



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ Y EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO EN CALIDAD
DE EGRESADOS DE MEDICINA EN EL PERÍODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ALEXIS GUILLERMO BENITEZ BARRIGA

ANEL LUCIA MARTINEZ BEJARANO

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 MÉDICA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ Y EN EL
INSTITUTONACIONAL DE SALUD DEL NIÑO EN CALIDAD
DE EGRESADOS DE MEDICINA EN EL PERÍODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

ALEXIS GUILLERMO BENITEZ BARRIGA

ANEL LUCIA MARTINEZ BEJARANO

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Carmen Layten Villanueva

Miembro: Mg. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

Agradecemos, primero, a Dios, por permitirnos culminar esta carrera que tanto amamos, por mantenernos con salud y por las bendiciones diarias. A nuestros padres, pues sin ellos no hubiera sido posible llegar hasta donde hemos llegado. A todos los médicos, tutores y compañeros que nos acompañaron a lo largo de estos años, pues ellos hicieron que este camino sea más llevadero y satisfactorio.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	1
1.2 Rotación de Gineco obstetricia	12
1.3 Rotación en Pediatría	17
1.4 Rotación en Medicina Interna	24
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO	
LA EXPERIENCIA	30
2.1 Hospital San José	30
2.2 Instituto Nacional de Salud del Niño	33
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	34
3.1 Rotación de Cirugía	34
3.2 Rotación de Gineco obstetricia	36
3.3 Rotación de Pediatría	38

3.4 Rotación de Medicina Interna	40
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
FUENTES DE INFORMACIÓN	47
ANEXOS	51
1. Organigrama estructural del HSJ	52
2. Organigrama estructural INSN-Breña	53

RESUMEN

El presente trabajo fue elaborado con el propósito de analizar objetivamente los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del internado médico 2020-2021. Como es conocido, el internado se establece como el último año de la carrera de medicina humana, en el que se realizan prácticas pre-profesionales en establecimientos de salud, con el objetivo de integrar y consolidar conceptos teóricos y prácticos necesarios para el ejercicio profesional como médico cirujano. Esta etapa formativa, en el Perú, suele desarrollarse durante un año, rotando por las principales especialidades: medicina, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría, con duración de tres meses por cada una de estas rotaciones. Debido a la pandemia ocasionada por la infección por SARS-COV-2, estas prácticas hospitalarias fueron canceladas durante un período de tiempo, con la posterior reintegración gradual de los internos de medicina a distintos centros de salud y hospitales, llevando consigo a la adaptación de un escenario distinto debido a la crisis sanitaria ya mencionada.

Objetivo: describir la importancia del internado médico y la percepción de realizarlo durante una situación de pandemia para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano durante el período de enero de 2020 a abril de 2021.

Metodología: Adquisición de información según guías de práctica clínica y experiencias de práctica clínica.

Conclusiones: Realizar el internado médico durante una pandemia significó un verdadero reto, dentro del cual hubo muchos cambios y los internos de medicina tuvieron que adaptarse a esta situación, adquiriendo aptitudes, destrezas y conocimientos necesarios para el desarrollo de su vida profesional como médicos.

Palabras claves: internado médico, pandemia, medicina humana.

ABSTRACT

This written was prepared with the purpose of objectively analyzing the knowledge acquired during the development of the 2020-2021 medical internship. As it is known, the internship is established as the last year of the human medicine career, in which pre-professional practices are carried out in health establishments, with the aim of integrating and consolidating theoretical and practical concepts necessary for professional practice as surgeon. This formative stage, in Peru, usually lasts one year, rotating through the main specialties: medicine, gynecology and obstetrics, surgery and pediatrics, with a duration of three months for each of these rotations. Due to the pandemic caused by the SARS-COV-2 infection, these practices were canceled for a period of time, with the subsequent gradual reintegration of medical interns to different health centers and hospitals, leading to the adaptation of a different scenario due to the aforementioned health crisis.

Objective: to describe the importance of the medical internship and the perception of doing it during a pandemic situation to obtain the Professional Title of Surgeon during the period from January 2020 to April 2021.

Methodology: Acquisition of information according to clinical practice guidelines and clinical practice experiences.

Conclusions: Carrying out the medical internship during a pandemic was a real challenge, within which there were many changes and the medical interns had to adapt to this situation, acquiring the necessary aptitudes, skills and knowledge for the development of their professional lives as doctors.

Keywords: medical internship, pandemic, human medicine.

INTRODUCCIÓN

Según el artículo 5 del Decreto Supremo No. 021-2005-SA, en el Perú (1), el internado médico se configura como un período de prácticas pre-profesionales indispensable y obligatorio como parte de la formación médica de pregrado, llevado a cabo durante el último año de la carrera, cuya condición para su realización es haber concluido y aprobado los requisitos académicos establecidos por parte de la casa de estudios respectiva.

A nivel nacional, los internos de medicina rotan por cuatro especialidades, que abarcan, en síntesis, las patologías que se presentan en los diversos establecimientos de salud, las cuales son: medicina interna, ginecología-obstetricia, cirugía general y pediatría.

Durante este período formativo, los internos se integran a los equipos de atención intrahospitalario, donde emplean, se instruyen y profundizan los conocimientos y destrezas adquiridas durante los seis años previos de pregrado, para poder aplicarlos en la atención multidisciplinaria de los pacientes aquejados de múltiples enfermedades sistémicas.

El cumplimiento de estas prácticas intrahospitalarias tiene una duración de un año, contado desde la iniciación efectiva de la prestación en el establecimiento de salud correspondiente. Se cuenta con jornadas de ocho (8) horas diarias, sin exceder las cuarenta y ocho (48) horas semanales, y adicionalmente, se asignan guardiasnocturnas de 12 horas.

Esta modalidad de formación profesional carece de una normativa general, a pesar de que en el año 2016, mediante el Decreto Supremo No. 028-2016-SA, se le encomendó al Comité Nacional de Pregrado de Salud(2) realizar las directrices del internado en ciencias de la salud.

El internado es considerado sumamente importante en la formación final de un médico cirujano, ya que es el período de consolidación de destrezas, competencias y aptitudes necesarias para resolver las patologías que se presentan en el ámbito médico, enfocándonos en promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento. Cabe mencionar, adicionalmente, que las prácticas realizadas durante el internado médico

constituyen el pilar fundamental para un adecuado desenvolvimiento en el posterior e inmediato Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) (3).

Iniciado, en nuestro caso particular, en enero del 2020, el internado en medicina fue interrumpido el 15 de marzo del mismo año en mención debido a la emergencia sanitaria generada por la pandemia de COVID-19(4). El Ministerio de Educación, dispuso entonces, mediante la Resolución Viceministerial No. 081-2020-MINEDU, la suspensión temporal de actividades lectivas llevadas a cabo en modalidad presencial, en tanto se encuentre en vigencia la emergencia sanitaria por COVID-19. Este hecho mermó nuestras actividades relacionadas con el desarrollo del internado, puesto que nos forzó al retiro del hospital al que asistíamos para llevar a cabo dichas labores. Con nuestro posterior retorno, nos enfrentamos a un contexto diferente a nivel intrahospitalario, ya que, debido a la pandemia, hubo una reducción de aforo, hecho que obligó a organizar a los internos de medicina en grupos, alternando su asistencia para que solo acudan quince (15) días mensuales, eliminando las guardias nocturnas y limitando las actividades a áreas diferenciadas.

Esta experiencia supuso un desafío para la ejecución de nuestras prácticas y un escenario complicado con limitaciones inesperadas; sin embargo, logramos adaptarnos a las circunstancias y sobrellevar las adversidades que trajo consigo esta crisis sanitaria.

Debido a lo expuesto, es de interés un análisis retrospectivo de la realización de un internado en un contexto típico versus el desarrollo del mismo durante una pandemia, examinando los pros y contras de estos contextos, puesto que esto conlleva al replanteamiento de las bases y lineamientos que podrían

implementarse para una mejora en las siguientes promociones que realizarán estas actividades como parte de su formación final, en vista de que la pandemia por COVID-19 es un hecho que seguirá imperante a largo plazo.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A pesar de la situación de crisis sanitaria ya mencionada, logramos reunir las destrezas necesarias para poder prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los pacientes, considerando un abordaje multidisciplinario e integral.

En este trabajo se aborda el desarrollo y la experiencia del internado médico desde el punto de vista de los autores, centrándose en los casos clínicos que se suscitaron en los hospitales donde se llevó a cabo esta modalidad formativa.

Los primeros meses del internado, que tomaron lugar entre el mes de enero a marzo del 2020, se realizaron las rotaciones de gineco-obstetricia y cirugía en el Hospital San José-Callao, con jornadas laborales de 36 horas y en un ambiente hospitalario con gran afluencia de pacientes diariamente.

Se mencionan, a continuación, algunos casos clínicos vistos durante el período expuesto, con el fin de expresar cómo se manifiestan ciertas patologías, y la manera en la que se llegó al diagnóstico de estas.

1.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso clínico #1

Paciente femenino de 27 años de edad se presenta en la emergencia del Hospital San José por dolor y sensación de “quemazón” en zona glútea de aproximadamente 2 días de evolución, refiriendo haber ingerido analgésicos, luego de lo cual no calma el dolor y, en lugar de esto, se intensifica, motivo por lo cual recurre al establecimiento. Niega antecedentes de importancia, niega

presentar heridas previas en la zona afectada, niega otras molestias añadidas.

Se procede a realizar el examen físico respectivo. La paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con funciones vitales conservadas y dentro de parámetros normales, sin signos de toxicidad aparente.

Funciones vitales: FC = 93x', FR = 20x', PA = 110/80 mmHg, T = 37.5°C, SatO2 = 97%.

Al examen físico:

-Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no petequias, no tinte icterico, palidez 2+/3+, no presencia de cianosis.

-Tórax y pulmones: simétrico, no presencia de tirajes. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

-Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, no choque de punta.

-Abdomen: no globuloso, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales, no matidez desplazable, no visceromegalia.

-Región glútea: en glúteo derecho se evidencia un área eritematosa, con bordes delimitados y edema local que se extendía más allá de la piel con eritema, asociado a severo dolor y leve crepitación a la palpación de la región en mención.

-Sistema Nervioso Central: paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15, no signos de focalización, no signos meníngicos.

Posteriormente, se solicitó exámenes de laboratorio para ayudar al diagnóstico de la patología de la paciente, pidiendo: hemograma, PCR, glucosa, creatinina sérica. Los resultados de estos exámenes fueron:

- Hemoglobina: 8 g/dl

- Leucocitos: 22 000 mm³.
- Neutrófilos segmentados: 70%, abastionados: 12%
- Glucosa sérica: 154 mg/dL
- PCR: 17 g/dL
- Creatinina: 2 mg/dL

Con todos los hallazgos descritos, se catalogó a la paciente como una celulitis en zona glútea, decidiendo la hospitalización respectiva para el manejo adecuado.

