



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA Y CASOS CLÍNICOS DURANTE EL
INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

EMILIO ANTONIO FLORES BOGGIANO

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

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 Y CASOS CLÍNICOS DURANTE EL
INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
EMILIO ANTONIO FLORES BOGGIANO**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E. Emma Mercedes Huamaní De La Cruz

Miembro: M.E. Luis Alfonso Gutiérrez Shack

Miembro: M.E. Jeffrey Tovar Roca

AGRADECIMIENTO

A Dios,

A mis padres,

A mis maestros,

Al Hospital Nacional Dos de Mayo,

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación de medicina interna	2
1.2. Rotación de gineco-obstetricia	4
1.3. Rotación de Pediatría – Neonatología	6
1.4. Rotación de cirugía general	7
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	10
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
3.1. Rotación de medicina interna	14
3.2. Rotación de gineco-obstetricia	16
3.3. Rotación de pediatría – neonatología	18
3.4. Rotación de cirugía general	19
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	22
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	28
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	33
ANEXO N°1: Hierro oral vs. endovenoso	34

RESUMEN

El internado médico, como el último año de la carrera de medicina humana, se centra en una etapa final de aprendizaje y consolidación de conocimientos adquiridos previamente. El contexto de la pandemia por COVID 19 en nuestro país cambió la forma y la percepción que se tenía del internado, tanto para los propios internos, como para los demás profesionales de la salud. La metodología que se implementa ahora para el desarrollo profesional del interno ha cambiado y se limita muchas veces al primer nivel de atención; el cual no estaba preparado para recibirlos, incluso en los hospitales en los que iniciaron el internado. Este informe busca relatar las vivencias y lecciones aprendidas en esta etapa, y contrastar el internado en épocas previas a la pandemia y como se dio durante esta, además de cómo se desarrolló cada uno en estas situaciones.

ABSTRACT

The medical internship, as the last year of the human medicine career, focuses on the final stage of learning and consolidation of previously acquired knowledge. The context of the COVID 19 pandemic in our country changed the form and perception of the internship, both for the inmates themselves and for other health professionals. The methodology that is now implemented for the professional development of the intern has changed and is often limited to the first level attention, which was not prepared to receive interns, even in the hospitals where we started it. This report seeks to relate the experiences and lessons learned in this stage and to contrast the internship in times prior to the pandemic and how it happened during it, as well as how each of them coped in these situations.

INTRODUCCIÓN

El internado médico, siendo el último año en la carrera de medicina humana, consiste en prácticas preprofesionales que se realizan en el ambiente hospitalario como parte del equipo de profesionales de la salud que realizan trabajo asistencial en la institución (1). Consta de 4 rotaciones en los servicios de medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, y pediatría/neonatología; siendo cada rotación de 3 meses con un total de 12 meses, acudiendo los 365 días del año de manera ininterrumpida a los servicios antes mencionados.

En cuanto a las actividades que se realizan durante este año de la carrera, se realizan desde actividades asistenciales como la visita médica, la presentación y discusión de casos clínicos, rotaciones en emergencia, consultorios externos, guardias, la realización de procedimientos, entre otros; que pueden o no realizarse con la supervisión de un asistente o un residente en el servicio donde se rota. En este punto cabe resaltar el acercamiento que tiene el interno con los pacientes y sus familiares, ya que muchas veces son el primer contacto de este con el ambiente hospitalario, y este es el que se encarga de velar por el cumplimiento de su manejo y exámenes o procedimientos a realizarle a lo largo de su estancia hospitalaria. Durante este último año, se tiene como objetivo principal la consolidación de los conocimientos adquiridos durante los 6 años anteriores de la carrera y aplicarlos, contrastando lo aprendido, con la práctica de cada día al manejar de principio a fin a un paciente.

El contexto en el que se ha realizado el internado médico entre los años 2020-2021 en nuestro país puede dividirse en dos momentos o etapas, marcando el 15 de marzo del año 2020 como punto de corte, día en el cual se decretó una cuarentena e inmovilización social obligatoria en todo el país por la pandemia por el virus Sars Cov 2.

Describiendo esta primera etapa, cabe resaltar que al igual que en años anteriores el interno de medicina, como se ha comentado anteriormente, ejerce un papel muy importante en la evaluación, diagnóstico y manejo del paciente desde su ingreso al hospital. El interno, sin embargo, no era considerado muchas veces por el personal de salud como técnicos, enfermeras o incluso los propios médicos residentes o asistentes, ya que, por aun no ser médicos, a pesar de realizar labores del personal antes mencionado eran menospreciado en algunas ocasiones. Por ser un tipo de práctica preprofesional y no estando bajo los estándares de una ley que rija en para ellos no tenían un régimen laboral establecido, ocasionando que se labore un número excesivo de horas, con turnos de hasta 48 horas ininterrumpidas, y sin una remuneración, ya que esta dependía de la sede hospitalaria y no se llegaba al sueldo mínimo establecido por el estado, pues no era considerado un trabajo como tal, por lo que no contaba un reglamento muchas veces o un seguro de salud o de vida, ni una planilla laboral.

Esta situación ha cambiado desde que la pandemia por Sars Cov 2 llegó a nuestro país, puesto que la primera disposición tanto del ministerio de salud (MINSA), como la de las universidades estatales y privadas fue el retiro de los internos del campo hospitalario; medida que duró hasta mediados de agosto del 2020, cuando se planteó el retorno de los internos con cambios drásticos a la forma en como se venía realizando el internado en tiempos antes de la pandemia (2). Las nuevas disposiciones del gobierno pretendían ayudar a reducir las brechas de recursos humanos en el área de la salud, haciendo hincapié en el primer nivel de atención, el cual el gobierno buscaba fortalecer. Las condiciones que puso el gobierno para el retorno de los internos de áreas de la salud fueron la rotación en áreas no COVID por aproximadamente 6 horas diarias con 2 guardias de 12 horas una vez a la semana por 15 días al mes, seguido de 15 días de descanso por exposición; además de la entrega de equipos de protección personal por parte de los centros de salud, y en su

defecto las universidades, ingreso a planilla con una remuneración según el sueldo mínimo del estado, seguro de salud y de vida, y finalmente estar inscritos como personal de salud en el INFOHUS. El retorno se dio en base a la disponibilidad de la sede de origen de poder brindar las condiciones antes mencionadas para el reingreso de internos a la institución, en caso contrario se optaría por distribuir a los internos en los centros de salud del primer nivel de la DIRIS a la que pertenece su domicilio. Con todo lo antes mencionado se procedió, con algunas irregularidades y demoras al retorno de los internos al ambiente laboral para culminar sus labores hasta el 30 de abril del 2021.

Antes de la pandemia, me encontraba realizando el internado médico en el hospital nacional Dos de Mayo, empezando con la rotación de medicina interna en la sala San Pedro. Al hospital se ingresaba por la inscripción y según el ponderado acumulado de los 6 años de la carrera, luego de confirmar la aceptación de tu solicitud se realizaban charlas introductorias e informativas con respecto a las actividades a realizar y sobre las medidas de bioseguridad y la forma en cómo se distribuían los servicios en el hospital; el orden, lugar de rotación y plazas remuneradas en el hospital se eligieron mediante un examen entre los internos de las diferentes universidades que pertenecían a la institución, haciendo un ranking en base al ponderado entre el promedio de cada uno en su universidad y la nota obtenida en el examen, el que consistió en 40 preguntas, 10 de cada una de las 4 especialidades que rotábamos, organizando a los internos en cada rotación según dicho ranking.

Durante la pandemia, retorne al hospital nacional Dos de Mayo junto con un pequeño grupo de internos de otras universidades a culminar nuestras rotaciones en los servicios en los que aún no habíamos estado. Acudimos según el horario propuesto y a las rotaciones asignadas, realizándonos pruebas rápidas cada 15 días según lo estipulado en el decreto que reglamentaba el retorno de los internos; además gracias a las oportunidades que brinda el hospital, pude rotar pediatría en el instituto nacional de salud del niño (INSN) de Breña con todas las medidas mencionadas y adecuadamente protegidos. Siendo, a pesar de las dificultades y el contexto que atraviesa actualmente nuestro país y el mundo, un internado completo, del cual se comentará en los siguientes capítulos sus características, importancia y

competencias adquiridas durante las diferentes rotaciones en cada una de las especialidades donde me brindaron la oportunidad de estar.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico en la carrera de medicina humana, es el año en que ponemos en práctica todo lo aprendido en años anteriores y lo contrastamos con la practica hospitalaria del día a día, nos ayuda a consolidar nuestros conocimientos y a adquirir nuevos enfocados netamente en el manejo del paciente, poniendo la teoría en práctica.

