



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA COMO INTERNOS DURANTE LA PANDEMIA
COVID-19 EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

PAOLA BENCAN CORDERO

CLAUDIA MARIA BLONDET PADRO

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

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 COMO INTERNOS DURANTE LA PANDEMIA
COVID-19 EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

PAOLA BENCAN CORDERO

CLAUDIA MARIA BLONDET PADRO

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

ÍNDICE

| | Pags. |
|---|--------------|
| Portada | i |
| Jurados | ii |
| Índice | iii |
| Resumen | iv |
| Abstract | v |
| | |
| INTRODUCCIÓN | vi |
| | |
| CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL | 1 |
| 1.1 Medicina Interna | 2 |
| 1.2 Cirugía General | 11 |
| 1.3 Gineco Obstetricia | 20 |
| 1.4 Pediatría | 31 |
| | |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 39 |
| | |
| CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL | 43 |
| | |
| CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA | 46 |
| | |
| CONCLUSIONES | 48 |
| RECOMENDACIONES | 50 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN | 51 |
| ANEXOS | 56 |
| 1. Ficha de Recolección de Datos de Casos Clínicos | 56 |

RESUMEN

Objetivos: Recapitular las experiencias vividas, para consolidar el conocimiento aprendido durante el periodo del internado y así optar por el título de Médico Cirujano. **Métodos:** El presente es un trabajo descriptivo retrospectivo realizado de enero del 2020 a abril 2021. **Recursos:** Se acudió al Hospital Nacional Hipólito Unanue con fichas de recolección de datos para recopilar la información de cada caso clínico. Para la redacción del presente trabajo se utilizaron fuentes como Pubmed, UptoDate, bibliotecas virtuales, repositorios académicos, entre otros; como sustento de los casos clínicos descritos y de las características de la sede. **Conclusiones:** El internado médico es un paso fundamental para adquirir destrezas, conocimientos y la capacidad de ejercer la carrera con un enfoque psicobiosocial, a través de una buena relación médico - paciente. El adaptar los objetivos y expectativas del internado a una nueva modalidad del mismo, permitió culminar el estudio de la carrera de medicina para ejercer la profesión de manera adecuada.

ABSTRACT

Objectives: To sum up the previous experiences in order to consolidate the acquired knowledge during the internship to further opt for the Doctor of Medicine degree. **Methods:** This is a descriptive retrospective study that takes place between January 2020 and April 2021. **Resources:** We went to Hospital Nacional Hipólito Unanue with case formats in order to gather information necessary for each mentioned clinical case. This study was written including information found in different sources such as: Pubmed, UptoDate, virtual libraries and academic repositories, among others; as ground as the clinical cases previously mentioned and the respective hospital features. **Conclusions:** Medical internship is a fundamental step towards acquiring skills, knowledge and ability to practice medicine with a biopsychosocial approach, associated with a good doctor patient relationship. The proposed objectives and expectations had to be adapted in order to conclude the medicine career and be able to practice it the best way possible.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el séptimo y último año de la carrera de Medicina Humana en el Perú. Se desarrolla en una sede hospitalaria de la elección del alumno, en la cual se realizan 4 rotaciones por las áreas más importantes en la formación de un Médico General: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. Este tiene como objetivos el generar y consolidar lo aprendido durante la carrera, con un enfoque práctico y de adquisición de destrezas para manejo de casos de mediana y alta complejidad, brindando herramientas para los siguientes pasos en la carrera como el Servicio Rural de Medicina (SERUMS) y el Residencia Médico entre otros. Si bien en nuestro país las prácticas pre profesionales en un ambiente hospitalario inician desde el cuarto año de la carrera, el internado, aunque es supervisado y orientado por tutores y coordinadores, es el primer momento en el cual se pone a prueba la capacidad de toma de decisiones en base a pacientes reales de un estudiante de medicina, el cual adquiere nuevos niveles de responsabilidad al ser parte del cuerpo médico de una institución durante un año completo.

Es por todo esto que se considera de vital importancia la elección de una sede la cual permita al alumno alcanzar los objetivos que se plantee según las ventajas que dicha sede presente.

Se considera que el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), un hospital del Ministerio de Salud (MINSA) de nivel III-1 reúne todas las características para el desarrollo óptimo de un internado, al contar con todas las especialidades médicas y quirúrgicas, una amplia población asignada, la cual garantiza una gran variedad de casos tanto simples como de alta complejidad y por haber sido la sede donde se desarrollaron, en el caso de las autoras, la

mayoría de cursos de pregrado, lo cual brinda como ventaja el conocer el manejo interno del hospital. El hospital tiene más de 70 años brindando atención a la población de Lima - Este, siendo el hospital de mayor capacidad resolutive para la población de 9 distritos asignados. Este se fundó con la finalidad del manejo de pacientes con tuberculosis pulmonar, cuando esta era recién una enfermedad emergente en nuestro país. Si bien en la actualidad continúa siendo el centro de mayor complejidad para el diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad, cuenta también con todas las especialidades médicas y quirúrgicas, subespecialidades, área de docencia e investigación, lo cual permite otorgarle la categoría necesaria para ser cabeza de red y poder brindar una atención de calidad a la población asignada. (1)

Como internos, al escoger la sede inicialmente, se recibió una inducción sobre el funcionamiento del hospital, de las funciones principales que se iban a realizar en el día a día y se capacitó en cómo realizarlas de manera segura mediante charlas de bioseguridad y prevención primaria. Iniciaron 132 internos de diferentes universidades de Lima y Provincias, los cuales fueron distribuidos en las 4 áreas mencionadas por un examen de conocimientos realizado un mes antes del inicio del internado, lo cual permitió a los internos con mayor puntaje ser los primeros en escoger las rotaciones que iba a realizar el siguiente año.

Como internos, el trabajo se enfoca en dos grandes áreas, la labor asistencial y la parte académica. La primera se desarrolla en la evaluación de pacientes en emergencia, seguimiento diario de casos en hospitalización y en el aprendizaje y aplicación de procedimientos básicos en medicina. La segunda se realiza mediante exposiciones, trabajos de investigación, conversatorios de casos clínicos con los tutores asignados y talleres de temas fundamentales para la práctica profesional, los cuales son evaluados al final de cada rotación con el objetivo de garantizar el correcto aprendizaje durante los 3 meses de rotación por cada servicio. Cada rotación es complementada con clases y seminarios brindados por la universidad, con la finalidad de reforzar conocimientos y brindar mayor información que permita, no solo un mejor desenvolvimiento en la práctica clínica, sino también aportar en la preparación necesaria para rendir el Examen Nacional de Medicina (ENAM) que tiene lugar finalizando el internado.

Todo lo anteriormente mencionado es parte fundamental en la formación de profesionales capacitados para resolver los problemas de salud más prevalentes e importantes en el contexto actual de nuestro país.

Si bien lo expuesto es el desarrollo regular del internado médico, el que tocó vivir en el 2020 fue alterado por una pandemia.

A fin del 2019 en la Ciudad de Wuhan, China, se diagnosticó el primer caso de neumonía de causa desconocida, la cual empezó a propagarse por todo el país descontroladamente. Subsecuentemente, en enero del 2020 se identificó el virus etiológico de la patología como SARS – CoV2, periodo en el cual la OMS confirmó más de 300 casos en Asia. El virus no tardó en propagarse a Sudamérica, debido a la globalización y libre acceso a los países, ya para el 26 de febrero se identificó el primer caso en Brasil, quien tiene el mayor número de contagiados en el continente (2.84% del total mundial de infectados hasta marzo 2020). Perú tomó el segundo lugar rápidamente con 10 303 casos diagnosticados hasta abril del 2020, en donde también se identificó una subestimación de la cantidad de enfermos por la poca cantidad de pruebas que se adquirieron al iniciar la pandemia. Sin embargo, esto cambió rápidamente convirtiéndonos en el segundo país de Sudamérica con mayor número de pruebas (entre rápidas y moleculares), por la necesidad de las mismas debido a la gran tasa de contagio y de mortalidad a la que se llegó tras los meses desde el inicio de la pandemia. (2)

En el Perú los hombres representan el 73.9% de pacientes con COVID – 19 confirmado, la mayoría de estos pertenece a la región de Lima, de la misma forma que en otros países sudamericanos en donde la mayoría de infectados está concentrada en su capital, probablemente por la centralización por ser países desarrollados y la consecuente mayor densidad poblacional que conlleva. En cuanto a la mortalidad se pudo identificar como mayores factores de riesgo las enfermedades crónicas, principalmente la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II. Actualmente, Perú se encuentra en cuarto lugar de mortalidad por COVID – 19 dentro de Sudamérica, después de Brasil, Argentina y Colombia. Se han reportado 55 mil muertes hasta abril del 2021 en todo lo que va de la pandemia, tomando en cuenta la subestimación del

número por las personas fallecidas sin un diagnóstico establecido previo. Tras la pandemia se pudo identificar en el territorio nacional, la ineficiencia existente en el sistema de salud, por el poco abastecimiento, no sólo de medicamentos, sino de personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos, entre otros) y también de espacios aislados en donde poder monitorizar a los contagiados sin exponer al resto de la población que se encuentre, ya sea por trabajo o vivienda, en los alrededores de los centros de salud en donde se trata la infección por SARS CoV-2. (3)

Este problema no fue ajeno al HNHU, cuyo equipo directivo tuvo que reorganizar las instalaciones a partir de marzo 2020 para poder convertirse en un “Hospital COVID”, en el cual se priorizó la atención a los pacientes infectados con la enfermedad. Se creó una carpa para hospitalización temporal, se adaptaron pabellones de hospitalización completos (C2, D1 y D2) como una UCI para pacientes con neumonía grave por COVID – 19, se contrató a médicos generales recién egresados para combatir la enfermedad en primera línea y también se retiró mucho personal con comorbilidades o factores de riesgo de contraer la infección. Todo ello sucedió mientras apartaron a los internos de medicina del hospital, tiempo en el cual se tuvieron que resguardar los deseos de volver y poder ayudar como futuros médicos, y esperar a la reincorporación, la cual sucedió el 15 de octubre del 2020, donde parecía hubo una mejora en cuanto a la cantidad de contagiados y mortalidad, sin embargo, hoy se combate la segunda ola en el país, la cual está afectando de igual o hasta peor manera a las instituciones de salud tanto como a la salud de la población en general.

Por todo lo anteriormente descrito, se decide la elaboración del presente trabajo, con la finalidad de recapitular las experiencias vividas, a fin de consolidar el conocimiento aprendido durante el periodo del internado. Si bien se realizó el trabajo sin haber culminado el internado, la mayor limitación para su ejecución fue la larga duración del mismo, ya que la primera rotación realizada fue año antes del trabajo.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado es el año en el cual se pone a prueba al estudiante de medicina, en el que descubre realmente cuánto ha aprendido y cuánto le falta por aprender. El estar con estudiantes de diferentes universidades en su misma situación, le permite medir sus conocimientos y esforzarse para destacar entre sus pares. Es un año de desarrollo profesional, no solo en conocimiento teórico y práctico, sino que le permite desarrollar habilidades que permitan una mejor relación médico paciente para el futuro, basada en respeto y principios bioéticos, los cuales son puestos a prueba con múltiples casos complejos durante el internado.

Durante 6 años de carrera, el estudiante de medicina recibe información teórica y práctica enfocada por cursos, los cuales muchas veces son cancelatorios y no enfocan al paciente como un ser dinámico y complejo, en constante cambio, con múltiples patologías que se presentan simultáneamente e interactúan con factores ambientales y genéticos propios de cada paciente. El internado es la oportunidad del alumno de tomar todo ese conocimiento e integrar patologías aisladas en un solo paciente, definiendo nuevos escenarios y opciones terapéuticas basadas en indicaciones y contraindicaciones que deben ser tomadas en cuenta al individualizar cada caso visto en esta etapa. Para esto, el internado se divide en 4 grandes rotaciones, las cuales poseen características particulares según el tipo de paciente, patología y tratamiento que se ofrece en cada una de ellas, permitiendo el mayor aprendizaje en cada área para el interno, sin descuidar el enfoque global de cada paciente.

1.1 Medicina Interna

La medicina interna es definida como una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, como a su prevención. (4)

Esta definición permite entender a dicha especialidad en la cual se enfoca al paciente como un todo, con el objetivo principal de llegar al diagnóstico siendo líderes de un equipo multidisciplinario para el manejo adecuado del paciente. Al ser una de las especialidades que abarca más patologías de los diferentes órganos y sistemas, requiere amplio conocimiento por parte del médico.

Los objetivos de la rotación incluyeron el aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina para el manejo de pacientes con problemas de diversas áreas como patologías infecciosas, respiratorias, del aparato cardiovascular, digestivo, patologías del sistema nervioso, hormonales, metabólicas y de salud mental, entre otras especialidades clínicas. Como principio fundamental de esta rotación, se encuentra la prevención primaria, de la cual el interno debe estar capacitado para promoverla, entrenándose en una de las acciones prioritarias realizadas en el SERUMS.

Iniciar con medicina proporcionó una gran ventaja ya que fue la única rotación que se pudo desarrollar con normalidad previo a la pandemia. Esta rotación es la que abarca la mayor cantidad de casos vistos en primer nivel y permite una mejor comprensión de pacientes complejos, con manejo multidisciplinario y enfoque global. Se lograron los objetivos planteados por el programa de internado, agregando experiencia en manejo nutricional, corrección de medio interno, manejo del dolor, procedimientos invasivos básicos e intermedios, aplicación de guías nacionales e internacionales en el diagnóstico y manejo de patologías más prevalentes. Se dio especial enfoque a los principios bioéticos, teniendo como piedra angular el consentimiento informado y la importancia de la relación médico paciente.

A continuación se presentan 4 casos vistos en el transcurso de la rotación.