La conducta a seguir en este caso fue hidratación endovenosa, antibioticoterapia empírica y solicitar una tomografía computarizada para ver la extensión de la lesión. Se obtuvo, ese mismo día, el reporte de tomografía, mostrándose afectación de fascia y tejido muscular, y se decidió el ingreso a sala de operaciones de la paciente, por el diagnóstico de fascitis necrotizante.

Como es conocido, la fascitis necrotizante es un proceso agudo infeccioso, generalmente polimicrobiano, siendo los gérmenes más frecuentes: bacterias entéricas y anaerobios, es por esto que es necesario cobertura antibiótica adecuada, en este caso, se realizó con metronidazol 500 mg cada 8 horas + ceftriaxona intravenosa 2 gramos cada 24 horas. Además, es de vital importancia saber que esta condición es rápidamente progresiva de la piel y tejidos blandos que, como se mencionó, afecta la fascia y grasa generando su destrucción y necrosis. En general, suele acompañarse de importante toxicidad sistémica, pero según lo expuesto, en este caso en particular, la paciente no cursó con la presencia de signos evidentes que acompaña a la clínica.

La fascitis necrotizante(5) requiere un manejo precoz de la infección y debridamiento quirúrgico oportuno en sala de operaciones, pues es suficiente la sospecha clínica de esta patología para la indicación de un abordaje quirúrgico debido a su alta mortalidad.

Luego de la preparación adecuada de la paciente, se procedió a su ingreso a sala de operaciones para una limpieza quirúrgica.

En cuanto al hallazgo intraoperatorio, se encontró en glúteo derecho: tejido de aspecto necrótico de aproximadamente 3x8 centímetros, a 2 centímetros de línea interglútea, que al ser disecado mostraba tejido gangrenado con abundante contenido purulento (+/- 200 cc)(6) y que, luego de su disección, se evidencia extensión hacia recto y periné, con compromiso hasta plano muscular.

Debido a lo encontrado luego de la limpieza quirúrgica realizada, se define el caso como una gangrena de Fournier. Es importante recordar que esta se describe como una fascitis necrotizante rápidamente progresiva, de origen multibacteriano (7), que afecta la fascia muscular del periné, zona genital y/o perianal, y con posible compromiso hacia la pared abdominal. Se conoce que la tasa de necrosis puede alcanzar una velocidad de hasta 2-3 cm por hora, por lo que es imprescindible un diagnóstico oportuno para un pronto manejo, como se realizó en esta oportunidad.

Posteriormente, la paciente fue hospitalizada y su manejo incluyó una adecuada hidratación, NPO y posterior administración de dieta hiperproteica y suplemento proteico, analgesia con tramadol subcutáneo condicional a dolor y ketoprofeno endovenoso cada 8 horas, cobertura antibiótica empírica, ya que se realizó toma de cultivo de la herida y los resultados se obtienen a partir del 5to día de enviada la muestra. Añadido a esto, se efectuaron curaciones de la herida diariamente, evidenciándose, con el transcurso de los días, una evolución favorable con apreciación de tejido de granulación (Figura 1).

Luego de lo descrito, y al haber una mejora clínica y de los parámetros laboratoriales de la paciente, se procedió a realizar una referencia al Hospital Arzobispo Loayza para un cierre por tercera intención por el área de cirugía plástica, puesto que el Hospital San José no cuenta con esta especialidad para realizar el procedimiento encuestión.



Figura 1. Gangrena de Fournier. Herida luego de limpieza-quirúrgica, en día 7 de evolución. Se evidencia herida con bordes regulares, bordes vitalizados(8), con tejido de granulación englúteo derecho.

Caso clínico #2:

Paciente de sexo masculino de 83 años de edad, refiere tiempo de enfermedad de 3 días, cursa con distensión abdominal y constipación, además refiere dolor tipo cólico en todo el abdomen, con intensidad 7/10 que no calma luego de toma de analgésicos. Niega vómitos, niega sensación de alza térmica, niega otras molestias.

Al examen clínico en el servicio de emergencia del nosocomio, se evidencia:

FC= 110x', FR=22x', PA= 120/80 mmHg, T = 36.3°C, SatO₂ = 98%.

Al examen físico de región abdominal, se evidencia abdomen globuloso, con aumento de ruidos hidroaéreos, blando, depresible, dolor difuso a la palpación superficial y profunda, timpanismo aumentado, signo Blumberg (+).

Se le solicitaron exámenes sanguíneos, para poder orientar mejor el diagnóstico del paciente, con resultados:

-Hemograma: Hemoglobina 9 g/dL, leucocitos 19 000 mm³, neutrófilos

segmentados 70%, neutrófilos abastados 10%, plaquetas 155 000 mm³, proteína C reactiva: 11 g/dL, lactato deshidrogenasa: 440 U/L, sodio sérico: 130 mEq/L. Resto de valores dentro de rangos normales según laboratorio.

Debido a los hallazgos obtenidos, impresionó como un síndrome doloroso abdominal debido a un problema de obstrucción intestinal. Se solicita una radiografía de abdomen simple en bipedestación y se observan niveles hidroaéreos y una gran dilatación en colon sigmoides, evidenciando “signo de grano de café”, permitiendo establecer el diagnóstico de: obstrucción intestinal por vólvulo sigmoides.

A causa del tiempo de evolución de la sintomatología y a la presencia de signos peritoneales tras la evaluación del paciente, se decide ingreso a sala de operaciones para una laparotomía exploratoria + resección de colon sigmoides + colostomía a lo Hartman + lavado de cavidad peritoneal.

Es importante mencionar que, si bien se precisó de un manejo quirúrgico como el abordaje de elección, al tratarse de un cuadro de obstrucción intestinal, incluyó un manejo médico previo a la operación, que constó de: reposo gástrico, descompresión gástrica mediante la colocación de una sonda nasogástrica, hidratación endovenosa y el uso de antibioticoterapia, debido a que en la fisiopatología de la obstrucción intestinal se conoce que, al haber una detención del tránsito gastrointestinal debido a una obstrucción extraluminal, habrá un consecuente acúmulo de contenido intestinal, disminución de la absorción del mismo y creación de un tercer espacio, favoreciendo una proliferación bacteriana, y posteriormente, facilitando una traslocación bacteriana. Es por esto que se debe insistir en una cobertura con antibióticos de amplio espectro, que en este caso, se hizo con la administración de metronidazol 500 mg cada 8 horas endovenoso y ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas intravenoso.

Los hallazgos encontrados luego del abordaje quirúrgico respectivo confirmaron la impresión diagnóstica establecida: peritonitis generalizada + obstrucción intestinal por vólvulo sigmoides necrosado + dolicomegacolon (9).

Posteriormente, en su estancia hospitalaria luego del procedimiento efectuado, se continuó con cobertura antibiótica endovenosa, hidratación, analgesia y control estricto de balance hidroelectrolítico, además de las curaciones diarias y cambio de bolsa de colostomía. El paciente presentó una evolución lenta y favorable, con la posterior alta con indicaciones médicas especiales, ya que se trataba de un paciente con pronóstico reservado.

Caso clínico #3

Paciente varón de 19 años de edad, ingresa al servicio de emergencia refiriendo dolor difuso en abdomen, sensación de alza térmica. Según el relato, dicho dolor se había instaurado 8 horas previas. Paciente se automedica por sugerencia de su madre, iniciando con ibuprofeno, produciendo una disminución de sintomatología al inicio. Posterior a ello, el dolor incrementa, por lo que se automedica por segunda ocasión con “buscapina” (Butilescopolamina), y gracias a esto, el dolor disminuye de intensidad. Luego de consumir una segunda tableta de buscapina, y al continuar con los síntomas, decide acudir por emergencia del Hospital San José.

Examen físico:

FC=118x FR=18x PA=100/60 mmhg T= 38.2c SatO2= 97%

Peso 64 kg Talla: 1.62 cm Evaluación por Medicina:

Paciente refiere dolor abdominal, posición antálgica, además presenta anorexia, niega náuseas y vómitos.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación bimanual en fosa iliaca derecha con presencia de signos irritativos peritoneales, signo de McBurney positivo, signo de Blumberg.

Se empleó la escala de Alvarado (tabla 1) con el fin de precisar el diagnóstico probable de apendicitis

Tabla 1. Escala de puntuación de Alvarado para el diagnóstico clínico de apendicitis aguda

Escala de Alvarado modificada	
Signos	Puntos
Dolor migratorio en la fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náusea/vómito	1
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	2
<hr/>	
Rebote en fosa iliaca derecha	1
Elevación de la temperatura > 38 °C	1
Signos extras: Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal	1
<hr/>	
Laboratorio	
Leucocitosis de 10,000-18,000 cel/mm ³	2

Fuente: Jalil A, Aslam S, Saaq M, Zubair M, Riaz U, Habib Y. Alvarado Scoring System in Prediction of Acute Appendicitis. Journal of the College of Physicians and Surgeons. Pakistan 2011, Vol. 21 (12): 753-755

El paciente reunía 9 de los 10 puntos, hecho que apoyó el diagnóstico planteado de apendicitis aguda.

Adicionalmente, se solicitan exámenes de laboratorio, con los siguientes resultados:

- Leucocitos: 18,000
- Abastados 7%
- PCR: 8.50
- DHL: 370
- Urea: 40
- Creatinina: 1.27
- Grupo y Factor: O +
- Perfil de coagulación
- Tiempo de coagulación: 75 segundos
- Tiempo de sangría: 2 min 27 segundos
- Examen de orina: Leucocitos 0 x campo, nitritos: negativos

Se procede a enviar una interconsulta a cirugía Cirugía responde dicha interconsulta:

Paciente varón de 19 años con los diagnósticos planteados:

1. Apendicitis complicada

Plan: cobertura antibiótica y preparación para realizar apendicectomía

Se programa al paciente para una cirugía de emergencia, siendo el procedimiento a realizar: apendicectomía. Se informa del procedimiento y el paciente firma consentimiento informado. Anestesiología, posteriormente, evalúa al paciente sin antecedentes y aprobación por este servicio para la cirugía.

Operación programada: Apendicectomía abierta

Operación Realizada: Apendicectomía abierta

Hallazgos: plastrón apendicular conformado por epiplón y asas intestinales, apéndice cecal en posición pélvica de 9 x 3 cm, necrosada en su $\frac{1}{3}$ distal y supurada $\frac{2}{3}$ proximales, base y ciego indemne. Líquido inflamatorio aproximado 150 cc sangrado aproximado 30 cc.

Procedimiento: Asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, apertura por planos hasta cavidad, hallazgos descritos, ligadura escalonada de meso apendicular con seda negra 2-0, Apendicectomía a muñón libre con seda negra 1, electrofulguración de muñón apendicular, limpieza de cavidad, control de hemostasiay cierre por planos hasta piel

Se le indica alta médica al paciente tras dos días posteriores a la cirugía realizada. Hay evidencia de una evolución favorable, por lo que se indica que acuda a cita por consultorio externo de cirugía en 3 días para control y retiro de puntos.