Este año esperaba adquirir la experiencia y la confianza de poder tratar a un paciente de principio a fin desde el ingreso, a travesando el diagnóstico para poder llegar al manejo correspondiente a la patología del paciente; que en su mayoría creo lo he conseguido a pesar de las limitaciones de la pandemia que nos tocó vivir este año, logre además poder ver diferentes patologías de diferente complejidad, entender cómo funciona el hospital y el equipo que lo conforma, así como las deficiencias y fortalezas de nuestro sistema de salud en hospitales del ministerio de salud (MINSA). Los logros y destrezas que adquirí las alcance gracias a mis maestros en los diferentes escalones de enseñanza tanto médica como de otros profesionales de la salud y, sobre todo, a través de mis pacientes y sus familias que al permitirme ser parte de su proceso de diagnóstico y recuperación me brindaron la experiencia y conocimientos necesarios para poder llegar a tener las capacidades para afrontar mi vida como profesional.

A continuación, relataré algunos de los casos más resaltantes y a mi criterio relevantes que marcaron mi estancia en el hospital durante el internado

médico, tanto antes, como durante la pandemia por COVID 19 en nuestro país; y me ayudaron a formarme como futuro profesional.

1.1 Rotación de medicina interna

Se presenta el caso de un paciente varón de 29 años procedente de Lima, con un tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por una disminución de fuerza muscular progresiva en hemicuerpo izquierdo, disartria, vértigo postural y tinnitus, razón por la cual acudió a otros hospitales para estudio pero estos quedaron inconclusos, hasta que el día del ingreso ante un evento estresor refirió cefalea intensa holocraneana, vómitos no precedidos por náuseas y pérdida completa y brusca de fuerza muscular del hemicuerpo izquierdo, en la emergencia se le catalogó como un síndrome de hipertensión endocraneana de etiología a determinar (EAD) por lo cual se le pidió una tomografía con contraste encontrándose un proceso expansivo cerebral en el ángulo pontocerebeloso que comprometía la protuberancia, cerebelo y parte del bulbo; una vez hospitalizado y ampliando la historia clínica se encontró una fuerza muscular disminuida 4/5, disminución de la sensibilidad e hiperreflexia en hemicuerpo izquierdo y pupilas midriáticas isocóricas reactivas, en cuanto a los antecedentes su padre con el que vivía estaba en tratamiento para tuberculosis (TBC) desde hace 2 meses. Haciendo unidad clínica se plantearon dos posibles etiologías sobre el proceso expansivo cerebral que tenía el paciente, un tuberculoma y una neoplasia por lo cual se le pidió resonancia magnética con espectroscopía y evaluación por neurología y neurocirugía; el paciente recibió en primera instancia un manejo para la hipertensión endocraneana con manitol por 3 días y Dexametasona endovenosa, en lo que se continuaba con los exámenes para dilucidar el diagnóstico; posteriormente se concluyó ante la negativa de una biopsia por la zona en la que se encontraba la lesión, iniciar prueba terapéutica con antituberculosos con el esquema clásico, a pesar de tener BK y cultivos hasta el momento negativos; su evolución fue favorable hasta el momento del alta donde posteriormente se reevaluaría la eficacia del tratamiento y confirmaría el diagnóstico.

Otro de los casos a mencionar en la rotación por medicina interna sería la de un paciente varón de 46 años procedente de Lima con un tiempo de enfermedad de 1 mes caracterizado por debilidad y cansancio a sus actividades diarias, síntomas persisten hasta que el día del ingreso presenta dolor abdominal en epigastrio tipo cólico de intensidad 8/10 no irradiado que se asocia a sensación de desvanecimiento por lo cual acude a emergencia, donde le realizan exámenes encontrando una hemoglobina de 3.4mg/dL catalogándolo como una anemia severa sintomática, procediendo a la reposición de volumen sanguíneo con paquetes globulares, subiendo la hemoglobina hasta 6.5gr/dL en el control postransfusión y hospitalizándolo para estudio de la anemia. Una vez en hospitalización se procedió a ampliar la historia clínica teniendo en cuenta a un paciente con antecedente de diabetes mellitus tipo II mal controlada, tratamiento para tuberculosis pulmonar en segunda fase de tratamiento, el cual tomaba por segunda vez por un abandono de tratamiento anteriormente. En el examen físico la presencia de úlceras dolorosas tipo quemazón que aumentaba al tacto en región pretibial de ambas piernas de aproximadamente 15x7cm de diámetro con bordes con tejido de granulación, fondo limpio y escaza secreción serohemática, las cuales el paciente refirió no curaban desde hace 2 años y en las cuales se realizaba curaciones diarias con Sulfadiazina de plata. En cuanto a la evolución del paciente en sus controles posteriores su hemoglobina se mantiene con una ligera tendencia al alza; en el caso del paciente el reto fue el determinar la causa de la anemia y a su vez asociar la presencia de las úlceras que tenía el paciente, se procedieron a numerosos estudios pensando en la causa de la anemia la cual era normocítica normocrómica con aumento de la amplitud de distribución eritrocitaria por lo que se pensó en sus causas pensando desde las pérdidas gastrointestinales hasta anemias sideroblásticas por deficiencia de Piridoxina asociada al tratamiento de la tuberculosis con Isoniazida, mientras en cuanto a las úlceras se descartaba que fuesen de etiología vascular al tener ecografías Doppler sin alteraciones. Finalmente, se realizó la biopsia de la úlcera y se encontraron sangre oculta en heces, el resultado de la biopsia indicó que era compatible con pioderma gangrenoso, una lesión dérmica asociada a enfermedad inflamatoria intestinal como paraneoplásico de neoplasias gastrointestinales;

lamentablemente la colonoscopia no se pudo realizar para llegar a un diagnóstico de certeza por deseo del paciente de irse de alta por motivos personales.

1.2 Rotación de gineco-obstetricia

En cuanto la segunda rotación, que se basó básicamente en el manejo de una gestante de bajo y alto riesgo en centro obstétrico, en un primer caso comento el de una gestante de 23 años que acude a emergencia refiriendo perdida de tapón mucoso y líquido claro en regular cantidad, percibiendo movimientos fetales y negando dinámica uterina, como antecedentes refiere ser su primera gestación y tener un grupo sanguíneo O negativo, al examen ginecológico a la colocación del especulo no se evidencia perdida de líquido, y al tacto vaginal se encuentra un cérvix posterior con 0cm de dilatación, borramiento del 0% y altura de presentación -4 (fuera de pelvis), realizándose una ecografía encontrándose líquido amniótico disminuido con un índice de líquido amniótico (ILA) de 5 cm, circular simple al cuello y una alteración en el Doppler a nivel de la arteria cerebral media que sugiere vasodilatación cerebral, indicando redistribución de flujos. Con lo antes mencionado pasa a centro obstétrico para manejo con los diagnósticos de gestación única activa de 37 semanas 4/7 por ecografía del primer trimestre, no de trabajo de parto, ruptura prematura de membranas (RPM) de aproximadamente 5 horas, circular simple al cuello fetal, Doppler alterado: vasodilatación cerebral con redistribución de flujos, oligoamnios y madre Rh negativo no sensibilizada; una vez en centro es reevaluada agregándose los diagnósticos de pródromos de trabajo de parto al tener ahora dinámica esporádica y presentación alta a término, dando la indicación de una cesárea de emergencia básicamente por la alteración en el Doppler. En el reporte operatorio se realiza una cesárea segmentaria transversa primaria y confirmándose los diagnósticos preoperatorios agregándose oligoamnios severo y la presencia de focos endometriósicos en ovarios, pared posterior del útero y en el fondo de saco de Douglas, dando a luz a un recién nacido a término de 37 semanas de edad gestacional por examen físico adecuado para edad gestacional (AEG) con 2742 gramos. La paciente presento una evolución favorable, con resultados

de pruebas serológicas negativos, Coombs indirecto negativo y administrándose manejo para el dolor e inmunoglobulina antiD para evitar la isoimmunización, examen de orina negativo y control de hemoglobina postoperatorio de 13 gr/dL, dándose el alta conjunta en pasadas las 48 horas del procedimiento quirúrgico.