Caso 1

Paciente JCS de 81 años de edad de sexo femenino procedente de La Victoria, acude a emergencia (EMG) del HNHU el 2 de marzo a las 17:54 horas, traído por familiar quien refiere pérdida de la conciencia, dificultad para hablar, desviación de la comisura labial derecha y ausencia de respuesta al llamado; por lo que acude al establecimiento. El familiar refirió encontrarla a las 15:00 horas, tras no verla desde 1 hora antes, con trastorno de conciencia. Como antecedente padeció de un primer ictus isquémico en el 2015 y el segundo en el 2018, de los cuales quedó con dependencia parcial como secuela de dichas patologías. Además posee hipertensión arterial no tratada (no refiere año de diagnóstico). Se le tomó un hemoglucotest el cual se encontró con valores normales. Se tomaron funciones vitales y se encontró una presión arterial de 197/110 mmHg, frecuencia cardiaca de 94 latidos por minuto (lpm), saturación de oxígeno 97% y ningún otro valor fuera de los rangos adecuados. Al examen físico neurológico de la emergencia se encontró soporoso, con hemiplejia izquierda corporal (fuerza muscular 1 de 5) y derecha facial con desviación de la comisura labial y sialorrea, desorientado en tiempo y espacio, orientado en persona. No respondió verbalmente a los estímulos pero si movilizó extremidades derechas ante el dolor, además abrió los ojos a la orden verbal; contando al final una puntuación de Glasgow de 9. Se realizó escala de valoración neurológica de NIHSS donde obtuvo 20 de puntuación, catalogándose de esta forma como un ictus de moderada intensidad.

Se reportó como un trastorno de conciencia a descartar origen isquémico *versus* hemorrágico, causado por la misma crisis hipertensiva. Se solicitaron exámenes de estudio basales, una tomografía cerebral y por recomendación de Neurología y Cardiología se solicitó ecografía de vena carotídea, ecocardiografía y Holter cardiaco. Como tratamiento inicial se indicó Atorvastatina, Ácido Acetil Salicílico (AAS) y Labetalol condicional a subida de presión arterial mayor a 210/110 mmHg. Se deja indicación de control de presión y de hemoglucotest cada 12 horas y se mantuvo la cabecera en 30 grados para evitar microaspiraciones. No se deja antihipertensivo horario por posibilidad de aumentar zona de penumbra ya que este disminuye la presión

de perfusión cerebral generando un daño isquémico sumado al evento previo. En la tomografía cerebral no se evidenció presencia de sangrado, pero sí de lesiones hipocogénicas difusas en el parénquima a predominio de región parietotemporal anterior derecha; por lo que se concluyó en el informe la presencia de un accidente cerebrovascular (ACV) isquémico asociado a eventos isquémicos pasados.

El manejo ideal según la Guía de Manejo Temprano en Pacientes con Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo del 2018 (5), hubiese sido una trombolisis endovenosa, indicado por el tiempo ocurrido desde el evento (3 a 4 horas), sin embargo, la edad mayor a 80 años es un criterio de exclusión para ofertar el tratamiento pasadas las 3 horas. Al no poder realizar la aplicación de alteplase, se aseguró una buena perfusión en la zona de penumbra manteniendo la presión por debajo de 220/120 mmHg (se mantuvo en 190/110 mmHg aproximadamente), además de dejar AAS como terapia antiagregante. Se conversó con la familia posterior al ingreso hospitalario sobre cómo podían identificar precozmente los signos de un *stroke*, para poder intervenir rápidamente y ofrecerle un mejor tratamiento como lo es la trombólisis endovenosa, en el caso de presentar un nuevo episodio isquémico. Es importante indicar estas medidas preventivas en todo paciente con factores de riesgo para realizar un ACV, principalmente los más frecuentes como hipertensión arterial (25—40%), hipercolesterolemia (6—40%), tabaquismo (25%), entre otros. (6,7)

Caso 2

Paciente mujer ADC de 67 años de edad refiere que 3 meses antes del ingreso notó una tumoración a nivel látero cervical derecha de aproximadamente 4 cm con escasa secreción, a la cual se agregó unos días después otra tumoración similar en región axilar del mismo lado con secreción serohemática, precedida luego de 6 días por una tumoración de características similares en región inguinal izquierda de 4 por 4cm aproximadamente, fija a planos profundos y con dolor moderado (6/10), por lo que acude a médico particular y recibe tratamiento (no recuerda cual). Un mes antes del ingreso, la paciente refiere que evidencia secreción amarillenta opaca, “como pus”, durante dos días pero

no le da mayor importancia. Seis días antes del ingreso, refiere que la adenopatía de la región axilar “reventó” con salida de abundante secreción purulenta que no curaba, por lo que acude por emergencia.

Al examen físico en la emergencia se evidencian las tumoraciones: cervical lateral derecha de 3 por 3 cm sin signos de flogosis; axilar derecha de 5 por 5 cm blanda, con signos de flogosis y con salida de secreción purulenta; y tumoración de 5 por 4 cm blanda, con signos de flogosis y escasa salida de secreción purulenta amarilla en región inguinal izquierda. El resto del examen se encontró sin alteraciones. Se establecen los diagnósticos de absceso axilar derecho, absceso inguinal derecho, adenopatía cervical derecha de etiología a determinar. Se solicitan diversos exámenes, entre los resultados positivos se obtuvieron múltiples hemogramas con leucocitosis y desviación izquierda, aumento de reactantes de fase aguda (PCR en 10.6), y se hospitaliza para ampliar estudios y recibir antibiòticoterapia endovenosa.

Durante la hospitalización se solicita cultivo de secreción y diversos estudios de imágenes entre los cuales se cuenta con una ecografía que reporta ganglio abscedado asociado a trayecto fistuloso con alta sospecha de aspecto granulomatoso y conglomerado ganglionar reactivo; por lo que se pide estudio de Bk de secreción del ganglio, la cual sale positivo (++) y se solicita Bk de esputo (negativo) y orina (+/+), clasificándose como una tuberculosis multisistémica: ganglionar y renal, por lo que se inicia esquema antituberculoso con Rifampicina 600mg + Etambutol 1200mg + Levofloxacino 750mg vía oral cada 24 horas.

La tuberculosis es la enfermedad infectocontagiosa con mayor carga de mortalidad anual a nivel mundial y el Perú es uno de los países más afectados por esta. Si bien su incidencia se encuentra en descenso por las arduas medidas del estado para la detección precoz y el tratamiento oportuno de la misma, los casos drogorresistentes siguen en aumento. (8)

La tuberculosis ganglionar es la forma de tuberculosis extrapulmonar más frecuente y su incidencia se encuentra en aumento por la importante coinfección que se encuentra en el Perú de dicha enfermedad con la inmunosupresión por VIH. Si bien es un tipo de tuberculosis difícil de sospechar en adultos y más aún de confirmar por el bajo rendimiento de las

pruebas convencionales para detección de la tuberculosis, es nuestra responsabilidad el tenerlo siempre como diagnóstico diferencial de muchas patologías por su alta prevalencia en el Perú. (9)

Esta se debe sospechar en todo paciente en el que aparezca una adenopatía cervical de aproximadamente 3 cm de diámetro, unilateral, indolora, de lenta progresión que puede tener desde cambios inflamatorios locales hasta abscesos y úlceras en sus presentaciones más avanzadas. El tratamiento de elección para este tipo de tuberculosis incluye el mismo esquema de primera línea que para la tuberculosis pulmonar, la cual puede variar según la resistencia encontrada en las pruebas de sensibilidad realizadas. (9)

El Hospital Nacional Hipólito Unanue cuenta con un área especializada en detección y manejo de la tuberculosis al ser un centro de referencia nacional para ella, por lo que se consideró importante incluir un caso de dicha enfermedad representativa del hospital en el trabajo.

Caso 3

Paciente varón CFGM de 44 años con antecedente de Hipertiroidismo (Enfermedad de Graves) en tratamiento irregular con Propranolol y Tiamazol desde hace dos años. Refiere que 3 semanas antes del ingreso viajó a Chanchamayo y presentó palpitaciones y dolor precordial asociado a malestar general e hiporexia. Una semana antes del ingreso presentó exacerbación de los síntomas previamente mencionados, asociado a sensación de alza térmica no cuantificada y pérdida de apetito por lo que no ingiere alimentos hace 5 días a excepción de líquidos, motivo por el cual acude a la emergencia.

Al examen físico: funciones vitales con presión arterial en valores normales, taquicardia, frecuencia respiratoria normal, afebril. Se evidencia tumoración de aproximadamente 8 cm en región cervical anterior, resto de examen físico normal.

Se solicitan exámenes auxiliares y pasa a observación de medicina. Se clasifica como crisis tirotóxica y se inicia hidratación endovenosa, protección gástrica, lugol 8 gotas cada 8 horas, hidrocortisona 100 mg endovenoso cada 8 horas, propranolol 10 mg vía oral cada 12 horas y metimazol 5 mg vía oral cada 8 horas. Paciente queda en observación.

Se reciben resultados de exámenes de laboratorio: Hemograma con trombocitopenia moderada y leucopenia con neutropenia moderada. En los electrolitos hiponatremia e hipokalemia leve. En el perfil hepático se evidenció hipoalbuminemia leve. Se solicita perfil tiroideo y se hospitaliza al paciente con los diagnósticos de Hipertiroidismo descompensado, Enfermedad de Graves Basedow y Crisis tiroidea en remisión.

Se obtienen resultados de perfil tiroideo con aumento de T3 (>6.51), T4 libre (>7.77) y caída de TSH ultrasensible (< 0.005).

Se inicia tratamiento con carbonato de litio y se evidencia mejoría de los síntomas en los siguientes 3 días de hospitalización, sin embargo, se requieren estudios y manejo especializado con yodo radioactivo, por lo que se refiere al paciente al Hospital Nacional Dos de Mayo.

La tirotoxicosis es la definición aplicada al exceso de hormonas tiroideas circulantes en la sangre que produce una serie de sintomatología sistémica caracterizada principalmente por palpitaciones, disnea, irritabilidad, insomnio, labilidad emocional, intolerancia al calor, hiperdefecación, hiperfagia, y orbitopatía entre otros. (10)

Las enfermedades tiroideas son 10 veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, aumentando su pico de incidencia directamente proporcional con la edad e inversamente con la ingesta de yodo. El manejo de estas puede ser médico o quirúrgico. (11)

La tormenta tiroidea es una emergencia de alta mortalidad y baja frecuencia, que requiere manejo médico oportuno por el efecto negativo multisistémico que tiene el exceso de hormonas tiroideas, cuya mortalidad puede llegar del 10 al 30% en UCI y 20 a 50% con tratamiento convencional. (12)

El presente caso fue seleccionado ya que la tormenta tiroidea es un caso que requiere manejo multidisciplinario y precoz por las repercusiones sistémicas de rápida progresión, para la cual se debe realizar un diagnóstico temprano para evitar así las complicaciones y eventual muerte del paciente.

Caso 4

Paciente JAA femenino de 41 años de edad, llegó a la emergencia refiriendo no tener ninguna comorbilidad previa ni consumo de algún medicamento, sin embargo, tuvo una baja de peso de 18 kg en seis meses previo a su hospitalización. Refirió que 2 meses antes se cae desde una gran altura (un piso y medio aproximadamente) cayendo sobre superficie plana (pasto). Refirió no haber sentido mayor dolor hasta que 2 días posteriores acude al servicio de EMG del HNHU por dolor lumbar intenso, en donde se indica tramadol subcutáneo y se da de alta el mismo día. Los días posteriores paciente refiere que el dolor en la zona antes mencionada era constante y de intensidad aproximadamente 6 de 10, motivo por el cual paciente se colocaba en la farmacia tramadol cada 12 horas asociándolo con diversos analgésicos (principalmente AINEs). Mencionó que acude a la EMG un mes luego por presentar desde 4 días previos deposiciones oscuras (negras), epigastralgia, cansancio y debilidad generalizada, donde le indicaron transfusión de 2 paquetes globulares y se le realizó una endoscopia con resultados: úlcera gástrica Forrest III, gastropatía erosiva antral y es dada de alta con omeprazol y sucralfato.

Tras ser dada de alta presentó dolor en miembros inferiores con características de tipo neuropático, describió sensación de calambre en ambas piernas, dolor en región lumbar de intensidad 8 de 10, artralgias y sensación de alza térmica intermitente durante todo el mes, por lo que decide ingresar por emergencia nuevamente el día 07/02/20 (una semana luego del alta por úlcera gástrica) donde se decide su hospitalización para completar estudios. Al examen físico como hallazgo positivo se encontró dolor a la palpación profunda de epigastrio, dolor a la palpación superficial costoesternal, donde se identificó una masa de 1 cm aproximadamente dura no móvil; además se evidenció fuerza muscular disminuida (4 de 5) en todas las extremidades, no se pudo evaluar la marcha por dolor intenso y debilidad al movimiento. Dentro de los exámenes de laboratorio en EMG se pudo observar una hemoglobina de 6.6 g/dl y plaquetas en 104 mil. Como diagnósticos se plantearon: síndrome consuntivo y hemorragia digestiva alta como principales, a descartar neoplasia maligna (NM) gástrica *versus* linfoma,

bicitopenia a descartar mieloptisis (neoplasia hematológica *versus* tuberculosis ósea), dolor óseo a descartar metástasis ósea *versus* neoplasia hematológica.

