



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE EN EL PERIODO 2020 – 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
CLAUDIA STEPHANY CASTRO HERRERA**

**ASESOR
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ
2021**



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2020 – 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CLAUDIA STEPHANY CASTRO HERRERA**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: M.C. Mario Heins León Florián

Miembro: Mg. Yanire Paty Macedo Alfaro

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres y a mi hermano, quienes me han brindado su apoyo incondicional a lo largo de estos arduos años de estudio.

Claudia Stephany Castro Herrera

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	i
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA	17
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	20
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	30
CONCLUSIONES	31
RECOMEDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33

RESUMEN

El internado médico es un elemento esencial en la formación médica y debe ser diseñado para mejorar el conocimiento y habilidades de los internos en la práctica clínica. El programa de internado médico 2020 de la presente casa de estudios, fue modificada dado la coyuntura nacional, sin embargo, de igual forma les permitió a los internos afianzar conocimientos en la práctica clínica complementado con la discusión de casos clínicos una vez por semana en formato virtual.

El retorno al internado médico en el contexto de la pandemia por el covid 19, implica la incorporación de medidas necesarias para garantizar la protección general del interno de medicina. Asimismo, se requiere de la adaptación de los internos para el desarrollo de habilidades en el diagnóstico, prevención y manejo de patologías tanto quirúrgicas como clínicas, para consolidar su formación como médicos cirujanos; en un tiempo limitado.

Es por ello, que se presenta dos casos clínicos por especialidad de rotación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Los casos clínicos presentan un marco teórico de las patologías abordadas, indicando la epidemiología, clínica característica, métodos diagnósticos y su tratamiento.

La actual coyuntura ha tenido un impacto sin precedentes en la educación y el bienestar de los internos. Las facultades de medicina tienen que mejorar los programas de internado médico a futuro, ya que deben tomar medidas para mitigar las consecuencias negativas en la vida profesional y personal de los internos, incluida la pérdida de experiencia clínica y operativa, así como el estrés y la ansiedad relacionados con la escasez de EPP.

ABSTRACT

Internship is an essential element within medical training and must be designed to improve skills and knowledge of students in clinical practice. This university's program for Medical Internship 2020 underwent modifications given the national emergency, however, it allowed interns to solidify concepts of clinical practice complementing them with clinical discussions once a week in an online format.

The return to the medical internship within the COVID-19 pandemic implied the taking of measurements to ensure general protection of students. Moreover, it required adaptation from said interns for the development of skills in diagnosis, prevention and management of conditions ranging from surgical to clinical, to consolidate their formation as general physicians, in a limited timeframe.

Accordingly, we present two clinical cases per subspecialty in the Hipolito Unanue National Hospital. Clinical cases presented here include a conceptual discussion of conditions breeched, including epidemiology, clinical manifestations, diagnostic tools and treatment.

The current state of the world has impacted in a never before seen fashion the overall wellness of interns. Faculties of medicine have to improve on their internship programs ahead, this being with measures that mitigate negative outcomes on the professional and personal lives of medical interns, including lack of clinical and operative expertise, as well as stress and anxiety related to scarce PPE.

INTRODUCCIÓN

La autora del presente informe realizó el internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, que se encuentra en la zona este de Lima, en el distrito de El Agustino.

A inicios de los años 40 , la antes llamada División de Lucha Antituberculosa del MINSA, a través de la edificación de una red de hospitales sanatorios para la tuberculosis, buscaba brindar atención y tratamiento especializado en el país. Es así, como el 24 de febrero de 1949 fue inaugurado el Hospital Nacional Hipólito Unanue por el presidente Manuel Odría, siendo el primer hospital sanatorio del Perú, ubicado en el Fundo Bravo Chico.

En el año 1962 se le atribuye el nombre de Hospital del Tórax, inaugurando los servicios de Neumología, Cirugía de Tórax, Gineco- Obstetricia, entre otras especialidades. A inicios del 2012 se crea el Centro de Excelencia para el control y transmisión de la tuberculosis (CENEX) (2).

A fines de diciembre del 2019, la autora del presente informe, junto a sus colegas, recibieron una semana de capacitación, e inducción en temas de bioseguridad, derecho del usuario , transmisión de la tuberculosis, adecuado manejo de la historia clínica y charlas sobre las múltiples funciones a desenvolver como internos de medicina.

De esta forma, se les comunicó la importancia del desarrollo del internado médico para la profesión. Se planteó cuales son los objetivos principales: aprender de los errores, complementar el conocimiento teórico con las prácticas dentro del hospital, hacer unidad clínica basado en la sintomatología

y siempre, tratar de buscar el alivio del paciente. Por eso, es una etapa indispensable para la profesión médica.

Se programaron actividades académicas una vez por semana, en las que exponíamos un tema, con nuestro tutor a cargo; aparte de las actividades académicas ya establecidas por cada servicio de rotación a cargo de los residentes. Y así se inició el internado 2020, con mucha esperanza por aprender.

Sin embargo, a mitad de marzo se comunicó a los internos que cesarían sus funciones dentro de los hospitales motivado por la declaración del estado de emergencia. No fue hasta el 15 de octubre que se integraron nuevamente a sus sedes hospitalarias y/o puestos de salud. Los internos tuvieron que adaptarse a una nueva realidad dentro de los hospitales, con menor cantidad de horas al día y sin guardias nocturnas. Sin embargo, pese a los cambios, se lograron los objetivos planteados. En su totalidad, el logro de un internado satisfactorio depende únicamente del interno y en su capacidad resolutive para situaciones no convencionales, como las que les tocó vivir durante su internado médico.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico es un elemento esencial en la formación médica y debe ser diseñado para mejorar el conocimiento y habilidades de los internos en la práctica clínica (9). La importancia del internado médico radica en brindar a los jóvenes internos la oportunidad de aplicar los conocimientos aprendidos y destrezas en el diagnóstico, prevención y manejo de patologías para consolidar su formación de médico cirujano. Implica rotar por cuatro especialidades médicas: medicina interna, gineco obstetricia, pediatría y cirugía general.

El programa de internado médico 2020 de la presente casa de estudios, fue modificada dado la coyuntura nacional, sin embargo, de igual forma les permitió a los internos afianzar conocimientos en la práctica clínica complementado con la discusión de casos clínicos una vez por semana en formato virtual.

En Cirugía General, la autora del presenta informe pudo identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a los problemas quirúrgicos encontrados en su sede hospitalaria. Rotó en las áreas de hospitalización, cuidados intermedios y tópico de cirugía. De igual forma, pudo rotar por Cirugía Pediátrica ayudando a los médicos residentes en la identificación de alternativas para el manejo de casos clínicos tanto en la emergencia como en pacientes hospitalizados.

En Medicina Interna, la autora pudo identificar, juntos con sus colegas, médicos residentes y asistentes, los diversos síndromes clínicos basados en los signos y síntomas de los pacientes. Contribuyó con el manejo y diagnóstico

oportuno, así como la aplicación de procedimientos con fines terapéuticos como diagnósticos, de los pacientes en el servicio de emergencia y en el pabellón de Medicina Interna E-1.

En Gineco-Obstetricia, la autora puso en práctica los conocimientos teóricos adquiridos en los años de estudio de pregrado, para la identificación de los problemas ginecológicos y obstétricos con mayor prevalencia en nuestro país. Asimismo, incentivó y aplicó conceptos básicos de promoción de salud y la prevención en salud, sobre todo en el screening de cáncer de cérvix, en las pacientes tanto en el tópico de Gineco-obstetricia como en el pabellón B-2. Rotó en las áreas: UCEGO , Alto riesgo obstétrico, sala de partos y emergencia; poniendo en práctica lo aprendido.