Otro de los casos en la rotación de gineco-obstetricia sería el de una paciente mujer de 55 años, que acudió con un tiempo de enfermedad de 6 días caracterizado por sangrado vaginal color rojo oscuro que moja 2 toallas higiénicas diarias aproximadamente y dispareunia, 2 días antes del ingreso refiere casi no orinar y malestar general asociado a náuseas, el día del ingreso refiere vómitos y familiares refieren que se encuentra somnolienta y confusa y con aumento de volumen de sangrado por la vagina, por lo cual es llevada a la emergencia del hospital. En la evaluación inicial en emergencia al tacto vaginal se encontró una masa palpable exofítica friable además de sangrado vaginal profuso por lo que se colocó un tapón vaginal, inicialmente se le catalogó como una hemorragia uterina anormal de etiología maligna a descartar un cáncer de cérvix con mayor probabilidad y se le pidieron exámenes basales. A la reevaluación, se encontró una hemoglobina de 6 gr/dL y una alteración hidroelectrolítica con una hiperkalemia, urea y creatinina elevadas catalogándolo como una anemia severa para la cual se le indica transfusión de un paquete globular, y una enfermedad renal crónica vs aguda por lo cual se llamó a medicina interna para manejo dejando un manejo médico para la hiperkalemia y recomendando manejo por nefrología; con todo eso paso a hospitalización para manejo. Una vez hospitalizada se le indicó evaluación por ginecología oncológica con una tomografía, en la cual se encontró una lesión tumoral que llegaba a invadir anexos y uréteres ocasionando una hidronefrosis bilateral, con todo esto ginecología oncológica lo cataloga como un cáncer de cérvix estadio IIIB y se planteó referencia al INEN para manejo debido a que por la pandemia no se contaba con capacidad resolutive y no lo consideraban de manejo quirúrgico al momento. En la evolución de la paciente nefrología indicó inicialmente manejo por urología para nefrostomía bilateral por el grado de obstrucción pero posteriormente debido a la micción espontánea de la paciente indicó manejo médico, e posteriormente la paciente presentó convulsiones tónico clónica generalizada

asociada a hematemesis, y con el diagnóstico de una encefalopatía y gastropatía urémica, entrando a diálisis de emergencia y pasando a medicina interna para estabilizarla antes de referirla al INEN.

1.3 Rotación de Pediatría – Neonatología

En mi tercera rotación, la cual la realicé en el INSN – Breña, me encontré con varios casos de enfermedades tanto comunes como raras, uno de los casos es el de una lactante de 6 meses con un tiempo de enfermedad de 2 horas caracterizado por presentar movimiento involuntarios tipo sacudida con desviación de la mirada vertical y pérdida del contacto con el entorno que duran aproximadamente 4 minutos, después de lo cual se quedó dormida por aproximadamente media hora, camino al hospital presento nuevamente el episodio llegando a la emergencia con aun con los movimientos involuntarios que para el momento tenían 5 minutos de evolución, se le catalogó como un status epiléptico en la emergencia y se le administro Midazolam endovenoso con eso cediendo la convulsión y fue hospitalizada para monitoreo y observación ante una posible recurrencia de la convulsión. En la hospitalización se le realizó una historia clínica más exhaustiva, encontrándose que la lactante era producto de la segunda gestación de la madre, su primer hijo había fallecido a causa de un estatus epiléptico a la edad de 9 meses, siendo este el primer episodio de su hija y no habiendo tenido previamente alguna enfermedad relevante y estando al día en sus vacunas para la fecha. El manejo se centró en la observación y evitar la recurrencia de las convulsiones, llegando de la emergencia con fenitoína y Midazolam condicional a la convulsión mayor de 3 minutos de duración, mientras tanto se conversó con neurología para realizarle exámenes para dilucidar la causa de las crisis convulsivas, por lo cual se le indico una resonancia magnética y un electroencefalograma, resultado ambos sin alteraciones. La evolución de la paciente fue favorable por lo que se le retiro al cabo de 3 días la fenitoína y fue dada de alta habiéndole explicado los signos de alarma y pidiendo que acuda con neurología por teleconsulta para hacerle un seguimiento para llegar a un diagnóstico definitivo.

Como parte de la rotación de pediatría, rote en el servicio de neonatología de regreso en el hospital nacional Dos de Mayo, donde pude ver el caso de un recién nacido a término de 39 semanas de edad gestacional por examen clínico a quien se le realizó la atención inmediata y todos los cuidados propios del recién nacido, antes de su nacimiento se le realizó la historia clínica perinatal con acceso a la historia y carnet de control del embarazo de su madre, en base a estos se recogieron como antecedentes los siguientes datos; la madre de 24 años con una fórmula obstétrica de G2P1011 una cesárea anterior y una mola con 8 controles prenatales, tenía como grupo sanguíneo O negativo, no habiendo recibido dosis de profilaxis anti D ni en la primera como como en esta gestación, y dándose la indicación de cesárea por pelvis estrecha en una gestante en trabajo de parto. Al recién nacido se le tomó grupo y factor para descarte de una incompatibilidad de grupo, que finalmente se confirmó, ya que teste fue O positivo. En la evolución del recién nacido se le tomaron exámenes para evaluar las alteraciones asociadas a una incompatibilidad al encontrarlo icterico hasta los muslos dentro de sus primeras 24 horas de vida, los resultados de dichos exámenes confirmaron la isoimmunización e hiperbilirrubinemia a predominio indirecta del neonato, con un Coombs directo positivo y bilirrubina en valores de 14 mg/dL por lo que se indicó su hospitalización e inicio de fototerapia intensiva, posteriormente en su evolución se encontró un control de bilirrubinas que aumento a 18 mg/dL por lo que se indicó exanguinotransfusión total con lo que recién hubo una disminución de los niveles de bilirrubina y posteriormente se tuvo una evolución favorable, dándose posteriormente de alta al neonato.

1.4 Rotación de cirugía general

Finalmente, en la última rotación de cirugía general que constató de rotaciones en hospitalización y en tópico de cirugía, comentaré el caso de un paciente varón de 19 años que acude con un tiempo de enfermedad de 20 horas caracterizado por dolor abdominal de inicio en epigastrio que con el pasar de las horas se ubicó en fosa iliaca derecha, disminución del apetito y sensación de alza térmica no cuantificada, niega náuseas y vómitos; al examen físico se encuentra dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc

Burney positivo y rebote negativo, para completar el estudio se solicitó un hemograma completo en el que se encontró una leucocitosis de 15 400, con 1% de bastones (sin desviación izquierda), catalogándolo con la escala de Alvarado en 6 puntos y pidiendo una tomografía sin contraste para confirmar el diagnóstico; en la evolución el paciente persistía con dolor abdominal, el informe de la tomografía confirmó la presencia de una apéndice retrocecal con aumento del grosor de la pared y líquido periapendicular, por lo que se programó para sala de operaciones pensando en un diagnóstico de apendicitis aguda complicada. Posterior a la cirugía se dieron como hallazgos operatorios un apéndice de 7 cm, necrosada en su totalidad y perforada en su tercio distal con peritonitis localizada, limitada solo al cuadrante inferior derecho de la cavidad abdominal. La evolución del paciente fue favorable y se le indicó antibioticoterapia doble con Ceftriaxona y Metronidazol, saliendo de alta al segundo día postoperatorio e indicándole Cefuroxima y Metronidazol hasta completar los 5 días de tratamiento, además de Paracetamol horario por un día más para manejo del dolor, y control por consultorio externo de cirugía general en una semana.