Se realizaron múltiples exámenes durante su hospitalización para poder descartar dichas patologías mencionadas, se efectivizó otra endoscopia, colonoscopia, aspirado de médula ósea, proteinograma electroforético que descartó mieloma múltiple junto con otros resultados de laboratorio (como la beta 2 microglobulina), BK en esputo y secreciones, ecografía transvaginal; y por último una tomografía con contraste toraco-abdomino-pélvica. En la ecografía abdominal se observó una lesión nodular en región epigástrica sugerente de adenopatía y en la transvaginal, un quiste complejo de anexo izquierdo a descartar neoplasia maligna ovárica. Ningún otro resultado se encontró positivo. La segunda endoscopia realizada en la hospitalización informó de una lesión ulcerada en cuerpo gástrico. Se confirmó la sospecha con el informe de la tomografía, en el cual se comenta la presencia de un nódulo gástrico en el fondo a descartar adenocarcinoma, además de una imagen sugerente de NM ovárico izquierdo e infiltraciones óseas generalizadas, ambas a descartar metástasis a distancia. Se hallaron múltiples adenopatías gastrocómicas y un derrame pleural bibasal. La anatomía patológica tras la biopsia de la úlcera por la endoscopia digestiva alta resultó en diagnosticar un adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello indiferenciadas. Fue así como se terminó de catalogar como un Adenocarcinoma gástrico difuso con metástasis ovárica (tumor de Krukemberg) y metástasis ósea.

A partir de los resultados mencionados y el mal pronóstico que conllevaba el mismo, se decidió referir a la paciente al área de Cuidados Paliativos del hospital, en el cual el objetivo es darle calidad de vida al paciente terminal, manejando el dolor y los síntomas que más afecten su bienestar. Oncología sugirió realizar radioterapia ósea paliativa para disminuir el dolor lumbar y debilidad por fracturas patológicas previas, así como manejar el dolor intenso con morfina. Se realizaron 15 sesiones de radioterapia ósea con lo que la paciente refirió mejoría del dolor y de la debilidad que no le permitía

deambular. Se le indicó el alta tras esta, con indicación de morfina horaria la cual se enseñó a familiares a poder administrar. Dos semanas luego del alta la paciente ingresó a emergencia nuevamente un 15 de marzo del 2020 por hematemesis y melena, ese día tras un control de hemoglobina con anemia severa se optó por transfundir paquetes, detener el sangrado y los familiares solicitaron retiro voluntario por preocupación ante la posibilidad de la llegada del COVID - 19 al Perú. Al día siguiente se retiró a los internos del HNHU por la llegada del virus al establecimiento, fue así como una semana luego se informó que la paciente había fallecido en su hogar, sin dolor ni molestias y rodeada por sus familiares.

Se pueden notar muchas fallas a lo largo del manejo de la paciente, al inicio en la emergencia, tras la endoscopia digestiva no se realizó una biopsia, lo cual demoró el diagnóstico definitivo hasta un mes después. Además, la paciente llegó en muy mal estado al establecimiento, ya con una neoplasia en estadio metastásico, lo cual permite establecer la importancia del *screening* y controles, sobre todo ante una sintomatología importante como lo es la baja de peso y la epigastralgia con la que cursaba mucho antes de su primer ingreso hospitalario. El informe tomográfico demoró aproximadamente una semana en reportarse, por lo cual no se pudo realizar terapia paliativa lo más pronto posible. La importancia del caso radica también en la parte ética, en donde muchas veces por la intención de realizar una atención asistencial efectiva se pierde la finalidad de la misma: el bienestar del paciente. Al ingresar a la unidad de Cuidados Paliativos se evidenció una mejoría en el estado de ánimo de la paciente, por más que el diagnóstico tenía un pronóstico sombrío, a comparación de otros diferenciales mencionados, la paciente pudo caminar sus últimas semanas tras la radioterapia, ya no refirió dolor en esta etapa y pudo estar acompañada de sus familiares en la comodidad de su hogar cuando falleció. (13)

1.2 Cirugía General

La cirugía general es una especialidad enfocada en el diagnóstico y tratamiento de patologías del tracto gastrointestinal, pared abdominal, patologías de retroperitoneo y en ciertos casos, procedimientos de baja complejidad de otras especialidades quirúrgicas ante la falta de disponibilidad de dichos cirujanos. Este objetivo se alcanza mediante procedimientos invasivos, principalmente cirugías, que permitan corregir el problema de base de manera temporal o definitiva. (14)

La especialidad es muy dinámica, teniendo como pilar la toma de decisiones basadas en un estudio general del paciente, buscando siempre que la opción quirúrgica tenga beneficios sobre el tratamiento médico. Esto permite para el interno el desarrollar habilidades de planeamiento y toma de decisiones, no sólo para decidir cuando la opción quirúrgica es la mejor, sino adquirir la capacidad de determinar cuando no es de primera intención.

Para el interno, el programa de Cirugía General debe incluir rotaciones por las diferentes especialidades quirúrgicas como Traumatología, Urología, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Neurocirugía, Cirugía Pediátrica y Oftalmología, Otorrinolaringología; sin embargo, en el contexto de la pandemia, dichas rotaciones no se pudieron llevar a cabo en el HNHU.

Uno de los puntos más importantes a fortalecer en el internado en esta área es el manejo de heridas, el cual incluye no solo el seguimiento y curación diaria de heridas quirúrgicas en pacientes hospitalizados, sino también la limpieza y sutura de heridas en tópico de emergencia. La sede escogida presenta un reto en dicho aspecto por dos razones. La primera es por ser el principal centro de referencia para los accidentes viales que tienen lugar en la Vía de Evitamiento, haciendo de la emergencia de Cirugía uno de los puntos de mayor movimiento y afluencia de pacientes críticos del hospital. El segundo aspecto es la alta tasa de criminalidad en la zona, representando un peligro para la seguridad del personal que trabaja en el hospital, sobretodo en la emergencia.

Se plantean 4 casos representativos de la rotación y su manejo correspondiente.

Caso 5

Paciente JRL de 38 años masculino, quien acude a la EMG del HNHU por dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha (FID) irradiado a espalda, con náuseas y vómitos en 6 ocasiones asociado a hiporexia. Refirió que la sintomatología inició aproximadamente 7 horas previas al ingreso por emergencia, con un dolor de tipo difuso en todo al abdomen de menor intensidad, que calmó con AINEs (ibuprofeno). Sin embargo, luego de horas el dolor recurrió por lo que acudió al establecimiento. Sus funciones vitales se encontraron estables, se tomó la temperatura encontrándose afebril. Al examen físico se evidenció dolor a la palpación profunda en FID, sin embargo, los signos de McBurney, Lanz, Lacene, Blumberg y Morris se encontraron negativos a la palpación de dichos puntos de referencia. Los ruidos hidroaéreos se encontraron presentes. Al solicitar un hemograma se encontraron 14.6 mil leucocitos y el resto de parámetros normales. El valor del PCR fue de 5 mg/dl.

Luego de la evaluación del caso clínico mencionado se catalogó como un síndrome doloroso abdominal a descartar apendicitis aguda *versus* cólico renal. Dentro de la escala de Alvarado para diagnóstico de apendicitis obtuvo un puntaje de 5, categorizándose como duda diagnóstica para apendicitis aguda. A continuación se dejó en observación en la emergencia y se solicitó una ecografía abdominal y renal. Se descartó litiasis renal a la ecografía y se reporta ausencia de líquido libre en cavidad abdominal, sin embargo, se identificaron signos inflamatorios en fosa iliaca derecha por lo cual no se descartó apendicitis aguda. Como terapia inicial se contraindicaron los analgésicos y se dejó en observación durante 8 horas con ceftriaxona 2g endovenoso, omeprazol y dimenhidrinato como antiemético. Luego de 6 horas el paciente manifiesta dolor intenso en fosa iliaca derecha y al examen físico se evidencia punto de McBurney y Lecene positivo, por lo que se decide ingresar a sala de operaciones por un Alvarado de 7 como una apendicitis aguda.

En la apendicectomía se evidenció un apéndice cecal en posición retrocecal de 6 por 3 por 7 cm, congestivo en toda su extensión, con una base en buen

estado; también se halló escaso líquido libre en fondo de saco vesical. Posterior a ello, al tratarse de una apendicitis aguda no complicada, se dejó con analgésicos y se continuó la antibioticoterapia con ceftriaxona por 2 días hasta el alta médica, en donde se indicó cefuroxima por una semana para completar el esquema de tratamiento. No se evidenció infección de herida operatoria ni alguna intercorrencia tras el procedimiento realizado.

Idealmente según la Guía de Jerusalem 2020 (15) para valorar la posibilidad quirúrgica en la emergencia ante un posible cuadro de apendicitis aguda, las mejores escalas son las de "*Apendicitis Adult Score*" y el "*AIR Score*", ya que tienen más sensibilidad y especificidad en diagnosticar la patología y a su vez, genera menos costos de exámenes diagnósticos por la menor cantidad de pacientes que cataloga como duda diagnóstica. A pesar de ello en el hospital se utiliza la escala de Alvarado, la cual si bien puede ser utilizada y se encuentra en la guía como una referencia para el manejo de la apendicitis, no es la escala de elección. La terapia antibiótica de elección cubrió gram positivos y negativos por el dato postquirúrgico de la base en buen estado, por lo que solo se indicó cefalosporinas de tercera generación endovenosa por un par de días y tras el alta se continuó con la familia antibiótica por vía oral.

Caso 6

Paciente GDA de 32 años, sexo femenino. Acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 7 días de dolor en FID, curso progresivo. Refiere presentar dolor tipo cólico en flanco derecho de moderada intensidad (7/10) desde hace 07 días, asociado a disuria y polaquiuria por lo que toma una pastilla para el dolor (no recuerda cual). Dos días después, el dolor incrementa en intensidad y se agrega sensación de alza térmica (SAT) no cuantificada, náuseas y vómitos en 2 oportunidades, por lo que decide acudir por emergencia. Al ingreso, funciones vitales estables y al examen físico abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en FID. Signo de Murphy negativo, signo de rebote positivo. Se diagnostica como un síndrome doloroso abdominal a descartar apendicitis aguda, a descartar infección de tracto urinario inferior. Se solicitan exámenes auxiliares y la paciente permanece en

observación durante la noche. Se obtienen resultados de laboratorio: Anemia leve microcítica hipocrómica, leucocitosis con desviación izquierda, trastorno de coagulación, aumento de reactantes de fase aguda (PCR: 28.4 mg/dl), Prueba de embarazo negativa. Examen de orina patológico. Se coloca a la paciente en ayuno y se inicia hidratación, protección gástrica, cobertura antibiótica con Ceftriaxona y se espera a resultados de imágenes para iniciar analgesia.

En la reevaluación 12 horas después (9 am) se encuentra masa de 5 por 5 cm aproximadamente en FID y se palpa resistencia en pared abdominal con otros signos peritoneales positivos, por lo que se clasifica como una apendicitis aguda complicada y se agrega a los diagnósticos plastrón apendicular. Se solicita una ecografía abdominal la cual informa signos ecográficos de plastrón apendicular y líquido libre en cavidad abdominal, corroborando el diagnóstico. Se programa para sala de operaciones.

Se ingresa a sala de operaciones el mismo día a las 16:15 con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Se realiza una incisión mediana suprainfraumbilical, se ingresa a cavidad y se identifica un plastrón conformado por epiplón, asa delgada (ileon terminal y ciego) y apéndice necrosado en toda su extensión con base en mal estado. Líquido purulento en cavidad 200 cc. Se libera el plastrón y se reseca la zona afectada + colocación de 2 Dren Pen Rose. Se realiza control de hemostasia, conteo de gasas y se cierra la pared abdominal por planos hasta piel. Paciente pasa de recuperación a hospitalización de cirugía general donde se rota antibióticos a ciprofloxacino y metronidazol por vía endovenosa.

Paciente permanece 5 días hospitalizado para administración de antibioticoterapia endovenosa, control del dolor, curación de herida operatoria diaria y manejo de dren. Es dado de alta al 6to día con antibioticoterapia vía oral y cita para retiro de puntos en 10 días.

La apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico en todos los grupos etáreos. Su diagnóstico y tratamiento suele ser temprano y sencillo, lo cual permiten una recuperación rápida y un alta precoz. Sin embargo, las demoras ya sean por parte del paciente o intrahospitalarias de diversas causas, pueden permitir que el cuadro progrese hasta una

perforación apendicular y una consecuente peritonitis, abscesos o plastrones apendiculares, incrementando el riesgo de morbi mortalidad y alargando la estancia hospitalaria con todas sus implicancias. (16)

Si bien actualmente no se ha llegado a un consenso para el manejo del plastrón apendicular, la recomendación actual se basa principalmente en la antibioticoterapia endovenosa con una apendicectomía diferida de 3 a 6 meses. Sin embargo, la decisión finalmente es del médico tratante ya que este puede optar por una cirugía precoz. (17)

El caso presentado es un claro ejemplo de cómo las demoras, tanto extra como intrahospitalarias favorecieron que un caso que pudo ser sencillo de manejar con una laparoscopia oportuna, alta a las 24 horas y 5 días de antibioticoterapia vía oral, termine en casi una semana de hospitalización, con una cirugía extensa y antibióticos de mayor potencia por un mayor periodo de tiempo.

Caso 7

Paciente APY de 36 años, sexo femenino. Manifiesta que desde 8 meses antes del ingreso presenta dolor abdominal de moderada intensidad (7/10) en hipocondrio derecho que se irradia a espalda, aparece de manera esporádica (3 a 4 veces al mes), que calma con analgésicos ya que refiere que, por la pandemia, no quería acudir a un establecimiento de salud. Un mes antes del ingreso, el dolor se hace más intenso y frecuente y nota coloración amarilla en la piel acompañada de ictericia, acolia y episodios de vómitos amarillentos, por lo que acude a un médico particular donde se realiza ecografía abdominal y encuentran microlitiasis vesicular. Dos días antes del ingreso, el dolor se intensifica hasta 9/10 y ya no calma con analgésicos, por lo que acude por la emergencia del HNHU. Niega antecedentes médicos y hospitalizaciones previas. Al examen físico, funciones vitales estables, paciente afebril. En abdomen, este se encuentra blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho. No signos peritoneales, ruidos hidroaéreos presentes. Resto de examen físico negativo. Se plantean los diagnósticos de Síndrome doloroso abdominal a descartar colecistitis aguda, pancreatitis y litiasis renal. Se solicitan exámenes auxiliares para reevaluación y se hospitaliza en cirugía general.