En Pediatría, la autora identificó, aplicó y juzgó las alternativas de solución, junto con los médicos residentes y médicos asistentes, a los problemas en la población pediátrica; en el tópico de Pediatría, así como en el pabellón C-1.

CASO 1:

Paciente mujer de 50 años, acude a la emergencia acompañada por su hermana quien refiere que desde hace 1 mes y medio presenta dolor en la región del hemitórax derecho de intensidad 6/10, asociada a tos con expectoración blanquecina. 3 semanas antes de su ingreso, presento dolor compresivo en hipocondrio derecho de intensidad 5/10, sin irradiación, asociado a ictericia en piel, y escleras. 1 semana antes de su ingreso presentó tos con expectoración biliosa, con múltiples episodios por día, asociado al aumento de intensidad del dolor en hemitórax derecho. No refiere sensación de alza térmica. Motivo por el cual acude a emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

A. Antecedentes personales patológicos:

- Tuberculosis a los 30 años, recibió tratamiento completo por 6 meses.

B. Antecedentes familiares patológicos:

- Niega

C. Examen Físico:

- PA: 120/70 , FC: 72 lpm , FR: 25 rpm , SaO₂: 97%, T° 36.8 °C
- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, ictericia en piel (++)/+++ y en escleras.
- **Tórax y pulmones:**
Inspección: frecuencia respiratoria incrementada de frecuencia. Tórax simétrico. No cianosis. No aleteo nasal
Palpación: vibraciones vocales disminuidas en dos tercios inferiores del hemitórax derecho.
Percusión: matidez en base de hemitórax derecho.
Auscultación: murmullo vesicular disminuido en dos tercios del hemitórax derecho. No es auscultar ruidos agregados.
- **Cardiovascular:**
Inspección: Tórax anterior simétrico. No se evidencia choque de punta
Palpación: no se palpa choque de punta.
Percusión: matidez cardiaca conservada
Auscultación: No se auscultan soplos audibles
- **Abdomen:**
Inspección: abdomen simétrico, no se evidencian cicatrices ni lesiones.
No masas.
Percusión: Ruidos hidroaéreos ++.
Palpación: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho de intensidad 7/10, no masas palpables. Hígado en reborde costal derecho. Bazo: no se palpa.
- **Sistema nervioso central:** despierta, orientada en tiempo espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15.

D. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Hb: 10 gr/dl. Leucocitos 8500. Neutrofilos 1900. Eosinófilos: 550. Monocitos: 45.
- Bilirrubina directa : 2.5 mg/dL. Fosfatasa Alcalina 356 U/L. Gamma glutamyl transferasa 448 U/L.
- Sin elevación de enzimas pancreáticas.

E. Ecografía: No concluyente

F. Tomografía:

- Se observa imagen quística multilocular de aprox. 10 x 12 cm ubicado en lóbulo medio e inferior del pulmón derecho, con compromiso de los lóbulos VII y VI del hígado, con presencia de quistes hijas. Estadio CE3 de la OMS.

G. Diagnóstico:

- Quiste hidatídico hepatopulmonar gigante, estadio CE3.

H. Manejo:

- Especialidades de Cirugía General y Cirugía de Tórax y Cardiovascular participaron de una junta médica para discutir el abordaje quirúrgico que se efectuaría.
- Abordaje quirúrgico: Periquistectomía radical, lobectomía pulmonar inferior derecha, fístula bilio cutánea, colecistectomía, quistectomía total hepática y colocación de 2 drenes torácicos.

CASO 2:

Paciente varón de 68 años de edad, acude a la emergencia acompañado de su hija, quien refiere que hace una semana, el paciente presentó distensión abdominal asociada a dolor de intensidad 7/10 tipo cólico en mesogastrio e hipogastrio; y a ausencia de deposiciones por 4 días . 2 días antes de su ingreso presentó vómitos de contenido fecaloideo asociado a hiporexia y a aumento de dolor abdominal (9/10), niega sensación de alza térmica. Motivo por el cual acude a la emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

A. Antecedentes personales patológicos:

- Apendicitis aguda hace 20 años

B. Antecedentes familiares patológicos:

- Padre falleció de cáncer pulmonar

C. Examen físico:

- Fc: 84 lpm . Fr: 15 rpm , Pa: 110/70 mmHg, Sat O2: 98 % FiO2: 0.21%.
T: 37 °C
- **Piel y Faneras:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
No cianosis, no ictericia, no palidez.
- **Tórax y pulmones:**
Inspección: tórax simétrico, no se evidencian lesiones.
Palpación: vibraciones vocales conservadas.
Percusión: sonoridad conservada
Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemotórax.
- **Cardiovascular:**
Inspección: no se evidencia choque de punta
Palpación: no se palpa choque de punta
Percusión: matidez cardiaca conservada
Auscultación: no se auscultan soplos
- **Abdomen:**
Inspección: distensión abdominal , no se evidencian lesiones ni cicatrices.
Auscultación: ruidos hidroaéreos con timbre metálico
Palpación: doloroso a la palpación, abdomen resistente
Percusión: timpánico en todo el abdomen, a predominio de hipogastrio.
- **Sistema nervioso central:** despierto, orientado en tiempo, espacio y lugar. Escala de Glasgow : 15/15

D. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Hb: 13.8 g/gl . Hto: 39.7% . Plaquetas : 138 000 uL.
Leucocitos: 7170.

E. Radiografía simple de pie:

- Se evidencia marcada dilatación del marco colónico y signo de grano de café.

F. Diagnóstico:

- Obstrucción intestinal por vólvulo sigmoides

G. Manejo:

- Laparotomía exploratoria : colectomía, anastomosis transverso – descendente y colocación de Dren Pen Rose.

CASO 3:

Paciente varón de 40 años, es llevado a la emergencia por su hermana, quien refiere que hace 1 mes tropezó al bajar las escaleras y cayó desde 1 metro aproximadamente, golpeándose la cabeza, no presento náuseas, ni vómitos ni trastorno del sensorio, solo cefalea de moderada intensidad. 2 semanas antes de su ingreso, su hermana refiere que desde la caída no se ha comunicado con él, motivo por el cual acude a su cuarto, y lo encuentra recostado sin ropa con la mirada fija en el techo, no responde al llamado, realiza gesticulaciones, luego de 10 minutos recupera el habla y conciencia, motivo por el cual acuden a un consultorio particular donde le indican realizar una resonancia magnética. No la realizan por no contar con dinero. 3 días antes del ingreso hermana refiere que el paciente presentó un estado de conciencia confuso, estaba desorientado y presentó cefalea intensa, asociado a vómitos, niega sensación de alza térmica. Motivo por el cual acuden a la emergencia del presente nosocomio.

A. Antecedentes patológicos:

- Fractura de tibia por accidente de tránsito

B. Al examen físico:

- Pa: 120/80. FC: 98 lpm. FR: 17 rpm. SatO₂: 97% . T: 36.5 °C
- **Piel y faneras:** tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < de 2 segundos. Se evidencian pápulas eritematosas en ambos miembros inferiores que llegan hasta rodilla. Cicatriz de 6cm de largo en región tibial externa de miembro inferior derecho
- **Tórax y pulmones:**
Inspección: Tórax simétrico, sin evidencia de lesiones.
Palpación: vibraciones vocales conservadas.

Percusión: sonoridad conservada

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

- **Cardiovascular:**

Inspección: no se evidencia choque de punta

Palpación: no se palpa choque de punta

Percusión: matidez cardiaca conservada

Auscultación: no se auscultan soplos

- **Abdomen:**

Inspección: no se evidencian lesiones ni cicatrices.

Auscultación: ruidos hidroaéreos ++

Palpación: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial.

Percusión: timpánico hepático conservado.

- **Sistema nervioso central:**

Despierto, orientado en persona y espacio. Escala de Glasgow 14 .

Kernig (+) Brudzinski (+) Rigidez de nuca.

C. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Hb: 15.2. Leucocitos: 11000. Plaquetas: 234000.
- Prueba de ELISA para VIH: POSITIVO.

D. Radiografía de tórax: sin alteraciones.

E. Punción lumbar:

- Aspecto transparente, presión de apertura : 170 mmH₂O. Glucosa:60 mg/dl . Proteínas: 70 mg/dl. Celularidad: 120 a predominio de mononucleares. Hematíes: escasos. Tinta China : negativo. Bk: negativo.

En la emergencia, se le inició tratamiento empírico con aciclovir , dexametasona y ceftriaxona, en NPO. Se hospitalizó en el Pabellón de medicina interna, en el cual presento agitación psicomotriz, por tal motivo se le indicó sujeción mecánica y midazolam. Tres días después de su hospitalización, presentó candidiasis oral, motivo por el cual inició tratamiento con fluconazol vía oral 1 vez por semana.

Con los resultados de VIH: + , se solicitó interconsulta al servicio de infectología para iniciar TARGA.

F. Diagnóstico:

- Meningoencefalitis de origen viral.

G. Manejo:

- Control por el servicio de infectología. Fluconazol 200 mg vía oral (profilaxis para criptococo)

CASO 4:

Paciente varón de 68 años, es traído a la emergencia por familiares quienes refieren que desde hace 15 días presentó abulia, cansancio, tos con expectoración inicial blanquecina y últimos 7 días amarillenta. 10 días antes de su ingreso, presentó edemas en miembros inferiores que aumenta en el día y disminuye en la mañana siguiente. 5 días antes de su ingreso, presento sensación de alza térmica, simultáneamente manifiesta que le falta el aire, primero a moderados esfuerzos y luego progresa al caminar dentro de la casa, duerme con varias almohadas y semisentado. 1 día antes de su ingreso presentó palpitaciones. No refiere dolor precordial. El día de su ingreso refiere que aumentó la falta de aire por lo que acude a emergencia.

A. Antecedentes patológicos:

- Enfermedad amigdaliana de joven recurrente, sin tratamiento.
- Diabetes mellitus tipo 2 hace 50 años , con tratamiento irregular con metformina 850 mg/ día hace 8 años.

B. Antecedentes familiares:

- Padre falleció por complicación de diabetes.
- Hermana tiene HTA, diabetes mellitus tipo 2
- Hermano tuvo infarto de miocardio

C. Examen físico:

- PA =170/95mmHg, FC: 115x min Pulso: 98 x min. FR: 30x min. SatO2: 90%, T°: 36.8°C.

- **Piel y faneras:** tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, en el cuello hay un incremento de onda de pulso bilateral, mayor en el lado izquierdo. Edema en miembros inferiores desde pies hasta 1/3 medio de ambas piernas con fovea (++). No dolor. No limitación funcional.

- **Tórax y pulmones:**
Inspección: Incremento de la frecuencia respiratoria. Tórax simétrico. Leve tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal
Palpación: vibraciones vocales disminuidas en dos tercios inferiores bilateral.
Percusión: submatidez en bases.
Auscultación: sibilantes escasos en la inspiración. Crepitantes más roncantes bilaterales en 2/3 inferiores de ambos hemitórax.

- **Cardiovascular:**
Inspección: Tórax anterior simétrico. No alteración en la zona de precordio en tórax anterior. Llenado capilar > 2".
Palpación: thrill en el precordio. Latido cardíaco del ápex en el 6To EII,
Auscultación: SOPLO holosistolico IV/VI en Foco mitral, con irradiación hacia región axilar. Presencia de 3er Ruido.

- **Abdomen:**
Inspección: abdomen simétrico, con cicatriz mediana infraumbilical.
Palpación: no doloroso, no masas palpables. Hígado en reborde costal derecho. Bazo: no se palpa. Reflujo hepatoyugular difícil de evaluar por la posición del paciente
Percusión: sonoridad normal en los diferentes cuadrantes.
Auscultación: ruidos hidroaéreos normales 5/minuto.

- **Sistema nervioso central:** orientado en tiempo, espacio y persona.
Escala de Glasgow: 15/15

D. Exámenes de laboratorio:

- AGA (Análisis de gases arteriales): pH:7.36 . PCO₂: 34 mmHg .HCO₃:24 mEq. pO₂(a)/FO₂: 250mmHg . Lactato:1.0 mmol/L.
- Dímero D: 0.1 ng/ml (VN:0-0.5ng/ml) Sodio:138mEq/Lt (135-145),
- Electrolitos: Potasio: 4mEq/Lt.(3.5-5.5) Creatinina: 1.1 mg/dl (0.7-1.4) Urea: 30mg/dl(<40).
- Troponina: 0.1ng/ml CPKmb: 3 ngr/ml
- Péptido natriurético (BNP): 900 mcgr/dl (< 400 mcgr/dl)
- Hemograma: Hb:11.2 gr/dl . Leucocitos:8,600 mm³. Neutrófilos: 2,200. Linfocitos: 1,800 (1000-4800),
- Glucosa capilar:110 mg/dl.

E. Ecocardiograma transtorácico:

- Ventrículo izquierdo dilatado e insuficiencia mitral.

F. Radiografía de tórax:

- Crecimiento de cavidades izquierdas, se evidencia mínimo derrame pleural, aumento de la trama vascular.

G. Diagnóstico:

- Insuficiencia cardiaca descompensada por insuficiencia mitral.

H. Manejo:

- NPO
- IECAS, para reducir la postcarga, digoxina, si hay presencia de fibrilación auricular y furosemida, por el edema agudo de pulmón .

CASO 5:

Lactante mujer de 10 meses, es traído a la emergencia por sus padres, quienes refieren que hace 12 horas presenta irritabilidad, asociado a 5 episodios de vómitos y 10 deposiciones líquidas abundantes, llegando a traspasar el pañal y a fiebre de 38 ° C. Motivo por el cual acude a la emergencia del presente nosocomio.

A. Examen físico:

- FC: 120 lpm. FR: 22 rpm . Llenado capilar > 2 segundo. T corregida: 38 °C. SatO₂: 98% FiO₂: 21%
- Piel y faneras: mucosa oral seca, ojos hundidos, signo del pliegue positivo, lágrimas ausentes.
- Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultar ruidos agregados.
- Cardiovascular: no se palpa choque de punta, no se auscultan soplos, latidos cardiacos en taquicardia. Pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: leve distensión, RHA: aumentados, abdomen depresible, gestos de dolor a la palpación profunda y superficial. No se palpan masas ni visceromegalias.
- Neurológico: paciente activo y reactivo a estímulos, irritable, fontanela normotensa.

B. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Hb: 11,2 g/dl. Plaquetas: 256000. Leucocitos: 15600. PCR: 36 mg/dl.
- Gasometría venosa:
- pH 7,19, PCo₂ 46 mmHg, Po₂ 50 mmHg, HCO₃: 11,3 mEq, Exceso de base - 12,4. Na: 135 mmol/L, K 4,3 mmol/L, Ca 1,12 mmol/L, Cl 106 mmol/L.
- Bioquímica:
- urea 50 mg/dl, creatinina 0,42 mg/ dl, aIT 66 UI/L, aST 45 UI/L. Glicemia 78 mg/dl.

C. Diagnóstico:

- Enfermedad diarreica aguda

D. Manejo:

- Plan C para el manejo de deshidratación severa
- 1. NPO

2. Por vía Ev se le hidrata con solución polielectrolítica, 30 ml/Kg en 1 hora y 70 ml/kg en 5 horas.

CASO 6:

Lactante varón de 7 semanas de vida, es traído a la emergencia por su madre, quien refiere que desde hace 3 semana presenta rinorrea. 1 semana antes de su ingreso refiere que el paciente presentó tos que fue intensificando en los últimos días, asociada a inspiratorio estridor y a cianosis perioral. Niega sensación de alza térmica. Motivo por el cual acude a la emergencia.