Como último caso de la rotación de cirugía, relataré el de una paciente mujer de 47 años con un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho de intensidad 7/10 que se presentaba de manera intermitente, pero en las últimas 8 horas había persistido, asociado a náuseas, niega vómitos y sensación de laza térmica no cuantificada por lo cual acude a emergencias; en el examen físico de emergencias se le encuentra con funciones vitales estables, temperatura de 37 grados, en el examen físico de abdomen se encontró dolor a la palpación profunda en el cuadrante superior derecho con signo de Murphy positivo, sin otra alteración. Se le catalogó como un síndrome doloroso abdominal a descartar una colecistitis aguda, por lo que se le solicitó un hemograma completo y proteína C reactiva (PCR) y una ecografía de vesícula biliar, con el resultado de estos exámenes se le reevaluó a la paciente encontrando una leucocitosis de 19 500 con 2% de bastones y un PCR de 15, además, la ecografía mostró una vesícula de 8x4cm con un pared de 5mm de grosor y la presencia de un cálculo biliar enclavado en el bacinete de aproximadamente 3x2cm de diámetro. Con estos resultados se le catalogó como una colecistitis

aguda moderada y se le programó para sala de operaciones. Se le realizó una colecistectomía laparoscópica más exploración de vía biliar y colocación de dren Kher, encontrando 2 cálculos de 1.5 y 2cm en colédoco y una vesícula con múltiples cálculos; no se le realizó una colangiografía intraoperatoria. Su evolución fue favorable al mejorar los síntomas, sin embargo, en días posteriores presentó nuevamente un cuadro clínico similar y aparición de ictericia, pensando en una coledocolitiasis residual por lo que se le realizó una colangiografía transKher en la que se confirmó el diagnóstico. La evolución de la paciente fue estacionaria, ya que debido a la demora de la realización de los exámenes se decidió su reintervención quirúrgica posterior y fue dada de alta en estas condiciones.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El hospital nacional Dos de Mayo como la sede hospitalaria donde lleve a cabo el internado médico, tanto antes como durante la pandemia, es un hospital de nivel III-1. Por la categorización antes mencionada posee tanto las especialidades básicas como otras tanto médicas y quirúrgicas, laboratorio, servicio de diagnóstico por imágenes, unidades de cuidados intensivos diferenciadas (adultos, pediátrica y neonatal), por lo que cuenta con una alta capacidad resolutive para diversas patologías de diagnóstico y manejo desafiante. Es un centro de referencia a nivel nacional, perteneciente a Lima metropolitana, por su ubicación en Barrios altos forma parte de los hospitales de referencia de la DIRIS Lima centro, cubriendo a una población de aproximadamente 750 000 habitantes, residentes en los distritos aledaños al hospital como Lima, la Victoria, Breña, el Agustino, San Juan de Lurigancho, Surquillo, San Luis, Ate, San Martín y Villa el Salvador (3); siendo estos los principales que contienen a la población que se atiende en el hospitales, recibiendo también referencias de diferentes regiones del país.

Los pacientes referidos al hospital son aquellos que requieren de un manejo especializado y específico, por especialidades que no poseen los niveles inferiores por no tener dicha capacidad resolutive, como por ejemplo manejo de gestantes de alto riesgo, niños con malformaciones congénitas, enfermedades huérfanas, entre otras. El hospital también refiere ciertos pacientes a los institutos especializados del MINSA, como el INSN – Breña en caso de niños con patologías complejas como malformaciones complejas que requieren un manejo quirúrgico o enfermedades congénitas metabólicas o

crónicas que requieren un manejo especializado en un instituto; el instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN), en caso de diagnóstico confirmado de neoplasias que requieren un manejo quirúrgico o médico de larga duración, u otros institutos especializados de esta índole a pacientes con enfermedades que lo requieran como las antes mencionadas.

El contexto del hospital antes de la pandemia era como antes lo he mencionado, un hospital de alta complejidad, contaba con 7 servicios de medicina interna, cada uno de los cuales contaba con dos secciones o lados confirmado por aproximadamente 18 camas por lado con un total de 36 camas por servicio; con aproximadamente 3 a 4 internos por lado, cada uno se hacía cargo de 5 a 6 camas diariamente, sin embargo, los días que alguno de ellos tuviese guardia los internos restantes se ocupaban de hasta 8 a 9 camas durante el día. Se realizaban guardias diurnas y nocturnas cada 3 días de manera intercalada sin descanso postguardia, nunca estando un interno del mismo servicio de guardia en el mismo turno, en la emergencia se divide el área de medicina en traje y dos tópicos, A y B, siendo el primero de patologías de baja complejidad y muchas veces con manejo sintomático, con observación para posterior alta o en caso lo requiera paso al segundo tópico, este se encargaba de patologías de mayor complejidad y se consideraba como una sala de observación previa a la hospitalización del paciente; además de los tópicos habían dos salas de observación para monitorizar paciente que lo requieran de manera más rigurosa y la sala de shock trauma para pacientes críticos.

En las otras especialidades antes de la pandemia en las cuales no tuve la posibilidad de rotar en este contexto, en el departamento de cirugía general existían 4 servicios de cirugía general divididos de acuerdo con patologías quirúrgicas específicas, un tópico de cirugía donde se realizaban guardias de día y de noche seguidas una vez a la semana a parte de los turnos de sala de operaciones para cirugías electivas; además se apertura un mes de rotación en especialidades quirúrgicas diferentes a cirugía general como traumatología, urología y otorrinología. En el servicio de pediatría contaba con emergencia pediátrica, UCI pediátrica, una sala de observación y otra de hospitalización, mientras el de neonatología se dividía en alojamiento conjunto, alto riesgo, hospitalización, cuidados intermedios y UCI neonatal.

Finalmente, el servicio de ginecología y obstetricia contaba con una emergencia, centro obstétrico, una sala de hospitalización de obstetricia dividida en bajo y alto riesgo obstétrico, y una sala de ginecología.

Luego de que llego la pandemia la organización del hospital cambio completamente, cerrando numerosos servicios y ampliando otros para poder contener la pandemia y cubrir la demanda de pacientes con infección por Sars Cov 2, intentando no descuidar las otras enfermedades ajenas a dicha infección. Los seis servicios de medicina interna, el servicio de pediatría, urología y traumatología, se convirtieron en servicios de pacientes COVID; mientras que los servicios de cirugía general y ginecología tuvieron que ceder sus camas para funcionar como servicios de medicina interna no COVID, por lo que se limitó a un manejo de emergencia de las especialidades quirúrgicas. En la emergencia las salas de observación y parte del tópicico de cirugía se convirtieron en zonas de monitoreo de pacientes COVID, manteniéndose la distribución del ambiente de medicina para pacientes no COVID y llevando a una carpa la emergencia para todo paciente con sintomatología respiratoria que aún no se haya descartado la infección por Sars Cov2. La situación para los servicios de pediatría y obstetricia fue diferente, en caso del primero al cerrarse la única sala de hospitalización que tenían se limitaron a su área de emergencia, donde abrieron una sala de observación que funcionaba como hospitalización; en caso del segundo servicio se mantuvo la emergencia, centro obstétrico y un servicio de hospitalización y sala de partos para la gestante COVID, mientras el centro obstétrico funciono como sala de partos y hospitalización de gestantes y emergencias ginecológicas no COVID. Estos son a grandes rasgos los principales cambios que ocurrieron durante la pandemia en el hospital, teniendo en cuenta que también la misma dinámica de trabajo dentro del hospital cambio al no tener internos y retirándose muchos médicos mayores o con comorbilidades por temor a la enfermedad.

Los cambios hicieron que luego de meses de trabajo sin internos y con limitado personal con camas a cargo principalmente de los residentes tenga un impacto sobre la forma de trabajo de los internos al momento de retornar. Los residentes junto con los asistentes dejaron de darle la responsabilidad al interno con el manejo cada paciente como se tenía previamente, ya no se limitaba al interno, funcionando como un equipo de trabajo conformado por

internos, residentes y asistentes junto con los otros profesionales de la salud para un manejo integral del paciente. Las actividades académicas cambiaron, pues las visitas en su mayoría no eran académicas como antes y se daban más que nada de manera virtual o en algunos momentos libres con los residentes principalmente. Las áreas donde se podían rotar también disminuyeron sustancialmente, pues solo se permitía el acceso a áreas no COVID según las disposiciones de cada servicio; debido a estos cambios en el hospital por la pandemia, la situación y percepción del interno de medicina en el contexto del COVID cambiaron y afectaron la formación profesional durante este último año de la carrera.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En base a los casos antes expuestos, procederé a hacer una apreciación crítica de estos contrastando la practica realizada con las guías y a teoría que se tiene sobre el manejo de cada una de las patologías mencionadas.