Caso clínico #4

Paciente mujer de 28 años, acude a consultorio de cirugía, refiere que ingresó por emergencia por dolor en hipocondrio derecho post ingesta de alimentos grasos, le indican ecografía, evidenciándose signos de litiasis vesicular. Se instaure medicación para dolor y refieren acudir a consultorio de cirugía para coordinar cirugía. Se indica el procedimiento prequirúrgico una vez programada la operación.

Se solicitaron exámenes de laboratorio, los cuales revelan: Hemograma

- Hemoglobina 14.2 mg/dl
- Leucocitos 7,340
- abastados 0% Perfil hepático

- Bilirrubinas totales: 0.74 mg/dl
- Bilirrubinas directas: 0.2 mg/dl
- Bilirrubinas indirectas: 0.54 mg/dl
- transaminasa glutámico-pirúvica(TGP): 50 U/l
- Transaminasa glutámico-oxalacética(TGO): 38 U/l
- Fosfatasa alcalina: 50 U/l
- albúmina: 4 gr/dL
- proteínas totales: 7 gr/dL

Tras una evaluación integral, el paciente es programado para una colecistectomía laparoscópica.

Diagnóstico pre-quirúrgico: colecistitis crónica calculosa

Operación programada: colecistectomía laparoscópica

Operación realizada: colecistectomía laparoscópica parcial y liberación de plastrón

Hallazgos en sala de operaciones: se evidencia plastrón vesicular conformado por epiplón vesicular biliar de aproximadamente 9 x 5 x 4 cm con paredes engrosadas hipervascularizadas y con dos cálculos en su

interior de aproximadamente 10mm. Arteria cística única posterior. Conducto cístico menor a 4mm. Colédoco no dilatado

Procedimiento: Asepsia y antisepsia. Colocación de campos estériles. incisión mediana transumbilical, colocación de trocar de T1 y neumoperitoneo abierto, laparoscopia exploratoria, colocación de trocares según técnica francesa. Liberación de plastrón vesicular, identificación de arteria y conducto cístico bajo visión crítica de Strasberg, clipaje de arteria y conducto cístico con clips de titanio. Colecistectomía parcial dejando pared posterior. Revisión de hemostasia. electrofulguración de pared posterior, retiro de pieza operatoria por T1, cierre de T1 con Vicryl 1/0. Retiro de trocares bajo visión directa. cierre de puertos con nylon 4/0.

Paciente en estancia hospitalaria favorable, se decide iniciar tolerancia oral después de las 24 horas, con dieta blanda. Luego, se indica alta médica 48 horas después de colecistectomía laparoscópica, brindándose indicaciones y administración de antibióticos, con metronidazol 500mg cada 8 horas por 5 días y manejo del dolor post quirúrgico con paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días. Se deja la indicación a la paciente de acudir por tópico de cirugía para una posterior evaluación.

1.2 ROTACIÓN GINECO-OBSTETRICIA

Caso clínico #1

Adolescente de sexo femenino de 17 años acude a consulta médica por presentar alteraciones en el ciclo menstrual, refiriendo estos como irregulares y que no están presentes todos los meses. En cuanto a antecedentes personales, destaca menarquia a los 11 años, ciclos menstruales regulares hasta los 14 años de edad, presencia de acné facial desde los 13 años. Antecedentes familiares: madre con diabetes mellitus tipo 2.

Al examen físico realizado a la paciente, se encuentra:

FC = 88x', FR = 17x', PA=120/80 mmHg, T= 36°C, SatO2 = 99%

Peso: 57 kg, talla: 1.50 cm, IMC: 25.33 kg/m². Presenta acné facial, hirsutismo en rostro, cuello, abdomen inferior y espalda, desarrollo puberal Tanner V.

Dentro de los exámenes laboratoriales, se obtienen los siguientes parámetros: glicemia 102 mg/dl, TSH: 2.30, T4 libre: 1,07 ng/dl, colesterol total: 200 mg/dL, triglicéridos: 162 mg/dL. Durante fase folicular: LH 9.3 mUI/ml, FSH: 4.5 mUI/ml, relación LH/FSH 2,06. Estradiol 69 pg/mL, testosterona total 170 ng/dL (valor normal 12-59 ng/dL), DHEA-S 320 µg/dL (valor normal 24-239 µg/dL).

Contando con lo hallado en este caso clínico, se procede a realizar una ecografía abdominal, encontrando datos compatibles con ovario poliquístico derecho. Se plantea el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico (11-12-13), asociado a dislipidemia y sobrepeso.

En cuanto al tratamiento, la primera opción terapéutica radica en instaurar cambios en los estilos de vida, relacionados con modificaciones en la alimentación y aumento de actividad física, motivo por los que, la paciente tuvo un manejo paralelo con un nutricionista. Además, se administró

anticonceptivos orales a base de etinilestradiol y drospirenona, y se pautaron controles periódicos y cita, además, por endocrinología. Se obtuvo una mejora posterior luego de 2 meses de tratamiento. Como se menciona, este caso tuvo lugar en un período de tiempo anterior a la instauración de la pandemia por COVID-19, por lo que se pudo realizar un mejor control a la paciente de manera ambulatoria.

Caso clínico #2

Gestante de 39 semanas, ingresa al servicio de emergencia de gineco-obstetricia del Hospital San José por cursar con dolor tipo contracción de moderada intensidad desde hace aproximadamente 4 horas. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido por canal vaginal.

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos, destacan:

-Fórmula obstétrica: G1 P0 FUM: 03/05/2019 FPP: 10/02/2020

-EG: 39 semanas por ecografía de primer trimestre. Funciones vitales:

PA = 110/60 mmHg T° = 36°C FC= 79 x' FR = 20 x' SatO2 = 98%

Respecto al examen físico preferencial, se encontró:

Abdomen: Útero grávido ocupado por gestación única.

- Altura uterina = 35 cm
- Movimientos fetales presentes
- LCF = 160 latidos por minuto
- SPP = longitudinal cefálico izquierdo
DU = frecuencia: 3/10 minutos, intensidad: ++, duración= 30 segundos

Tacto vaginal: No presencia de sangrado vaginal ni pérdida de líquido

amniótico

- Dilatación = 5 cm
- Borramiento = 85%

- Altura de presentación = -2cm
- Membranas ovulares = íntegras

Se cataloga como: gestante de 39 semanas por ecografía de primer trimestre en trabajo de parto fase activa. Se realiza monitoreo de trabajo de parto y evolución espontánea de parto por vía vaginal. Posteriormente, se realiza atención de este sin interurrencias y la paciente pasa a sala de puerperio.

Transcurrida una hora luego de observación en área de puerperio, la paciente presenta sangrado vaginal rojo rutilante en moderada cantidad. Al examinar a la puérpera, se palpa útero no contraído. En vista del cuadro de hemorragia post-parto y los hallazgos encontrados, se indica compresión bimanual, hidratación a chorro y administración de oxitocina 20 UI.

Pese a las medidas tomadas, el sangrado no cede, por lo que se indica añadir a la terapéutica ergometrina intramuscular, con lo que se logra estabilizar a la paciente. Se consignan funciones vitales estables, por lo que queda en observación de signos de alarmas y monitoreo estricto de funciones vitales, con las indicaciones ya establecidas.

Se conoce que la hemorragia post-parto continúa originando una de las causas más importantes de mortalidad materna a nivel mundial, siendo predominante en países subdesarrollados, por lo que, es importante un manejo adecuado y oportuno de esta patología, considerando que, adicionalmente, la detección de ciertos factores de riesgos asociados y el diagnóstico de la hemorragia permite prevenir su incidencia.

Caso clínico #3

Paciente mujer de 22 años se presenta en tópico de emergencia de obstetricia refiriendo fiebre, dolor pélvico y “dolor abdominal bajo” asociado a secreción vaginal de mal olor. Su último período menstrual fue hace una semana. Recientemente ha cambiado de pareja sexual. No refiere síntomas urinarios o gastrointestinales. Fechade última regla (FUR): 10/11/2020

Funciones vitales:

T=38.3°C FC=110x FR=16x Presión arterial= 110/70

Se realiza la respectiva evaluación clínica:

A la inspección de la vulva, vagina y cérvix: Presencia de secreción purulenta en canalvaginal.

Al tacto vaginal: se evidencia dolor a la movilización del cérvix en fondo uterino y anexos.

Se solicita Hemograma y examen de orina, obteniéndose los siguientes

resultados:Hemograma:

- Hemoglobina: 12.5 mg/dl
- Leucocitos 12,520
- Abastoados: 320
- PCR 5.25
- Examen de Orina: Leucocitos: 0-1 por campo
- Nitritos: negativo

Se precisa el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, por lo que consecuentemente se indica el tratamiento, que incluía ceftriaxona 500 mg intramuscular en dosis única, asociado a doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas durante 14 días, adicionalmente se pauta el manejo del dolor con paracetamol 500 mg/ 8 horas por 3 días. Se indica control por consultorio externo de Ginecología en 72 horas.

Caso clínico #4

Una mujer de 34 años (G2P1001) que sufría de dolor abdominal en hipogastrio y leve sangrado vaginal fue trasladada a nuestro hospital, mediante una referencia desde una posta médica, con la impresión diagnóstica de síndrome doloroso abdominal, a descartar embarazo ectópico. Al ingreso de la paciente al Hospital San José se le solicita una

ecografía transabdominal.

Aunado a lo anterior, se procede a evaluar las funciones vitales de la paciente: FC 110x FR:16x Presión arterial: 100/60 SatO2: 98% T: 39°C

Luego de ello, se realiza una anamnesis más detallada, debido a la persistencia de dolor tipo cólico severo a nivel de hipogastrio con irradiación a zona lumbar a predominio izquierdo. La paciente niega uso de métodos anticonceptivos. Se solicita un dosaje de hormona beta HCG y ecografía transvaginal

Ecografía Transvaginal: anexo izquierdo imagen ovoidea de 45mm x 40mm con borde completamente irregulares, presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas de 150cc.

Subunidad beta de HCG: 5,500 Ui/L

Se cuentan con exámenes de laboratorio, dentro de los cuales destacan:

Hemograma

- Hemoglobina 14.2 mg/dl
- Plaquetas 350,000
- examen de orina: no patológico

Luego de lo expuesto, se prepara a la paciente para laparotomía exploratoria ya que se establece el diagnóstico de embarazo ectópico, ubicándose este a nivel del ovario izquierdo.

Operación realizada: ooforectomía izquierda.

En su período post operatorio, se solicita subunidad beta hcg: valores <1000 hcg. Al notar un adecuado descenso de esta, y una evolución favorable de la paciente, se indica su alta médica en 48 horas y control por consultorio en 72 horas.

1.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Es fundamental mencionar que, durante la rotación de pediatría de los autores, se encontraba en vigencia el estado de emergencia sanitaria a nivel mundial, por lo que hubo una limitación para la atención de recién nacidos, y a su vez, impidiendo el acceso a las áreas de neonatología, por lo que, en este escenario, solo se permitió la rotación por el servicio de pediatría.