A. Antecedentes personales:

- Gestación controlada y sin incidencias destacables.
- Parto eutócico a las 40+6 semanas de edad gestacional.
- Peso al nacimiento 3,060 kg. - Lactancia materna exclusiva. Recibió vacuna de BCG y VHB.

B. Antecedentes familiares:

- Madre de 34 años presenta asma alérgico estacional, presenta síntomas catarrales desde hace 1 mes, últimas 2 semanas refiere tos de predominio nocturno que le resulta muy invalidante, afebril, no mejoría con salbutamol inhalado. No otra sintomatología acompañante.
- Hermana de 2 años sana, correctamente vacunada. Actualmente asintomática.

C. Examen físico:

- Peso: 4,500 kg. Temperatura 36,8°C. Sat O2 100%. Fc: 123 lpm. Fr: 30 rpm.
- **Piel y fanera:** tibia, hidratada y elástica , llenado capilar < 2 segundos. Cianosis perioral. No icterica no palidez.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No se ausculta ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se ausculta soplos.

- **Abdomen:** globuloso, blando, depresible, RHA ++, no doloroso a la palpación, profunda ni superficial, no se palpan masas ni viceromegalias.
- **Neurológico:** Despierto, poco irritable.

D. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: 11800/mm³ leucocitos (neutrófilos: 3.700/mm³, linfocitos: 7.000/mm³), Hb 9,9g/dl, Hcto 29,1%. Plaquetas 505.000/mm³.
- Bioquímica normal. Proteína C reactiva 1.1 mg/l.

E. Diagnóstico:

- Tos ferina

F. Tratamiento:

- Azitromicina 10mg /k x día x 1 día + 5 mg/k x 4 días.

CASO 7:

Paciente mujer de 21 años, acude a la emergencia acompañada por su hermana, refiriendo presentar dolor pélvico hace 4 años, al que no le daba importancia, y se fue agravando con el tiempo, asociado a dismenorrea desde la menarquia y dispareunia. Motivo por el cual ha acudido reiteradas veces a un consultorio particular, donde le prescribieron unas pastillas que no recuerda, sin embargo el cuadro no mejoró. Hace 1 semana presento dolor tipo compresivo de intensidad 7/10 en fosa iliaca derecha, no asociado a hiporexia, niega sensación de alza térmica. Motivo por el cual acude a la emergencia del presente nosocomio.

A. Antecedentes personales:

- Menarquía: 16 años. IRS: 20 años.
- Número de parejas sexuales: 1 .
- Dispareunia: si. Dismenorrea: Si. RC: 3/19 días. G0 P0. FUR: 14/3/21 (hace 5 días).
- Uso de método anticonceptivo: Si , preservativo.

B. Antecedentes familiares :

- Madre fue histerectomizada por miomatosis uterina hace 15 años

C. Examen físico:

- Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < de 2 segundo, leve palidez (+/+++). No ictericia. No cianosis.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: no se evidencian lesiones ni cicatrices, RHA: ++., blando , depresible, doloroso a la palpación profunda y superficial en fosa iliaca derecha.
- Mamas: simétricas, no se evidencia cicatrices ni cambios epiteliales. No se palpan masas ni adenopatías. No doloroso a la palpación.
- Genitales externos: no se evidencia lesiones ni sangrado activo.
- Tacto vaginal: se palpa orificio cervical externo cerrado, no doloroso a la palpación de anexos. No se evidencia sangrado en dedo de guante.
- Sistema nervioso central: paciente despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15

D. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Hb: 9.8 mg/dl. Leucocitos: 7890. Plaquetas: 256000.

E. Ecografía transvaginal:

- Útero anteverso flexo de 7x5x4 cm. Anexos aparentemente normales.

F. Diagnóstico clínico :

- Endometriosis

G. Manejo :

- AINES: etoricoxib 120 mg c/24 x 7 días
- Progesterona: 1 tab c/24 horas x 28 días por 3 ciclos.

CASO 8:

Paciente mujer de 64 años, con antecedente de tumorectomía por tumor filoides hace 2 años, acude al consultorio de mastología por presentar hace 3 semanas una tumoración de 5 x 5 cm, móvil de bordes definidos, de rápido crecimiento en cuadrante superior externo de la mama izquierda. Motivo por el cual le solicitan una biopsia core, con el resultado de tumor filoides tipo borderline, motivo por el cual se le solicitan exámenes prequirúrgicos y se le hospitaliza.

A. Antecedentes personales:

- Menarquía: 14 años. IRS: 24 años. Número de parejas sexuales: 3. Dispareunia: no. Dismenorrea: no. FUR: hace 14 años. G2 P1011.

B. Antecedentes quirúrgicos:

- Resección de tumor filoides hace 2 años
- Cesárea hace 35 años por feto podálico.

C. Antecedentes patológicos :

- Diabetes Mellitus tipo 2 hace 32 años, tratamiento con metformina 850 mg 1 vez al día.

D. Antecedentes familiares:

- Madre de 87 años diabética
- Madre falleció de cáncer de próstata

E. Examen físico:

- **Piel y faneras:** tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menor de 2 segundos. No icterica, no palidez.
- **Tórax y pulmones:** tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.

- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- **Abdomen:** se evidencia cicatriz suprapúbica; RHA ++, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda y superficial.
- **Mamas:**
Mama izquierda: en región superior externa, se evidencia cicatriz de 3 cm correspondiente a extracción de biopsia y se palpa masa de 5 x 5 móvil, de bordes regulares, no dolorosa a la palpación, no se palpan ganglios.
Mama derecha: no se evidencia lesiones ni cicatrices, no se palpan masas ni adenopatías.
- **Genitales externos:** no se evidencia lesiones ni sangrado activo.
- **Sistema nervioso central:** despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15.

F. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Hb: 13,5. Leucocitos: 8345. Plaquetas: 342000
- Urea 43 mg/dl, creatinina 0,40 mg/ dl, Glucosa: 78 mg/dl.
- Serológicos: VDRL (-) , ELISA VIH (-)
- Perfil hepático y de coagulación sin alteraciones..

G. Radiografía de Tórax:

- No se evidencian lesiones. Silueta cardiaca conservada.

H. Biopsia core:

- Tumor phyllodes tipo borderline

I. Diagnóstico:

- Tumor filoides tipo borderline recurrente

J. Manejo:

- Mastectomía total de la mama izquierda más colocación de sistema de drenaje hemovac.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA

La autora del presente informe realizó su internado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, ubicado en la Av. Cesar Vallejo N° 1390 en El Agustino. Es un hospital nivel III-1, cabeza de red de Lima- Este. Recibe diariamente pacientes referidos de hospitales, centros y postas de salud de la jurisdicción, de menor capacidad resolutive (1). Se sitúa en una zona fácilmente accesible, cuenta con un área construida de 15161 m², cuenta en su haber con 660 camas ubicadas en los diversos pabellones. Contiene 104 consultorios físicos y 121 funcionales. Presta atención a una población que supera los 2 millones de personas procedente de los distritos de El Agustino, Cieneguilla, Ate, San Juan de Lurigancho, Santa Anita, La Molina y Cercado de Lima.