3.1 Rotación de medicina interna

En esta rotación, se habló en un primer momento del caso de un paciente con un compromiso del sistema nervioso central de la tuberculosis, una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro país llegando en el año 2015 a 37 000 nuevos casos de tuberculosis según la OMS (4). En el caso del paciente se habla de una de las manifestaciones de tuberculosis más graves, junto con la tuberculosis miliar; las presentaciones clínicas de tuberculosis en el sistema nervioso central representan el 2-10% del total de tuberculosis extrapulmonares (5), y pueden ser dos básicamente, pudiendo coexistir una con otra, la meningoencefalitis tuberculosa, caracterizada por una presentación subaguda con alteración del sensorio, cefalea y convulsiones asociado a síntomas inespecíficos; y por otro lado el tuberculoma cerebral que vendría a ser un proceso expansivo consecuencia del componente inflamatorio de necrosis caseosa que se genera en el parénquima cerebral, el cual se asocia a clínica según su localización y a su tamaño dando muchas veces signos de hipertensión endocraneada. En el caso del paciente presento este diagnóstico por el antecedente epidemiológico de contacto con un paciente con tuberculosis pulmonar, y por las características de la lesión; sin

embargo, no se pudo comprobar en una primera instancia el diagnóstico, puesto que a pesar de tener como principal diagnóstico diferencia una neoplasia primaria de cerebro, y siendo indicación la biopsia cerebral para confirmar el diagnóstico (5), esta no se pudo realizar por la localización de la lesión, ya que no era abordable quirúrgicamente, por lo cual se optó por una prueba terapéutica con antituberculosos. El manejo en contraste con las guías de manejo es el adecuado debido a que ante la imposibilidad de biopsia, la prueba terapéutica es una de las formas en las cuales podemos comprobar el diagnóstico de acuerdo a la respuesta al tratamiento del paciente durante sus controles y viendo su evolución a lo largo del tiempo, el tratamiento propuesto constató del núcleo básico de Isoniazida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida de forma diaria por 2 meses y luego solo Isoniazida y Rifampicina diario hasta completar 12 meses de tratamiento, en dosis única combina ambas etapas, esto debido a que se trata de una tuberculosis cerebral cuyo manejo es más largo que otro tipo de afectación por tuberculosis (6).

En el segundo caso expuesto en la rotación de medicina interna, es el de un paciente que acude por presentar clínica de anemia de etiología a determinar. La anemia en el país ha sido y sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública, siendo según la encuesta ENDES 2019 del INEI de 42.2% a nivel nacional en niños entre los 6 a 35 meses de edad (7). En el caso del paciente, se requiere un abordaje diagnóstico para determinar la causa de la anemia, dividiéndola inicialmente en base a la función de la médula ósea en regenerativas y arregenerativas, siendo la primera causada por pérdidas sanguíneas (estadios iniciales) o por aumento de la destrucción de eritrocitos (hemólisis); en el segundo grupo suele dividirse en base a valores corpusculares en macrocítica, normocítica y microcítica, cada una con un grupo de causas en específico (8). El paciente presentaba una anemia normocítica normocrómica, lo que nos haría pensar en que su causa sea de un proceso inflamatorio crónico, como eran las úlceras que presentaba en ambas piernas, o una alteración a nivel medular, lo que inicialmente se pensó; sin embargo el control de hemoglobina luego de la transfusión mostró que la anemia era microcítica hipocrómica, pensando ahora en una anemia ferropénica de tipo carencial, sin embargo, por los niveles tan bajos de

hemoglobina se buscaba otra causa asociada, siendo en los pacientes varón la principal causa las pérdidas ocultas a nivel gastrointestinal, se procedió de manera asertiva a buscar sangre oculta en heces, dando un resultado positivo. En cuanto al manejo de la anemia, se realizó en un primer momento la aplicación de hierro sacarato, un hierro endovenoso para aumentar los depósitos de hierro, mientras se esclarecía la causa del sangrado, en cuanto esto sabemos que el hierro endovenoso es indicación solo en casos de alguna contraindicación o intolerancia para el hierro oral, sin embargo en el contexto del paciente, en el que la biopsia concluyo en un pioderma gangrenoso, como una manifestación cutánea de una posible enfermedad inflamatoria intestinal, se ha visto que en este tipo de patologías gastrointestinales, el hierro endovenoso es superior en un primer momento al hierro oral por mejor adherencia y en elevar los niveles de hemoglobina y depósitos de hierro en el paciente (9). Debido a la negativa del paciente como se dijo anteriormente, no se pudo completar el estudio, habiendo sido lo ideal el control de la respuesta al tratamiento de la anemia ferropénica dosando los niveles de reticulocitos entre los 5 a 7 días de iniciado el tratamiento, pues estos se elevan antes que los valores de hemoglobina y son un marcador de respuesta adecuada al tratamiento hematínico (10).

3.2 Rotación de gineco-obstetricia

Acá se presentó el caso de una gestante de 23 años con 37 semanas a término con RPM de aproximadamente 5 horas en la que no se le indicó antibióticos, esto se respalda en que se ha demostrado que el riesgo de infección tanto materna como fetal no se ve comprometido con tan pocas horas de RPM, sin embargo, el punto de corte para la indicación de antibióticos en estos casos es aún motivo de controversia siendo 12, 16 o hasta 18 horas en algunas bibliografías (11). Además de lo antes expuesto a la paciente se le realizó una ecografía Doppler donde se encontró oligoamnios y una alteración a nivel de la arteria cerebral media con un índice de pulsatilidad (IP) menor al percentil 5, con vasodilatación cerebral y redistribución de flujos, por esto se realizó la indicación de la cesárea, pues se tradujo como sufrimiento fetal, sin embargo, se ha visto que el hallazgo de

un IP menor al percentil 5 de manera aislada en un feto con peso adecuado para la edad gestacional, como en el caso de la paciente, y sin alteración del IP de la arteria umbilical puede encontrarse de forma transitoria en fetos sin ninguna alteración de manera fisiológica (12), por lo que no sería esta indicación de cesárea. Por otra parte, en una madre Rh negativa es importante evaluar adecuadamente la velocimetría Doppler de la arteria cerebral media en caso se confirme la isoimmunización en la madre con una prueba de Coombs positivo $>1/16$ (13), sin embargo, no se realizó por ser el caso de la primera gestación, infiriendo que no había tenido un evento sensibilizante y por ende no se realizó. Se concluyó en este caso que la indicación de la cesárea no está clara, pues como se indicó la alteración en el Doppler sin otros datos no justifica la culminación de la gestación por cesárea pues no se asocia a sufrimiento fetal, por ende, pudo realizarse un manejo del RPM en una gestante a término con maduración cervical para inducción del trabajo de parto posterior, salvo se encuentren factores obstétricos que lo contraindiquen (11).

La historia de la paciente mujer que acude a la emergencia de gineco-obstetricia por sangrado vaginal encontrándose al examen físico una masa exofítica friable al tacto vaginal, llevo al diagnóstico de cáncer de cérvix. El cáncer de cérvix es una de las neoplasias mas frecuentes, con una tasa de incidencia de 31.3 por cada 100 000 habitantes (14).El sangrado vaginal que presentó en un inicio en una mujer postmenopáusica siempre es considerado patológico, considerándose una hemorragia uterina anormal de etiología maligna por los hallazgos al examen clínico (15); posteriormente presentó sintomatología asociada a insuficiencia renal crónica, que luego se confirmó se debía a una de tipo postrenal por la obstrucción de los uréteres por infiltración neoplásica del cáncer de cérvix ocasionando hidronefrosis bilateral, complicando la situación de la paciente y empeorando su pronóstico; según esto podemos inferir clínicamente el estadiaje TNM/FIGO del cáncer de cérvix que se consideraría IIIB, esto debido a que la extensión pélvica de la neoplasia y/o alteración de la función renal con hidronefrosis bilateral es la misma definición de este estadiaje, esto a su vez dirige el tratamiento catalogándolo como irresecable quirúrgicamente pero aun con la posibilidad de realizar quimioterapia neoadyuvante y reevaluar la intervención quirúrgica si la

neoplasia disminuye su tamaño, y en caso contrario realizar un manejo paliativo del paciente oncológico (16).