Durante la hospitalización, la paciente presenta ictericia y aumento de la bilirrubina total e indirecta por lo que se solicita una colangiorresonancia, sin embargo, al no contar con resonador en el hospital, se envía referencia para realizarla sin respuesta favorable durante 2 semanas en las cuales los síntomas siguieron incrementando. Luego de 13 días se realiza el estudio donde se concluyen signos en relación con litiasis vesicular múltiple y a nivel de colédoco se reporta levemente dilatado con presencia de litiasis de 0.4cm de diámetro proyectado a 1.5cm del borde luminal de la ampolla de váter, diagnosticando una colédocolitiasis.

Con el resultado de la colangiorresonancia, se transfiere a Gastroenterología y se programa para el día siguiente una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) donde se realiza limpieza de las vías biliares y extracción de detritus, sin evidencia de lito en el interior del colédoco. Paciente regresa a Cirugía General con diagnóstico de Colecistitis crónica calculosa para manejo quirúrgico del mismo.

Se programa para colecistectomía laparoscópica 3 días después del ingreso a Cirugía General. Se realiza limpieza y colocación de los trócares. A la videoscopia se aprecia vesícula biliar de 7 por 3 por 2 cm con múltiples cálculos en su interior, conducto cístico ancho y vía biliar no dilatada. Se realiza procedimiento sin complicaciones, regresa a hospitalización.

La paciente permanece 72 horas luego del procedimiento en el establecimiento para antibióticoterapia, control del dolor y limpieza de herida quirúrgica. La hospitalización cursa sin interurrencias. Sale de alta con analgésicos vía oral y cita en 10 días para retiro de puntos.

La colecistitis crónica reagudizada es una complicación común de la colelitiasis y una causa frecuente de dolor abdominal que requiere hospitalización y manejo quirúrgico. Con el avance en las técnicas quirúrgicas y el acceso a los hospitales de mayor nivel de complejidad, la morbi mortalidad relacionada a esta patología ha disminuido considerablemente en los últimos años, sin embargo, nos encontramos en un contexto especial, en el que las cirugías que no sean de emergencia han disminuido dramáticamente desde el inicio de la pandemia del COVID-19. (18) La pandemia ha hecho que nuestro sistema de salud, ya deficiente desde antes de enfrentarla, demuestre

una vez más las grandes necesidades con la que cuenta, incluyendo equipos necesarios para el diagnóstico de patologías de alta prevalencia como en este caso.

La patología de la vía biliar cuenta con múltiples métodos diagnósticos de apoyo, sin embargo, es la colagiorresonancia es la prueba de elección para confirmar la presencia de colédocolitiasis. (19) El no contar con la disponibilidad de este tipo de equipos en el hospital ya es un primer retraso al tener que hacerlos por referencia, aumentado a esto la pandemia y la dificultad de conseguir la aprobación de las mismas, el tratamiento se ve retrasado en muchos casos, exponiendo al paciente a contagiarse de microorganismos intrahospitalarios y de potenciales complicaciones propias de la enfermedad.

Caso 8

Paciente CLC masculino de 73 años acude al hospital por EMG tras 3 días de náuseas y vómitos, dos días antes del ingreso presentó deposiciones líquidas asociadas a SAT cuantificada en 38 grados. Un día previo al relato presentó dolor abdominal tipo cólico de intensidad 8 de 10 a predominio de hipocondrio derecho. Al examen físico se encontraron ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación, Murphy negativo, sin signos peritoneales e ictericia moderada en escleras y coloración amarillenta de palmas de la mano. Como antecedente refirió diabetes mellitus tipo II no controlada diagnosticada en el 2000. Las funciones vitales en emergencia se encontraron estables. Se solicitaron exámenes de laboratorio basales, perfil hepático, PCR y ecografía abdominal, en la cual se evidenciaron múltiples cálculos en vesícula biliar entre 7 a 8 mm, dimensiones de la misma conservadas en tamaño (98 por 45 mm) con paredes engrosadas hasta 4 mm. Además el colédoco se halló dilatado (7 mm); por lo que se catalogó como una colecistitis crónica calculosa a descartar coledocolitiasis. Dentro de los resultados de laboratorio relevantes se encontró: leucocitos de 13.4 mil, PCR de 18.25 mg/dl, bilirrubina total en 5.95 mg/dl a predominio directo (4.8 mg/dl), fosfatasa alcalina 180.7 mg/dl y gamma glutamil transferasa de 311.38 mg/dl.

A partir de los datos mencionados se aplicaron las escalas de las guías de Tokyo 2018 (19) para coledocolitiasis y colangitis aguda; en las cuales se sugirió la sospecha de colangitis aguda por presencia de criterios clínicos (fiebre, leucocitosis y PCR positivo) y signos de obstrucción. En cuanto a la coledocolitiasis se evidenció una alta probabilidad de la misma por el hallazgo de la bilirrubina total mayor a 4 mg/dl, considerado como signo muy fuerte; asociado al colédoco dilatado reportado en la ecografía abdominal, considerado como signo fuerte. El mismo día del ingreso se indicó terapia antibiótica endovenosa para la colangitis con metronidazol y ceftriaxona. Con los diagnósticos planteados, se decidió realizar una colangiorresonancia con contraste para la confirmación de la coledocolitiasis, sin embargo, según las guías internacionales, se pudo haber obviado este examen y programado la CPRE como prueba diagnóstica confirmatoria y terapéutica. La colangiorresonancia confirmó la presencia de un colédoco dilatado en 9 mm con contenido de una imagen litiásica en su tercio distal, asociado a una dilatación del conducto pancreático principal. Así fue como se programó una CPRE como manejo terapéutico para ambas patologías, ya que el paciente no se encontraba con inestabilidad hemodinámica, sino con una colangitis leve en tratamiento antibiótico. El procedimiento se realizó sin mayores interurrencias realizando una papiloesfinterotomía con precorte para evitar propias complicaciones de la intervención. Cuatro días luego de la CPRE se programó una colecistectomía laparoscópica para eliminar la posibilidad de repetición del mismo cuadro u otros, como pancreatitis, asociados a la colecistitis crónica calculosa. (20,21)

Debido al contexto de pandemia, la ausencia de consultorios externos obliga a los pacientes a no poder atenderse ambulatoriamente ante cualquier sintomatología presente frente a las enfermedades crónicas de fondo que padecen. Los pacientes con litiasis vesicular sintomática, debido a todas las posibles complicaciones que ocurren tras padecerla, representan un problema importante al no poder programarse una cirugía electiva. En estos casos, como en el actual, los pacientes deben esperar a la reapertura de los consultorios externos o bien acudir a la emergencia para ser tratados por el cuadro agudo. Asimismo, la única opción de realizar una colecistectomía

laparoscópica de manera electiva en pandemia, ha sido en pacientes hospitalizados por complicaciones una vez pasado el cuadro agudo. Por lo cual es de suma importancia identificar a los pacientes con litiasis vesicular, sobre todo aquellos que padecen de cólicos biliares recurrentes, evitando que la misma enfermedad progrese y deban acudir por emergencia.

1.3 Gineco Obstetricia

La demanda de pacientes del HNHU tanto en hospitalización como en el servicio de emergencia consta principalmente de mujeres en edad fértil. El 51% de la población asignada del hospital es femenino y del total de la muestra, el 28% se encuentra entre los 15 a 49 años. Dentro de las 10 principales causas de hospitalización en el 2018 se encontró en primer lugar al parto único espontáneo (11.5%) y en segundo el aborto no especificado (6%). Además, 7 de 10 primeras causas de hospitalización son atendidas por el Servicio de Gineco Obstetricia y 51% de las atenciones en emergencia también. (22) Esto demuestra la cantidad y flujo de pacientes que se manejaba previo a la pandemia, sin embargo, esto ocurría ya que la mayoría de estas se quedaban de 24 a 48 horas hospitalizadas. Es así como en el internado regular se hacían guardias en donde se atendían más de 15 partos, entre cesáreas y partos vaginales. En el contexto COVID - 19 se evidenció una gran disminución de pacientes, a pesar que los partos no son posibles de posponer por pandemia, fueron los casos ginecológicos los que acudieron con menor frecuencia a las instalaciones del HNHU. Sin embargo, se pudo aprovechar que, ante la baja demanda de pacientes en la emergencia, también hubo menos personal asistencial, por lo que el interno tomó un rol activo, realizando los procedimientos y exámenes físicos para luego reportar no solo los datos, sino generar una opinión y sugerir exámenes o tratamientos que considere apropiados, poniendo en práctica los conocimientos que se adquirieron durante los meses que no se acudió al internado médico.

El aborto no especificado constó del 7% de atenciones en emergencia en total, lo cual indica una cantidad incrementada de embarazos no deseados en la población, e incluso la poca difusión de la planificación familiar por las zonas dentro de la jurisdicción del hospital. Otra prueba de ello es la cantidad de embarazo adolescente, ya que ocupa, tanto la atención del parto como sus complicaciones, 7 de las 10 primeras causas de hospitalización en este grupo etario. Se deberían potenciar las estrategias de promoción y prevención dentro de la región de DIRIS Lima Este, en este grupo etario y en jóvenes

principalmente, aun en pandemia, ya que es un problema actual de salud dentro de la región. (22)

A pesar de la pandemia, la variedad de casos y posibilidad de aprendizaje, permitieron lograr identificar, diagnosticar, aplicar principios éticos y conceptos básicos basados en evidencia en el manejo de distintas patologías ginecológicas como: miomatosis uterina, tumores anexiales, vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades inflamatorias pélvicas, patología mamaria, cervical, y anexial tanto benigna como maligna. Dentro del Servicio de Ginecología el interno fue capacitado no solo para el manejo médico sino también el quirúrgico, que abarca gran parte de la especialidad, generando así habilidades para instrumentar y asistir al cirujano principal y, como en el caso de las autoras del documento que realizarán su residencia en áreas quirúrgicas, poder participar más activamente en este campo. Es así como se dio la oportunidad en varias ocasiones de intervenir en casos de alta complejidad como en histerectomías por NM tanto cervicales, anexiales como vulvares.

A continuación se presentarán 4 casos representativos de la rotación y de los procedimientos observados y atendidos en los meses de enero y febrero:

Caso 9

Paciente PGO de 48 años femenino proveniente de El Agustino, acude a EMG del HNHU tras una semana de dolor abdominal, al inicio moderado (6 de 10) que con los días incrementó hasta 8 de 10, a predominio de hipogastrio, que no cede con analgésicos (AINEs). Presentaba el mismo dolor una año previo al ingreso por EMG, pero de menor intensidad (4 de 10) y que cedía al reposo. No se menciona presencia de sangrado intermenstrual anterior, usualmente cursa con 29 días regulares de ciclo y 3 a 4 días de menstruación en abundante cantidad. Como antecedente contaba con diagnóstico de miomatosis uterina en el 2019 por la sintomatología mencionada, además de una quistectomía derecha previa por quiste ovárico en el 2017. No tiene embarazos previos, pérdidas ni hijos. Se tomaron funciones vitales las cuales se encontraron estables. Como hallazgo positivo al examen físico se encontró

dolor abdominal a la palpación profunda de ambos cuadrantes inferiores. Se palpó útero incrementado de tamaño con el fondo por debajo de la cicatriz umbilical de aproximadamente 16 cm. A la especuloscopia no se evidenció presencia de sangrado, se corroboró como fecha de última regla: dos de febrero 2021 (17 días previo al ingreso). Se catalogó como diagnóstico de ingreso: síndrome doloroso abdominal por miomatosis uterina. Se solicitaron exámenes auxiliares, prequirúrgicos y se indicó como única terapéutica diclofenaco 75 mg intramuscular para manejar el dolor intenso para posterior hospitalización en el servicio de Ginecología del hospital. No se solicitó una prueba de embarazo ya que la paciente refirió no haber tenido relaciones sexuales previamente.

Resultados de laboratorio se encontraron dentro de los parámetros adecuados.. En la ecografía transvaginal, realizada con el consentimiento de la paciente al no haber tenido relaciones sexuales, se describe un útero irregular de parénquima heterogéneo, con dimensiones de 14 por 7.8 cm de longitud y ancho respectivamente; el endometrio se encontró de 6.3 mm de grosor. Dentro del parénquima se hallaron múltiples miomas en la cara anterior y posterior que deformaban el espesor endometrial. Los ovarios se encontraron conservados en estructura y el fondo de saco de Douglas con ausencia de líquido libre. Dentro de la estancia hospitalaria se mantuvo a la paciente con terapia analgésica.

Se realizó la intervención quirúrgica 2 días luego del ingreso en donde se propuso una histerectomía total por miomatosis uterina múltiple intramural más liberación de adherencias por el antecedente quirúrgico. Dentro de los hallazgos intraoperatorios se evidenció un útero agrandado de 17 cm aproximadamente, con múltiples miomas en la cara anterior y posterior a lo largo de todo el cuerpo uterino, de bordes irregulares y adherencias finas desde útero a vejiga y recto. Como intercorrenia intraoperatoria se encontró el uréter derecho adherido al cuerpo uterino, por lo que se decidió transformar la cirugía programada en una histerectomía radical tipo 1, esto debido a la necesidad de disección del parametrio lateral derecho para poder movilizar el uréter sin comprometer las estructuras adyacentes, sin embargo, se conservó

el tercio superior vaginal. El resto de la intervención se realizó sin más interurrencias.

La frecuencia de miomatosis uterina en el Perú es de 30 a 70% en mujeres en edad reproductiva, 60% en menores de 40 años y 80% antes de los 50 años. La mayoría de estas suelen reportarse asintomáticas, solo 25% de mujeres en edad fértil presentan síntomas. (23) Dentro de ellos en primer lugar se encuentra la hemorragia uterina anormal, luego el dolor pélvico, subfertilidad y por último en casos de tumoraciones más grandes, efecto de masa. Estos mismos síntomas pueden traer complicaciones futuras que alteren la calidad de vida de las pacientes por lo que su diagnóstico precoz es importante. (24) Se estima que el crecimiento de los miomas es de 9% cada 6 meses en relación a su tamaño inicial, ello puede condicionar a dolor pélvico crónico tanto como sintomatología urinaria por la contigüidad del sistema urinario con el útero. (25) En el caso mencionado, se encontraron adherencias del uréter derecho al útero, la cual probablemente fue causada por el antecedente quirúrgico, sin embargo, el incremento del tamaño uterino puede haber contribuido en su formación por la proximidad con el uréter.