El hospital pertenece al tercer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población, brindando atención integral, ambulatoria y hospitalaria enfocada en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

Este nosocomio tiene como misión, la prevención en salud, la recuperación de la salud, la rehabilitación de los pacientes, priorizando la atención en salud en todas las etapas del desarrollo de la persona; y tiene como visión ser un hospital de categoría III – 1, acreditado, líder y de referencia nacional, que brinda atención integral humanista con personal altamente calificado, tecnología sanitaria innovadora y altos estándares de calidad. (1)

A inicios del 2020, la afluencia de los pacientes no fue muy diferente a la experimentada en años pasados; se veía los consultorios con grandes colas,

la emergencia con regular flujo de pacientes, sobre todo en los tópicos de medicina interna, gineco-obstetricia y cirugía general. La mayoría de personas que usaban mascarillas n95, era el personal de salud, sobre todo el de la emergencia y del CENEX. Se veía a los jóvenes internos interactuando con pacientes y aprendiendo procedimientos desde muy tempranas horas. El hospital recibía mucha demanda de pacientes, lo que generaba retrasos en la atención, incomodidad en los usuarios, entre otros. Sin embargo, era una realidad a la que se estaba acostumbrado.

El 10 de enero de 2020, el presidente Martín Vizcarra, declaró al año 2020 como el “año de la universalización de la salud”, estableciendo directrices para la cobertura universal de la salud. Esta norma tuvo como finalidad ayudar a tener un acceso universal a la salud de manera gratuita, continua, oportuna y de calidad, priorizando las zonas de mayor pobreza y en las poblaciones más vulnerables (3).

En enero del 2020, el sector económico tuvo un crecimiento de 2.9% con respecto al mismo mes en el año pasado, según reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (4). El viernes 6 de marzo de 2020, se confirmó el primer caso de coronavirus en el Perú.

Los internos de medicina a nivel nacional, acudieron diariamente a sus respectivos hospitales, desde inicios del 2020. El domingo 15 de marzo a las 7 pm, el presidente Martín Vizcarra declara el Estado de Emergencia Nacional, disponiendo el aislamiento social obligatorio (cuarentena) (5).

Las instituciones hospitalarias junto con las universidades suspendieron el internado médico, con el fin de salvaguardar el bienestar e integridad de los internos, hasta nuevo aviso. Solo se permitía el desplazamiento para realizar compras de primera necesidad y para ir a trabajar (con permiso laboral).

Dentro del Hospital Nacional Hipólito Unanue se reforzaron las medidas de bioseguridad para con el personal de salud, se suspendieron las citas y fueron reemplazándolas por tele consultas; únicamente se atendían emergencias. Junto con estas medidas, se limitaron las actividades académicas con el fin de evitar aglomeraciones y contagios. Se dio licencia al personal de salud con comorbilidades.

Los internos de medicina retornaron al presente hospital el 15 de octubre, con nuevas directrices para su desempeño a fin de evitar contagios. Rotaron en

áreas no covid. Se les dividió en dos grupos por rotación, un grupo asistió 15 días al hospital y posteriormente descansaban 15 días, y en este tiempo asistió el segundo grupo. No realizaron guardias nocturnas y se le proporcionó un estipendio mensual y equipos de protección personal a diario. No todos los internos retornaron, por diversas situaciones. El escenario no era el mismo, sin embargo, pudieron adaptarse y desempeñar sus funciones en medio de las dificultades

El Ministerio de Salud implementó a nivel nacional, campañas de salud para incentivar a adoptar ciertas conductas, como el correcto uso de la mascarilla en espacios públicos, evitar espacios públicos concurridos cerrados, el adecuado lavado de manos y el distanciamiento social (6). Sin embargo la falta de compromiso, la irresponsabilidad de la población y la falta de medidas de mayor contingencia por parte del Estado peruano, dieron pie a un panorama nefasto. Picos diarios de fallecimientos, que llegaron a alcanzar hasta 314 muertes por día , según el Diario Gestión (7). El Sinadef registró el pasado 5 de abril, 144 551 fallecidos por COVID – 19, de los cuales 401 fueron médicos peruanos fallecidos a nivel nacional en lo que va de la pandemia, colocándonos en segundo lugar de los países con más mortalidad en America Latina, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (8).

La situación por la estamos pasando nos deja grandes pérdidas, pero estas serán en vano si no mejoramos como sociedad, si el estado no adopta medidas para la recuperación de un sistema de salud colapsado que tocó fondo en la presente coyuntura.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo, la autora presentará un breve marco teórico de los problemas de salud presentados en el capítulo dos; indicando su epidemiología, clínica característica, métodos diagnósticos y su abordaje; fundamentado en guías prácticas, artículos de investigación y en medicina basada en evidencia.

CASO 1:

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria de distribución mundial, causada por la tenia del género *Echinococcus*. La hidatidosis es la forma quística de la equinococosis humana . En la actualidad se reportan más de 1 millón de personas afectadas a nivel mundial (10), siendo los países de América del Sur los más afectados, convirtiéndose en un problema de salud pública.

En el Perú, la equinococosis quística se considera una enfermedad endémica en las zonas de la sierra sur y central. En el 2015, Perú formó parte de la iniciativa para el control de la equinococosis quística. Aparece como el país con mayor número de casos en el periodo 2009 – 2014 (11).

El diagnóstico de quiste hidatídico y equinococosis alveolar, se basa en la clínica, datos epidemiológicos y estudio por imágenes, según la guía Argentina de Manejo de hidatidosis (12). El estudio de elección es la ecografía y ,de forma complementaria, la tomografía. La ecografía solicitada a la paciente no fue concluyente, motivo por el cual se le solicitó una tomografía, donde se describe una imagen multiloculada de 12x 10 cm, ubicada en el lóbulo medio e inferior del pulmón derecho con compromiso de los lóbulos VII

y VI del hígado con la presencia de quiste hijas, estadio CE3 de la OMS, no se puede comprobar una rotura en la vía biliar.

La gran cantidad de pacientes se infectan de niños y son asintomáticos (11), no obstante, en 1 de cada 4 casos, el quiste hidatídico hepático se rompe en la vía biliar (franca ruptura intrabiliar) produciendo ictericia obstructiva y cólico biliar (13). En estos casos, se indica la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Según UpToDate, un estudio informó que las complicaciones biliares de los quistes hidatídicos se detectan mediante la CPRE en el 60% de casos en comparación con el 25% mediante TAC (14). Este procedimiento puede realizarse de forma preoperatoria, ya que se necesita de una esfinterectomía en pacientes con ictericia obstructiva o colangitis, o post operatoria, cuando realiza complicaciones después de la cirugía, como ictericia, fístula biliar externa, entre otros.

Según la OMS, describe cuatro opciones terapéuticas para la hidatidosis: el drenaje percutáneo de los quistes hidatídicos con la técnica de punción, aspiración, inyección y reaspiración; la intervención quirúrgica, el tratamiento farmacológico y la actitud expectante (11).

La cirugía es el medio de abordaje de elección en quistes complicados, en quistes con la presencia de muchas vesículas hijas y en quistes con más 10 cm de diámetro (15). Para evitar el riesgo de equinocosis secundaria, se recomienda administrar albendazol una semana antes del procedimiento quirúrgico.

La técnica quirúrgica consiste en evacua el quiste y obliterar la cavidad residual. Se trata de evitar el derrame de líquido que puede conllevar anafilaxia, por ello se aconseja la extirpación intacta del quiste, cuando esto no es posible se inyecta un agente protoescolicida (el más utilizado es la solución hipertónica al 20%). Dentro del manejo quirúrgico de los quistes pulmonares, se incluyen a la lobectomía, resección en cuña, pericistectomía, endocistectomía intacta y capitonaje (15).

El abordaje efectuado fue el siguiente: periquistectomía radical, lobectomía pulmonar inferior derecha, fístula bilio cutánea, colecistectomía, quistectomía total hepática y colocación de 2 drenes torácicos; acorde con el manejo de guías internacional y de la OMS. La evolución de la paciente fue lento y favorable, no se reportó ninguna intercurencia en los días post operatorios.