3.3 Rotación de pediatría – neonatología

En la rotación de pediatría, comenté el caso de una lactante de 6 meses que acudió al hospital con su madre, llegando con el diagnóstico de status epiléptico, este se define de una forma operacional en dos tiempos teniendo el primero en caso de convulsiones tónico clónicas generalizadas 5 minutos, que es el tiempo en que la probabilidad que la convulsión se prolongue hasta que ocasione daño neuronal, lo que sería el segundo tiempo a los 30 minutos donde ocurre dicho daño con posterior muerte neuronal (17). El manejo de esto debe ser desde que empieza la convulsión con medidas de soporte general, teniendo en cuenta que al pasar los 3 minutos y no remitir, se debe considerar el uso de fármacos para detener la convulsión, en el caso de la paciente se usó Midazolam a 0.2mg/kg/dosis endovenoso, lo cual está indicado en las guías de manejo como primera línea ante un status convulsivo, si bien luego de la aplicación del fármaco remitió la convulsión, en caso esto no suceda existen fármacos de segunda y tercera línea para el manejo. Además, el manejo no se limitó a parar la convulsión, si no a prevenir su recurrencia dando Fenitoína 20mg/kg como dosis de carga y posteriormente 4-8mg/kg como mantenimiento, por el riesgo de recurrencia de la convulsión. Se considero el score de severidad de pacientes pediátricos con status epiléptico, para determinar un aumento en la mortalidad y riesgo de recurrencia con un puntaje mayor de dos puntos, lo que determinó el manejo y la indicación de la hospitalización en el caso de la paciente (18). Continuando con un estudio completo de las posibles causas de crisis convulsivas en la paciente para descartar causas estructurales y llegar así a un diagnóstico de descarte de epilepsia, teniendo en cuenta además el antecedente de su hermano que posiblemente tenga la misma afectación con un grado de herencia familiar importante.

Rotando en el servicio de neonatología se presentó el caso de un recién nacido a término de 39 semanas de edad gestacional, el cual presentó ictericia en las primeras 24 horas de vida, nacido de una madre O negativo

sensibilizada en sus anteriores gestaciones y sin profilaxis anti D, se sospecha por estas razones y posteriormente se confirma ictericia neonatal patológica por incompatibilidad de factor con isoimmunización al tener el Coombs directo positivo con anemia neonatal e hiperbilirrubinemia; los factores para determinar las diferencias entre la ictericia neonatal fisiológica y la patológica son varios, siendo en este caso la más relevante la aparición de la ictericia dentro de las primeras 24 horas de vida, otros factores serian una bilirrubina mayor a 12 mg/dL en recién nacidos a término y mayor a 15mg/dL en pretérmino, predominio de bilirrubina directa e ictericia prolongada (19). El riesgo de los niveles elevados de bilirrubina en sangre es principalmente la disfunción neurológica asociada a la hiperbilirrubinemia, ocasionando de no corregirse encefalopatía hiperbilirrubinémica tanto aguda como crónica afectando de manera irreversible el desarrollo neurológico del neonato (20). El tratamiento efectuado con fototerapia intensiva se realizó de acuerdo con los niveles de bilirrubina según las curvas teniendo en cuenta el tiempo de vida y la edad gestacional del paciente (20), y posteriormente se indicó exanguinotransfusión, teniendo esta como indicación la falta de respuesta a la fototerapia intensiva como se menciona en la literatura (21). El manejo efectuado cumple con los protocolos establecidos y la literatura que se tiene, siendo la evolución del paciente favorable y evitando así posibles complicaciones neurológicas asociadas a niveles tóxicos de bilirrubina libre en sangre, como se explicó anteriormente.

3.4 Rotación de cirugía general

En el servicio de cirugía general se relató el caso de un paciente que llegó a la emergencia con un dolor abdominal y síntomas asociados sugerentes de apendicitis aguda, para llegar a esta conclusión se realizó la escala de Alvarado, con la que se sacó un puntaje de 6 puntos, teniendo en cuenta que un puntaje menor de 5 prácticamente descarta una apendicitis aguda y uno de 9 o 10 la confirma, en el caso de un punto medio como en el que se encuentra el paciente, es recomendable el uso de imágenes para ayudar a dilucidar el diagnóstico, siendo de elección la tomografía, la que confirmó el diagnóstico del paciente para luego dar la indicación de entrar a sala de

operaciones (22). En cuanto al manejo, desde la profilaxis antibiótica preoperatoria, la cual se realizó con Cefazolina 2gr y Metronidazol 500mg 30 minutos antes de la cirugía, lo cual, si es correcto, sin embargo, desde el diagnóstico de apendicitis hasta la entrada a sala de operaciones pasaron aproximadamente 12 horas debido a que no se tenían disponibilidad de salas de recuperación, por lo que la antibioticoterapia debió iniciarse a penas se realizó el diagnóstico de apendicitis aguda (23). El manejo postoperatorio se dirigió en base a los hallazgos operatorios, acá se realizó un lavado de cavidad por encontrarse una peritonitis localizada, sin embargo, la literatura recomienda únicamente la aspiración del exudado purulento y no recomiendan la colocación de drenaje o el lavado de cavidad, ya que esto dispersa e irrita más el peritoneo (22). El manejo antibiótico posterior por 5 días si fue el adecuado, tanto en tiempo como la composición del tratamiento, pues se dio una cefalosporina de segunda generación para cobertura de bacterias Gram negativas y Metronidazol para cubrir bacterias anaerobias, las más comunes que se presentan en apendicitis aguda.

Finalmente, el caso de la paciente con una clínica sugerente de colecistitis aguda moderada, en el cual el abordaje diagnóstico se dio en dos tiempos; primero definiendo la enfermedad, y segundo su severidad; lo primero se realizó mediante los criterios de Tokio 2018 en el cual se tienen tres parámetros, la presencia de signos locales de inflamación como lo son el dolor o masa en el cuadrante superior derecho y el signo de Murphy, los signos de inflamación sistémica como la fiebre, leucocitosis y elevación de la PCR, y finalmente el criterio imagenológico mediante el tamaño de la vesícula, en la que se tiene una vesícula aumentada de tamaño con 8x4 cm y un evidente edema de pared vesicular de 5mm, además de la presencia de cálculos biliares, uno de ellos enclavado en el bacinete, con estos datos podemos confirmar el diagnóstico de colecistitis aguda (24); en un segundo punto en lo referente a la gravedad del cuadro podemos dividirlo en leve, moderada y severa, cada una con características propias, siendo severa cuando se asocia a alguna falla de órgano determinada por valores laboratoriales propios del sistema a evaluar, moderada con una leucocitosis mayor a 18 000, clínica de más de 3 días de duración, masa palpable en cuadrante superior derecho, signos inflamatorios localizados intensos, como lo son la colecistitis

gangrenosa, abscesos perivesiculares, entre otros, y siendo leve cuando no cumple ninguno de estos criterios para ser considerada como moderada o severa (24), siendo el caso del paciente una moderada por la leucocitosis específicamente. Luego del diagnóstico y clasificación según gravedad, se indicó de forma asertiva una colecistectomía temprana, procediendo al acto quirúrgico (24), sin embargo, a pesar de encontrarse en el acto quirúrgico cálculos en el colédoco, agregándose el diagnóstico de coledocolitiasis, no se realizó una colangiografía intraoperatoria por lo que no se llegó a confirmar que ya no hubieran cálculos en el colédoco (25), lo que justamente ocasionó que la paciente en un corto tiempo generara clínica de coledocolitiasis residual, la cual se hubiese podido evitar de haberse realizado en examen. El manejo antibiótico posterior se realizó con Piperazilina/Tazobactam (26), lo cual coincide con el manejo para el grado de colecistitis aguda que presentó la paciente y lo cual ayudo a su mejoría clínica a pesar de las complicaciones posteriores, por lo cual a pesar de esta esta mejoro a comparación de su ingreso.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La pandemia por el Sars Cov 2 ha sido y sigue siendo una de las principales dificultades que se presentaron en el presente año, tanto desde el punto de vista personal como en cuanto a formación profesional. Antes de la pandemia, el ambiente hospitalario en el que nos vimos dispuestos a trabajar fue muy distinto, al inicio en la rotación de medicina interna, adaptarse a un servicio en el hospital donde el interno era quien prácticamente manejaba el servicio con ayuda del residente, monitorizado por el asistente, el cual se encargaba de cerciorarse que el plan y las indicaciones de los pacientes dadas el día anterior se realicen, discutiendo el diagnóstico y manejo adecuada para cada uno; se realizaban turnos diarios, con guardias sin descanso postguardia, llegando algunos a durar hasta 40 horas seguidas en el hospital, la responsabilidad de que el plan se lleve a cabo en su cabalidad era casi exclusivamente labor del interno. Se realizaban además actividades académicas diarias en las que se dejaban temas a revisar por internos y residentes discutiendo casos clínicos y sobre patologías frecuentes, el periodo de adaptación es corto y se suele aprender sobre la marcha muchas de las cosas a pesar de tener charlas de inducción, que no se comparan con en si las labores que tenía un interno de medicina previo a la pandemia.

Durante la pandemia, como se ha mencionado en capítulos anteriores la situación cambió radicalmente, siendo ya no solo labor del interno el adecuado manejo del paciente, sino también del residente y el asistente como un equipo de trabajo, con horarios más espaciados y cumpliendo las normas dadas por los decretos de urgencia con todo el equipo de protección necesario para llevar a cabo las tareas propias del interno que se mantenían, pero no era el único que las ejecutaba, a diferencia de cómo era antes. Las actividades

académicas se vieron limitadas y se realizaron por videoconferencias, y durante las visitas se trataba de tener el menor contacto posible con los pacientes evitando exposiciones prolongadas e innecesarias para evitar contagios.

En general, el internado en este periodo ha sido una experiencia complicada desde muchos puntos de vista, siendo agotador antes de la pandemia y durante esta en diferentes aspectos. Antes, la carga de trabajo siendo abrumadora y la responsabilidad grande, al hacerse cargo de los pacientes, sin embargo, todo esto ayudo a enfrentar a un paciente enfermo y poder orientarme para saber qué hacer para descubrir sus dolencias y saber cómo tratarlas, poniendo en práctica conocimientos previos y aprendiendo de los doctores y otros profesionales de la salud que hacer y cómo funciona el sistema de salud en el país. Durante la pandemia la situación en cuanto aprendizaje fue diferente pues la demanda de pacientes y el constante temor a la enfermedad limitaban tanto un adecuado manejo, como una adecuada enseñanza, al limitar el ambiente donde se trabajaba y muchas veces ignorando los protocolos por falta tanto de recursos como de personal.

En cada especialidad se presentaron dificultades, en medicina interna, rotación llevada antes de la pandemia, la adaptación a una vida hospitalaria, la carga de trabajo, los turnos de largas horas, la responsabilidad de llevar a cabo el plan del paciente, el mismo trato con el paciente y con la familia hacían difícil poder distribuir los tiempos para poder completar estas tareas en su totalidad y poder estudiar cada día para el día siguiente enfrentarse a una visita médica llena de preguntas y aun con dudas sobre cómo se manejan enfermedades tan variadas desde un abordaje multidisciplinario; todo esto sumado muchas veces a la falta de recursos y a la realización de tareas muchas veces no propias del interno como son temas burocráticos asociados con el seguro integral de salud (SIS) y administrativo convirtieron a esta etapa en un reto el cual se puede sobrellevar con esfuerzo y dedicación. En las otras rotaciones que fueron durante la pandemia, luego de nuestro retorno las cosas fueron diferentes; en gineco-obstetricia aun sin tener residentes de primer año, el interno y el residente de segundo y tercer año manejaban centro obstétrico, muchas veces con una alta carga de pacientes y no pudiendo satisfacer la demanda y el adecuado monitoreo de una gestante en trabajo de

parto, aun con la ayuda de las enfermeras y obstetricas; las actividades académicas se llevaron por videoconferencia periódicamente con todas las exigencias que no se tenían en la visita médica, lo que llevo a sopesar el tema del aprendizaje, incluso al momento de asistir e instrumentar en procedimientos quirúrgicos, que se limitaban a cesáreas de emergencia. En pediatría la situación en el INSN fue diferente, el interno se limitaba a realización de historias clínicas y no al manejo o terapéutica del paciente que se restringía a los asistentes, al menos en el área de hospitalización, por lo que la enseñanza era más clínica y con supervisión constante de residentes y asistentes; en emergencia la situación cambiaba un poco al tener un poco más de autonomía al momento de manejar al paciente pero siempre con la limitación de no poder realizar rotaciones en prioridades superiores a la prioridad III; por otro lado las actividades académicas completaban y se enfocaban en las carencias hospitalarias desde el punto de vista del tratamiento del paciente y ayudaban a consolidar muchas de las cosas que uno veía en el hospital. Finalmente, en la rotación de cirugía, el interno a diferencia de las otras rotaciones llevadas en tiempo de pandemia, tenía más autonomía en el manejo, sin embargo las visitas con asistentes de diversos servicios al estar todos los pacientes juntos ahora en un único ambiente de cirugía dificultaba la secuencia del plan de trabajo de cada paciente y limitaba la posibilidad que este siga un tratamiento completo y definitivo; se limitó además la entrada a sala de operaciones de los internos, y la presencia de rotaciones externas de internos fuera de la sede, disminuía el número de pacientes a nuestro cargo y por ende nuestra oportunidad de enseñanza, la cual de por si era limitada, debido a que a diferencia de las otras rotaciones, la actividad académica era mínima y en rotaciones por tópico de cirugía hasta inexistente, lo cual limito a un manejo muy poco productivo con asistentes que imponían mucho sus puntos de vista sobre los otros y retrasaban o indicaban manejos muchas veces discordantes entre sus iguales y con las guías de manejo de la propia especialidad. A pesar de todas las dificultades mencionadas, el internado cumplió su función en cada una de las especialidades, enseñando que hacer y como trata a un paciente, hasta las deficiencias y que practicas no se deben realizar creando discrepancia entre

lo que habíamos aprendido y lo que efectivamente se hacía en la práctica diaria.

CONCLUSIONES

Nos hemos visto este último año de formación en una situación nunca antes vista antes tanto como en la formación profesional del médico cirujano, como en el propio sistema de salud peruana, lo que nos ha hecho experimentar de primera mano las situaciones relatadas en este informe sin una experiencia previa y con cierto temor ante lo que no conocemos y ante una enfermedad que nos afecta tanto a nosotros como a nuestras familias a las cuales también expusimos al retornar a nuestras labores hospitalarias tanto antes de la pandemia al no poder pasar tiempo con ellos y muchas veces perdiendo el contacto por la carga laboral implantada, como después al tener que aislarnos y no poder compartir momentos con ellos por temor a que se enfermaran por culpa nuestra, esta es solo una de tantas adversidades que tuvimos que sobrellevar este año, pero de lejos la más relevante. Dejando de lado el tema familiar, en lo personal la incertidumbre ante la posibilidad de dejar un internado con la esperanza de que el año siguiente la situación mejore era una duda que se planteó en su momento, pero la cual felizmente fue disipada al ver que incluso en una pandemia hemos podido con dificultad y mucho empeño lograr las aptitudes necesarias para consolidar nuestra formación, y que a pesar de que los años siguientes la situación se mantiene con muchas, si no las mismas deficiencias que tuvimos que enfrentar este año, en el futuro con la misma dedicación y esfuerzo se puede llevar a cabo una buena formación académica a puertas de ser profesionales de la salud.

Cabe resaltar que el internado médico ha sido y sigue siendo un reto para interno de medicina que sale de la facultad con conocimientos y destrezas que

puede incluso considerar suficientes para poder enfrentar la vida hospitalaria, sin embargo, la realidad en el hospital es muy distinta a la que se dice en las clases, seminarios y prácticas como estudiante de medicina; los casos, las vivencias en parte acá expuestas, es solo un fragmento del libro de experiencias vividas junto con los pacientes, compañeros, maestros, doctores y otros profesionales de la salud a lo largo de todo este tiempo de mucho aprendizaje y desarrollo profesional.