Otro dato a señalar, es que los autores del presente trabajo realizaron esta rotación en el Instituto Nacional de Salud del Niño, ya que, por motivos de aforo debido a la emergencia sanitaria por COVID-19, se presentó la oportunidad de poder ir a otro establecimiento de salud distinto al Hospital San José para continuar con las prácticas pre-profesionales propias del internado médico en esta especialidad.

Caso clínico #1

Paciente de 6 años de edad, sin antecedentes patológicos perinatales, con crecimiento y desarrollo adecuado, inmunizaciones completas. Llega al servicio de emergencia del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN)-Breña, el padre refiere que su hijo presenta tos y “silbido de pecho” que se ha presentado con mayor frecuencia durante el día y algunas noches.

Dentro de los antecedentes patológicos, el menor presenta problemas de broncoespasmo desde aproximadamente los dos años de edad, por lo que usa salbutamol en inhalador. Además, al contacto con metales, la piel se enrojece. El padre es asmático y la hermana del paciente ha utilizado salbutamol hasta hace 3 años.

Padre de menor refiere que no es la primera vez que cursa con este tipo de “episodios”, pues hace un año presentó tos seca esporádicamente y, durante las noches, le ha escuchado “silbar el pecho” (14-15) al menos 1 vez al mes durante ese período de tiempo, síntomas que se hicieron más frecuentes con el transcurso de tiempo.

Al examen clínico, se obtuvieron los principales datos:

- FR = 25x' FC = 99x' T°= 37°C SatO2 = 95% FiO2 = 21%
- Paciente lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, en regular estado general, nutricional y de hidratación, polipneico: amplitud y frecuencia respiratoria aumentada.
- Sistema respiratorio: se observan retracciones de 2 paquetes musculares y leve uso del músculo esternocleidomastoideo. A la auscultación: disminución de murmullo vesicular en hemitórax izquierdo y se auscultan sibilancias al final de la espiración

Contando con los datos obtenidos, se diagnostica el cuadro como un episodio de crisis asmática leve. La condición asmática inicial, según los antecedentes personales del paciente, se ha presentado desde hace un año con episodios de tos seca y sibilancias al menos una vez por mes, y que posteriormente, la sintomatología continuó, haciendo necesario el uso de salbutamol 2 veces por semana, lo que podría indicar que presenta asma persistente leve. Es de interés señalar que, los sibilantes que presenta el paciente, se consignan como sibilantes persistentes atópicas, pues estos se presentan, frecuentemente, en personas con antecedentes paternos y personales de atopia.

El episodio de crisis asmática tuvo como desencadenante algún alérgeno. Se empleó "*Pulmonary score*" (tabla 2) para la valoración clínica de esta.

Tabla 2. Pulmonary score

Puntuación	Frecuencia respiratoria (<6 años)	Frecuencia respiratoria (≥6 años)	Sibilancias	Uso de músculos accesorios (ECM)*
0	< 30	< 20	NO	No
1	31-45	20-35	Final de la espiración (con estetoscopio)	Incremento leve
2	45-60	35-50	Toda la espiración (con estetoscopio)	Aumentado
3	>60	>50	Inspiración y espiración (sin estetoscopio)	Actividad máxima

*ECM = esternocleidomastoideo

Luzán 5, S.A. Guía española para el manejo del asma. GEMA 4.4. 2019; 1(27-177).

Según el “Pulmonary Score”, se puntúa:

- Crisis leve = 0-3 puntos
- Crisis moderada = 4-6 puntos
- Crisis grave = 7-9 puntos

En este caso, el paciente obtuvo un puntaje de 3 puntos, catalogándose como una crisis leve.

Adicionalmente, se realizó la correlación de valor de saturación por pulsioximetría del paciente y se integró al puntaje obtenido según el “*Pulmonary Score*” (tabla 3).

Tabla 3. Valoración global de la gravedad de la crisis integrando el “*Pulmonary Score*” y la saturación de oxígeno

	<i>Pulmonary Score</i>	Saturación de oxígeno por pulsooximetría
Leve	0-3	>94%
Moderada	4-6	91-94%
Severa	7-9	<91%

Luzán 5, S.A. Guía española para el manejo del asma. GEMA 4.4. 2019; 1(27-177).

Integrando ambos valores, se obtiene que, efectivamente, se trató de una crisis asmática leve.

En este caso, el manejo se realizó mediante la administración de salbutamol (MDI 0,1 mg/puls) de 2-4 pulsaciones cada 20 minutos. Se reevalúa al paciente posteriormente, y se encontraron funciones vitales dentro de rangos normales, y estabilización del cuadro clínico, por lo que se indicó el uso de beta-2-agonistas a demanda y empleo de corticoides inhalados con posterior reevaluación en 3 días por consultorio externo de pediatría, además se indicó iniciar con uso de montelukast 5 mg vía oral diariamente.

Caso clínico #2

Niño de 8 años acompañado de su madre, llega al servicio de emergencia del INSN, madre del paciente refiere que, desde hace 1 día, nota que su hijo presenta fiebre (cuantificada en casa con temperatura oral de 37.7°C, asociado a dolor al ingerir alimentos. No presencia de tos, no vómitos, no deposiciones líquidas.

Al examen físico:

- FC = 87X' FR = 18x' T° = 38.3°C PA = 110/70 mmHg
 SatO2 = 98%

- Peso = 27 kilogramos talla = 120 cm IMC = 18.8

Luego de una evaluación física preferencial inicial, destaca la presencia de rinorrea escasa y una gran hiperemia de pilares anteriores y úvula, con evidencia de exudado a nivel de las amígdalas. Resto del examen físico sin alteraciones.

Se establece el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda. Gracias al uso de la escala de Centor(16) modificada por Mc Isaac (tabla 4), se logró definir la probable etiología de esta afección, para luego, poder instaurar el tratamiento oportuno.

Tabla 4. Escala de Centor modificada por Isaac para la probabilidad diagnóstica de faringoamigdalitis bacteriana

CRITERIO	PUNTAJE
Ausencia de tos	1
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas	1
Temperatura > 38°C	1
Exudado o hipertrofia amigdalares	1
Edad	
3-14 años	1

15-45 años	0
>45 años	-1

Ann Emerg Med 2005; 46: 87-89. The clinical diagnosis of Streptococcal Pharyngitis

En el caso del paciente, obtuvo un puntaje de 4, lo que traduce una probabilidad alta de faringoamigdalitis de origen bacteriano.

Se conoce que el germen bacteriano más frecuente como agente causal de un cuadro de faringoamigdalitis es el Streptococo beta hemolítico del grupo A (*Streptococo pyogenes*), por lo que, en este caso, se administró amoxicilina-ácido clavulánico 50 mg/kg/día vía oral, divididos en 3 dosis diarias durante 7 días, añadido al uso de paracetamol 15 mg/kg/día vía oral, divididos en 3 dosis al día, durante un promedio de 3 días.

Dentro de la antibioticoterapia para una faringitis o amigdalitis estreptocócica, el pilar fundamental es garantizar un correcto efecto bactericida, y de este modo, lograr prevenir la fiebre reumática (FR), y la subsiguiente cardiopatía reumática. Hay estudios que concluyen que los antibióticos reducirían la incidencia de FR en casi tres de cada cuatro casos, quedando claro, además, que el manejo con medicamentos antibióticos es eficaz para prevenir estas complicaciones aun cuando haya un retraso en su instauración de hasta 9 días.

Caso clínico #3

Paciente de 6 años, acompañado por familiar, acude al servicio de emergencia del INSN. El familiar del menor refiere que este presenta dolor intenso en oído derecho, sensación de alza térmica, sin presencia de otorrea, y además, dificultad de dormir por el dolor intenso. Agrega que 3 días antes, el paciente había acudido a una piscina y cursó con “ardor de garganta”.

Al examen físico preferencial:

-Faringe: congestiva y eritematosa, presencia de exudado blanquecino en

amígdala.

-Oído Derecho: canal auditivo derecho permeable, en la otoscopia se observa membrana timpánica derecha abombada.

El diagnóstico que se concluye es un cuadro de otitis media aguda.

Se indica tratamiento ambulatorio: amoxicilina 80 mg/kg cada 8 horas por 7 días y aunado a ello, el manejo del dolor con paracetamol 15 mg/kg dosis cada 8 horas durante 3 días.

Caso clínico #4

Paciente de 12 años es traído por su madre. Refiere ingesta de marisco generando, horas después, lesiones en piel asociado a “picazón” generalizado e intenso.

Niego antecedentes patológicos. Niega alergias alimenticias y farmacológica. Cuenta con inmunizaciones completas según esquema de vacunación nacional.

En la evaluación clínica preferencial, se encuentra:

-Piel: prurito en brazo y antebrazo izquierdo, siendo las lesiones eritematosas, bien circunscritas, asociado a presencia de habones, pápulas eritematosas pruriginosas con bordes circunscritos y centros ligeramente elevados.

Se evalúa orofaringe: no lesiones, no congestiva.

Posteriormente, se define como un cuadro de urticaria, desencadenado por el consumo de la comida marina que el paciente ingirió. Se indica el tratamiento, indicándose: evitar el consumo de mariscos, administración de cetirizina 0.25 mg/kg/dcada 12 horas durante 5 días.

1.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Es grato poder dar una mirada retrospectiva, y poder concluir que, a pesar de estar en la crisis sanitaria por infección por COVID-19, los autores lograron desenvolverse de la mejor manera posible dentro de las áreas diferenciadas de emergencia no-covid de medicina interna en el Hospital San José, adquiriendo las aptitudes y destrezas para un accionar apropiado en la resolución de las patologías más frecuentes.

Caso clínico #1

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad, acude a emergencia del Hospital San José con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 6 horas caracterizado por dolor tipo cólico en región lumbar izquierda de intensidad 8/10, que se irradia a hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Refiere haber consumido analgésico por vía oral, sin ceder el dolor. Además, refiere presentar escalofríos, náuseas y vómito en 2 ocasiones, niega deposiciones líquidas.

Alergias a medicamentos: Niega

Antecedentes patológicos: litiasis renal. Fue hospitalizada anteriormente por episodio de cólico nefrítico (17), con expulsión espontánea de lito (no recuerda la composición del mismo).

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomizada hace 10 años. Al examen físico preferencial:

- FC: 82x' FR: 21x' PA: 130/90 mmHg T° = 38.2°C SatO2: 97%
- Paciente lúcida, orientada, quejumbrosa.
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos, no petequias, necrosis, no palidez, no cianosis.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad,

nosoplos audibles, pulsos periféricos (+).

- Abdomen: Se evidencia cicatriz oblicua en hipocondrio derecho, blando, depresible, dolor a la palpación positiva tras realizar maniobra de Guyon, dolor a la palpación profunda en flanco y fosa iliaca izquierda, PRU inferior izquierdopositivo. No signos peritoneales.
- Genitourinario: Percusión de Murphy y Giordano izquierdo positivo ++/+++ y derecho negativo.
- Sistema Nervioso Central: Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

Luego del examen físico realizado al paciente, se solicitan exámenes paraclínicos para una mejor orientación en el diagnóstico, obteniéndose resultados:

- Hemograma: 12 000 mm³ (abastoneados: 0%, segmentados: 65%)
- Urea: 37 mg/dL
- Creatinina: 1.2 mg/dL
- Examen de orina: leucocitos 15-20 por campo, hematíes 10 por campo, Gram: no gérmenes, oxalatos de calcio.