Los miomas representan el 40% de indicaciones de histerectomía en el Perú, cifra importante considerando esta intervención como el último recurso de tratamiento, ya que existen múltiples tipos de tratamiento conservador, tanto médico como quirúrgico. (23) Los métodos conservadores dependen primordialmente de los síntomas y el deseo genésico de las pacientes; aplicándolo al caso presentado, al no tener hijos y no desearlos, se comentarán las posibilidades de manejo médico que se pudieron ofrecer previo a la intervención quirúrgica realizada. Principalmente se recomienda el uso de agonistas de GnRH por 3 a 6 meses, que generan hipoestrogenismo para detener estímulo de crecimiento tumoral, como terapia preoperatoria. Se dan por indicación previo a la intervención quirúrgica para disminución del tamaño tumoral o transicional desde la perimenopausia tardía. (26) También se ha reportado satisfactorio el uso de acetato de ulipristal, modulador selectivo del receptor de progesterona, al tener un efecto similar en disminuir el tamaño de los miomas. Ambos medicamentos son indicación de elección

para la miomatosis múltiple, sobretodo de tipo 2 a 5 (miomas intramurales que pueden o no protruir en la submucosa). En el caso mencionado, se considera que se pudo brindar esta opción terapéutica desde el diagnóstico de la miomatosis, preferible el acetato de ulipristal por la comodidad de su presentación en vía oral y demostración de menores efectos adversos. (25)

Se evaluó como posibilidad realizar una miomectomía para conservar el útero, por la menor invasividad, tiempo operatorio y recuperación posterior; sin embargo, la cantidad de miomas presentes en las paredes uterinas, la edad de la paciente cercana a la menopausia y la ausencia de deseo genésico, fueron los factores principales a considerar para la realización de una histerectomía. Entonces la controversia del caso radica en que si bien se pudo brindar tratamiento médico como primera línea, este probablemente no hubiese podido aliviar el dolor a largo plazo; pero si evitar que la tumoración crezca y se comprometan estructuras adyacentes. (25)

Caso 10

Paciente EPG de 20 años acude a la EMG del HNHU por dolor en mama derecha asociado a pesadez de la misma por incremento de volumen aproximadamente al doble en comparación a la mama izquierda. Refiere haber palpado una tumoración pequeña de 2 cm aproximadamente 5 meses antes del ingreso, que fue creciendo con el tiempo asociado a la aparición del dolor y aumento del mismo hasta llegar a una intensidad de 6 de 10 aproximadamente, razón por la que acude al establecimiento. Paciente nulípara, no refiere antecedentes ginecológicos (uso de preservativo como método anticonceptivo, negó consumo de hormonas) ni quirúrgicos de importancia, no presenta familiares con patologías significativas de mencionar. Al examen físico se halló una tumoración de 10 cm de longitud y 8 de ancho, localizada en toda la región inferior de la mama derecha, a predominio del cuadrante inferolateral. Esta masa era de consistencia dura, con bordes irregulares, dolorosa y móvil a la palpación. No presentó eritema local, edema ni fiebre asociada al cuadro clínico. Además se evidenció que la piel de la zona se encontraba adelgazada y brillante, pudiéndose observar venas superficiales en dicha región, sin embargo, no se evidenciaron

retracciones, piel de naranja ni alteraciones estructurales en el pezón ni regiones circundantes. No se palparon adenopatías supraclaviculares ni axilares.

Se pidió una ecografía por la edad de la paciente, en la cual no se indica mamografía aun, en donde se evidenció una masa sólida multilobulada no calcificada, hipoeoica y bien definida; con presencia de áreas quísticas dentro de la masa, de forma ovalada con dimensiones de 10 cm de longitud y 7.8 cm de ancho, ocupando toda la región inferior de la mama. A la ecografía doppler se hallaron vasos de calibre importante dentro de la tumoración. Dentro de los diagnósticos se consideró como una tumoración de mama derecha a descartar un tumor phyllodes versus un fibroadenoma gigante. El diagnóstico definitivo lo confirmó una biopsia core en donde se catalogó como un tumor phyllodes benigno. El tumor phyllodes es un tipo raro de neoplasia benigna de tipo estromal, que dentro de su estirpe, puede comportarse como benigno, maligno o borderline dependiendo del grado de atipia celular, actividad mitótica, infiltración de márgenes y crecimiento estromal. (27) Suelen diagnosticarse en mujeres en edad fértil de 40 a 50 años aproximadamente, con un cuadro clínico similar al caso presentado, una tumoración dura inicialmente pequeña de crecimiento rápido sin signos de malignidad como retracción cutánea, adenopatías, baja de peso. Las pacientes suelen acudir a consultorio externo de ginecología cuando la tumoración crece hasta los 5 cm aproximadamente (28), lo cual no fue posible ya que este se encontraba suspendido por la pandemia.

Dentro del tratamiento planteado se consideró la posibilidad de realizar una mastectomía parcial, sin embargo, el tamaño de la tumoración, la ocupación de toda la región glandular y la necesidad de ampliación de márgenes de 1 a 2 cm; no ameritaba un tratamiento conservador por la poca cantidad de tejido glandular que hubiese quedado para una posterior reconstrucción. Además Buchanan (28) propone que toda tumoración phyllodes mayor a 5 cm debería ser candidata para una mastectomía total, por lo que se optó por dicha opción sin linfadenectomía. (28) Si bien las condiciones del hospital no permiten realizar una colocación de prótesis, sería ideal que en un futuro se pueda

intervenir, como lo recomienda Santos (27) para mejorar la calidad de vida de la paciente, pudiendo afectarse por la temprana edad y demás factores psicosociales.

Caso 11

Paciente mujer CMBP de 34 años acude por emergencia por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 9/10 asociado a sangrado vaginal escaso desde hace aproximadamente un día. Al examen físico signos vitales estables, paciente cursa afebril. En abdomen, este se encontraba plano, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Al examen preferencial, tacto vaginal sin alteraciones, no se evidencia sangrado ni lesiones de canal vaginal ni cuello cervical a la colocación del espéculo.

Se realiza ecografía transvaginal en la cual se evidencia embrión con longitud coronal de 5.4mm con presencia de latidos cardiacos fetales en 132 latidos por minuto ubicado en ovario izquierdo, este sin alteraciones. No líquido libre en cavidad. Se solicita fracción beta de la Gonadotropina Coriónica humana (β -hCG) y se hospitaliza a la paciente para manejo médico con el diagnóstico de Primigesta de 6 semanas 1/7 por ecografía de primer trimestre y Embarazo ectópico ovárico izquierdo no complicado.

Se considera inicio de metrotexate según resultados de B-hCG control, sin embargo, se observa aumento de este, pasando de 3900 a 4800 U/L. Se solicita nueva ecografía transvaginal al tercer día de hospitalización ya que la paciente refiere aumento del dolor abdominal y se evidencia leves signos de irritación peritoneal, donde se evidencia persistencia de latidos cardiacos fetales y se observan coágulos en ovario izquierdo y líquido libre en cavidad abdominal, por lo que se explica a la paciente que el manejo del embarazo ectópico se debe hacer por vía laparoscópica.

Se programa a la paciente y se realiza la cirugía 4 horas después sin complicaciones. La paciente es dada de alta a las 48 horas las cuales cursa sin interurrencias.

El embarazo ectópico hace referencia a toda gestación que se encuentre localizada por fuera de la cavidad uterina y es la segunda causa más frecuente de hemorragia del primer trimestre luego del aborto. Si bien su incidencia es baja (aproximadamente 2% de todos los embarazos), su mayor riesgo es el

compromiso de la fertilidad de la mujer en el futuro si este se llega a complicar. Su diagnóstico se basa en los niveles séricos de la β -hCG y correlacionarlo con una ecografía donde se encuentre útero vacío y un saco embrionario o feto por fuera de este. (30)

El manejo se basa en tres grandes opciones, las cuales fueron consideradas en el caso. La primera y menos invasiva es el tratamiento expectante con control seriado de B-HCG hasta que este negativice y se encuentre un embrión no viable. En el caso presentado, la ecografía siempre mostró datos de viabilidad fetal, razón por la cual este fue descartado. El segundo tratamiento que se puede considerar es el médico, utilizando Metrotexate en pacientes hemodinámicamente estables, sin signos de hemoperitoneo, masa anexial pequeña (menor de 3.5 cm), embrión acárdico, niveles de B-HCG menores de 5000 U/ml y ausencia de líquido libre en cavidad. Como se explica en el caso, la paciente al ingreso cumplía con los criterios para inicio de Metrotexate exceptuando el feto acárdico, por lo que se esperó 2 días para ver si esta situación cambiaba. Sin embargo, al momento de repetir la ecografía, el personal decidió por la tercera opción que es la cirugía. (31)

Si bien el tratamiento quirúrgico es el de elección por la resolución completa del cuadro, el riesgo se encuentra en el compromiso futuro de la fertilidad de la paciente. En el caso en mención, la paciente tenía 34 años y esta era la primera gestación, por lo cual se esperó a que la cirugía fuera la última opción con intención de preservar la fertilidad en la medida de lo posible ya que la paciente si refirió tener deseos genésicos. La cirugía realizada se hizo por vía laparoscópica por los beneficios que esta presenta sobre la cirugía abierta.

Como se demuestra en el caso escogido, si bien muchas veces se plantea la opción quirúrgica como la más atractiva para los cirujanos por los beneficios que esta presenta, se debe tomar en cuenta los deseos del paciente, considerando en obstetricia siempre el deseo genésico de las pacientes, razón por la cual se deben informar todas las opciones de tratamiento con la que se cuenta, además de los riesgos y beneficios que presenta cada una para que la paciente pueda tomar la decisión que más se acerca a lo que esta desee.

Caso 12

Paciente mujer JJR de 37 años. Ingresa por emergencia por presentar dolor abdominal tipo contracciones uterinas de moderada intensidad cada 5 minutos desde hace aproximadamente 13 horas. Niega pérdida de tapón mucoso, líquido y sangre. Refiere que 1 día antes del ingreso inició con cefalea holocraneana de severa intensidad. Niega síntomas COVID-19.

Refiere como antecedente de importancia hipertensión arterial en tratamiento con Losartán desde hace 4 años. Al examen físico de la emergencia, se encontró una presión arterial de 190/130 mmHg, frecuencia cardiaca de 122 lpm, frecuencia respiratoria en 22. En el examen preferencial: abdomen ocupado por útero grávido con feto único, latidos cardiacos fetales 150 lpm, altura uterina de 35 cm, actitud fetal en longitudinal cefálico izquierdo. Al tacto vaginal, cérvix blando, central, dilatado 5 cm, incorporado 85%, altura de presentación -2, membranas ovulares íntegras. Se ingresa con los diagnósticos de Multigesta de 38 semanas por ecografía de II trimestre, Fase activa de trabajo de parto y Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia con signos de severidad. Se solicita batería de preeclampsia, se activa la clave azul y se acentúa trabajo de parto.

Se reciben resultados de laboratorio: hemograma con plaquetopenia leve y leucocitosis con desviación izquierda, examen de orina con proteinuria cualitativa positiva y en el perfil hepático elevación de DHL (1043 U/L), TGO (399 U/L) y TGP (290 G/L).

A la hora se reevalúa a la paciente y se evidencia salida de líquido amniótico verde fluido por canal vaginal, se valoran latidos cardiacos fetales los cuales se encuentran en 97 lpm y se agrega el diagnóstico de estado fetal no tranquilizador, razón por la cual se realiza una cesárea de emergencia.

En el reporte operatorio se relata el ingreso a cavidad abdominal, histerotomía tipo Kerh, extracción del producto en cefálico (RN sexo masculino, peso 3375 g, talla 52 cm, perímetro cefálico 35 cm, circular de cordón simple ajustado al cuello, líquido amniótico verde espeso sin mal olor. APGAR: (3 al primer minuto, 9 al 5to minuto) y extracción manual de la placenta. Histerorrafia en

02 planos y revisión de cavidad. Se solicita material para sutura de B-Lynch por atonía uterina y sangrado profuso (1000 cc), se reporta por Anestesiología presión arterial de 203/150 mmHg. Se controla sangrado y PA 160/110 mmHg, se continúa con la cirugía hasta completarla. Se administra Misoprostol 600mg transrectal y paciente pasa a Unidad de recuperación post anestésica.

Paciente retorna a hospitalización de Gineco Obstetricia donde es ingresada a la Unidad de Cuidados Intermedios para monitoreo de presión arterial y diuresis por sonda Foley mientras se continúa clave azul. La paciente se mantiene hemodinámicamente estable, normalizando controles de laboratorio y presión arterial progresivamente. Se realiza curación diaria de herida operatoria y la paciente es dada de alta 7 días luego de la cirugía.