CASO 2:

El vólvulo es la tercera causa más común de obstrucción intestinal, siendo la ubicación más frecuente en el colon sigmoide (50-90%) (16). En el Perú, el vólvulo sigmoide es una causa frecuente de obstrucción intestinal, debido a que el 33% de la población vive en alturas que sobrepasan los 3000 msnm, 4 millones de personas viven entre 3000 y 4000 msnm, y más de doscientos mil entre 4000 y 4500 msnm (17). Asimismo, hay una mayor ingesta de alimentos ricos en fibra en nuestro país, favoreciendo el desarrollo de esta patología.

Esto se produce con mayor frecuencia en pacientes sedentarios, adultos mayores y/o con antecedentes de estreñimiento crónico.

El diagnóstico se sospecha en personas con dolor abdominal, náuseas, distensión abdominal y estreñimiento. Se confirma con una placa radiográfica, siendo esta de mayor accesibilidad, donde se puede observar distensión de las asas intestinales y el signo de grano de café. Según UptoDate, la tomografía computarizada abdominal establece el diagnóstico de vólvulo sigmoide. Se solicita pruebas de laboratorio para descartar compromiso sistémico (18).

Antes de cualquier intervención, es necesario colocar una vía periférica e hidratar al paciente, y corregir las alteraciones del medio interno que pueda presentar; asimismo, colocar una sonda nasogástrica para la descompresión proximal.

El tratamiento dependerá de la presencia de signos de alarma, según la Guía de la Sociedad Americana de Gastroenterología Endoscópica (19), si presenta signos de alarma, se requiere tratamiento quirúrgico de urgencia, esto se presenta en pacientes con perforación intestinal o peritonitis. Si hay compromiso vascular del colon proximal se debe hacer una colectomía subtotal en lugar de una resección segmentaria.

En pacientes sin signos de alarma, se sugiere una sigmoidoscopia flexible para detorsionar el segmento torcido, si hay éxito la resección quirúrgica debe realizarse poco después ya que hay alto riesgo de recurrencia. La cirugía que se aborda es la colectomía sigmoide con anastomosis colorrectal.

En el caso, se realizó una colectomía más anastomosis. El paciente evolucionó lentamente favorable, sin interurrencias.

CASO 3:

Las infecciones virales del sistema nervioso central dan lugar a síndromes clínicos de meningitis aséptica, meningoencefalitis o encefalitis (20). La incidencia de estas infecciones es difícil de hallar puesto que muchos casos no se notifican, ya que es posible que no se considere el diagnóstico o que nunca se confirme una etiología viral específica. Una causa común es el virus del herpes simple y el enterovirus (20). Otros virus se pueden presentar de acuerdo a la ubicación geográfica y a la estación. Las causas poco frecuentes incluyen al virus de varicela zóster, el de Epstein-Barr, el VIH entre otros.

El estudio de líquido cefalorraquídeo es fundamental para el diagnóstico, pues según las características iniciales del análisis citoquímico, se puede orientar a un diagnóstico. Las características típicas del LCR en la meningoencefalitis viral son las siguientes: presión normal, leucocitos < 300, neutrófilos < 20, proteínas normales o elevadas, glucosa > 40, gram negativo. Asimismo, aparte del estudio citoquímico, se solicita coloración gram, tinta china, Bk, cultivo para hongos, ADA y PCR (21).

El tratamiento es sintomático y con aciclovir 10 mg/kg EV cada 8 horas por 14 días, para cubrir el virus del herpes simple y el virus de la varicela zoster.

En la emergencia, se inició terapia empírica para cubrir infección bacteriana y viral. Con el resultado del LCR (citoquímicos y tinta china) el abordaje se orientó a tratar una meningoencefalitis viral. Posteriormente, se obtuvo el resultado de VIH (+), hubo una mejora en la sintomatología, ya que inicialmente presentó rigidez de nuca, cefalea moderada y vómitos. Se mandó interconsulta al servicio de infectología para inicio de TARGA y se dio de alta.

CASO 4:

La prevalencia de insuficiencia cardíaca en países desarrollados es de 1 -2 %, aumentando con el avance de la edad. En mayores de 80 años la prevalencia es de 10% (22). El 50% de los pacientes diagnosticados de insuficiencia

cardiaca mueren en 5 años. En Europa, se muestra una tasa de mortalidad global del 17% y una tasa de re hospitalización del 44% (22).

Las signos y síntomas de la insuficiencia cardiaca avanzada son variables. Las más comunes que implican severidad, son la intolerancia al ejercicio, pérdida de peso no intencional, sobrecarga de volumen refractario, arritmias ventriculares recurrentes e hipotensión (23). El riesgo de mortalidad aumenta con cada hospitalización posterior por insuficiencia cardiaca.

A medida que avanza la enfermedad, los pacientes desarrollan síntomas como disnea, aturdimiento, fatiga en reposo o a mínimo esfuerzo. Pueden presentar pérdida de peso involuntaria, debido a desequilibrio metabólico.

En el ecocardiograma presenta un ventrículo izquierdo dilatado y insuficiencia mitral.

Hubiera sido oportuno haber mencionado el grado de insuficiencia, valorar la función sistólica del ventrículo izquierdo, saber si hay presencia de trombos y valorar la fracción de eyección.

En la radiografía de tórax se observa el crecimiento de cavidades izquierdas, se evidencia mínimo derrame pleural, aumento de la trama vascular.

Según la clasificación de NYHA, el paciente presenta la clase III.

El manejo terapéutico en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva radica en mejorar el estado clínico, la capacidad funcional y la calidad de vida (24). Los IECAS han demostrado reducir la mortalidad en pacientes con la fracción de eyección reducida. Los betabloqueadores, reducen la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca con FEVI reducida, sin embargo, no está comparado su uso para pacientes con insuficiencias cardiaca congestiva, según la Guía de Práctica clínica española sobre el Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Crónica (25). Los mineralocorticoides bloquean los receptores de aldosterona, son recomendados en pacientes sintomáticos con FEVI reducida < 35%, para reducir la mortalidad. Los diuréticos, como la furosemida, se indican para reducir la pre carga. Los ARA II se recomiendan cuando no se toleran los IECA. La digoxina se puede indicar en pacientes con ritmo sinusal y falla cardiaca con FEVI reducida, de igual forma disminuye el riesgo de hospitalizaciones (24).

El paciente evolucionó favorablemente.

CASO 5:

La Enfermedad diarreica agua es prevenible y tratable, sin embargo, aún constituye un gran problema de salud es países en vía de desarrollo. Según la encuesta de ENDES 2016, la prevalencia de diarrea en el Perú en niños y niñas menores de 36 meses presento una disminución de 2.4 % entre los años 2007 y 2016 (26), pasando de 17,4 a 15 %. La diarrea es más frecuente en el área rural (16.2%) que en el área urbana (14,6%). Según la información del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en el Perú en el 2016 en comparación con el 2015, se observa un incremento de la incidencia de EDA en todos los grupos de edad (26).

El diagnóstico se hace mediante la clínica del paciente; se clasifica los signo y síntomas para realizar la evaluación y determinar el estado de deshidratación, posterior a ello se orienta el tipo de tratamiento correspondiente.

- Plan A: estado de conciencia alerta, ojos normales, mucosas húmedas, lagrimas presentes, bebe normal sin sed. No signo del pliegue. Sin signos de deshidratación.
- Plan B: Intranquilo e irritable, ojos hundidos, mucosas secas, lagrimas escasas, sediento. Signo del pliegue desaparece lentamente. Algún signo de deshidratación.
- Plan C: Letárgico e inconsciente, ojos muy hundidos y secos, mucosas muy secas, lágrimas ausentes, bebe mal o no capaz de bebe o lactar. Signo del pliegue positivo. Deshidratación grave.

No se recomienda solicitar exámenes auxiliares en casos de EDA, ya que la mayoría de diarreas son de etiología viral. Se solicita exámenes si:

- EDA dura más de 7 días
- Sospecha de bacteremia o sepsis.
- Presencia de sangre y moco
- Niña o niño con inmunosupresión, con desnutrición severa o lactante menor de 3 meses.