Adicionalmente, como apoyo diagnóstico, se solicita una ecografía renal por el diagnóstico de cólico nefrítico. En este examen, se evidencian datos compatibles con litiasis de aproximadamente 11mm.

Concluyendo que se trata de un cólico nefrítico por litiasis renal, se instauró manejo terapéutico, incluyendo hidratación endovenosa y administración de dos analgésicos: metamizol(18,24) y diclofenaco intramuscular, además de la administración de omeprazol intravenoso para protección gastrointestinal.

Se llevó a cabo una reevaluación posterior del paciente, con mejoría notable de cuadro clínico, dando el alta con indicaciones médicas, que comprendía analgésicos por vía oral y control para posible litotripsia extracorpórea por ondas de choque, debido a las características y tamaño del cálculo.

Caso clínico #2

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, obesa, sin otros antecedentes de importancia, acude al servicio de medicina interna del Hospital San José refiriendo un dolor de inicio súbito con evolución de, aproximadamente, 3 horas, localizado en hipocondrio derecho y epigastrio, acompañado de náuseas y vómitos en 1 ocasión, con contenido bilioso, además de sensación de distensión abdominal. Niega acolia, niega coluria. Refiere automedicación con analgésicos, sin obtener mejora de sintomatología.

Luego de una realizar el examen físico, se encuentra:

- FC= 114x' FR= 20x' PA=120/80 mmHg T° = 37.5°C SatO2 = 99%
- Paciente en aparente regular estado general, nutricional y de hidratación
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2", no impresiona ticté ictérico, no presencia de cianosis, no palidez.
- Tórax y pulmones: Simétrico, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles, no choque de punta, pulso periférico (+) simétrico.
- Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, dolor a la palpación bimanual en hipocondrio derecho, signo Murphy (+), signo McBurney (-), Blumberg (-), no matidez desplazable, no masas palpables.
- Sistema Nervioso Central: Lúcida, quejumbrosa, colabora con el interrogatorio. Glasgow 15/15, no focalización, no presencia de signos meníngeos.

Se solicita analítica de muestra sanguínea, que muestra leucocitosis (12 000 mm³) sin neutrofilia, y análisis bioquímico con enzimas hepáticas y niveles de bilirrubina dentro de rangos normales, examen de orina no patológico.

Debido a la sospecha de cólico biliar(19-20), se solicita ecografía de abdomen, donde se muestra vesícula biliar 8x4 cm, pared vesicular 3mm, presencia de múltiples cálculos, siendo el mayor de 4mm, que se desplaza al

cambio de posición.

Una vez realizado el diagnóstico de cólico biliar, se procede a la administración de medicamentos para el caso en cuestión:

-Hidratación endovenosa con NaCl 0.9% 1000 cc

-NPO

-Diclofenaco 75 mg IM

-Hioscina 20 mg IV

-Metoclopramida 10mg IV

Se reevalúa a la paciente luego de 2 horas, encontrando mejora clínica y cese de dolor, por lo que se da de alta con analgésicos por vía oral y control por cirugía para una colecistectomía laparoscópica diferida.

Caso clínico #3

Paciente mujer de 27 años de edad ingresa con un tiempo de enfermedad de 12 horas aproximadamente, con dolor en hipocondrio derecho e irradiación a región lumbar derecha. Refiere diagnóstico previo de colecistitis crónica calculosa.

Se procede a realizar la evaluación clínica preferencial a la paciente:

-Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, no masa palpables.

Se solicitan exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal, y tras su realización, se obtiene:

- Lipasa 2,450
- PCR: 4.5
- Leucocitos 12,500
- Ecografía: vesícula biliar con pared de 3mm, presencia de litos, coledoc

condiámetro 5mm

Se inicia tratamiento con hidratación por vía endovenosa, 1000 cc por horas en 24 horas, luego requerimiento de Dextrosa 5% 1000cc cada 12 horas y NaCl 9% 1000cccada 24 horas.

Se indica el manejo del dolor con ketoprofeno 100 mg cada 8 horas por vía endovenosa.

La paciente, en el segundo día de tratamiento hospitalario, refiere disminución del dolor, motivo por el que se inicia tolerancia oral, sin ninguna complicación, con dieta blanda hipograsa.

Se indica alta con indicación médica, dieta hipograsa, y cita por consultorio externo del servicio de cirugía para programar la colecistectomía laparoscópica pertinente.

Caso clínico #4

Paciente varón de 54 años ingresa al nosocomio traído por familiar. El paciente se encuentra con tendencia al sueño. antecedente: diabetes mellitus tipo 2. Familiar indica que paciente no estaba tomando metformina por temor de contagio de Covid al acudir a posta.

Reacción adversa a medicamentos: Niega. Cirugías previas: niega. Hospitalización previa: en el 2017 por presentar pielonefritis.

Las funciones vitales obtenidas son:

FC: 80x' FR: 18x' SatO2: 97% Presión arterial: 120/80

Se realiza la toma de una tira reactiva de glucosa sérica, con el resultado de: 380mg/dL. Inmediatamente, se solicitan exámenes de laboratorio: hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen de orina, análisis de gases arteriales (AGA)

Se cuentan con los resultados:AGA:

- Ph: 7.22
- Hco3: 14
- Pco2: 30
- PO2: 95

Electrolitos séricos:

- K: 3.90
- Na: 138

Hemograma:

- Glucosa: 420 mg/dl
- Urea: 30
- Creatinina 1.2
- Hemoglobina: 14.2 mg/dl
- Leucocitos: 7,230
- Examen de orina:
 - Leucocitos 0
 - Nitritos: negativo
 - Cuerpos cetónicos: 2 cruces

Se concluye con la impresión diagnóstica de cetoacidosis diabética moderada.

Posteriormente, se inicia hidratación NaCl 0.9 I, II. 1000cc y la administración rápida de 7 UI Subcutánea insulina.

El paciente recibe hidratación. Se controla la glucosa posterior, y se alcanza el valor de 190 mg/dl.

Se da indicación de alta con Metformina 850mg, y con la indicación de acudir por consultorio externo de endocrinología para establecer pautas de control a largo plazo.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital San Jose

El lugar donde se realizó el trabajo de investigación fue el Hospital San José (HSJ) del Callao, creado en junio de 1970, situado en la cuadra número cuatro de la avenida Elmer Faucett, en el distrito de Carmen de la Legua Reynoso perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA) y gobierno regional del Callao, de nivel II-2 de complejidad, parte del Gobierno Regional del Callao, que brinda atenciones preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación a la población. El HSJ tiene a cargo la cobertura de las personas de los distritos de Callao, Bellavista, San Miguel, San Martín de Porres, Ventanilla, Los Olivos y Cercado de Lima, según la accesibilidad geográfica destinada. Actualmente cuenta con las especialidades de Medicina Interna, Neumología, Cardiología, Neurología, Gastroenterología, Endocrinología, Dermatología, Infectología, Traumatología, Reumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Medicina Física y Rehabilitación, Psiquiatría, Psicología, Odontoestomatología, Medicina Alternativa, Urología, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Laparoscópica, además de brindar atención en el servicio de emergencia las 24 horas del día en las principales especialidades de Medicina, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Traumatología y Neonatología.

Debido a consignarse como un hospital nivel II-2, siendo un nosocomio de atención general, se cuenta con capacidad de referencia a hospitales de mayor complejidad en caso de necesidad de diagnóstico y manejo más especializado de ciertas patologías, y en caso de abordaje en casos de patología nefrológica, puesto que no cuenta con esta especialidad.

El departamento de Cirugía, cuenta con un área de hospitalización con disponibilidad de 6 camas, compartidas con el servicio de Urología y traumatología.

El área de emergencia de cirugía está implementado para el manejo de suturas pequeñas, con una área de observación si el paciente requiere aplicación de su tratamiento. Los procedimientos desarrollados por los internos eran suturas de heridas menores, manejo de patologías ambulatorias, evaluar a los pacientes con la supervisión del personal médico de turno. En las visitas se evalúa a los post operados, la mayoría de las camas eran pacientes con diagnóstico de apendicectomía no complicadas, cuya estancia hospitalaria era de 2 días. Las otras patologías hospitalarias eran colecistectomías, post operados por hernias, post operados por trauma abdominal por arma de fuego. En el área de hospitalización, los internos de medicina se encargan de evolucionar a los pacientes internados, pues esto permite realizar una comparación clínica respecto al día anterior, analizar parámetros laboratoriales, ajustar indicaciones terapéuticas, efectuar procedimientos menores (tales como curaciones diarias en casos puntuales, movilización de drenes, colocación o retiro de sondas, entre otros).

Respecto al área de gineco-obstetricia, antes del surgimiento de la pandemia por COVID-19, contaba con área de emergencia y área de hospitalización. En cuanto al área de emergencia, la atención se centra en las pacientes que presentan emergencias médicas y requieren un manejo precoz. Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del 2018 del Hospital San José, las afecciones que con mayor frecuencia se vieron en esta área fueron, en el campo obstétrico: falso trabajo de parto sin otra especificación, parto único espontáneo, infecciones de tracto urinario, abortos; y en el campo ginecológico, hemorragia vaginal y uterina anormal no especificada y enfermedad pélvica inflamatoria ocuparon las patologías que con mayor frecuencia se manejaron.

En el área de hospitalización, se contaba con disponibilidad de 9 camas para pacientes púerperas, 11 camas para casos obstétricos patológicos y, finalmente, con

7 camas para pacientes con afecciones netamente ginecológicas. Es de interés señalar que, además, las enfermedades que, frecuentemente, requerían hospitalización en el área de ginecología eran: trastorno no inflamatorio del ovario, prolapso genital femenino, leiomiomas uterinos y tumor benigno de mama. Las pacientes que, con mayor regularidad se hospitalizaban, en cuanto al área obstétrica, eran debido a parto único espontáneo, parto único por cesárea, aborto no especificado, infección de las vías urinarias en el embarazo y hiperémesis gravídica.

Además, como un dato inicial, antes de la crisis sanitaria, se contaba con horarios establecidos para atención por consultorios externos.

Actualmente por la pandemia por COVID-19, el servicio de Gineco-obstetricia, debido a reducción de aforo e instauración de áreas diferenciadas, según las normativas dadas por el Ministerio de Salud, cuenta con 10 camas para Obstetricia, y 2 camas para pacientes ginecológicos. El área diferenciada donde se encuentran las pacientes con infección por SARS-COV-2 confirmada cuenta con 2 camas.