En los casos que se relataron se vio el manejo de enfermedades, tanto lo que tiene sustento en guías o artículos, como el que no, o el que no debió realizarse pero debido a diversas razones que muchas veces escapan de los nuestra responsabilidad como meros espectadores de la situación, aun sin responsabilidad médico legal, y desestimando nuestra opinión, incluso nosotros mismos pensando que la experiencia y que nuestros superiores son no cometen errores o tendrán razones que no comprendemos justifican su accionar; la actitud crítica que debe tener el interno ante estas actitudes siempre con respeto, pero con mucha seguridad de confiar en lo que uno sabe y dando la opinión a que se desarrollen las cosas como mejor se puedan teniendo como único objetivo el bienestar del paciente, velando por su tranquilidad y la de sus familiares.

Finalmente, este informe expone tanto la situación, las vivencias y experiencias, y aptitudes que se han podido desarrollar al poder ver, diagnosticar y tratar pacientes como los expuestos en los casos en capítulos anteriores, el trabajo en conjunto con el personal asistencial del hospital y otros profesionales de la salud que han estado pendientes de nuestro aprendizaje y supervisando nuestras actividades permitiendo que se den los momentos para consolidar nuestros conocimientos poniéndolos en prácticas, y las complicaciones de llevar un internado contrastando la vida hospitalaria y aprendizaje antes y durante la pandemia de COVID en nuestro país, que a pesar de los baches en el camino, hemos podido salir y culminar nuestro internado de forma, a mi parecer, satisfactoria.

RECOMENDACIONES

Las principales complicaciones se generaron durante el internado médico no se limitaron a la coyuntura nacional, si no te hubieron numerosas trabas netamente administrativas que retardaron el retorno y cumplimiento de los pactos entre las instituciones encargadas de nuestra educación profesional y nuestros por así llamarlo “empleadores”, ninguno queriendo asumir la responsabilidad de que un interno retorne por temor, a nuestra enfermedad y a que se ocasionen problemas legales asociados a este, por lo que estos problemas deberían quedar en segundo plano y asegurar una adecuada comunicación con las tres partes involucradas, el alumnado, la universidad y el MINSA para evitar demoras innecesarias de índole burocrático.

En cuanto al ámbito académico durante la pandemia se debe plantear una adecuada organización entre la universidad y los tutores a cargo de los alumnos de las universidades para programar la resolución de casos clínicos y elaboración de temas que compensen de cierta manera la falta de actividades académicas, que no se realizan en todos los servicios de manera regular.

Los doctores tutores de cada universidad necesita tener una comunicación constante con cada uno de sus alumnos a cargo, ya que tanto antes como después de la pandemia la comunicación se limitaba a la necesidad de ayuda por parte del alumno o solicitar notas de la rotación por parte del tutor.

El MINSA por múltiples motivos han incumplido muchos de los acuerdos dados en las numerosas reuniones que se tuvieron con las partes involucradas para el retorno de los internos, este organismo debería dar seguridad y tener compromiso con los pactos, que lamentablemente su incumplimiento no se limita a los internos del área de la salud, sino a todos los profesionales de la salud que laboran para este organismo.

Este informe recoge muchas de las carencias y logros obtenidos a lo largo del internado, sin embargo, este no refleja en su totalidad todas las experiencias, dudas y momentos difíciles vividos en el hospital; si es que ese es su objetivo, la intención de que funcione como aplicación a título profesional no lo consideraría relevante, y sugeriría limitarlo a los conocimientos adquiridos durante el internado con mayor descripción de patologías y su diagnóstico y manejo para motivar el aprendizaje para el futuro.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Albitres-Flores Leonardo, Pisfil-Farroñay Yhojar A., Guillen-Macedo Karla, Niño-García Roberto, Alarcon-Ruiz Christopher A. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2020 jul [citado 2021 Abr 12]; 37(3): 504-509. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300504&lng=es.
2. Mazzeti P. Vizcarra M. Cateriano P. Alva M. Decreto de urgencia N^o 090-2020. Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la covid -19. El peruano. 3 de agosto. 2020.
3. Bolarte J. Sanchez M. Alvarezcano J. Lam C. et al. Documento técnico: Análisis de la situación de salud hospitalaria. Hospital Nacional Dos de Mayo. Barrios altos, Lima. 2017
4. Alarcón Valentina, Alarcón Edith, Figueroa Cecilia, Mendoza-Ticona Alberto. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 Abr 17]; 34(2): 299-310. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17264634201700200021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2384>.
5. Jaimovich SG, Driollet Laspiur S, Figurelli S, Guevara M, Gardella J. Tuberculoma que simula una neoplasia cerebral. Sugerencias diagnósticas y terapéuticas. Neurología Argentina. 2013;5(1):30-3.
6. Calle M. Canterac G. Morales J. Roseff G. Venegas D. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. Lima, Perú. 2018.
7. Instituto nacional de estadística e informática (INEI). Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer trimestre del 2019. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima, Perú. 2019.

8. Sabatine M. Pocket medicine. Wolters Kluwer. Massachusetts, USA. 7^{ma} edición. 2017.
9. Mearin F. Balboa A. Castells A. Domínguez JE. Esteve M. García-Erce JA. et al. Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva. *Gastroenterología y Hepatología*. 2010;33(8):605-13.
10. Donato H. Rosso A. Buys C. Rossi N. et al. Comité nacional de hematología. Anemia ferropénica, normas de diagnóstico y tratamiento. *Arch.argent.pediatr* 2001; 99(2). 162.
11. Saccone G, Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212:627.e1.
12. Ventura Laveriano Walter, Mazarlo Redondo Conny. Significado clínico del Doppler patológico en la arteria cerebral media en fetos del tercer trimestre. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2010 [citado 2021 Abr 18]; 75(6): 405-410.
13. Kenneth J. Moise J. Lockwood C. Kleinman S. et al. RhD alloimmunization in pregnancy: management. Wolters Kluwer. UpToDate. 2021.
14. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017- 2021 (R.M. N° 440-2017/MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Cáncer - Lima: Ministerio de Salud; 2017
15. Munro MG. Critchley HOD. Fraser I. The FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet*. diciembre de 2018;143(3):393-408.
16. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer. Available at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf. Version 3.2019. December 17, 2018
17. Trinka, E., Cock, H., Hesdorffer, D., Rossetti, A.O., Scheffer, I.E., Shinnar, S., Shorvon, S. and Lowenstein, D.H. (2015), A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*, 56: 1515-1523.

18. Sidharth, Sharma S, Jain P, Mathur SB, Malhotra RK, Kumar V. Status Epilepticus in Pediatric patients Severity Score (STEPSS): A clinical score to predict the outcome of status epilepticus in children- a prospective cohort study. *Seizure*. octubre de 2019; 71:328-32.
19. Kaplan M, Wong R, Burgis J, Sibley E, Stevenson D. Neonatal jaundice and liver diseases. Elsevier. 2011. 10.1016/B978-0-323-06545-0.00057-1.
20. Jaundice in newborn babies under 28 days. National institute for health and care excellence (NICE). 2016;25.
21. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114:297.
22. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg*. diciembre de 2020;15(1):27.
23. Smink D, Soybel D, Weiser M, Cheng W. Management of acute appendicitis in adults. Wolters Kluwer. UpToDate. 2021.
24. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. enero de 2018;25(1):41-54.
25. Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, Sultan S, Fishman DS, Qumseya BJ, Cortessis VK, et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointestinal Endoscopy*. junio de 2019;89(6):1075-1105.e15.
26. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. enero de 2018;25(1):3-16.

ANEXOS

Advantages and disadvantages of oral versus IV iron

	Advantages	Disadvantages
Oral iron	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effective for most patients ▪ Extremely low risk of serious adverse events ▪ Initial costs very low 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastrointestinal side effects are common ▪ Compliance may be low ▪ May be inadequate for severe or ongoing blood loss ▪ May require administration for several months ▪ Total costs may be higher
IV iron	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effective for most patients ▪ More rapid correction of anemia and resolution of symptoms ▪ Ability to administer large doses (up to 1000 mg elemental iron) in a single infusion ▪ Compliance is assured ▪ No gastrointestinal side effects 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requires monitored intravenous infusion ▪ Rare cases of allergic or infusion reactions ▪ Requires equipment and personnel to treat allergic or infusion reactions ▪ Initial costs may be higher

Refer to UpToDate content on the management of iron deficiency for further details. Advantages, disadvantages, costs, and burdens for any individual patient may depend on a number of factors.

IV: intravenous.

Graphic 106070 Version 1.0