La preeclampsia es un desorden multisistémico caracterizado por una elevación de la presión arterial, acompañada de daño de órgano blanco, con o sin proteinuria. Se desarrolla por la mala invasión vascular del trofoblasto a partir de la semana 20 de gestación y puede permanecer hasta las 12 semanas del postparto. (32) Esta patología está dentro de los denominados trastornos hipertensivos del embarazo, los cuales son una de las complicaciones más frecuentes y graves de la gestación y se encuentran como la primera causa de morbi – mortalidad materna en nuestro país seguido de la hemorragia post parto (con la atonía uterina a la cabeza) y en tercer lugar la sepsis. (33)

Existen factores de riesgo mayores y menores para poder definir el riesgo de la paciente de desarrollar preeclampsia, entre los mayores se encuentran el tener diabetes o hipertensión arterial crónica, la enfermedad renal crónica, las enfermedades autoinmunes, como el lupus eritematoso sistémico y el síndrome antifosfolípídico, y haber tenido un trastorno hipertensivo en la gestación anterior. Tener estos 5 factores de riesgo mayores claros es fundamental para definir la prevención de esta enfermedad en las gestantes durante sus controles prenatales. (34)

Las guías indican la activación de claves para el manejo de las 3 principales causas de mortalidad. En el presente caso, se observa el manejo de 2 de ellas de manera oportuna según las guías presentadas. Este caso también demuestra la importancia de un monitoreo constante en las pacientes de alto riesgo, ya que el bienestar fetal puede cambiar en minutos, poniendo en riesgo no solo la vida del feto sino también de la madre.

1.4 Pediatría

La rotación en el Servicio de Pediatría del HNHU fue particular para el interno durante la pandemia COVID - 19. Al ser las madres las responsables de los pacientes, estas, por el contexto, no suelen acudir a la emergencia a menos que la sintomatología del paciente les parezca lo suficientemente grave. Es así como en la rotación se vieron muy pocos casos de niños hospitalizados dentro del pabellón "no covid". Sin embargo, en la emergencia pediátrica hubo variedad de presentación de casos, desde patologías simples como una gastroenteritis aguda, hasta convulsiones febriles, epilepsia, enfermedad por arañazo de gato, enfermedades eruptivas de la infancia, entre otros.

Al momento de abordar un paciente pediátrico es de suma importancia entender que se trata con dos pacientes, la madre y el niño. Esta rotación, además de ser parte fundamental de la formación médica de los internos de medicina, logra entrenar a estos mismos para brindar la mejor atención y trato posible al niño como al familiar. El primer contacto del paciente en la emergencia como en hospitalización es con el interno, por lo que es deber de este resolver las dudas de los familiares, quienes usualmente se encuentran preocupados, también tomando en cuenta la manera en la que se brinda la información ya que podría generar mayor inquietud.

En el 2018, 37.9% de las muertes registradas en el HNHU fueron del servicio de Neonatología. (22) Al ser un hospital de tercer nivel de atención, también recibe referencias nacionales para manejo de neonatos con necesidad urgente de incubadora y cuidados proporcionados por una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). Si bien el interno no realiza una rotación dentro de la UCIN, este debe aprender a reconocer qué signos y síntomas son relevantes de observar detenidamente y cuáles no, para un posible ingreso del recién nacido (RN) a hospitalización. El cuadro clínico en neonatos suele ser bastante sutil, ya que ellos mismos no pueden comunicarse más allá del llanto, es por eso que se debe conversar con la madre y entablar una buena relación con la misma para que se haga más fácil

la atención. Fue así como el interno fue capaz de participar desde una atención inicial del RN sin patologías hasta en el manejo de una reanimación cardiopulmonar neonatal en sala de partos u operaciones, siempre apoyado por el equipo de reanimación.

Parte de la rotación fue también, dentro de la Unidad de Cuidados Intermedios en el pabellón del servicio de Pediatría. En donde se observaron patologías crónicas de lenta evolución como traqueomalacia, VIH, parálisis cerebral infantil, entre otras. Es ahí donde el interno pudo entender la importancia del tratamiento integral, de enfoque biopsicosocial al paciente, ya que el manejo de muchos pacientes pediátricos de mal pronóstico debe ser abordado hacia la mejora de calidad de vida. Debe primar el concepto de no maleficencia, por más que algún tipo de tratamiento sea el óptimo de manera curativa, muchas veces este no es una opción cómoda para el paciente, por lo que se deben brindar opciones y estar dispuesto a evaluar nuevas estrategias de cuidado para garantizar una atención de calidad.

Caso 13

Se acude al llamado de sala de partos por Primigesta de 39 6/7s por fecha de última menstruación en expulsivo. Se recibe en sala de atención inmediata a un RN vivo de sexo femenino de parto eutócico con expulsivo prolongado por distocia de hombros con maniobra de Kristeller, líquido amniótico verde fluído, presentación cefálica, cianosis generalizada, no llanto en el primer minuto, tono muscular con leve flexión, gesticulación adecuada, respiración irregular. Se inicia RCP neonatal con secado y estímulo, se brinda calor y se posiciona vía aérea, sin embargo, al persistir la frecuencia cardiaca en 72 lpm se brinda ventilación a presión positiva (VPP) eficaz y se monitoriza saturación de oxígeno durante 30 segundos. La frecuencia cardiaca se eleva a 102 lpm y el recién nacido recupera el color rosado y se detiene el RCP.

Se realiza la antropometría y se obtienen los valores de un recién nacido de 4100 g, talla 51 cm, perímetro cefálico 35 cm, perímetro torácico 35 cm, perímetro abdominal 33 cm. APGAR 6 al minuto y 9 a los 5 minutos. Edad gestacional por Capurro 40 semanas. Se realiza profilaxis de cordón umbilical y se aplica vitamina K 1mg/IM. Se confirma permeabilidad anal.

Al examen físico se evidencia tumoración con ligero crépito en clavícula derecha con moro asimétrico e imposibilidad de separar el miembro del mismo lado. Prehensión palmar positivo. El resto del examen sin alteraciones.

Se diagnostica como un recién nacido a término de 40 semanas por examen físico, sexo femenino, macrosómico, adecuado peso para edad gestacional, controles prenatales insuficientes, fractura de clavícula y lesión de plexo braquial superior, a descartar hipoglicemia. Pasa a observación en cuidados intermedios neonatales para manejo.

Se entiende por trauma obstétrico a todas las lesiones producidas en el feto durante el trabajo del parto, siendo el periodo de mayor riesgo el expulsivo. Estas pueden ser consecuencia de múltiples factores relacionados con la madre, el feto o propios del mecanismo forzado del parto. Si bien no es una patología muy frecuente, la incidencia es de 1 a 3 por cada 1000 nacidos vivos, esta no se ha logrado reducir en los últimos años. Esto demuestra la importancia de reconocer posibles factores de riesgo y diagnóstico oportuno del cuadro, ya que el tratamiento fundamental es fisioterapia, que de no ser realizada de manera correcta y temprana, puede dejar secuelas en la funcionalidad básica de la mano, codo y hombro del miembro afectado. (35)

Se escogió este caso, ya que no solo pone en evidencia la importancia de la adecuada atención del recién nacido y del examen físico completo, sino que objetiva también la efectividad de un RCP neonatal correctamente realizado. La detección temprana y el tratamiento adecuado del paro cardiorrespiratorio incrementa la probabilidad de supervivencia tanto en niños como en adultos. El RCP neonatal realizado por personal médico entrenado es la base para una reanimación exitosa. Para esto es indispensable la anticipación y preparación del personal, lo cual le permita tener todos los materiales disponibles y estén organizados como equipo para evitar demoras y confusiones. (36)

Se estima que hasta el 10% de los recién nacidos requieren alguna clase de estímulo para iniciar la respiración inmediatamente después de nacer y hasta el 1% de los recién nacidos van a necesitar RCP para recuperar la función cardiorrespiratoria. (36) Es por todo ello que el conocimiento de este procedimiento cobra especial importancia en la formación del médico.

Caso 14

Acude paciente de 28 años multigesta de 38 semanas con 6 días, tras ruptura prematura de membranas de 12 horas al establecimiento, refiriendo no haber podido llegar previamente porque vive lejos. No se evidenciaron contracciones uterinas de trabajo de parto (1 en 10 minutos) ni cambios cervicales significativos al tacto vaginal. Posee antecedente de infección de tracto urinario en el tercer trimestre con tratamiento completo pero sin urocultivo negativo posterior. A la ecografía obstétrica se observa feto en podálico, por lo que se decide programar una cesárea electiva previo inicio de antibioticoterapia. Se realizó la cesárea sin ninguna interurrencia, se extrajo un feto masculino, de 3670 gramos, 49 cm de talla, con APGAR 9 de 9, perímetro cefálico de 32 cm, torácico de 33 cm y abdominal de 31. Al examen físico se identificó un recién nacido normocéfalo, sin deformaciones craneales, con la fontanela anterior abierta normotensa, sin fractura de clavícula, auscultación pulmonar con murmullo vesicular adecuado con pasaje por ambos hemitórax, auscultación cardiológica adecuada, abdomen sin visceromegalia y examen neurológico adecuado con moro simétrico, reflejo palmoplantar positivo al igual que el de succión. Las funciones vitales se encontraron estables con una frecuencia cardíaca de 145 lpm y frecuencia respiratoria de 59 respiraciones por minuto. Se solicitó un hemograma y PCR por el antecedente materno de infección de tracto urinario del tercer trimestre y ruptura prematura de membranas 15 horas previo a la cesárea.

A la evaluación de cuatro horas todos los parámetros se encontraron igual que mencionados anteriormente a excepción de la frecuencia respiratoria la cual se halló en 70 respiraciones por minuto. Se recibieron los resultados de laboratorio con hemograma normal y PCR sin alteraciones, por lo que se descartó sepsis neonatal. Sin embargo, se evaluó solicitar una radiografía de tórax la cual no se efectivizó por falta de criterios que apoyaran su beneficio más que sus desventajas. A continuación, se pasó a monitorizar frecuentemente la saturación de oxígeno, para poder brindarle este por máscara facial en caso fuese menor de 92%. El RN quedó en observación por 12 horas en la cual se monitorizaron sus funciones vitales continuamente, y

se siguieron encontrando frecuencias respiratorias mayores a 60, hasta pasadas las 24 horas, cuando se regularizó.

La importancia de este caso radica en la toma de decisiones ante un paciente que no tiene sintomatología florida para pedir exámenes que podrían generarle más daño que beneficios. En el caso mencionado, el recién nacido cursó con una taquipnea transitoria, debido al parto precipitado por cesárea sin previo trabajo de parto, lo cual ocasiona un enlentecimiento en la reabsorción del surfactante para liberar los alveolos pulmonares y que se dé el intercambio gaseoso. En caso se hubiese solicitado una radiografía de tórax, lo más probable es que no se haya observado ningún cambio característico, ya que el diagnóstico de esta patología suele ser clínico predominantemente. Sin embargo, en otros cuadros similares con dificultad respiratoria severa y necesidad de oxígeno, palidez o bajo pulso periférico, un RN prematuro o postérmino, si ameritaría realizarle la radiografía por el riesgo de complicaciones de no ser detectado una posible enfermedad de membrana hialina o síndrome de aspiración meconial a tiempo. (37)

Caso 15

Paciente EGB masculino de 8 meses acude a la EMG pediátrica del HNHU por vómitos y diarreas de 10 horas de evolución, acompañada de fiebre cuantificada en 38.5 grados. Madre refiere que realizó 10 deposiciones líquidas de moderada cantidad sin moco ni sangre, el último de ellos ya dentro del establecimiento. Presentó una enfermedad diarreica aguda (EDA) a los 6 meses para la cual recibió tratamiento ambulatorio. Actualmente en ablactancia con fórmula. Al examen físico se encontró irritable, con mucosas secas, ojos levemente hundidos, llenado capilar menor a 2 segundos y llanto con lágrimas escasas; se palpa la fontanela normotensa. No presenta signo de pliegue y toma agua regularmente. Se pesó al paciente quien contó con 8.6 kg. Dentro de las funciones vitales se encontró una frecuencia cardíaca de 120 lpm, saturación de oxígeno de 99% y demás funciones dentro de los valores normales. En el análisis del caso se planteó como diagnóstico una EDA con signos de deshidratación y la indicación terapéutica fue la toma de

sales de rehidratación oral (SRO) en la emergencia de forma horaria y progresiva.

Luego de 4 horas en observación no se volvieron a presentar vómitos ni deposiciones, por lo que se realizó un examen físico encontrando aún signos de deshidratación (ojos hundidos), se esperó una hora más en donde se vio mejoría clara del estado de conciencia del paciente. Madre refirió que el mismo miccionó y se encontró riendo y jugando, por lo que se indica el alta con indicaciones. La diarrea, en el siglo XXI, sigue siendo la principal causa de mortalidad en lactantes y niños menores de cinco años en países con bajos ingresos económicos, predominantemente por la ausencia de acceso a agua potable y de una adecuada eliminación de excretas. (38)

Se debe tomar en cuenta la relevancia de la terapia en casa en los casos de tratamiento de EDA ambulatorio que no requieran hospitalización, para evitar la recurrencia de los mismos. Además se recomienda aumentar la ingesta de líquidos, aparte de la alimentación regular. El consumo de fórmulas lácteas es un factor de riesgo para la EDA. Se debe enseñar a la madre cómo reconocer los signos de alarma: deposiciones líquidas y / o vómitos persistentes, moco o sangre en las heces, fiebre, dolor abdominal intenso, paciente somnoliento o irritable y aumento o ausencia total de la sed. Asimismo, se debe tener precaución en cuanto a la higiene y cuidados del lactante, por el mismo antecedente de haber padecido otra EDA 2 meses antes. (38)

Por último, según la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarréica Aguda en la Niña y el Niño (39), se recomienda dar suplemento de zinc (20 mg por día durante 10 a 14 días) posterior al episodio de diarrea, ya que es un micronutriente esencial. La carencia de zinc representa un mayor riesgo de padecer infecciones gastrointestinales en los niños, tanto como disfunción inmune en la región del tracto digestivo. Este déficit es común en países subdesarrollados, por el bajo consumo de alimentos ricos en zinc. Por esta razón y la ausencia de acceso a servicios de agua y desagüe en ciertas zonas, la población de la jurisdicción del HNHU es más propensa a adquirir infecciones gastrointestinales. (40)

Caso 16

Paciente mujer JHH de 15 meses de edad. Madre acude por emergencia refiriendo un tiempo de enfermedad de 1 día, caracterizado por deposiciones líquidas (sin moco ni sangre), 7 cámaras al día no asociada a náuseas ni vómitos. La madre repone el volumen aumentando la frecuencia de toma de líquidos claros pero la diarrea persiste y se agrega fiebre cuantificada en 2 ocasiones (37.5 C y 39.9 C) la cual cede a la administración de paracetamol. El día del ingreso por la mañana, cuando la madre va a despertar a la paciente, la nota desconectada del medio, con la mirada fija y movimientos de succión en la boca que duraron aproximadamente 10 minutos, luego de lo cual la paciente recupera la conciencia espontáneamente, razón por la que acude por emergencia. Al examen físico funciones vitales estables, piel caliente, elástica, poco hidratada, mucosas un poco secas, llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez, no ictericia. A nivel de abdomen se encuentra globuloso, blando, depresible. Se evidencia leve dolor a la palpación de hemiabdomen inferior con ruidos hidroaéreos incrementados. En cuanto al sistema nervioso central, la paciente se encontraba despierta, conectada con el entorno, algo irritable, no signos meníngeos ni de focalización. Se diagnostica como una EDA de etiología a determinar, un síndrome febril de etiología a determinar y convulsión febril. Se explica a la madre signos de alarma y se envía a casa con tratamiento para la fiebre.

La convulsión febril es el desorden neurológico más frecuente en los niños menores de 5 años, ya que su fisiopatología se basa en la inmadurez cortical. Estas pueden ser simples o complejas según características de duración, recurrencia, tipo de convulsión y la posibilidad de convertirse en un status epiléptico o no. (41) La primera medida a considerar en el tratamiento de la convulsión febril, como en cualquier caso de convulsiones es el ABC, iniciando por las medidas de permeabilizar vía aérea de manera prioritaria. Lo segundo es el manejo de la fiebre, lo cual incluye la administración de antipiréticos y la búsqueda de la causa de la misma para poder decidir entre si se agrega o no tratamiento antibiótico. El tercer paso es hacer una historia clínica detallada buscando si el paciente cuenta o no con factores de recurrencia como son el que sea menor de 1 año, que sea su segundo episodio de convulsión febril, la

historia familiar de este tipo de convulsiones en familiares de primer grado y los factores relacionados al episodio actual que incluyen el haber convulsionado con fiebre baja y que el periodo entre el inicio de la fiebre y la presentación de la convulsión haya sido corto. La importancia de determinar si el niño presenta o no estos factores de recurrencia es para poder explicar a los padres los signos de alarma ante los cuales deba llevar a su hijo nuevamente por la emergencia para evitar complicaciones. Si bien actualmente la profilaxis farmacológica con anticonvulsivantes como Fenobarbital y Ácido Valpróico están quedando en desuso, en el caso que las convulsiones sean muy prolongadas, múltiples o el paciente no tenga fácil acceso al centro de salud, este debe quedar hospitalizado para su observación. (42)

Si bien el caso demuestra que las convulsiones febriles son episodios normalmente aislados, de fácil manejo y buen pronóstico, se escogió el caso para reforzar la idea del apoyo a los padres, brindándoles información y absolviendo sus dudas, para que puedan actuar de manera oportuna si el cuadro se presenta de nuevo.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) se fundó el 24 de febrero de 1949 bajo el gobierno de Manuel A Odría, como un Hospital Sanatorio para pacientes con Tuberculosis. Fue creado bajo el estilo francés y es de tipo horizontal, esto porque al ser la tuberculosis una enfermedad infecto contagiosa respiratoria, se construyó con el propósito de generar corrientes de aire y diseminación de gases y partículas hacia afuera de los pabellones. Por esta misma razón se cuenta con ventanas amplias en todas las salas de hospitalización y dichas habitaciones concentran a poca cantidad de pacientes, así evitando el hacinamiento. A lo largo de los años se fueron fundando los distintos departamentos para así en el 1991 ser oficialmente catalogado como un hospital de referencia nacional categoría III - 1. (1)

Dentro de la categoría III - 1 el objetivo es brindar atención integral ambulatoria y hospitalaria de alta complejidad, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud. En sus unidades productoras de servicio requiere: Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, Área de Epidemiología, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Área de Esterilización, Farmacia, Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, Unidad de Hemoterapia, de Anatomía Patológica, de Cuidados Intensivos, Neonatología, Nutrición y Dietética, Hemodiálisis y otros servicios. (43)

Se encuentra ubicado en la avenida César Vallejo N° 1390, en el distrito de El Agustino en Lima, Perú. Es un hospital de referencia nacional, circunscrito a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud en Lima - Este,

la cual incluye a los distritos de: Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho y Santa Anita; es así como el “Hospital Bravo Chico”, como es conocido coloquialmente, es el único establecimiento especializado en salud de nivel III - 1 de Lima Este, con una población que supera los dos millones y medio de habitantes, predominantemente de bajo nivel socioeconómico y con alto riesgo sanitario.

Al tener a cargo muchos distritos con gran área geográfica, se ha tomado en cuenta los distintos escenarios y entornos de la población asignada, pudiendo así notar que las condiciones en las que habitan impactan en la salud enormemente de manera negativa. Uno de los mayores problemas de salud pública en la población mencionada, es el hacinamiento por la gran densidad poblacional de los distritos de la jurisdicción, que representa un factor de riesgo alto para la transmisibilidad de tuberculosis. Por otro lado, la falta de agua y desagüe en muchas áreas geográficas, predispone al aumento de incidencia de enfermedades emergentes y reemergentes. Dichos indicadores motivan, al ser conocidos, a poder mejorar los procesos eficientemente para una atención integral, así mejorando la vigilancia activa de las enfermedades emergentes y reemergentes, también previniendo el contagio de la tuberculosis, medidas que ante la coyuntura actual, pueden a su vez ser usadas para prevenir el COVID - 19. Las referencias nacionales más comunes son de enfermedades pulmonares y cardiovasculares, ya que el HNHU cuenta con un Instituto de Cirugía de Tórax y Cardiovascular dentro de las mismas instalaciones. Al estar rodeado por avenidas principales de gran magnitud, se ha identificado un incremento en la tasa de accidentes de tránsito ya que el flujo de vehículos tiene fácil acceso a los alrededores del establecimiento.

En marzo del 2020, tras la aparición del COVID - 19 en el Perú, se paralizaron las actividades del internado médico y de otras áreas, se eliminó la consulta externa para poder reorganizar a los servicios de emergencia que se convirtieron en “No Covid” a estos espacios previamente destinados a consultorio. La emergencia obstétrica y regular (triaje, medicina interna, cirugía general y de especialidades), se convirtió en emergencia “covid”. Se construyó una carpa en un área libre dentro del estacionamiento de gran

magnitud en la cual se empezó a hospitalizar transitoriamente a los pacientes con COVID - 19. Sin ser esto suficiente, a lo largo de la pandemia se empezaron a tomar pabellones de hospitalización enteros (Cardiología, Traumatología, Pediatría, entre otros) como pabellones covid, trasladando a los pacientes hospitalizados en los departamentos mencionados a otras áreas de servicios de diferente especialidad. Es así como se tuvo que contratar a médicos generales recién egresados por la falta de personal covid y por el permiso otorgado al personal con factores de riesgo de contraer el virus, principalmente a los adultos mayores.

El internado se paralizó desde el 16 de marzo del 2020 hasta el 15 de octubre del mismo año, mes en el cual se brindaron indicaciones específicas para el retorno de las actividades académicas en los “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020”. (44) Hubo muchos cambios en comparación a cómo se inició el internado en enero del 2020, los horarios establecidos previamente fueron recortados en menos de la mitad de horas, se realizaron pruebas rápidas previo al inicio de las actividades, nos brindaron equipo protección personal (EPP) los cuales incluían mascarillas N95, gorros quirúrgicos, protectores faciales y mandilones descartables para poder atender sin exponerse en el área de emergencia tanto como de hospitalización. La indicación de la asistencia fue solo de 15 días al mes en áreas “no covid”, así teniendo solamente un mes completo en la rotación asignada, a diferencia de los tres meses por rotación en un internado normal. Sin embargo, este se tornó ventajoso ya que permitió tener disponibilidad de tiempo para poder afianzar conocimientos teóricos, lo cual usualmente no sucedía.

Al inicio se atendían en la emergencia “no covid” solo a pacientes con prueba rápida negativa, por lo que el riesgo de exposición para los internos y el personal de salud de emergencia, era mínimo, solo de los posibles falsos negativos a la prueba rápida. Conforme aumentaron las demandas en salud por la pandemia, se terminó el *stock* de pruebas rápidas y así fue como se empezó a discriminar por anamnesis en la emergencia “no covid” a qué

pacientes tomarles un examen confirmatorio para este. El poco abastecimiento de pruebas obligó al personal a priorizar aquellos pacientes con mayor sospecha de padecer COVID - 19, ya sea por sintomatología respiratoria u otra característica como contacto cercano con un contagiado.

Como desventaja se puede mencionar que además de la disminución en la cantidad de horas de actividades académicas, también hubo menor oportunidad de aprendizaje por la baja enorme en la demanda de atención de emergencia tanto como hospitalaria. En las área de hospitalización de las cuatro rotaciones se encontraban menos de un tercio de pacientes comparado a previo a la pandemia. Además, las emergencias y pacientes hospitalizados fueron los casos más representativos de dichas especialidades, por lo que no hubo la variedad de casos que usualmente se encontraba en el hospital. Con la falta de consultorio externo, muchas patologías crónicas prevalentes carecen de seguimiento continuo, por lo que se presta para la mayor generación de complicaciones a corto y largo plazo. Asimismo en otras especialidades ocurre la misma situación en donde los pacientes quedan desamparados por no padecer una emergencia o urgencia médica que los haga ser atendidos por esta modalidad. Esto significa un problema de salud pública ya que hay mucho menor prevención secundaria como terciaria.

Por otro lado, por el contexto y la necesidad de eliminar procesos engorrosos que requerían contacto con historias clínicas, órdenes y el mismo personal; se agilizó la burocracia del SIS, se suspendieron los procesos de auditoría intrahospitalaria, pudiendo así efectivizar exámenes, procedimientos, intervenciones, interconsultas, entre otros; en mucho menor tiempo. También el aforo reducido en los pabellones de hospitalización obligó a los servicios a modernizarse, así iniciando el seguimiento por teleconsulta, un método eficaz en el cual el paciente desde la comodidad de su hogar puede reportar intercurrencias, dudas, preocupaciones a su médico encargado; así también como para poder identificar si hay necesidad de acudir al establecimiento nuevamente o no, disminuyendo la tasa de ingresos no meritorios de un manejo por emergencia.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Como ya se ha mencionado en diversas oportunidades, el internado es un año de formación crítico para el desarrollo profesional del médico. Esto se logra mediante una diversidad de recursos que se encuentran a disposición del alumno en la práctica hospitalaria, los cuales son parte de la evaluación constante del interno de medicina y permite adquirir destrezas que serían imposibles de lograr sin la participación de la parte práctica en su formación. La parte teórica durante este año es aplicada a casos reales, manejados en el área de hospitalización y emergencia de las diferentes especialidades, las cuales son discutidas en formato de casos clínicos presentados por los alumnos y discutidos con apoyo de médicos residentes, médicos asistentes y tutores de las diferentes especialidades, con la finalidad de consolidar conocimientos y permitir al interno el conocer la evolución natural de las diferentes patologías revisadas.

Se fomenta la revisión de guías de práctica clínica en función a las patologías más prevalentes en el hospital, permitiendo al interno desarrollar la lectura y análisis crítico de evidencia científica la cual fortalezca la capacidad de toma de decisiones en función al principio de “Medicina Basada en Evidencia”.

Se asignan temas de revisión para su exposición diaria por parte de los mismos internos y médicos residentes, a fin de brindar alcances en las últimas modificaciones. Se realiza una exposición corta, enfocada en las últimas guías y que esto dé pie a un conversatorio en función a preguntas y respuestas por parte del auditorio. Esta metodología en un inicio se realizaba en las diversas aulas del hospital, sin embargo, con las restricciones que trajo consigo la pandemia actual, se cambió la ejecución de las mismas a sesiones por Zoom, manteniendo la dinámica previamente descrita.

Los casos de morbi - mortalidad son una de las actividades realizadas en el servicio de Cirugía General, en el cual los residentes y asistentes del servicio escogen casos emblemáticos y polémicos en cuando a diagnóstico y/o tratamiento, para ser discutidos de manera semanal en un espacio donde se invita a todos los médicos del servicio y se intercambian ideas de manejo diferentes en función a experiencia y avances en procedimientos para la patología seleccionada. Muchas veces se extendía la invitación a médicos de servicios relacionados al caso y se integraba una junta médica para manejo óptimo de estos casos complejos.

En cuanto a la parte procedimental, el interno debe lograr adquirir conocimiento y mejorar constantemente su técnica en procedimientos invasivos. Estos incluyen procedimientos cotidianos como extracción de sangre venosa y arterial, colocación de vías periféricas, colocación de sondas nasogástrica y foley, curación y sutura de heridas, curación y manejo de úlceras, entre otros. También realiza procedimientos de mayor complejidad como punción lumbar, toracocentesis, paracentesis, colocación de accesos vasculares centrales, intubación orotraqueal de emergencia, reanimación cardiopulmonar y manejo de politraumatizados según las últimas guías presentadas.

Para esto, se contó con el apoyo de los médicos residentes y asistentes de las diferentes especialidades del hospital, los cuales permitieron al interno aprender a realizar dichos procedimientos de manera adecuada mediante diferentes capacitaciones y realizando ellos mismos los procedimientos en el servicio de emergencias o durante la hospitalización de los pacientes.

Por haber escogido el Hospital Nacional Hipólito Unanue como sede del internado, este ofreció la ventaja de poder ser parte del equipo quirúrgico en cirugías sencillas y de alta complejidad, en las cuales el interno podía cumplir desde la función de instrumentar la cirugía y familiarizarse con los pasos de cada procedimiento, hasta asistir al cirujano en la cirugía, aprendiendo de cada una las situaciones especiales como complicaciones propias del procedimiento hasta hallazgos poco frecuentes en pacientes con diversas patologías. Esto permitió desarrollar la capacidad de actuar de manera

asertiva bajo presión y estar preparados para la toma de decisiones rápidas ante una emergencia.

Otro beneficio de realizar el internado en un hospital de tercer nivel de atención, fue el contar con métodos diagnósticos avanzados, los cuales permiten brindar una atención oportuna con mejores resultados para los pacientes. A dichos métodos se suman los procedimientos mínimamente invasivos, los cuales son tanto diagnóstico como tratamiento. Se pudo formar parte de procedimientos complejos de radiología intervencionista como manejo de quistes hidatídicos gigantes, angiografías cerebrales, endoscopías y colonoscopías; y procedimientos en sala de hemodinamia como colocación de marcapasos o revascularizaciones.

Por último, la investigación científica es la base de nuestra profesión, sin la cual no podríamos ofrecer mejores tratamientos ni métodos diagnósticos más sensibles y específicos para cada enfermedad. Esta pandemia ha demostrado la importancia de la investigación científica para poder enfrentar de manera acertada las diferentes enfermedades ya conocidas y estar preparados para las que emergerán en los siguientes años. Para lograr esto, los hospitales deben tener un área de investigación, la cual promueva la publicación anual de datos estadísticos que permitan sacar a la luz las deficiencias de cada servicio y evidenciar los beneficios de las intervenciones nuevas realizadas en un periodo de tiempo. Para esto, el interno cumple un rol fundamental al ser el primero en recolectar la información, aportando con el registro de los pacientes en las diferentes bases de datos, ya sean electrónicas o físicas, para su posterior análisis.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El interno de medicina es el primer personal de salud con el que se tiene contacto el paciente, convirtiéndose en el intermediario entre el mismo y el personal de enfermería y médicos del servicio. Lo recibe en la emergencia tomando sus funciones vitales y correlacionando posibles diagnósticos tras el examen físico y el relato de la patología actual. Si lo amerita, coordina el ingreso a hospitalización siendo este también el responsable de la ampliación de historia clínica la cual ponga en contexto, a cualquier responsable de la atención del paciente, para poder realizar un manejo óptimo de la patología que lo aqueja.

Todas las mañanas se realiza una evaluación minuciosa y dirigida con el objetivo de reportar la evolución del paciente y sugerir un plan de trabajo en la visita diaria, para poder ejecutarlo una vez terminada la misma. Además de agilizar exámenes auxiliares, es responsabilidad del interno apoyar y realizar procedimientos e intervenciones que acerquen al paciente a una pronta recuperación. Es así como el interno del HNHU, cuando se presentaba alguna emergencia, debió tomar un rol activo no solo con labor asistencial, sino como parte de los procesos propios del establecimiento.

Por las tardes se recibe a los médicos de los diferentes servicios de las interconsultas enviadas, siendo el interno quien reporta el caso y el motivo de consulta, para poder realizar un manejo multidisciplinario del paciente.

Una vez alcanzada la recuperación del paciente, la última labor realizada es gestionar el alta y brindar indicaciones que eviten complicaciones y reingresos, ejerciendo así su función primaria de promover la salud y prevenir futuras enfermedades.

Siendo aún un alumno, las tareas inicialmente consistían más en conocer a los pacientes y los procesos internos hospital, sin embargo, con el transcurrir de los meses, esta etapa brinda no solo conocimiento teórico, sino experiencia, la cual permite al interno adquirir capacidad de crítica y discernimiento para un correcto manejo del paciente. Esto se evidencia en la progresiva confianza y respeto ganado dentro del servicio a través de la toma de decisiones acertadas con cada uno de los pacientes tratados.

En esta etapa, los indicadores de aprendizaje no son evaluados por un examen sino por la evolución favorable del paciente. Es así como con esfuerzo y proactividad, se consigue el prestigio profesional.

Al inicio del 2020 se llevaron las rotaciones como en un internado regular, con jornadas laborales extensas y extenuantes, las cuales muchas veces ponían a prueba la capacidad del interno de realizar su labor correctamente a pesar del cansancio. Con la llegada de la pandemia, al suspenderse todas las actividades académicas dentro del hospital, fue que se pudo valorar la experiencia y labor realizada, la cual evidenció la importancia de la aplicación práctica de conocimientos adquiridos durante toda la carrera. Fue por ello mismo que al informarnos la posibilidad de retornar a la sede de elección, la emoción se mezcló con el miedo y preocupación de ser parte de la primera línea en un contexto de pandemia. Al retorno los EPPs pasaron a formar parte del día a día, y el contacto estrecho con los pacientes empezó a representar un potencial riesgo para la salud de quienes lo atendían. Esto brindó también una nueva perspectiva sobre la importancia de la salud no solo del atendido sino de los médicos.

Además de completar la formación médica, al estar en un hospital nacional, se pudieron evidenciar los principales problemas de salud que aquejan a la población, las cuales no solo son enfermedades. Se aprendió de esta forma a poder enfocar al paciente como parte de un entorno dinámico, el cual influye en su salud y recuperación de sus patologías. Es así como el internado prepara a los futuros médicos para poder brindar atención de calidad.

CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió valorar el proceso del internado, ya que recordando las experiencias vividas en el transcurso del año pasado, de manera retrospectiva se pudo tener una visión completa de la finalidad del mismo. Esto permitió valorar no solo el trabajo asistencial, sino el enfoque bioético aplicado a través de un consentimiento informado o el reporte diario al familiar del paciente, ya que se está en contacto directo con los mismos, priorizando así una buena relación médico paciente.

El internado de medicina es la etapa más importante de la formación profesional durante la carrera, ya que permite poner en práctica los conocimientos aprendidos a lo largo de esta. Haberlo realizado en el tercer nivel de atención, brindó la posibilidad de rotar por las especialidades base de la medicina, así pudiendo reconocer patologías diversas y variadas dentro de cada una de ellas. Al inicio en la rotación de Medicina Interna, realizando diagnósticos diferenciales de casos complicados; en Cirugía asistiendo en intervenciones quirúrgicas, en Ginecología atendiendo partos vaginales como cesáreas y por último en Pediatría realizando la atención inicial del recién nacido y manejando patologías comunes con el familiar vigilante ante cualquier interurrencia.

En el contexto de pandemia se dificultó y obstaculizó muchas veces la continuidad del internado, por lo que se tuvieron que evaluar otras posibilidades para poder sustituir las horas en las que lamentablemente, no se pudo realizar de manera presencial. Así fue como los internos de medicina

tuvieron que adaptarse ante la adversidad y buscar la mejor manera de recuperar el tiempo perdido. Tras los meses de incertidumbre, se reincorporó a los futuros médicos a los establecimientos. Con esa motivación y entusiasmo por volver, fue que se culminaron los últimos siete meses del “internado covid”, en el cual si bien fue atípico, pudo completar la formación requerida y alcanzar las metas propuestas desde un inicio para culminar el estudio de la carrera de medicina así convertirse en un Médico Cirujano apto de ejercer la profesión.

RECOMENDACIONES

Si bien el internado parece poco tiempo para lograr todo lo mencionado, sobretodo en el contexto covid con reducción significativa de horas, es importante la organización para poder cumplir con las metas planteadas.

Al haber realizado un internado atípico, se recomienda a los futuros colegas que ingresarán en mayo de este año, durante el marco de una pandemia, aprovechar al máximo el tiempo otorgado. Al ser menor el tiempo y la cantidad de pacientes que ingresan a los establecimientos, se debe aprender de cada uno de ellos la variabilidad, tanto del cuadro clínico como del manejo, para poder reconocer eficientemente desde las patologías más representativas hasta las menos comunes.

Como la pandemia actual ha demostrado en múltiples ocasiones, la salud es lo más valioso que posee una persona. Es por ello que es obligación de cada uno de velar por esta, haciendo el correcto uso de los implementos de protección y siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales que buscan brindar la mejor manera de evitar la enfermedad.

Se considera necesario como parte de la formación de un futuro profesional que se encuentre inmerso en un mundo en constante cambio, el tener la capacidad de adaptarse a las adversidades y buscar el obtener lo mejor de una situación compleja en la que uno se encuentre.

Por último, la profesión médica está en continua evolución, por lo que aquel que la ejerce no puede dejar de actualizarse, para así brindar la mejor atención posible basada en evidencia científica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. MINSA - Perú H. Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. [Internet]. Disponible en: Available from: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/mision-vision/>
2. Taylor DB. A Timeline of the Coronavirus Pandemic. The New York Times [Internet]. 17 de marzo de 2021 [citado 16 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.nytimes.com/article/coronavirus-timeline.html>
3. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis.* mayo de 2020;35:101613.
4. Reyes B H. ¿Qué es Medicina Interna? *Rev Médica Chile.* octubre de 2006;134(10):1338-44.
5. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [Internet]. marzo de 2018 [citado 14 de abril de 2021];49(3). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.000000000000158>
6. Brito G MI, Gollo R ME, Troccoli H ML. Prevención de la enfermedad cerebrovascular o ictus isquémico. *Gac Médica Caracas.* enero de 2003;111(1):1-10.
7. Navarrete Navarro P, Pino Sánchez F, Rodríguez Romero R, Murillo Cabezas F, Dolores Jiménez Hernández M. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. *Med Intensiva.* 1 de diciembre de 2008;32(9):431-43.
8. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev*

- Peru Med Exp Salud Publica. abril de 2017;34(2):299-310.
9. Aliaga T F, Rodríguez D JC, Farga C V. Reacciones paradójicas en el tratamiento de la tuberculosis ganglionar. Rev Chil Enfermedades Respir. junio de 2016;32(2):67-67.
 10. Mercado Cruz E, García Cubría CF, Arellano Tejeda A, Rodríguez Huerta A, Mercado Cruz E, García Cubría CF, et al. Tormenta tiroidea, una emergencia endócrina. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Fac Med México. agosto de 2017;60(4):27-36.
 11. Diagnosis of hyperthyroidism - UpToDate [Internet]. 2021 [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hyperthyroidism?search=tirotoxicosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 12. Thyroid storm - UpToDate [Internet]. 2021 [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/thyroid-storm?search=TORMENTA%20TIROIDEA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 13. Runzer-Colmenares FM, Parodi JF, Perez-Agüero C, Echegaray K, Samamé JC. Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. Acta Médica Peru. abril de 2019;36(2):134-44.
 14. Hepp K J, Csendes J A, Ibáñez C F, Llanos L O, San Martín R S. Programa de la especialidad Cirugía General: Definiciones y propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile. Rev Chil Cir. febrero de 2008;60(1):79-85.
 15. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 15 de abril de 2020;15(1):27.
 16. Espinoza G R. TIEMPO Y RIESGO DE ROTURA EN APENDICITIS AGUDA. Rev Chil Cir. febrero de 2007;59(1):89-91.
 17. Clouet-Huerta DE, Guerrero B C, Gómez L E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. Rev Chil Cir. febrero de 2017;69(1):65-8.

18. Hospital de Emergencias «José Casimiro Ulloa». Guía de práctica clínica: Diagnóstico y manejo de la colecistitis [Internet]. Resolución Directorial: Ministerio de Salud. Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Centro.; 2018. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N294-2018-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica.pdf
19. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* enero de 2018;25(1):41-54.
20. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis - Okamoto - 2018 - *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences - Wiley Online Library* [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhbp.516>
21. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2018;25(1):3-16.
22. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis Situacional de Salud - Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2019.
23. Pacheco Fuentes JA. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina. MINSA - Hospital Cayetano Heredia. Departamento de Ginecología y Obstetricia; 2019.
24. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=miomatosis%20uterina&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
25. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM, Hernández-Valencia M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol Obstet México.* 2017;85(9):611-33.

26. Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview - UpToDate [Internet]. [citado 11 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=miomas%20uterinos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
27. Phyllodes tumors of the breast - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/phyllodes-tumors-of-the-breast?search=phyllodes&source=search_result&selectedTitle=1~8&usage_type=default&display_rank=1
28. Buchanan EB. Cystosarcoma phyllodes and its surgical management. *Am Surg.* abril de 1995;61(4):350-5.
29. Santos S JÁ, García A J, Bonal G E, Martín P R, Aparicio M M. Tumor Filodes de la Mama; Características Clínicas, en Imagen y Anatomopatológicos a propósito de 18 casos. *Rev Chil Radiol.* 2007;13(2):90-7.
30. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2021 [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ect%C3%B3pico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
31. Bueno N. F, Sáez C. J, Ocaranza B. M, Conejeros R. C, Vaccarezza P. I, Borquez V. P, et al. TRATAMIENTO MEDICO DEL EMBARAZO ECTOPICO. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67(3):173-9.
32. de Lima C. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa -. :255.
33. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 17 de abril de 2021 [citado 16 de abril de 2021]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/155>
34. Ríos EG, Santibáñez LM. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el

Perú. :9.

35. MINSA - Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de fractura de clavícula. 2018.
36. Aziz K, Lee CHC, Escobedo MB, Hoover AV, Kamath-Rayne BD, Kapadia VS, et al. Part 5: Neonatal Resuscitation 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Pediatrics. enero de 2021;147(Supplement 1):e2020038505E.
37. Gd CC. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. :21.
38. de Lima C. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años - Versión extensa -. :133.
39. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
40. OMS | Administración de suplementos de zinc en el tratamiento de la diarrea [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/bbc/zinc_diarrhoea/es/
41. Clinical features and evaluation of febrile seizures - UpToDate [Internet]. [citado 14 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures>
42. Zeballos J, Cerisola A, Pérez W. Primera convulsión febril en niños asistidos en un servicio de emergencia pediátrica. Arch Pediatría Urug. 2013;84(1):18-25.
43. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Norma Técnica - Categorías de Establecimientos del Sector Salud [Internet]. 2005. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf
44. Resolución Ministerial - MINSA. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020. 2020.

ANEXOS