Los autores del trabajo ejecutaron las labores del internado en el departamento de medicina interna cuando ya se encontraban en vigencia las normativas por la pandemia por COVID-19, en consecuencia, el hospital tuvo que realizar modificaciones en los distintos departamentos, por tanto, y en la actualidad, el área de emergencia de medicina interna cuenta con 2 camas para trauma shock, y con 6 ventiladores mecánicos para pacientes con diagnóstico de infección por COVID-19. Las enfermedades más frecuentes vistas en emergencia son pancreatitis aguda, complicaciones por diabetes mellitus, neumonía, infecciones del tracto urinario, celulitis.

Los autores del trabajo rotaron en el área de hospitalización no COVID-19 que, en la actualidad, cuenta con 10 camas, ejecutando labores propias del internado médico, que incluyen, entre otras, evoluciones, procedimientos menores como obtención de muestra para gasometría arterial, paracentesis, toracocentesis y toma de muestras para cultivo, además de curaciones de soluciones de continuidad. Durante la rotación por el servicio de Medicina, y

en calidad de internos, no se concretó la rotación por servicios de consultoría externa (ver Anexo N°1).

2.1 Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña (INSN)

La rotación de los autores por el INSN, se dio en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19. La rotación de pediatría se realizó en hospitalización del servicio de Medicina-A y Medicina-B, contando con 10 y 4 camas respectivamente. Además, se realizaron guardias diurnas, que constan de 12 horas, en el área de triaje y servicio de emergencia del INSN. La atención que se brindó a los pacientes fueron, con mayor frecuencia: faringoamigdalitis aguda, rinofaringitis aguda, crisis asmática, asma aguda severa, intoxicación alimentaria bacteriana, otitis media aguda (ver Anexo N°2).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En la calidad de internos de medicina, los autores del presente trabajo lograron, gracias a los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la carrera universitaria en pregrado, llegar al diagnóstico y posterior instauración del manejo terapéutico de las patológicas que, con mayor frecuencia, se presentan en los servicios de emergencia y hospitalización de las especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna.

Con la finalidad de mantener un enfoque y abordaje estándar de las afecciones que se suscitan en el ámbito intrahospitalario, el Hospital San José y el Instituto Nacional del Niño, tal como los demás centros de salud y hospitales nacionales, cuentan con protocolos y guías de prácticas clínicas (GPC), las cuales son aplicadas a cabalidad al momento de efectuar la atención integral de los pacientes.

A modo de resumen, se exponen los puntos más importantes de aplicación de estas GPC, según los casos expuestos en el capítulo II, teniendo en consideración las patologías que se verán con mayor frecuencia en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

3.1 Rotación de Cirugía

En la rotación de cirugía, se relataron casos propios de la especialidad, que fueron manejados durante el desarrollo del internado 2020-2021 de los presentes autores.

En el caso expuesto de gangrena de Fournier, se realizó un abordaje adecuado de la afección, puesto que se indicó la antibioticoterapia de amplio espectro, teniendo en consideración que, entre los microorganismos

identificados con mayor frecuencia, se encuentran: *Escherichia coli*, *bacteroides*, *Streptococo pyogenes* y *Pseudomonas*, empleando, en el caso en mención, los fármacos necesarios para combatir la infección contra estas bacterias. Se conoce, también, que la Resonancia Magnética puede ser de gran utilidad para ver la afectación de partes blandas. Ante esto, el Hospital San José no cuenta con el equipo señalado, por lo que esto podría constituir una cierta limitación. Sin embargo, el manejo quirúrgico no debe retrasarse de no contar con este examen imagenológico, evidenciando que se siguieron los protocolos adecuados según las pautas estandarizadas de manejo.

En el caso 2 expuesto en el acápite de rotación de cirugía, se relata el caso de una obstrucción intestinal por vólvulo sigmoideas complicado, pues bien, es de conocimiento que las formas complicadas de vólvulo, en presencia de criterios de gravedad y/o demostración de necrosis o perforación de colon, con o sin signos de shock, demanda un manejo quirúrgico lo más pronto posible, luego de la adecuada estabilización hidroelectrolítica y colocación de sonda nasogástrica con el fin de una descompresión gástrica. Además, según investigaciones científicas basadas en la evidencia, el procedimiento de Hartmann debe quedar reservado en casos de vólvulo bajo con necrosis extendida a la unión rectosigmoidea. Siempre se debe considerar que el manejo médico y una pronta intervención en sala de operaciones son los pilares del tratamiento de esta patología, tal como se llevó a cabo en el hospital.

En el caso 3 presentamos un paciente con diagnóstico de apendicitis. La evaluación clínica es primordial y el tiempo de evolución mediante la anamnesis. De esta manera nos indica si el proceso apendicitis es catarral (1-6 horas), flemosa (12-24 horas), gangrenosa (24-36 horas) o perforada (>36 horas). Durante las guardias nocturnas la ecografía no está disponible que tiene una sensibilidad de 86% y especificidad del 81%. Se utiliza la escala de Alvarado por su utilidad diagnóstica de apendicitis aguda. El inicio del antibiótico una vez diagnosticado como tratamiento inicial con una finalidad definitiva para ejecutar la apendicectomía, también como profilaxis antibiótica. las de elección son la ceftriaxona y metronidazol.

En el caso 4 paciente con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa, la espera para programar pacientes en tiempos de precovid tomaba 2 semanas. Actualmente el hospital no podía programar a pacientes para colecistectomía laparoscópica. El servicio de cirugía iniciará en marzo del 2021, para recién programar a pacientes para colecistectomía laparoscópicas. Los pacientes que no optan por una colecistectomía tienen mayor riesgo de hacer pancreatitis, cólico biliar.

3.2 Rotación de Gineco-Obstetricia

En cuanto a la rotación de gineco-obstetricia, se abordaron, en el presente trabajo, patologías que frecuentemente suelen manejarse en el hospital.

El síndrome de ovario poliquístico (SOP), por ejemplo, se posiciona como el trastorno endocrino más frecuente de la mujer en edad reproductiva, alcanzando una prevalencia de 6.5 al 8%, y requiriendo manejo ginecológico, endocrinológico y nutricional fundamentalmente. Respecto al diagnóstico, según los criterios de Rotterdam (2003) se requieren 2 de 3 de los siguientes:

- Oligo o anovulación
- Signos clínicos y/o bioquímicos de hiperandrogenismo
- Ovarios poliquísticos en ecografía

Cabe resaltar que, posteriormente, la Sociedad de Exceso de Andrógenos (SAE) publicó la última definición de SOP, que se encuentra determinada por los siguientes criterios:

- Hiperandrogenismo: hirsutismo y/o hiperandrogenemia
- Oligo-anovulación
- Ovarios poliquísticos por ecografía

Estos criterios fueron y siguen siendo utilizados para el adecuado diagnóstico de SOP.

Adicionalmente, el tratamiento varía según la paciente tenga deseo genésico o no. Según lo expuesto en el caso clínico 1 de la rotación de gineco-obstetricia, se trató de una paciente adolescente, sin deseo genésico en el momento de la atención, por lo que se abordó a la misma según las especificaciones dadas por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (COGA), que establece la administración de anticonceptivos orales y fármacos antiandrogénicos (en esta ocasión, drospirenona), asociado a cambios en el estilo de vida, siendo estos últimos la base del manejo del SOP.

Respecto a las patologías en el ámbito obstétrico, la hemorragia post-parto explica hasta un cuarto de las causas de mortalidad materna a nivel mundial y, en Perú, puede presentarse hasta en el 10% de los partos, constituyendo la primera causa de muerte materna a nivel nacional, es por esto que es de vital trascendencia conocer el abordaje de esta condición. Según la GPC del Hospital San José, el manejo consiste en: masaje uterino externo, instalación de vía endovenosa con ClNa 9% 1000 cc, y uso de carbetocina y oxitocina endovenosa como terapia inicial. Según lo presentado, se siguieron las mismas pautas, consiguiendo una remisión progresiva del cuadro clínico y la adecuada estabilización de la paciente.

caso 3, paciente con diagnóstico de EPI, Se le indicó tratamiento con ceftriaxona 500 mg Intramuscular única dosis y doxiciclina 100 mg vo c/12 horas x 14 días. Según la guía clínica del Minsa, se tiene que dar tratamiento para la pareja de la paciente para Chlamydia y gonococo, de esta manera disminuir el riesgo de infección.

Caso 4, paciente con diagnóstico de embarazo ectópico, Le brindaron la atención adecuada. La paciente no calificaba para un tratamiento médico con metotrexato. Basado en la guía del Minsa para Embarazo ectópico se indica metotrexato con los siguientes criterios absolutos que son:

-Hemodinámicamente estable sin signos de peritoneo

-Subunidad B-Hcg<10,000 mUI/ml

- Ausencia de latidos en el embrión Los criterios relativos son:
- Paciente con disponibilidad de adherencia en el tratamiento
- Tamaño de masa <4cm
- Paciente con deseo de fertilidad futura

3.3 Rotación de Pediatría

Con relación a la rotación de pediatría, los autores tuvieron la oportunidad de realizar esta en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), contando con una gran variedad de casos; sin embargo, es primordial centrarse en las patologías que tienen mayor prevalencia en la atención hospitalaria, pues son estos mismos los que suelen presentarse en los centros de salud donde, posteriormente, el interno realizará el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

Acorde a lo mencionado en el párrafo anterior, se relata el caso de un paciente con diagnóstico de crisis asmática. La valoración de la crisis asmática se realiza en dos etapas fundamentalmente: inicial (o estática), que sirve para identificar a los pacientes con factores de riesgo vital y luego de la respuesta al tratamiento (o también conocida como evaluación dinámica), que permite la comparación de los cambios alcanzados en el grado de obstrucción al flujo aéreo respecto a los valores al inicio, y valorar la necesidad de otras exploraciones diagnósticas.

Según el Manual de Urgencias y Emergencias en Pediatría del INSN, la valoración clínica se realiza, primordialmente, según criterios clínicos, teniendo al *Pulmonary Score* y la saturación de oxígeno por pulsooximetría como los mejores parámetros para estimar la gravedad de la crisis asmática, tal como fue aplicado al momento de atender al paciente en cuestión.

Además, en el manual mencionado, se menciona que, de ser una crisis leve, se administrarán 2-4 pulsaciones de salbutamol con cámara inhaladora, y posterior reevaluación en 15 minutos, mismas medidas que fueron aplicadas

en el tratamiento del paciente, dejándose la aplicación de salbutamol a demanda según indicaciones médicas al alta.

Otra patología frecuente en la edad pediátrica es la faringoamigdalitis aguda (FAA), siendo este un proceso inflamatorio que afecta la mucosa y componentes del área faringoamigdalár. Se sabe que la mayoría de estos cuadros son ocasionados por infecciones víricas (65-80%) con gran predominio estacional; en contraparte, la faringoamigdalitis bacteriana suele ser infrecuente, pues suponen un 5-10% de FAA entre las edades de 2 y 3 años y solo un 3-7% en niños menores de 2 años. Además, la FAA bacteriana tiene como agente causal predominante a *Streptococo pyogenes*, requiriendo, por tanto, un manejo antibiótico.