Los exámenes recomendados ante los casos excepcionales, son:

- Reacción inflamatoria en heces
- Coprocultivo
- Coprofuncional

- Exámenes parasitológicos seriados.

Prevención o tratamiento de la deshidratación:

Plan A: Previene la deshidratación. Tratamiento en el hogar.

- Mediante Lactancia materna, no dar bebidas azucaradas, ni jugos ni energizantes.
- Se puede dar sales de rehidratación oral : si vomita, dar 2 ml /k ; si hace diarrea : 10 ml/k.
- Probióticos: Saccharomyces Boulardii diluir en 1 onza.
- Enterogermina cada 12 h x 3 días.
- Zinc: menos de 6 meses dar 10 mg x 14 días
Mayor de 6 meses dar 20 mg x 14 días.

Plan B: Trata la deshidratación, en centro de salud, consultorio o emergencia.

- Mediante sales de rehidratación oral
- Por vía oral (de elección), en caso no se pueda mediante gastroclisis, si no hay éxito, por vía endovenosa con solución poli electrolítica.
- Se indica 50 – 100 cc/k en 4 horas

Plan C: Trata la deshidratación severa con o sin shock

- **Sin shock**

- Vía endovenosa
- Con solución poli electrolítica
- En el hospital: menor de 12 meses, dar 30 ml/k en 1 hora y 70 ml/k en 5 horas. En mayor de 12 meses, dar 30 ml/k en ½ hora y 70 ml/k en 2 ½.

- **Con shock**

- Vía endovenosa en bolo
- Con NaCl 9% en 15 – 20 min se puede pasar hasta 2 a 3 bolos.

A la paciente se le indica el plan C sin signos de shock, ya que presentaba una deshidratación severa. Evoluciona y responde favorablemente.

CASO 6:

La tos ferina es la manifestación clínica de la infección por *Bordetella pertusis*. A pesar de la vacunación generalizada, la incidencia de tos ferina ha aumentado desde 1990 (27). Es una causa significativa de mortalidad infantil con un aproximado de 50 millones de casos y 300000 muertes anuales (28).

La presentación de la tos ferina se divide en tres etapas:

- **Etapa catarral:** parece similar a una infección viral de vías respiratorias superiores con tos y rinorrea. Dura 2 semanas.
- **Etapa paroxística:** la tos aumenta en frecuencia y en intensidad, apareciendo paroxismos de tos exigente, seguido de quejido inspiratorio, vómitos, rubor, cianosis y apnea. Dura de 2 a 6 semana.
- **Etapa convaleciente:** la tos cede durante varias semanas
- En lactantes menores de 4 meses pueden manifestar complicaciones con mayor frecuencia: apnea, convulsiones, dificultad respiratoria, neumonía, shock y la muerte.

El diagnóstico es clínico, de acuerdo con la definición de caso de la CDC, similar al de la OMS. La tos ferina probable se diagnostica sin pruebas de laboratorio en pacientes sin un diagnóstico, y al menos uno de los siguientes síntomas:

- Tos paroxística
- Quejido inspiratorio
- Vómitos postusivos
- Apnea

Los estudios que pueden confirmar el diagnóstico de tos ferina son el cultivo, el PCR y la prueba de ELISA

Tratamiento: azitromicina en menores de 6 meses 10 mg/ k x 5 días; y en mayores de 6 meses 10 mg/k x 1 día y 50 mg/k x 4 días. Paciente evoluciona sin interurrencias, se hizo seguimiento por consultorio de pediatría.

CASO 7:

El 10% de mujeres en edad reproductiva en todo el mundo, tienen endometriosis, no se puede determinar la prevalencia, puesto que algunas mujeres son asintomáticas, otras pueden tener síntomas variados e

inespecíficos. El diagnóstico definitivo es mediante la laparoscopia y biopsia (29).

Los factores de riesgo son: nuliparidad, menarquia temprana, menopausia tardía, ciclos menstruales cortos (menores de 28 días).

Factores asociados con un riesgo menor: partos múltiples, progestágenos, intervalos largos de lactancia y menarquía tardía.

Un estudio retrospectivo informó que con respecto al riesgo de endometrioma, las mujeres con endometriosis peritoneal, el endometrioma ovárico fue menos común en las mujeres que habían usado pastillas anticonceptivas orales en comparación con las que no, 18 frente a 49% (30)

Las mujeres en edad fértil (25 – 35 años), con endometriosis, presentan dolor pélvico (dismenorrea y dispareunia), infertilidad, polimenorrea, infertilidad o masa ovárica.

Al examen físico, los hallazgos son variables y dependen de la ubicación y tamaño de los implantes.

En la ecografía se puede observar endometriomas, con patrón de eco homogéneo del contenido del quiste, en vidrio esmerilado, característico de endometrioma.

El diagnóstico es mediante la clínica de la paciente. El manejo de primera línea son los AINES, para la disminución del dolor, en segunda línea anticonceptivos progestágenos 28 días x 3 ciclos, y en tercera línea esta la castración química con análogos de la GnRh. Las indicaciones para la exploración quirúrgica incluyen el diagnóstico de dolor pélvico persistente y que sea refractario al tratamiento médico. La cirugía de elección es la laparoscopia más biopsia. Evolución favorable.

CASO 8:

El tumor filoides representa menos del 1% de todas las neoplasias de mama y el 2,5% de los tumores fibroepiteliales (31). Por ello, los datos epidemiológicos son escasos. La mayoría de estos se presentan en mujeres entre 42 a 45 años. Los tumores filoides se han asociado con el síndrome de Li-Fraumeni (32).

Generalmente se identifican como masa mamaria, de rápido crecimiento, firme, indolora. Oscila entre 4 a 7 cm.

La apariencia típica de un tumor filoides en la mamografía suele asemejarse a un fibroadenoma.

Se debe sospechar de un tumor filoides cuando una paciente refiere presentar una masa mamaria grande, mayor de 3 cm, de crecimiento rápido. Estas, deben someterse a una biopsia o escisión quirúrgica. Se sugiere realizar una biopsia core, con aguja gruesa, las características adicionales incluyen mayor mitosis y crecimiento excesivo del estroma, lo que lo diferencia de un fibroadenoma. Histológicamente, los tumores filoides se pueden clasificar como:

- **Benignos:** aumento de celularidad del estroma, con atipia celular leve a moderada, con tasa mitótica baja (menos de 4 mitosis por 10 campos)
- **Borderline:** tienen un mayor grado de celularidad estromal y atipia, con una tasa mitótica de 4 a 9 por 10 campos, bordes infiltrativos microscópicamente.
- **Malignos:** marcada celularidad estromal y atipia, márgenes infiltrativos, alta tasa mitótica (más de 10 mitosis por 10 campos).

La radioterapia adyuvante puede beneficiar a los tumores borderline o malignos, pero no a los benignos. La quimioterapia se indica en tumores filoides malignos muy grandes. La tumorectomía completa es la cirugía de elección, ya que estos pueden recidivar. Los tumores filoides benignos, borderline y malignos tienen una tasa de recurrencia local del 8, 21 y 36%, respectivamente. (32). La mastectomía se indica para los tumores filoides borderline y malignos.

La paciente presentó un tumor filoides recidivante, de extirpe borderline, suelen malignizarse, puesto que se realizó una mastectomía total de la mama izquierda más la colocación de un sistema de drenaje hemovac. Evolución favorable.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Para la autora, fue una situación complicada, ya que era un año muy esperado. Sin embargo, luego de conversarlo con sus familiares, tomó la opción de retomar a su sede hospitalaria. Notó un gran cambio ya que disminuyó significativamente concurrencia de los pacientes, se priorizó la protección del personal médico, en cuanto a las especialidades quirúrgicas, se suspendieron las cirugías programadas y selectivas; se suspendieron las citas médicas y se las reemplazó por tele consulta; y se suspendieron las actividades de docencia tanto para los internos como para los residentes.

Ante la situación de pandemia que se está viviendo, la autora no podía ser ajena a la coyuntura. Reflexionó que el escenario no sería el mismo al volver, que se debía priorizar la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes infectados por SARS-COV 2, y comprendió el objetivo del retiro oportuno de los internos cuando se decreto es estado de Emergencia Nacional. Retornó al hospital con mucha alegría, vocación de servicio y ganas de ayudar.

Con el pasar de los días, notó que la situación no era muy diferente al periodo pre pandemia, ya que ella buscaba la forma de aprender más, dentro de lo posible. Y que únicamente dependía de ella misma para obtener la preparación práctica y teórica de esta experiencia inusitada.

Culminó el internado médico con mucha satisfacción por los logros obtenidos como persona, porque dentro de esta trágica coyuntura, se le brindó la oportunidad de crecer como profesional y como ser humano.

CONCLUSIONES

1. La actual coyuntura ha tenido un impacto sin precedentes en la educación y el bienestar de los internos.
2. Los programas internado posteriores deben tener en cuenta y tomar medidas para mitigar las consecuencias negativas en la vida profesional y personal de los internos, incluida la pérdida de experiencia clínica y operativa, así como el estrés y la ansiedad relacionados con la escasez de EPP.
3. Las situaciones adversas no son impedimento para el crecimiento profesional y personal.
4. Pese a la pandemia, se pudo lograr la discusión de casos clínicos de forma virtual.

RECOMEDACIONES

1. Pensar en el bienestar personal y en el familiar para tomar una mejor decisión ante los cambios laborales o académicos en pandemia.
2. Solicitar a las universidades, medidas permanentes que salvaguarden el bienestar de las futuras promociones de internos, dentro de las sedes hospitalarias.
3. Salir de nuestra zona de confort y adaptarnos a los cambios, general un crecimiento personal y profesional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Vallejo AC, Agustino E. www.hnhu.gob.pe
hnhipolitounanue@hnhu.gob.pe. :20.
2. Historia [Internet]. Hospital Nacional Hipólito Unanue. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>
3. : DIGERD :. Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud - Ministerio de Salud [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/digerd/index.asp?op=61¬=469>
4. PERU Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>
5. Decreto Supremo que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia de la COVID-19 y modifica el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM-DECRETO SUPREMO-N° 201-2020-PCM [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-prorroga-el-estado-de-emergencia-naciona-decreto-supremo-n-201-2020-pcm-1914076-2/>
6. Orientaciones para el público [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for->

public?gclid=CjwKCAjwjuqDBhAGEiwAdX2cj568eG7Dbh464VHj5zjbi
YfLV5pJuW53BRlgCMh_3GuKMmr-FQx9nxoCWt8QAvD_BwE

7. Página no encontrada | GESTIÓN [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/pico-de-314-fallecidos-por-covid-19-en-las-ultimas-24-horas-el-mas-alto-en-toda-la-pandemia-segunda-ola-nndc-noticia/%208.https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/>
8. Levine RB, Haidet P, Kern DE, Beasley BW, Bensinger L, Brady DW, et al. Personal Growth During Internship: A Qualitative Analysis of Interns' Responses to Key Questions. *J Gen Intern Med.* junio de 2006;21(6):564-9.
9. Flecha C, Pfingst C, Ferreira M. MANAGEMENT AND TREATMENT OF PATIENTS DIAGNOSED WITH HEPATIC HYDATIDOSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ITAUGUÁ. *Rev Cir Parag.* 30 de abril de 2019;43(1):7-11.
10. Equinococosis [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/echinococcosis>
11. Guía provincial para el manejo de hidatidosis hepática. Neuquen 2012.[citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuqu%C3%A9n_Salud-ambiental-Gu%C3%ADa-Provincial-para-el-manejo-de-la-Hidatidosis-hep%C3%A1tica.pdf
12. Dadoukis J, Gamvros O, Aletras H. Intrabiliary rupture of the hydatid cyst of the liver. *World J Surg.* octubre de 1984;8(5):786-90.
13. Endoscopic diagnosis and management of biliary parasitosis - UpToDate [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-diagnosis-and-management-of-biliary-parasitosis?search=quiste%20hidatidico%20hepatopulmonar&topicRef=5669&source=see_link#H6
14. Treatment of echinococcosis - UpToDate [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment->

of-

echinococcosis?search=quiste%20hidatidico%20hepatopulmonar&topicRef=630&source=see_link#H3

15. Bruzzi M, Lefèvre JH, Desaint B, Nion-Larmurier I, Bennis M, Chafai N, et al. Management of acute sigmoid volvulus: short- and long-term results. *Colorectal Dis.* octubre de 2015;17(10):922-8.
16. Borda Mederos LA, Kcam Mayorca EJ, Alarcon Aguilar P, Miranda Rosales LM. Megacolon andino y vólculo del sigmoides de la altura: Presentación de 418 casos entre 2008 - 2012 en el hospital C. Monge - Puno, Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú.* octubre de 2017;37(4):317-22.
17. Catalano O. Computed tomographic appearance of sigmoid volvulus. *Abdom Imaging.* agosto de 1996;21(4):314-7.
18. Naveed M, Jamil LH, Fujii-Lau LL, Al-Haddad M, Buxbaum JL, Fishman DS, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointest Endosc.* febrero de 2020;91(2):228-35.
19. Uribe B. Infecciones del sistema nervioso central: meningitis y encefalitis. :18.
20. Tunkel AR, Glaser CA, Bloch KC, Sejvar JJ, Marra CM, Roos KL, et al. The Management of Encephalitis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America. :25.
21. Berliner D, Hänselmann A, Bauersachs J. The Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. *Dtsch Arztebl Int.* mayo de 2020;117(21):376-86.
22. Yancy Clyde W., Jessup Mariell, Bozkurt Biykem, Butler Javed, Casey Donald E., Colvin Monica M., et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation.* 8 de agosto de 2017;136(6):e137-61.

23. Andino SMS, Ochoa NEL. ACTUALIZACIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: NUEVAS GUÍAS TERAPÉUTICAS. REV MED HONDUR. 2018;86:6.
24. Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Crónica. :214.
25. Bolentín Epidemiológico del Perú 2017 – MINSA [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4149.pdf>
26. Masseria C, Martin CK, Krishnarajah G, Becker LK, Buikema A, Tan TQ. Incidence and Burden of Pertussis Among Infants Less Than 1 Year of Age. *Pediatr Infect Dis J*. marzo de 2017;36(3):e54-61.
27. Bennett J DR, Blaser M. Bordetella pertussis. In: Saunders E, editor. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practices of Infectious Diseases. 8va ed. Philadelphia, PA: Elsevier 2015.
28. Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. *BMJ*. 19 de marzo de 2014;348:g1752.
29. Kavoussi SK, Odenwald KC, As-Sanie S, Lebovic DI. Incidence of ovarian endometrioma among women with peritoneal endometriosis with and without a history of hormonal contraceptive use. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. agosto de 2017;215:220-3.
30. Morante Z, Araujo J, Fuentes H, Gómez H, Neciosup S, Mas L. Tumor filoides de la mama, características y pronóstico en una cohorte retrospectiva con 7 años de seguimiento. :9.
31. Birch JM, Alston RD, McNally RJ, Evans DG, Kelsey AM, Harris M, et al. Relative frequency and morphology of cancers in carriers of germline TP53 mutations. *Oncogene*. 2 de agosto de 2001;20(34):4621-8.
32. Histologic features predict local recurrence after breast conserving therapy of phyllodes tumors - PubMed [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10617306/>