana de iniciada la primera dosis, se completara el tratamiento con 3 dosis de penicilina G benzatínica una dosis por semana. Además, es considerado que el tratamiento ha sido adecuado cuando la gestante recibió la última dosis de Penicilina G 4 semanas previas al parto. (17)

los recién nacidos de madre con sífilis positiva no tratada o tratada de manera inadecuada debe ser de manejo hospitalario. El antibiótico de elección es la penicilina G sódica 50,000 U/kg/dosis EV c/12h en los primeros 7 días de vida

y si es después de los 7 días de vida, la dosis se recibirá c/8 h por un total de 10 días. se deberá realizar también una punción lumbar para descartar infección por neurosífilis, de ser positivo el examen de LCR se deberá completar el tratamiento por 14 días. en caso el recién nacido presente resultados de RPR (-) solo recibirá una dosis de penicilina G benzatínica de 50,000 U/kg IM. (17)

3.2 Gineco-Obstetricia

3.2.1 Caso clínico 1

América Latina sigue siendo una de las regiones con más altas tasas de embarazo adolescente, y el Perú no es ajeno a esta situación, considerando que a nivel nacional una de cada diez adolescentes entre 15 y 19 años ya ha sido madre. Sin embargo, esta situación varía dependiendo de factores sociodemográficos en los que vive la adolescente. Podría decirse que pese a los esfuerzos que brinda el estado para la prevención de embarazo adolescente, estos resultan insuficientes debido a que las cifras no se han modificado a favor estos últimos años, considerándose un problema de salud pública en nuestro país. (18,19)

Los factores de riesgo asociados al embarazo son múltiples, pero toman mayor protagonismo los factores socioeconómicos, siendo el lugar de residencia, el quintil de riqueza y el nivel educativo de la adolescente los de mayor importancia. Las adolescentes que residen en zonas rurales presentan mayores tasas de embarazo, siendo la selva la región natural con más casos. Las adolescentes en situación de pobreza y sin acceso a educación también presentan más casos de embarazos a temprana edad (19).

Los embarazos adolescentes son considerados embarazos de alto riesgo debido a las complicaciones perinatales que se pueden presentar: aborto, amenaza de aborto, ruptura prematura de membranas, infección de tracto urinario, desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal, etc. Estas complicaciones están asociadas a muerte materna en adolescentes, siendo

las principales causas directas el aborto séptico, las infecciones y hemorragia y toxemia las de mayor importancia. (18-22)

Un estudio realizado en el Hospital María Auxiliadora demuestra que del año 2009 al 2018 las adolescentes entre 11 y 15 años atendidas alcanzaron el 10,4% del total de gestantes. Si bien el Hospital María auxiliadora atiende a población residente de zonas urbanas, muestra una alta tasa de embarazo adolescente, atendiendo a poblaciones de bajos recursos económicos y de difícil acceso a salud y educación. (23,24)

3.2.2 Caso clínico 2

Los miomas uterinos son los tumores benignos de útero más frecuentes. Se estima que hasta un 60% de mujeres llegan a desarrollar miomatosis uterina a lo largo de la vida, siendo entre la cuarta y quinta década la edad con mayor incidencia. La mayoría de los miomas uterinos son asintomáticos, pero puede presentarse clínica que afecte la calidad de vida de la paciente como dolor, sensación de presión pélvica y sangrado uterino anormal, siendo la hipermenorrea el principal motivo de consulta. Los miomas también son causa de anemia, infertilidad, alteración en la implantación, subfertilidad, abortos recurrentes y parto pretérmino. (25-27)

En la evaluación de una paciente con miomatosis uterina se puede encontrar un útero aumentado de tamaño. Si está asociado a sangrado es fundamental solicitar un hemograma, hemoglobina y hematocrito, además de perfil de coagulación, grupo y factor sanguíneo por la posibilidad de requerir transfusión sanguínea. También podría solicitarse exámenes prequirúrgicos por la posibilidad de cirugía electiva como tratamiento. El examen de imagen elegido es la ecografía que es eficaz para localizar los miomas, determinar número y dimensiones, además de ser de bajo costo y fácil acceso. (28)

El tratamiento de miomatosis uterina se divide en tratamiento médico, no quirúrgico y quirúrgico. El tratamiento médico debe adaptarse a aliviar los síntomas, están indicados el uso de AINES, Anticonceptivos orales

combinados, DIU de levonorgestrel, agonistas de la GnRH, antiprogestágenos. (26,27)

El tratamiento no quirúrgico consiste en la embolización de la arteria uterina y la ablación ecográfica. El tratamiento quirúrgico es usualmente el de elección, la miomectomía es útil para pacientes que desean conservar su fertilidad y puede realizarse por vía laparoscópica o por laparotomía. La histerectomía es el tratamiento quirúrgico definitivo y el de elección por tener una tasa de satisfacción mayor al 90%. (27,28)

3.2.3 Caso clínico 3

Se presenta a emergencia una paciente con antecedente de gestación de 12 semanas, pero con sangrado vaginal, dando como primera posibilidad diagnóstica un aborto. a la exploración física la paciente se encuentra febril y a la especuloscopia se hallan restos con mal olor, lo que nos da diagnóstico de aborto séptico. esta patología es una complicación grave del aborto que puede desencadenar cuadros de sepsis, shock séptico y consecuente disfunción multiorgánica. Dentro de la etiología principal es la infección ascendente producida por bacterias Gram negativas y anaerobias; es consecuencia del aborto espontaneo complicado, y de maniobras abortivas; tiene como factores de riesgo: edad materna extrema, multiparidad, antecedentes de aborto previo y embarazo no deseado. dentro del cuadro clínico es un aborto incompleto con fiebre >38°C y sangrado vaginal o restos ovulares con mal olor.

presenta 4 estadios: 1) endometritis (limitado al útero) 2) anexitis 3) pelviperitonitis (compromete órganos pélvico) 4) shock séptico (hipotensión, oliguria, hipotermia). La infección se limitaba a la cavidad uterina, por lo que se encontraba en estadio 1. según las guías el manejo inicial que se debe tener es la hidratación con cloruro de sodio EV, iniciar tratamiento antibiótico con ampicilina 1g EV c/6h y gentamicina 5 mg/kg EV c/24h o clindamicina 600 mg EV y gentamicina 5 mg/kg EV c/24h; como se dio en caso de la paciente. Los esquemas de tratamiento según guías internacionales consisten en terapia triple Gentamicina (5 mg/kg/24 h EV) + ampicilina (2 g EV c/4h) +

clindamicina (900 mg IV c/8h) o Gentamicina (5 mg/kg/24 h EV) + ampicilina (2 g EV c/4h) + metronidazol (500 mg EV c/8h) o Levofloxacin (500 mg EV c/24h) + metronidazol (500 mg EV c/8h). (29)

ya estabilizada la paciente y con tratamiento antibiótico se procede al tratamiento quirúrgico que dependerá del estadio clínico en el que se encuentre (legrado uterino, histerectomía abdominal total, histerectomía abdominal total + salpingooforectomía) (30)

Para el tratamiento quirúrgico, la aspiración manual por vacío (AMEU) es la técnica preferida para el tratamiento de la pérdida del embarazo en el primer trimestre entre las 8-10 semanas de gestación. La aspiración por vacío es más segura, más eficaz y mejor tolerada por pacientes despiertas en comparación con el legrado uterino. El legrado uterino no debe utilizarse como medio para evacuar el útero en esta patología. (29)

3.2.4 Caso clínico 4

La paciente llega referida de centro de salud de primer nivel ya con el diagnóstico de embarazo ectópico complicado y ecografía como examen auxiliar. Esta patología es la implantación de un óvulo fecundado en un lugar diferente de la cavidad uterina, se le da el nombre de complicado cuando se rompe originando hemorragia.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran EPI, embarazo ectópico anterior, uso de DIU, síndrome adherencial; la paciente cuenta con uno de los factores de riesgo, ya que como antecedente tuvo un aborto hace 1 año.

el cuadro clínico se caracteriza por dolor abdomino pélvico agudo, tumoración anexial dolorosa, dolor a la movilización del cérvix y sangrado en cantidad variable; en el caso de ectópicos complicados puede presentarse además signos de hipovolemia y de irritación peritoneal. en la ecografía se puede evidenciar un útero con decidua hiperplásica, presencia de masa anexial y líquido libre en fondo de saco en caso de ectópico complicado.

dentro del tratamiento 1) Vía endovenosa calibre n°18 con cloruro de sodio 2) Control de Hemoglobina 3) BHCG 4) Laparotomía. (29)

En el caso expuesto la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, pero es igual de importante colocar las vías periféricas de grueso calibre para

hidratación a chorro, si es que comienza a presentar signos de shock. El tratamiento definitivo de un embarazo ectópico es el manejo quirúrgico siendo la cirugía laparoscópica el abordaje estándar para esta patología. La mayoría de los embarazos ectópicos, incluso en presencia de hemoperitoneo, pueden tratarse mediante un procedimiento laparoscópico. Sin embargo, según las guías, para los pacientes con hemorragia aguda, se prefiere la laparotomía. La elección del abordaje quirúrgico debe realizarla el cirujano con la consulta del anestesiólogo y teniendo en cuenta el estado clínico del paciente. en la paciente se decidió una laparotomía exploratoria por la presencia de hemoperitoneo, aunque se pudo haber tenido un abordaje laparoscópico, el hospital en ese momento no contaba con este recurso. El riesgo de una laparotomía exploratoria es que puede provocar una mayor pérdida de sangre y requerir sutura porque se trata de una incisión miometrial, en comparación la técnica laparoscópica que resulta en un tiempo de operación significativamente más corto, menor pérdida de sangre perioperatoria, menor duración de la estancia hospitalaria y, menor tiempo de convalecencia. (29)

3.3 Medicina Interna

3.3.1 Caso clínico 1

Hasta un tercio de los pacientes diabéticos presentan afectación cutánea debido a que la piel de estos pacientes está sometida a efectos directos de la hiperglicemia y a los déficit o resistencia a la insulina. También están implicadas anomalías macro y microvasculares, mayor alteraciones neuropáticas y predisposición a infecciones. Los pacientes diabéticos mal controlados tienen mayor incidencia de infecciones cutáneas que se caracterizan por ser de mayor gravedad, más resistentes al tratamiento y con tendencia a la cronicidad. (31,32).

Si bien no es totalmente aceptado el término “mano diabética”, existe en la literatura la descripción del “Síndrome de mano del diabético” que es definido como el conjunto de manifestaciones clínicas producidas por un origen vascular, neuropático e infeccioso debido a una hiperglucemia crónica en un

paciente con antecedente traumático que produce una lesión directa sobre la piel a nivel de miembro superior. La infección de partes blandas puede traer complicaciones como osteomielitis, amputación parcial o total de miembro e incluso la muerte del paciente. (33,34)

Las manifestaciones clínicas van desde síntomas locales hasta sistémicos. La presencia de inflamación local, secreciones purulentas o crepitaciones indican infección local, pero la ausencia de estos síntomas no la descarta. Los síntomas sistémicos como la fiebre, al igual que el hallazgo de leucocitosis en el hemograma sólo se presenta en un tercio de los casos de infección, considerando que la respuesta inmune está disminuida en estos pacientes lo cual también favorece la rápida progresión de la infección. (35)

Iniciar un tratamiento antibiótico empírico de la manera más precoz, previa toma de cultivo de secreción o tejido, clasificando el cuadro clínico según la severidad en leve, moderado-grave, muy grave. En la siguiente tabla se muestran los antibióticos recomendados según severidad. (36)

Tabla 4: Antibioterapia empírica de las infecciones de tejidos blandos en diabéticos. (36)

Infección	Primera elección	Alternativa
Leve	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina – ácido clavulánico VO 	<ul style="list-style-type: none"> • Levofloxacino o moxifloxacino VO • Clindamicina VO • Cotrimoxazol VO
Moderada – grave	<ul style="list-style-type: none"> • Ertapenem IV • Linezolid IV/VO o Vancomicina IV 	<ul style="list-style-type: none"> • Piperacilina-Tazobactam IV o • Amoxicilina – ácido clavulánico IV o • Cefalosporina de tercera generación IV o fluoroquinolona IV/VO + Metronidazol IV/VO
Muy grave	<ul style="list-style-type: none"> • Imipenem o meropenem IV o • Piperacilina-Tazobactam IV + Linezolid IV o Vancomicina IV 	<ul style="list-style-type: none"> Tigeciclina IV + + Fluoroquinolona IV o Amikacina IV

*Cárdenas AO, Wu YCL. Antibioterapia empírica de las infecciones en el pie diabético

Es importante obtener los resultados de cultivos para poder mejorar la antibioticoterapia hacia un agente específico. La duración del tratamiento es de 7 a 14 días según la evolución del paciente. Aunque la antibioticoterapia

es de gran importancia, el tratamiento quirúrgico, que incluye desbridamiento y limpieza quirúrgica, puede ser un factor determinante para la resolución del cuadro. (36)

3.3.2 Caso clínico 2

La criptococosis es una micosis causada por dos hongos levaduriformes encapsulados del género *Cryptococcus*, *C. neoformans* y *C. Gatti*. Esta infección se presenta con mayor frecuencia en pacientes con inmunosupresión, alcanzando un 78% de los casos de VIH SIDA, por lo que la criptococosis del sistema nervioso central es un marcador centinela para la infección por VIH. (37)

Los síntomas y signos principales son confusión y alteración del estado mental, cefalea, náuseas y vómitos, fiebre, signos meníngeos, signos de focalización, hidrocefalia e hipertensión endocraneana, y en los casos más graves convulsiones y coma. (38)

Los exámenes auxiliares para el diagnóstico se basan en el estudio de LCR: la citoquímica generalmente se presenta con pleocitosis linfocitaria, leve aumento de proteínas y glucosa baja. La identificación microscópica de las levaduras encapsuladas compatibles con *C. neoformans* spp en tinta china es positiva en 70 -90% de los pacientes con SIDA. (37)

Para el tratamiento de meningoencefalitis criptocócica en pacientes infectados con VIH, se recomienda como terapia de primera línea la Anfotericina B deoxicolato (AmBd; 0.7 – 1 mg/kg/día por vía intravenosa [IV]) más flucitosina (100 mg/kg/día por vía oral en 4 tomas, seguido de fluconazol (400 mg [6 mg/oral [VO]]) durante un mínimo de 8 semanas (A-I). O el tratamiento alternativo de AmBd (0,7 mg/kg/día IV) y fluconazol (800 mg/día VO) durante 2 semanas, seguido de fluconazol (800 mg/día VO) durante un mínimo de 8 semanas (B-I). (39)

En el repositorio de medicamentos del Hospital María Auxiliadora no se cuenta con Flucitosina. La NTS N° 097 del MINSA “Norma Técnica de Salud de atención integral del Adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia

Humana (VIH)” indica “AmB 0.7 a 1 mg/kg/día, por 2 semanas (Fase de inducción); Fluconazol 450 mg VO por 8 semanas (Fase de consolidación); Fluconazol 150mg VO de por vida (Profilaxis secundaria o terapia supresiva)”. Además de iniciar tratamiento TARGA en la fase de consolidación). (40)

3.3.3 Caso clínico 3

La paciente llega con antecedente de cirrosis hepática hace 4 años con tratamiento incompleto e irregular; por lo que llega en una fase descompensada, tener en cuenta que la cirrosis hepática es una fase avanzada de numerosos padecimientos inflamatorios crónicos que afectan el hígado. Dentro de la fisiopatología de la enfermedad destacan la inflamación, necrosis, regeneración y fibrosis evolutiva, a consecuencia de esto se desarrollan complicaciones diversas que incluyen la hipertensión portal, infecciones, ascitis, encefalopatía y hepatocarcinoma; entre los factores de riesgo asociados se encuentran el alcoholismo, infección por virus de hepatitis B y C, diabetes, exposición a toxinas y obesidad, es importante mencionar el cuadro clínico ya que, se puede sospechar de esta enfermedad mediante estigmas hepáticos (telangiectasias, eritema palmar), presencia de circulación colateral que indica hipertensión portal y cuando se observa prominentemente alrededor de la cicatriz umbilical se denomina “cabeza de medusa”, esta hipertensión también puede condicionar la presencia de ascitis, además de trastornos hematológicos que se pueden manifestar como petequias, equimosis, hematomas, epistaxis y gingivorragias. en los exámenes auxiliares de laboratorio se encuentra la hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia y disminución de la actividad de protrombina; en imágenes la prueba más usada es la ecografía, que revela datos sugestivos de hepatopatía crónica basándose en el tamaño del hígado y signos de hipertensión portal (esplenomegalia, ascitis). El diagnóstico se basa en manifestaciones clínicas, hallazgos laboratoriales y de imagen. a todo paciente diagnosticado de cirrosis hepática se debe utilizar la escala de Child Pugh, que servirá como pronóstico; esta escala evalúa parámetros de ascitis, encefalopatía, bilirrubina, albúmina y tiempo de protrombina. Según los exámenes auxiliares y la clínica de la paciente, está calificaba como estadio Child Pugh B. (41)

Dentro de la sintomatología de un paciente cirrótico descompensado con gran ascitis y picos febriles, la primera patología a sospechar es la peritonitis bacteriana espontánea que es definida como la infección del líquido ascítico sin una fuente intraabdominal evidente; la presencia, como se mencionó anteriormente se sospecha por el cuadro clínico que presenta (fiebre, dolor abdominal) y el antecedente de diagnóstico de cirrosis. bajo la impresión diagnóstica de esta patología o en presencia de ascitis, se debe hacer una paracentesis para analizar el líquido ascítico y poder establecer el diagnóstico definitivo. Las pruebas obtenidas en el líquido incluyen cultivos aeróbicos y anaeróbicos, recuento y diferencial celular, y química de fluidos (albúmina, proteína, glucosa, lactato deshidrogenasa, amilasa y, en algunos casos, bilirrubina). Se establece el diagnóstico de PBE con un recuento de células polimorfonucleares >250 células/mm³. al principio se estableció el diagnóstico de PBE por lo que como tratamiento se dio ceftriaxona, aunque los últimos estudios mencionan que el tratamiento antibiótico de elección es la cefotaxima 2 g EV c/8h, se puede utilizar también el ciprofloxacino en una dosis de 400 mg EV c/12h. cabe recalcar que dentro del análisis del líquido ascítico es importante también determinar la gradiente albumino sérica ascítica (GASA), esta mide indirectamente el grado de hipertensión portal; si la relación es $>1,1$ g/dL el paciente tiene hipertensión portal y si es <1.1 g/dL la hipertensión portal no está presente. según el análisis de líquido ascítico de la paciente, ella cuenta con un GASA de 0.7; lo que nos aleja de la posibilidad de hipertensión portal y por tanto de la principal causa que es la cirrosis hepática; el GASA obtenido es compatible con exudado y que no es debido a hipertensión portal, siendo las principales causas de esta, la TBC enteroperitoneal y la carcinomatosis peritoneal; decidiendo hacer una tomografía abdominal completa, donde se describen múltiples masas implantadas en peritoneo y adenopatías, siendo muy sugestivo de carcinomatosis. (42,43)

Dentro de la etiología de la carcinomatosis, el cáncer de colon y el cáncer de ovario son los más frecuentes, por lo que se solicitan marcadores tumorales para ambas patologías. aunque haciendo unidad clínica, según la historia y exámenes de laboratorio, la paciente llegó con una anemia severa y sangrado oculto en heces, que es mucho más sugestivo de cáncer de colon, ésta se

presenta como una enfermedad variable que va desde crecimiento benignos iniciales hasta cáncer invasivo, y por lo general son tumores epiteliales derivados de adenomas, como factores de riesgo principal se encuentra el pólipo adenomatoso. La incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad y está influenciado tanto por factores genéticos como los estilos de vida. dentro del cuadro clínico, este generalmente es asintomático hasta que el tumor cause obstrucción o como consecuencia del sangrado generalmente microscópico cause anemia, además de síntomas constitucionales como la pérdida de peso sin causa aparente y debilidad generalizada. (44)

3.3.4 Caso clínico 4

El paciente llega con el antecedente de gonartrosis severa y de infiltración previa de calmantes mediante punción en la articulación, lo que contrastado con la clínica presente de aumento de volumen y flogosis en la articulación, la primera posibilidad diagnóstica es la artritis séptica, esta patología hace referencia al proceso inflamatorio que se origina por la colonización del microorganismo en una articulación .se puede clasificar en base a su etiología según los diferentes grupos de microorganismos (viral, parasitaria, bacteriana y fúngica). La clasificación etiológica según el grupo etario también es importante mencionarla, *S. aureus* es 70% prevalente en pacientes >50 años; gonococo en pacientes entre 16-50 años y *Haemophilus* en pacientes <2 años; cabe recalcar que esta etiología no es exclusiva ya que factores como la inmunosupresión y procedimientos invasivos previos pueden relacionarse a agentes patógenos diferentes. Como principales factores de riesgo está la edad extrema, pacientes inmunosuprimidos, pacientes de usuarios de droga por vía parenteral, instrumentalización previa, infección por VIH, lesión previa de la articulación (AR, LES, gota, artrosis). dentro de los criterios diagnósticos: monoartritis, oligoartritis o poliartritis de inicio brusco febril, con líquido sinovial de características piógenas y cultivo positivo. Luego del diagnóstico inicial se debe empezar la antibioticoterapia empírica que se da por vía parenteral a dosis plenas hasta tener el resultado del cultivo y antibiograma. durante 14 días y luego a vía oral hasta completar 6 semanas. (45)

En pacientes en los que sospecha de infección por bacilos Gram (-), como es lo expuesto en el caso clínico se da tratamiento empírico con una cefalosporina de 3ra° generación (ceftriaxona) y en lo que son de origen traumático se agrega vancomicina. dentro del cultivo se aisló *Serratia marcescens* que es un bacilo Gram negativo, generalmente intrahospitalario, lo que es compatible con el antecedente que describe el paciente. (46)

3.4 Cirugía

3.4.1 Caso clínico 1

Se estima que actualmente cerca del 60% de todos los pacientes politraumatizados corresponden a eventos posteriores a un accidente del tránsito, presentando alta tasa de mortalidad, desplazando así otras enfermedades infecciosas en la estadística global, ubicándose en el tercer o cuarto lugar entre las principales causas de muerte por lo que es considerado un problema de salud pública y una pandemia a nivel mundial. (47)

Según la OMS, alrededor de 1,35 millones de personas mueren cada año como consecuencia de accidentes de tránsito. Los traumatismos causados por el tránsito son una causa importante de muerte a nivel mundial y son la primera causa de mortalidad en la población entre los 15 y 29 años, siendo los países con bajos y medianos recursos los que presentan mayor número de casos. (48)

El Perú posee una de las más altas tasas de mortalidad asociado a accidentes de tránsito en América Latina. Las regiones con mayor urbanización presentan un índice más alto de heridos y fallecidos por accidentes de tránsito, siendo Lima la región más afectada, seguido de Arequipa, La Libertad y Cusco. (49)

Las principales lesiones de accidentes de tránsito en motocicleta consisten en contusiones, erosiones y fracturas de miembros inferiores, se pueden producir por causas variadas como impacto directo contra otro vehículo, salir proyectados por el aire, caída o golpe en el momento de deslizarse por el suelo. (50)

La luxación posterior se da con mayor frecuencia que la anterior, es hasta 10 veces más frecuente que. Ésta se produce como resultado de una fuerza axial que actúa sobre el fémur con la cadera en flexión. Al producirse una luxación se rompen la cápsula, el ligamento redondo y el labrum. Al igual que pueden dañarse los músculos aledaños a la zona de lesión. Además, el traumatismo causa daño directo en los cartílagos articulares del acetábulo y fémur. (51)

La primera evaluación de este tipo de pacientes se da siguiendo el protocolo ATLS. El diagnóstico se establece clínica y radiológicamente. La radiografía simple se debe revisar de manera minuciosa para descartar lesiones asociadas importantes como fractura de cuello femoral que puede pasar desapercibida y desplazarse durante las manipulaciones cerradas. Se deben realizar proyecciones radiográficas adicionales si hay sospecha de lesión acetabular (proyecciones alar y obturatriz), pélvica (proyecciones outlet e inlet) o de otros huesos. Se recomienda la realización de tomografía computarizada (TC) después de la reducción cerrada o antes de la reducción abierta, lo cual aumenta la exactitud en la detección de fragmentos y detalle de la articulación afectada. (52)

En cuanto al tratamiento, la acción prioritaria es la reducción de urgencia intentándose inicialmente la reducción cerrada si no hay fractura de cuello femoral asociada. El factor pronóstico más importante es el tiempo transcurrido desde la lesión hasta la reducción. El riesgo de necrosis avascular disminuye 50% si la reducción se realiza antes de las primeras 12 horas y 80% si se reduce antes de las primeras seis horas. Las fracturas de la pared posterior del acetábulo que abarcan más del 40% son inestables y requieren osteosíntesis. (51)

3.4.2 Caso clínico 2

La Gangrena de Fournier es una enfermedad infecciosa caracterizada por una fascitis necrotizante de evolución fulminante que afecta a la región perineal, genital o perianal, presentando una rápida progresión y alta letalidad, siendo la etiología identificable en un 95% de los casos. La enfermedad ha sido descrita en ambos géneros, con edad promedio de presentación de 40 años

y una mayor prevalencia en hombres, con una relación 10 a 1 con el sexo femenino. Constituye una emergencia quirúrgica potencialmente letal con una gran variabilidad en las manifestaciones clínicas, la cual se ha visto incrementada por el aumento de la población inmunodeprimida. (53)

La gangrena de Fournier se caracteriza por tres hallazgos principales: afecta a hombres saludables de forma abrupta, progresa rápidamente y hay ausencia de un agente causal específico. Dentro de los factores predisponentes se encuentra la diabetes mellitus, el trauma local, fimosis, extravasación periuretral de orina, infecciones perianales o perirectales y cirugías como la circuncisión y la herniorrafía. Se asocian más comúnmente a diabetes en un 40 a 60% y a alcoholismo entre un 40 y un 50%.

La infección inicia generalmente con cuadro clínico de celulitis adyacente al sitio original de infección, dependiendo de la fuente de esta que comúnmente se encuentra en la región perineal. Los signos y síntomas locales son usualmente dramáticos y entre ellos se encuentran principalmente dolor, eritema y edema escrotal, generalmente asociados a fiebre. Es importante reconocer que en los estadios tempranos la enfermedad se manifiesta con lesiones cutáneas mínimas que dificultan el diagnóstico (54)

Los pilares fundamentales en el tratamiento de la Gangrena de Fournier son el manejo hidroelectrolítico y nutricional, la antibioticoterapia de amplio espectro y el desbridamiento quirúrgico amplio. Sin embargo, debemos tener en consideración que esta enfermedad constituye una emergencia quirúrgica, por lo que la remoción extensa de los tejidos desvitalizados no debe ser retrasada.

El objetivo de la cirugía es eliminar todos los tejidos no viables, controlar la progresión de la infección local y aliviar la toxicidad sistémica. El desbridamiento quirúrgico debe ampliarse hasta que los tejidos estén bien perfundidos y se identifique tejido vital. El tejido que es fácilmente separado del plano fascial tiene que ser completamente eliminado. De ser factible, debe mantenerse puente de piel para evitar el ano flotante. La realización de colostomía debe evaluarse en forma particular y no plantearse de forma arbitraria en la primera intervención. Su objetivo es proteger la herida de la

contaminación fecal, de manera de bajar la carga bacteriana en el área cruenta y evitar que se perpetúe el cuadro infeccioso.

En relación con la terapia antibiótica se recomienda el uso de un triple esquema que cubran amplio espectro de gérmenes, incluyendo cefalosporinas de tercera generación o aminoglucósidos para gramnegativos, metronidazol o clindamicina para cubrir anaerobios y penicilina para especies de *Streptococo*. (53)

3.4.3 Caso clínico 3

Según la clínica de la paciente lo primero a plantear es un síndrome doloroso abdominal que, por relato cronológico y ubicación inicial del dolor, la primera posibilidad diagnóstica es la apendicitis aguda; este es un proceso inflamatorio agudo, de etiología generalmente obstructiva. Como cuadro clínico se presenta dolor epigástrico que migra a cuadrante inferior derecho, asociado a náuseas, vómitos, malestar general y fiebre; aunque la localización del dolor puede variar debido a las diferentes variantes anatómicas del apéndice cecal; el signo de McBurney es el más característico de esta patología.

se puede hablar de apendicitis complicada cuando el dolor es incrementado y difuso en abdomen, además presenta aumento de resistencia de la pared abdominal, dando signo de Blumberg generalizado. Dentro de los exámenes auxiliares, el hemograma presenta leucocitosis con desviación izquierda; la ecografía abdominal puede mostrar líquido libre o tumoración del apéndice cecal.

El tratamiento inicial es médico y consiste en NPO, reposición hidroelectrolítica EV, analgesia y antibioticoterapia con metronidazol o ceftriaxona; como adecuadamente se instauró el tratamiento oportuno en la paciente según se describen en las guías y seguidamente el tratamiento definitivo es el manejo quirúrgico que puede ser apendicectomía convencional o laparoscópica; aunque se prefiere la técnica laparoscópica por ser menos invasiva y brindar un menor tiempo de recuperación. (55)

3.4.4 Caso clínico 4

la paciente llega a emergencia de tópico de medicina presentando dolor abdominal, asociado a náuseas y vómitos localizado en cuadrante superior derecho; lo que es muy sugestivo de cólico biliar por lo que como examen auxiliar principal se le realiza una ecografía abdominal para descartar la presencia de cálculos biliares, que son la principal causa de dolor de causa obstructiva de vías biliares. En los resultados de la ecografía se evidencia múltiples litos vesiculares, una vesícula aumentada de tamaño y una pared muy engrosada. se realiza interconsulta a cirugía general para manejo de la patología, ya que, con el tratamiento médico, el cuadro de dolor no cede. La cirugía general da como diagnóstico colecistitis aguda y pase a su servicio para manejo médico y quirúrgico. la colecistitis aguda está asociada a cálculos en un 95%, y esta patología consiste en la inflamación aguda de la pared vesicular debida a obstrucción del conducto cístico por un cálculo, esta inflamación juega un papel muy importante en aparición de infección bacteriana. Dentro del cuadro clínico se presenta dolor tipo cólico biliar que no responde al tratamiento médico, fiebre, taquicardia, signos de Murphy positivo, leucocitosis, y signos ecográficos de inflamación en el área vesicular y presencia de litos; tal como se describe en la clínica de la paciente. (55)

En el tratamiento médico lo primero es estabilizar al paciente: suspender la vía oral, hidratación endovenosa, manejo del dolor con AINES, antibioticoterapia para cubrir la infección primaria bacteriana, ya que puede complicar el curso de la enfermedad, se recomienda ceftriaxona 1-2 g EV c/24h o ciprofloxacino 200 mg EV c/12h, durante 7 días o dependiendo de la evolución clínica y postoperatoria. (55)

El tratamiento definitivo es el manejo quirúrgico, pero es importante definir el momento de colecistectomía. La colecistectomía precoz se realiza dentro de las 72 horas y debe ser de urgencia en casos de perforación, peritonitis e inmunosuprimidos. La colecistectomía posterior a las 72 horas, usualmente se realiza 45 días hasta 8 semanas después de transcurrido el cuadro clínico con tratamiento médico. El tratamiento quirúrgico recomendado es el manejo laparoscópico, ya que frente a la cirugía convencional tiene menor riesgo de

sangrado, menor tiempo de estancia hospitalaria y menor tiempo de recuperación, pero esto dependerá de la disponibilidad y característica clínica de cada paciente. (55,56)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Todos los servicios de cada especialidad tienen diferentes campos que abordar y por tanto distintos diagnósticos a tratar, al igual que cada especialidad maneja su forma de abordaje en el paciente; en caso de las especialidades quirúrgicas se debe coordinar y estar en estrecho contacto con los requerimientos de sala de operaciones o en medicina interna, donde el abordaje y el examen físico es más detallado y generalizado. La labor del interno de medicina es realizar el reconocimiento inicial de cada síndrome y patología en el paciente; y que por el número de población que atiende el hospital María Auxiliadora, se trataba de un arduo trabajo, con horarios extendidos y guardias nocturnas, pero realizado con el mayor empeño. Estos hechos consiguieron brindar el sentido de responsabilidad y puntualidad, no solo con los pacientes, sino también con el entorno, tanto médicos, como compañeros internos y enfermeras.

Antes las adversidades presentadas debido a la pandemia COVID19 y sus causas subyacentes a esta, para la reincorporación se dieron normas y condiciones ya establecidas, que principalmente data de un horario reducido diario de seis horas y además de que el total de internos por rotación será dividido en periodos de quince días, que no fue lo suficiente para en caso de pacientes hospitalizados conocerlos y poder llevar un seguimiento profundo y detallado como se realizaba anteriormente, aquí se tuvo que pasar por procesos de adaptación y en algunos casos, quedarse horas extra para poder cumplir con una función adecuada y completa de la labor como internos. Una limitación mayor que se dio en este nosocomio fue que se prohibió la entrada a sala de operaciones, lo que repercutió enormemente en la formación total de

las especialidades quirúrgicas llevadas en este último año. Conforme pasaba el tiempo, la afluencia de pacientes era mayor, casi se iba tornando a la normalidad pre pandémica, lo que contrastaba con el personal de primera línea que seguía siendo menor, y la función desempeñada era mayor durante las jornadas.

Independientemente de los lineamientos impartidos por las autoridades y por parte del hospital, se agregan también momentos excepcionales, ya que el riesgo de contagio era alto; al igual que problemas familiares ocasionadas por pandemia; no solo desde el ámbito de salud, sino también el económico y social. Pese a las diferentes dificultades presentadas siempre se contó con el apoyo del entorno hospitalario laboral.

CONCLUSIONES

- La situación de la pandemia 2020-2021 fue complicada para todo el mundo, y los internos de medicina no estuvieron exentos de esto. Sin embargo, es necesario recalcar que los aprendizajes y experiencias que se obtienen en una institución como un hospital son irremplazables, a pesar de las limitaciones, temores y riesgos que se presentaron en este periodo.
- El internado médico es una etapa determinante e indispensable para todo estudiante de medicina, necesaria e irremplazable para la consolidación de conocimientos y la formación como médico.
- Si bien los internos fueron reincorporados luego de un periodo en el que se planificó su retorno de la manera más segura y organizada posible dentro de la situación, existieron muchos vacíos y carencias.

RECOMENDACIONES

- Crear una estadística con los problemas y limitaciones de los internos durante este año de pandemia para poder mejorar su situación dentro de hospitales o centros de salud.
- Supervisar el cumplimiento de los decretos emitidos por el estado para asegurar la protección y bienestar de los futuros internos de medicina.
- Priorizar la permanencia de internos de medicina en instituciones de salud con mayor nivel de atención y resolución.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/>
2. BOLETIN ESTADISTICO: HMA EN CIFRAS – AÑO 2020 [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/estadistica/HospMarAuxiCifras2020.pdf>
3. COMPENDIO ESTADÍSTICO 2019 - HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA. :219.
4. Mendoza-Ticona A. Perú: aún estamos lejos de curarnos de la tuberculosis. Acta Médica Perú. octubre de 2018;35(4):195-6.
5. Díaz MT, Velásquez AMT, Mendoza NDC. Tuberculosis extrapulmonar en pediatría: un reto diagnóstico. Médicas UIS [Internet]. 25 de abril de 2013 [citado 12 de abril de 2021];26(1). Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/3582>
6. Niederbacher Velásquez, J. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN NIÑOS. Neumol Pediatr 2015; 10 (4): 160 - 168 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.savagnet.cl/revistas/neumo_ped_octubre_2015/files/assets/common/downloads/NEUMOLOG.pdf#page=19
7. Ramírez M, Cortés E, Betancur J, Garcés C. Tuberculosis cerebral sin meningitis en un niño inmunocompetente. Rev Chil Infectol. abril de 2018;35(2):207-12.
8. Álvarez-Salgado JA, Ruiz-Ginés JA, Fuentes-Ventura CD, Gonzales-Sejas AG, Belinchón de Diego JM, González-Llanos Fernández de Mesa F, et al.

Tuberculoma intracraneal simulando neoplasia maligna: Caso clinico y revision de la literatura. Neurocirugía. diciembre de 2011;22(6):600-4.

9. Guía MINSA TBC 2018 [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en:<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
10. Montero LG, Breña MR. Hidatidosis humana en el Perú. Apunt Cienc Soc [Internet]. 24 de junio de 2015 [citado 12 de abril de 2021];5(1). Disponible en: <http://journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/303>
11. Larrieu E, Belloto A, Arambulo Iii P, Tamayo H. Echinococcosis quística: epidemiología y control en América del Sur. Parasitol Latinoam. enero de 2004;59(1-2):82-9.
12. Rafael A, Ramos W, Peralta J, Rojas L, Montesinos E, Ortega-Loayza AG. Hidatidosis pulmonar en un hospital de Lima, Perú: experiencia en 113 pacientes. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2008;25(3):285-9.
13. V JA, D MC, A CF, R ER. Quiste hidatídico pulmonar en niños. Cuad Cir. 14 de mayo de 2018;16(1):16-9.
14. Noemí H. I, Viovy A. A, Zamorano P. R, Blanco M. Á, Revello P. D, Vojkovic L. M, et al. Hidatidosis en la infancia: Albendazol en su tratamiento médico y quirúrgico. Rev Chil Infectol. 2003;20(4):229-34.
15. Microbiology, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of cat scratch disease - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/microbiology-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cat-scratch-disease?search=bartonella%20henselae&source=search_result&selectedTitle=1~50&usage_type=default&display_rank=1#H1
16. Treatment of cat scratch disease - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch->

disease?search=bartonella%20henselae&topicRef=5532&source=see_link

17. 5015.pdf [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
18. Mera MED. Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 27 de junio de 2018;3(2):12-3.
19. Plan Multisectorial para la prevención de embarazo en Adolescentes 2013 -2021 - MINSA [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3033.pdf>
20. Velasteguí Egüez JE, Hernández Navarro MI, Real Cotto JJ, Roby Arias AJ, Alvarado Franco HJ, Haro Velastegui AJ. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Rev Cuba Med Gen Integral*. marzo de 2018;34(1):37-44.
21. Díaz A, Sanhueza R P, Yaksic B N. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67(6):481-7.
22. Mortalidad materna en adolescentes [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://usmp.edu.pe/medicina/medicina/horizonte/2003/Art6_Vol3_N1-2.pdf
23. Campos De la Cruz S. Incidencia y características del embarazo en adolescentes de 11 a 15 años atendidas en el Hospital María Auxiliadora. Lima: 2,009 – 2,018. Univ Priv Sergio Bernales [Internet]. 30 de diciembre de 2019 [citado 13 de abril de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/202>
24. ASIS_SAN JUAN MIRAFLORES 2019.pdf [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima->

2019/CD_MINSA/DOCUMENTOS_ASIS/ASIS_SAN%20JUAN%20MIRA FLORES%202019.pdf

25. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom179h.pdf>
26. Sepúlveda A J, Alarcón N MÁ. Manejo médico de la miomatosis uterina: Revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. febrero de 2016;81(1):48-55.
27. Fábregues F, Peñarrubia J. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Med Integral. 15 de septiembre de 2002;40(5):190-5.
28. Guía práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de miomatosis uterina [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_388-2019-HCH-DG.pdf
29. Pregnancy loss (miscarriage): Assessment, counseling, and choice of treatment - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-assessment-counseling-and-choice-of-treatment?search=abort%20septic&source=search_result&selectedTitle=1~33&usage_type=default&display_rank=1#H3137284055
30. Perú, Ministerio de Salud, Perú Dirección General de Salud de las Personas. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007.
31. Calderín AP, Pérez AA, Martori MF, Castro MMG, Godínez AR. La piel en la Diabetes Mellitus. Rev Médica Electrónica. 2003;25(5):287-92.

32. Zaballos Diego P, Garrido Calvo AM, Cía Blasco P, Esteve Lafuente E, Pinós Laborda PJ. manifestaciones cutáneas de la diabetes. Med Integral. 1 de junio de 2001;38(1):36-42.
33. Canaves Y, Paron L. Síndrome de mano diabética. Rev Med Rosario. 2013;118-25.
34. Síndrome mano del diabético. Reporte de casos, Toluca, Estado de México [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexang/an-2008/an081c.pdf>
35. Beltrán B. C, Fernández V. A, Giglio M. S, Biagini A. L, Morales I. R, Pérez G. J, et al. Tratamiento de la infección en el pie diabético. Rev Chil Infectol. 2001;18(3):212-24.
36. Cárdenas AO, Wu YCL. ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA DE LAS INFECCIONES EN EL PIE DIABÉTICO. :5.
37. Trejo-Espino AW, Ramírez-Izcoa A, Alvarado-Rivera S, Godoy-Mejía C, Valenzuela-Castillo R. Meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans* en adolescente con desnutrición. Acta Médica Peru. julio de 2016;33(3):232-5.
38. Ancona-Castro C, Barrón-Hernández YL, Arenas R, Ortiz-Olmedo A. Neurocriptococosis: características demográficas, clínicas y paraclínicas en un estudio de casos. Dermatol Cosmética Médica Quirúrgica. 15 de diciembre de 2016;14(3):199-203.
39. Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, Goldman DL, Graybill JR, Hamill RJ, et al. Clinical practice guidelines for the management of cryptococcal disease: 2010 update by the infectious diseases society of america. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 1 de febrero de 2010;50(3):291-322.
40. Norma Técnica de Salud de Atención integral del adulto con infección por el VIH - MINSa [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>

41. 03072014_GUÍA_DE_PRÁCTICA_CLÍNICA_DE_GASTROENTEROLOGÍA.pdf [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/03072014_GU%C3%8DA_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_GASTROENTEROLOG%C3%8DA.pdf
42. Spontaneous bacterial peritonitis in adults: Treatment and prophylaxis - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-bacterial-peritonitis-in-adults-treatment-and-prophylaxis?sectionName=Choice%20of%20antibiotic&search=ascites&opicRef=1249&anchor=H5&source=see_link#H5
43. Update on Spontaneous Bacterial Peritonitis [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572015000300008&script=sci_arttext&tlng=en
44. 08072014_GUÍAS_DE_PRÁCTICA_CLÍNICA_DE_CÁNCER_DE_COLO N.pdf [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072014_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_C%C3%81NCER_DE_COLON.pdf
45. TRAS_5f62deb8e0cb96c_.pdf [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_5f62deb8e0cb96c_.pdf
46. Septic arthritis in adults - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/septic-arthritis-in-adults?search=arthritis%20septic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
47. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta Médica Peru. abril de 2011;28(2):105-11.

48. Summary_GSRRS2015_SPA.pdf [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Summary_GSRRS2015_SPA.pdf?ua=1
49. parte02.pdf [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0979/parte02.pdf
50. Lorenzo AH, Menchaca MC. Biomecánica del accidente de tráfico. 1999;6.
51. Palomo LJF. Nueva clasificación para la luxación traumática de la cadera. :8.
52. Alijanipour P. CAPÍTULO 74 - FRACTURA - LUXACIÓN DE CADERA.:5.
53. Ls B, Pr C, Ev C. Gangrena de Fournier :6.
54. Vera AMR, García CAL, Casilimas GAG, Sabogal IAR, Pérez JLL. GANGRENA DE FOURNIER. 2015;8.
55. RD-493-2015.pdf [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2015/resoluciones/RD-493-2015.pdf>
56. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepato-Biliary-Pancreat Sci. 2018;25(1):55-72.

ANEXOS

ANEXO N°1

Tabla 6: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas menores de 15 años

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	10 (10 -15)	300 mg	10 (10-20)	900 mg
Rifampicina (R)*	15 (10-20)	600 mg	15 (10-20)	600 mg
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	1500 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

* Solo administrar Rifampicina en jarabe, en la presentación autorizada por la DIGEMID, incluida en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales - PNUME.

- **Esquema para TB extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular:**

En los casos de TB miliar o extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central (SNC) u osteoarticular, la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

Primera fase:	2 meses (HRZE) diario (50 dosis) +
Segunda fase:	10 meses (HR) diario (250 dosis)

Las dosis de los medicamentos son las mismas dispuestas en las Tablas 5 y 6 para personas de 15 años o más y menores de 15 años, respectivamente.

En casos de meningitis, pericarditis y formas miliares en niños y adultos debe añadirse corticoterapia sistémica a una dosis recomendada de 1 – 1.5 mg/Kg/día de prednisona (o su equivalente) por 2 a 4 semanas, seguido de una disminución progresiva del 30% de la dosis cada semana hasta su suspensión.

ANEXO N°2

Risk factors for ectopic pregnancy compared with pregnant controls

Degree of risk	Risk factors	Odds ratio
High	Previous ectopic pregnancy	2.7 to 8.3
	Previous tubal surgery	2.1 to 21
	Tubal pathology	3.5 to 25
	Sterilization	5.2 to 19
	IUD	
	- Past use	1.7
	- Current use	4.2 to 16.4
	- Levonorgestrel IUD	4.9
Moderate	In vitro fertilization in current pregnancy	4.0 to 9.3
	Current use of estrogen/progestin oral contraceptives	1.7 to 4.5
	Previous sexually transmitted infections (gonorrhea, chlamydia)	2.8 to 3.7
	Previous pelvic inflammatory disease	2.5 to 3.4
	In utero DES exposure	3.7
	Smoking	
	- Past smoker	1.5 to 2.5
	- Current smoker	1.7 to 3.9
	Previous pelvic/abdominal surgery	4.0
Previous spontaneous abortion	3.0	
Low	Previous medically induced abortion	2.8
	Infertility	2.1 to 2.7
	Age ≥40 years	2.9
	Vaginal douching	1.1 to 3.1
	Age at first intercourse <18 years	1.6
	Previous appendectomy	1.6

IUD: intrauterine device; DES: diethylstilbestrol.

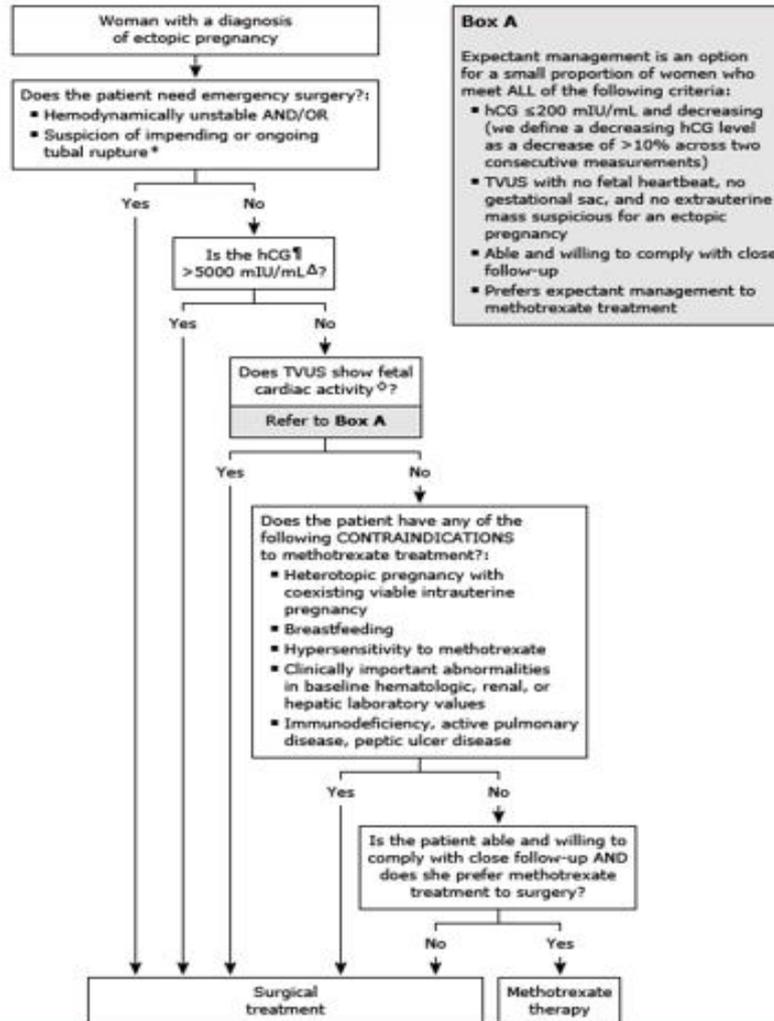
Data from:

- Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, et al. Ectopic pregnancy risk with assisted reproductive technology procedures. *Obstet Gynecol* 2006; 107:595.
- Anikum WM, Mol BWJ, Van der Veen F, Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996; 65:1093.
- Bouyer J, Coste J, Shojalei T, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol* 2003; 157:185.
- Mol BWJ, Anikum WM, Bossuyt PMM, Van der Veen F. Contraception and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Contraception* 1995; 52:337.
- Li C, Zhao WH, Zhu Q, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15:187.
- Cheng L, Zhao WH, Meng CX, et al. Contraceptive use and the risk of ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. *PLoS One* 2014; 9:e115031.
- Hoover RN, Hyer M, Pfeiffer RM, et al. Adverse health outcomes in women exposed in utero to diethylstilbestrol. *New Engl J Med* 2011; 365:1304.

UpToDate®

ANEXO N°3

Algorithm: Choosing a treatment for ectopic pregnancy



hCG: human chorionic gonadotropin; TVUS: transvaginal ultrasound; MTX: methotrexate.

* Severe or persistent lower abdominal pain and/or evidence of hemoperitoneum.

† Serum quantitative beta-hCG.

Δ Some clinicians treat with MTX for patients with hCG >5000 to ≤10,000 mIU/mL if the following criteria are met: no free fluid in the pelvic cul-de-sac or abdomen, pelvic ultrasound meets criteria for methotrexate, and the patient has minimal pelvic or abdominal pain.

◊ Ectopic mass diameter <3 to 4 cm is also commonly used as a patient selection criterion; however, this has not been confirmed as a predictor of successful treatment.

UpToDate®

ANEXO N°4

Tabla II. Antibioterapia empírica de las infecciones en el pie diabético [6]

Infeción	Primera elección	Alternativa
Leve	Amoxicilina-ácido clavulánico VO	Levofloxacino o moxifloxacino VO Clindamicina VO Cotrimoxazol VO
Moderada - Grave	Entrapenem IV ± Linezolid IV/VO o glucopéptido IV	Piperacilina-tazobactam IV o Amoxicilina-ácido clavulánico IV o Cefalosporina de tercera generación IV o fluoroquinolona ^a IV/VO + metronidazol IV/VO o cilindacina IV/VO ± Linezolid IV/VO o glucopéptido IV
Muy Grave	Imipenem o meropenem IV o Piperacilina-tazobactam IV + Linezolid IV o glucopéptido IV	Tigeciclina IV ± Fluoroquinolona ^a IV o amikacina IV

^a Ciprofloxacino o levofloxacino. IV: vía intravenosa; VO: vía oral