Es de amplio conocimiento que la prescripción inadecuada de antibióticos es una práctica médica común, ocasionando mayores cuadros de resistencia bacteriana a largo plazo, por lo que debe evitarse esta indicación cuando no es necesaria. En este ámbito, y con enfoque en el manejo de FAA vírica vs. FAA bacteriana, se emplea la escala de Centor modificada por Isaac, la cual establece en forma clínica, la probabilidad de tratarse de una FAA de origen estreptocócico, con una sensibilidad de 85% y una especificidad de, aproximadamente, 92%. Esta escala fue, también, utilizada en el caso expuesto en este trabajo. Adicionalmente, el Manual de Urgencias y Emergencias en Pediatría del INSN sugiere que, con un puntaje mayor o igual a 4 en la escala empleada, se debe considerar el inicio de una terapia antibiótica empírica que cubran la infección por *S. pyogenes*, tal como se manejó al paciente que llegó al área de emergencias en aquella ocasión.

Caso 3 paciente con diagnóstico de otitis media aguda, según el diagnóstico clínico de uptodate, el abombamiento de la membrana timpánica es el mejor signo de inflamación aguda. El paciente se le indicó paracetamol, pero para mejor manejo de dolor el Ibuprofeno actúa mejor por la doble acción analgésica y antiinflamatoria, aliviando el dolor en las primeras 24 horas. La educación al familiar del paciente es importante como los signos de alarmas, que son no mejoría dentro de las 72 horas y presencia de otorrea.

En el caso 4, tratándose de paciente con diagnóstico de urticaria, el plan terapéutico es usar antihistamínicos de segunda generación. No se recomienda antihistamínicos de primera generación por su alta tasa de efectos anticolinérgico, y su seguridad poco favorable, alteración del sueño y la reducción del rendimiento escolar. El uso de corticoides orales debe limitarse a cuadros asociados a angioedema o exacerbaciones de urticaria crónica, es recomendado el uso por periodos cortos de corticoides (3-7 días).

3.4 Rotación de Medicina Interna

Finalizando con la rotación por la especialidad de medicina interna, caracterizada por la amplia gama de afecciones que se suscitan diariamente, las mismas que requieren un amplio manejo, generalmente multidisciplinario. En esta oportunidad, los autores relataron sus experiencias en el manejo de ciertas patologías que son más frecuentemente vistas durante la estancia en el área de medicina interna.

Los episodios de cólico renal son frecuentemente atendidos en los servicios de emergencia del Hospital San José, y en general, a nivel nacional.

Según las GPC respecto a esta patología, el manejo en la fase aguda de un paciente con cólico nefrítico se basa en el control del dolor y reconocer las posibles complicaciones que requieran derivación hacia un especialista. En este ámbito, se debe hidratar al paciente, pero de manera controlada, ya que una excesiva sobrehidratación en el período agudo del cólico puede conducir a una exacerbación de la sintomatología y no existe evidencia científica que avale que, un aumento de hidratación facilite la expulsión del lito, por lo que, esta medida no está recomendada en la actualidad. Además, está demostrado que, para el manejo del dolor, el antiinflamatorio no esteroideo (AINES) es el manejo de elección, siendo el diclofenaco la mejor opción analgésica. Este abordaje fue similar al utilizado en el ámbito intrahospitalario del servicio de emergencia del Hospital San José, añadiéndose a la terapéutica, la administración de metamizol intramuscular. Como dato adicional, y al tratarse de un cálculo renal de 11mm, se indica manejo

posterior por especialista para un tratamiento definitivo expulsivo, con probable litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOC).

En cuanto al cólico biliar, es uno de los problemas de salud más importantes y de gran antigüedad, que afecta al ser humano, que conlleva grandes implicaciones médicas, sociales y económicas, dada su elevada frecuencia y complicaciones. Se informa que, en América Latina, entre el 5 al 15% de habitantes presentan litiasis vesicular, es por ello que un oportuno diagnóstico y manejo tienen gran significación médica. Según la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de la Colelitiasis, Colecistitis Aguda y Coledocolitiasis de EsSalud, en caso de tratarse de una litiasis en la vesícula biliar sintomática (cólico biliar), y luego de descartadas otras patologías que cursan con síndrome doloroso abdominal, se recomienda el uso de AINES como primera línea de tratamiento, y el uso de fármacos antiespasmódicos como una opción de segunda línea. En el caso expuesto en el presente trabajo, se mencionó el manejo de un paciente con este diagnóstico, acorde a las pautas mencionadas a nivel nacional, expresadas también en la guía citada. Asimismo, se indicó una colecistectomía laparoscópica posterior, por tratarse de una paciente con recurrencia de cuadros de dolor asociados a la presencia de cálculo en la vesícula biliar, siendo este procedimiento, el tratamiento definitivo de primera línea en estos casos.

En el caso 3, paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda de origen biliar se indica un manejo adecuado por emergencia, educar al paciente sobre la importancia de una dieta pobre en grasas con el objetivo de reducir la secreción pancreática postprandial. Una indicación en pancreatitis crónica es la administración sostenida de antioxidantes (selenio, vitamina c, beta caroteno, vitamina E y metionina esto favorece a disminuir el progreso de la inflamación. otra recomendación sobre el manejo del dolor, la evidencia indica el uso de analgésico usado para neuropatías como la pregabalina en pacientes con respuesta deficiente al tratamiento inicial de analgésicos no opiáceos y antes de prescribir un fármaco opioide.

En el caso 4, paciente con diagnóstico de cetoacidosis diabética. El manejo de emergencia era controlar la hiperglucemia, controlar el trastorno

electrolítico. Un manejo adecuado según ClinicalKey sería de la siguiente manera. Al inicio del tratamiento, los objetivos principales son recuperar el volumen intravascular, corregir la hipoperfusión y recuperar la sensibilidad a la insulina. En la Cetoacidosis diabética, se encuentra con deficiencia de agua total corporal (5-10 l), eficiencia de sodio (5-10 mEq/kg) y alteración de otros electrolitos como potasio. Casi siempre resulta recomendable comenzar la reposición de líquidos con solución isotónica (solución de NaCl al 0,9%) para recuperar el volumen intravascular. Se administra con frecuencia 1 litro de solución NaCl 0.9% la primera hora y luego continuar con infusión de NaCl 0,9%, después evaluar la función hemodinámica del paciente y valorar la clínica de la perfusión tisular. Cuando se llega a una glucosa por debajo de 250 mg/dl, se recomienda añadir dextrosa para evitar la hipoglucemia inducida por insulina posterior. La insulina de forma continuada ayuda a corregir la acidosis persistente.

Aunque en los casos de la cetoacidosis diabética existe resistencia a la insulina, dar mucha insulina induce a la hipopotasemia, hipofosfatemia y una hipoglucemia tardía. El patrón de sustitución de insulina típico emplea una embolada intravenosa de 0,15 U/kg de insulina de acción rápida, luego 0,1 U/kg/h. La administración por vía endovenosa ayuda que la insulina alcance los tejidos, preferiblemente en los pacientes con una hipovolemia grave. El objetivo es la reducción de glucosa en los siguientes rangos (50-75 mg/dl/h), es importante monitorizar las concentraciones de glucosa cada hora para garantizar la disminución adecuada y evitar hipoglucemias. La reducción rápida de la glucosa se asocia a edema cerebral.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Los cambios son constantes inherentes a la práctica de la medicina, y en esta ocasión no fue la excepción. De manera general, todos los trabajadores del área de la salud se encontraron frente a un escenario atípico, pues desde que inició la emergencia sanitaria por la infección por COVID-19, se instauraron diversas medidas sanitarias con el propósito de poder frenar, en alguna medida, a la propagación de la infección en la comunidad. Estas medidas establecidas mencionadas cambiaron la disposición no solo de las áreas hospitalarias (diferenciadas y no diferenciadas), sino también la forma de atención de los pacientes. Dentro de todo, las fortalezas y oportunidades que existieron fueron mayores que las amenazas y debilidades, y gracias a esto, se logró un adecuado aprendizaje, en calidad de internos de medicina, y un abordaje adecuado de cada patología presentada en la atención médica. El conocimiento y destreza adquiridos durante el internado en épocas de pandemia tiene, como era de esperarse, puntos de divergencia entre un internado en un contexto típico, pero los autores del trabajo concluyen que lograron aprovechar las prácticas hospitalarias y, con ello, solidificar las bases necesarias para el posterior desarrollo del SERUMS y del ejercicio de la medicina como profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

El internado como parte de la formación profesional de los internos de medicina brindó el aporte más importante de experiencias prácticas.

El desarrollo de estas prácticas suelen ser muy demandantes, por lo general, exigiendo gran compromiso y dedicación por parte de quienes la llevan a cabo, sin embargo, especialmente durante este período en el que, a gran escala, se instauró una pandemia por infección por COVID-19, se produjo un escenario incierto, ya que el internado fue obstaculizado durante, aproximadamente, siete meses, y el retorno posterior dejó a la vista un gran cambio en las áreas intrahospitalarias y en cuanto al flujograma de atención a los pacientes. Los autores del presente trabajo tuvieron la posibilidad de volver a reintegrarse a la sede hospitalaria que los acogió desde antes de la crisis sanitaria suscitada, y adicionalmente, poder rotar en el Instituto Nacional del Niño (INSN) en el área de hospitalización y emergencias de pediatría, encontrando un gran contraste entre lo que fue, en su momento, un internado dentro de las características clásicas que solía conocerse, y el actual desarrollo de este. Sin embargo, fue una experiencia enriquecedora y que permitió concretar los cimientos para el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) y, en términos generales, para el desenvolvimiento posterior como médicos cirujanos. Queda claro que, lo más importante es la relación médico paciente, conllevando con esto, un adecuado diagnóstico, manejo y seguimiento de las personas que vienen al nosocomio buscando una solución para su padecimiento, y también es interesante resaltar que, debido a que la medicina no es estática y se encuentra en constante cambio, de la misma forma los profesionales de la salud deben aprender a adecuarse a los retos que conlleva la misma.

No cabe duda de que, a pesar de los obstáculos que se presentaron durante este año lectivo, fue un período fructífero en el contexto de aprendizaje para los internos de medicina que continuaron rotando durante la pandemia, con las medidas de bioseguridad correspondiente, y cada en un contexto particular, pero en conjunto con las mismas metas, poder dar todo de sí mismos para forjarse como profesionales médicos íntegros y con las pericias necesarias para el gran camino que aún queda por recorrer en la carrera.

RECOMENDACIONES

El internado es una parte fundamental en la formación del médico. Se observa cómo el Sistema de Salud tiene procesos en la atención para el paciente. Los procesos que uno lleva por cada rotación son esenciales para la formación y para saber cómo actuar adecuadamente.

Por cada rotación estar expuesto ante patologías que solo se veían en años de pregrado en el contexto teórico, y obtener el permiso del paciente para evaluarlo, además de ser parte del proceso de su mejoría, deja en uno la motivación para continuar brindando la atención adecuada.

La comparación en tiempos PRECOVID durante enero hasta marzo del 2020, cuando la atención era sin la presencia de mascarillas ni distanciamiento social, y ahora en un escenario pandémico es desafiante, motivo por el que consideramos que los futuros internos tienen que adaptarse rápidamente a los cambios y a las medidas que se adoptan frente a cada situación que acontece en el área de la salud, siempre siendo la prioridad la adecuada atención y posterior mejoría del paciente. El apoyo del personal de salud es importante, ya que ellos nos ofrecen una herramienta que no se encuentra en los libros: la experiencia, que constituye un arma fundamental al momento del abordaje de los pacientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. El internado en ciencias de la salud como modalidad formativa laboral y el Decreto de Urgencia No. 090-2020 | Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THĒMIS [Internet]. Enfoque Derecho | El Portal de Actualidad Jurídica de THĒMIS.2021 [citado 26 April 2021]. Disponible en: <https://www.enfoquederecho.com/2020/09/14/el-internado-en-ciencias-de-la-salud-como-modalidad-formativa-laboral-y-el-decreto-de-urgencia-no-090-2020/>
2. [Internet]. Cdn.gob.pe. 2021 [citado 26 April 2021]. Disponible de: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
3. [Internet]. Inr.gob.pe. 2021 [citado 26 April 2021]. Disponible de: <https://www.inr.gob.pe/transparencia/docencia2015/assets/reglamento-del-internado0001.pdf>
4. [Internet]. Hejcu.gob.pe. 2021 [citado 26 April 2021]. Disponible de: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>
5. Parra Caballero P, Pérez Esteban S, Patiño Ruiz ME, Castañeda Sanz S, García Vadillo JA. Actualización en fascitis necrotizante. Sem Fund Es Reumatol. 2012;13(2):41–8.
6. Medigraphic.com. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2020/un205d.pdf>
7. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-necrotizing-soft-tissue-infections?search=gangrena%20de%20fournier&source=search_result&selectedTitle=3~29&usage_type=default&display_rank=3

8. Salvador S, de 2012. F. Guías Clínicas de Cirugía General [Internet]. Gob.sv. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_cirugia_general.pdf
9. Edu.pe. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/25/198>
10. Gaitan ES, Ampudia MM. revista médica sinergia. [citado 2021 Apr 27]; Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/322/667>
11. POLYCYSTIC OVARY SYNDROME: DIAGNOSIS. SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO. DIAGNÓSTICO Y MANEJO [Internet]. Clinicalascondes.cl. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%20C3%A9dica/2013/5%20septiembre/13_Sir.pdf
12. Redalyc.org. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375537035006.pdf>
13. Teresa Sir P Dra, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. Rev médica Clín Las Condes. 2013;24(5):818–26.
14. de aplicación: Alt Empordá. Girona. Á. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL ASMA INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA [Internet]. Neumoped.org. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: <https://neumoped.org/wp-content/uploads/2019/07/GUIA-ASMA- PEDIATRIA-2019.pdf>
15. Gob.pe. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/302_DGSP87.pdf
16. Zaragoza APS II. FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN LA EDAD PEDIÁTRICA[Internet]. Aepap.org.[citado 2021 Apr 27]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/faringoamigdalitis_aguda_en_la_edad_pediatica.pdf
17. Aibar-Arregui MA, Matía-Sanz M, Pelay-Cacho R, Igúzquiza-Pellejero MJ, Martín- Fortea MP, Clavel-Conget L, et al. Manejo del cólico renal en urgencias de un hospital de tercer nivel. An Sist Sanit Navar. 2010;33(2):145–54.
18. Taype-Huamaní W, Ayala-Garcia R, Rodriguez-Gonzales R, Amado-

Tineo J. Characteristics and evolution of patients with urinary lithiasis in a tertiary hospital emergency. Rev Fac Med Humana. 2020;20(4):608–13.

19. Aguda CBCA. URGENCIAS MEDICAS DIGESTIVAS [Internet]. Medynet.com.[citado 2021 Abril 27]. Disponible en: [http://www.medynt.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20E mergencias/colebili.pdf](http://www.medynt.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20E%20mergencias/colebili.pdf)

20. Almora Carbonell CL, Arteaga Prado Y, Plaza González T, Prieto Ferro Y, Hernández Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Rev cienc médicas Pinar Río. 2012;16(1):200–14.

21. Redalyc.org. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375537035006.pdf>

22. Teresa Sir P Dra, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. Rev médica Clín Las Condes. 2013;24(5):818–26.

23. de aplicación: Alt Empordá. Girona. Á. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL ASMA INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA [Internet]. Neumoped.org. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: <https://neumoped.org/wp-content/uploads/2019/07/GUIA-ASMA- PEDIATRIA-2019.pdf>

24. Gob.pe. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/302_DGSP87.pdf

25. Zaragoza APS II. FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN LA EDAD PEDIÁTRICA[Internet]. Aepap.org.[citado 2021 Apr 27]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/faringoamigdalitis_aguda_en_la_edad_pediatica.pdf

26. Aibar-Arregui MA, Matía-Sanz M, Pelay-Cacho R, Igúzquiza-Pellejero MJ, Martín- Fortea MP, Clavel-Conget L, et al. Manejo del cólico renal en urgencias de un hospital de tercer nivel. An Sist Sanit Navar. 2010;33(2):145–54.

27. Taype-Huamaní W, Ayala-Garcia R, Rodriguez-Gonzales R, Amado-Tineo J. Characteristics and evolution of patients with urinary lithiasis in a tertiary hospital emergency. Rev Fac Med Humana. 2020;20(4):608–13.

28. Aguda CBCA. URGENCIAS MEDICAS DIGESTIVAS [Internet]. Medynet.com.[citado 2021 Apr 27]. Disponible en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/colebili.pdf>

29. Almora Carbonell CL, Arteaga Prado Y, Plaza González T, Prieto Ferro Y, Hernández Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Rev cienc médicas Pinar Río. 2012;16(1):200–14.

30. Borda Mederos LA, Kcam Mayorca EJ, Alarcon Aguilar P, Miranda Rosales LM. Megacolon andino y vólvulo del sigmoides de la altura: Presentación de 418 casos entre 2008 - 2012 en el hospital C. Monge - Puno, Perú. Rev Gastroenterol Peru. 2017;37(4):317–22.

31. Lo considera un síndrome S, Decir E, De signos y síntomas en los que un un C. síndrome de ovario [Internet]. Org.ar. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/ovario_poliq.pdf

32. Fonseca Villanea C. Síndrome de ovario poliquístico. Rev Medica Sinerg. 2018;3(6):9–15.

33. CRITICSL. Litiasis renal (AMF 2015) Los principales problemas de salud [Internet]. Amf-semfyc.com. 2015 [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1439

34. Extensa GENV. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLELITIASIS, COLECISTITIS AGUDA Y COLEDOCOLITIASIS [Internet]. Gob.pe. [citado 2021 Apr 27]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf

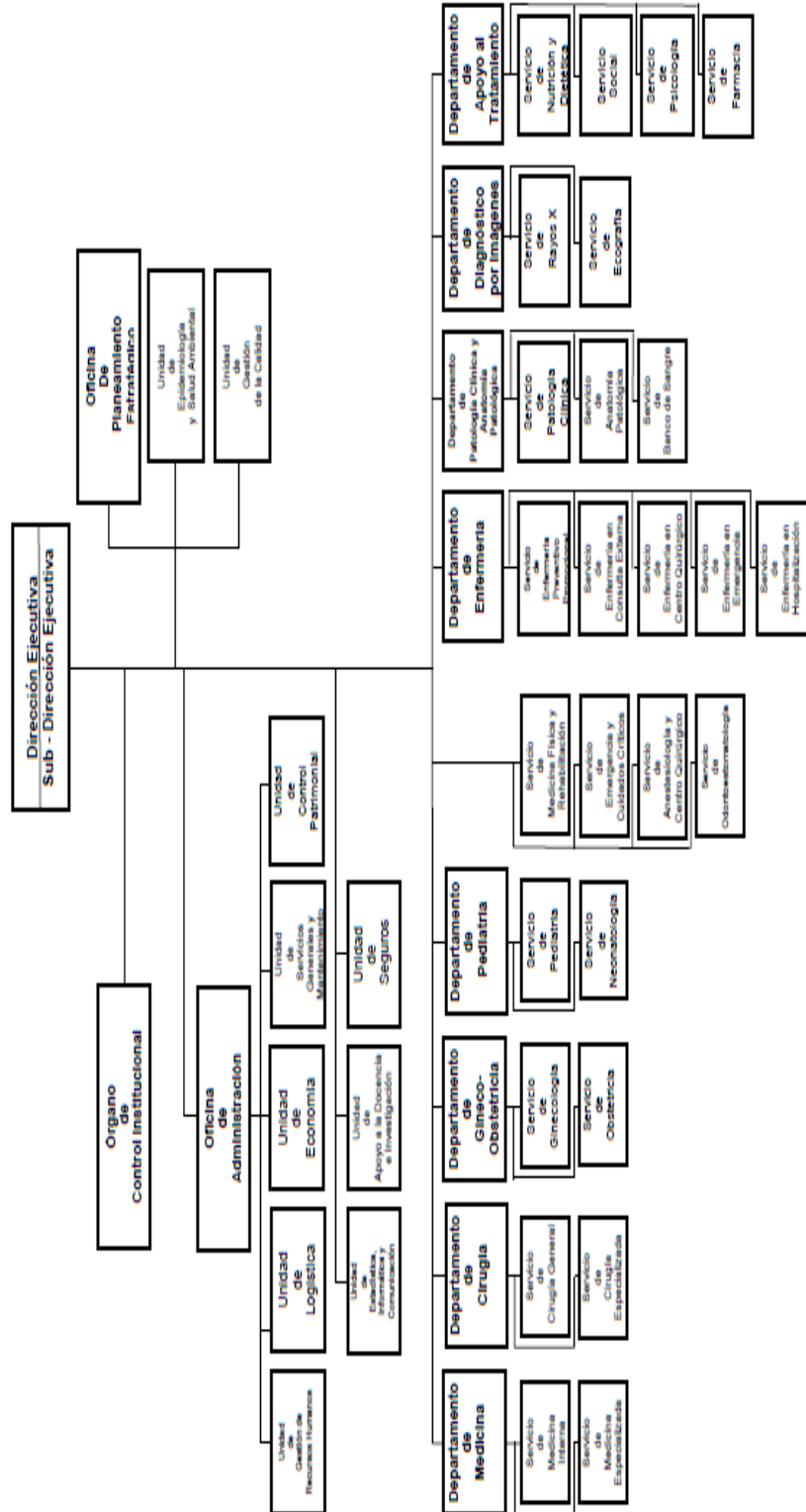
ANEXOS

ANEXO N°1

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL HOSPITAL SAN JOSÉ - CALLAO

2010

(Aprobado por el Gobierno Regional del Callao, mediante Ordenanza Regional N°.000008 de 01/03/11)



ANEXO N°2

ORGANIGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA

