



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO DURANTE LA PANDEMIA POR LA
COVID 19 EN DISTINTOS HOSPITALES DE LIMA - PERÚ EN LOS AÑOS 2020 Y
2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
LUCY JAQUELINE ZAGA QUISPE

ASESORA

DR. HENRY GUIJA GUERRA

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO DURANTE LA
PANDEMIA POR LA COVID 19 EN DISTINTOS HOSPITALES DE
LIMA - PERÚ EN LOS AÑOS 2020 Y 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR
LUCY JAQUELINE ZAGA QUISPE**

**ASESOR
DR. HENRY GUIJA GUERRA**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Baltazar Mateo

Miembro: Mg. Oscar Otoyá Petit

Miembro: Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a mi familia por el inmenso apoyo brindado incondicionalmente hacia mi persona a lo largo de toda mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos mis maestros que en mis 7 años de carrera me supieron enseñar con entusiasmo y paciencia el verdadero arte de la medicina.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1. Rotación de Cirugía	1
1.2. Rotación de Medicina Interna	7
1.3. Rotación de Ginecología	12
1.4. Rotación de Pediatría	17
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ	21
2.1. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	21
2.2. Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé”	24
2.3. Hospital de Vitarte	25
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
3.1. Rotación de Cirugía	26
3.2. Rotación de Medicina Interna	30
3.3. Rotación de Ginecología	35
3.4. Rotación de Pediatría	39

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	45
4.1. Rotación de Cirugía	45
4.2. Rotación de Medicina Interna	46
4.3. Rotación de Ginecología	46
4.4. Rotación de Pediatría	47
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
FUENTES DE INFORMACIÓN	50
ANEXOS	55
1. Criterios de gravedad de Colecistitis Aguda	55
2. Criterios de Ranson para predecir severidad de pancreatitis aguda	56
3. Score de Marshall: severidad de pancreatitis aguda	57

RESUMEN

Durante la pandemia por la COVID 19, el internado médico de los que comenzaron a inicios del año de 2020, fue significativamente afectado. La autora del trabajo inicio el internado en el Hospital José Casimiro Ulloa hasta mediados de marzo del 2021, retomándolo en octubre del mismo año, hasta abril del 2021.

En el internado médico se rota por diferentes especialidades, las cuales son medicina interna, cirugía, ginecología y pediatría. Pero por la pandemia, los horarios, y por ende el número de pacientes que el interno atiende fue reducido, afectando a su aprendizaje y su adquisición de nuevas habilidades.

Objetivo: describir lo aprendido a lo largo del último año de la carrera de medicina, con el fin de obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Metodología: comparar el manejo hospitalario de los casos clínicos descritos, con el de guías clínicas o medicina basada en evidencia.

Conclusiones: A pesar de las dificultades y limitaciones que se dieron después de la reincorporación al internado, los internos han sabido sobrellevar éstas, tratando de encontrar soluciones y aprovechando cada oportunidad que se presentaba.

Palabras clave: internado médico, Cirugía general, Medicina interna, Ginecología, Obstetricia, Pediatría.

ABSTRACT

During the COVID 19 pandemic, the medical internship that began at the beginning of 2020 was significantly affected. The author of the work began the internship at the José Casimiro Ulloa Hospital until mid-March 2021, resuming it in October of the same year, until April 2021.

In the medical internship, you rotate through different specialties, which are internal medicine, surgery, gynecology and pediatrics. But due to the pandemic, the schedules, and therefore the number of patients that the intern cares for was reduced, affecting their learning and their acquisition of new skills.

Objective: to describe what has been learned during the last year of the medical career, in order to obtain the Professional Title of Surgeon, based on the medical internship carried out in different hospitals in Lima, Peru, during the years 2020 and 2021

Methodology: to compare the hospital management of the clinical cases described with clinical guidelines or evidence-based medicine.

Conclusions: Despite the difficulties and limitations that arose after returning to the boarding school, the medicine intern has been able to cope with these, trying to find solutions and taking advantage of every opportunity that presented itself.

Keywords: medical internship, General surgery, Internal medicine, Gynecology, Obstetrics, Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

Cuando una persona elige ser médico, debe ser consciente de lo que se va a enfrentar en el futuro. Por eso, desde los primeros 3 años de la carrera, donde el alumno toma los cursos de ciencias básicas para poder tener una base sólida para entender lo que ocurre en el cuerpo humano, hasta que entra a las ciencias clínicas, la cual también tiene una duración de 3 años, donde el alumno no solo absorbe toda la información basada en evidencia de las enfermedades, sino que acude a rotaciones a hospitales por cada especialidad, y con ayuda de sus maestros, puede comprobar que la medicina no se trata de solo leer, sino de ver, escuchar, sentir. Y que tampoco se trata de una ciencia matemática, donde todo es exacto, sino que cada paciente es un caso excepcional, y el tratamiento también debe ser individualizado.

En el año de internado médico empieza su camino hacia ser personal de salud. El interno bajo supervisión de un residente o asistente, aplicando los conocimientos adquiridos en los años previos, se encargará de realizar la anamnesis del paciente, así como el examen físico, y deducir los diagnósticos probables del paciente. El interno escribe en la historia clínica los datos proporcionados por el paciente y por la exploración física, utilizando términos clínicos y siendo consciente que es un documento médico-legal. Además, también se encarga de agilizar los exámenes pendientes, hacer su seguimiento y la evolución del paciente. El interno a su vez adquiere habilidades nuevas de procedimientos básicos como hacer puntos de sutura, realizar el vendaje de pacientes, curar heridas de pacientes ya sean pos operados o no, entre otras.

Por último, pero sin restarle su importancia, el interno aprenderá a mejorar sus habilidades comunicativas con los pacientes, y así, sumado a lo anteriormente mencionado, poder brindarles una atención de calidad.

El interno realizó 4 rotaciones en su época de internado médico: Medicina interna y Cirugía en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Ginecología y Pediatría en el Hospital San Bartolomé y Ginecología en el Hospital de Vitarte.

El HEJCU tiene como misión contribuir en la mejora de la salud poblacional, atendiendo urgencias y emergencias de manera precoz. Anteriormente ubicada en la av. Grau, y luego en la avenida José Larco, fue inaugurado en 1980 en Miraflores, en la avenida República de Panamá. Inicialmente contaba con solamente 2 pisos, ampliándose posteriormente a 6 pisos más para poder equiparar más camas.

El nosocomio tiene la siguiente cartera de servicios: hospitalización, centro quirúrgico, consulta externa, emergencia, UCI, patología clínica, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, medicina de rehabilitación, nutrición y dietética, centro de hemoterapia y banco de sangre, farmacia y central de esterilización.

El día 29 de diciembre del 2019, los internos que eligieron rotar en el hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU), recibieron una inducción en la que protocolarmente se iba explicando cada uno de los puntos más importantes a considerar al empezar la rotación.

El Dr. Pancorvo, quien es director de dicho nosocomio, dio palabras de bienvenida a quienes serían los nuevos integrantes del personal hospitalario. Consecuentemente, una interna que ya finalizaba sus días de rotación en el hospital, brindó unas palabras de ánimo hacia los nuevos. Después, la jefa del servicio de epidemiología procedió a explicar acerca de uno de los temas más relevantes que se debe tener en conocimiento en el internado: la Bioseguridad en el ambiente de trabajo. En este se explicó acerca de los principios básicos

de la bioseguridad, los cuales son: Universalidad, es decir, tener en cuenta que todo objeto o fluido son un riesgo muy alto de infección; la colocación de barreras protectoras, en la que se recalca que utilizar un medio físico disminuye el riesgo de contacto con agentes contaminantes; y medios de eliminación de material contaminado, es importante conocer los distintos procesos y dispositivos que hay para descartar materiales usados para atender pacientes. Por otro lado también se explico acerca de las vías de transmisión de agentes biológicos, conceptos como limpieza, desinfección, esterilización y antisepsia.

Otro aspecto en que se hizo mucho énfasis fue en el lavado de manos: se explico acerca de los momentos en que se debe realizar esta acción, que es antes y después de: estar expuesto a fluidos corporales, examinar un paciente, manipulación de objetos que estaban en el entorno del paciente, uso de guantes. También, se resaltó que los internos deben aprender a realizarse un correcto lavado de manos, incluyendo los 11 pasos que lo constituyen. Con respecto al uso de protección personal, se enseñó el uso adecuado de guantes, mandil, lentes y mascarilla.

Al finalizar la exposición acerca de las medidas de bioseguridad en el internado, se procedió a la distribución de internos. El residente eligió al azar quienes empezarían su rotación en el Hospital San Bartolomé, y quienes en el Hospital Casimiro Ulloa. En el caso de la autora de este trabajo, empezó a laborar en el segundo nosocomio mencionado. Con respecto a la elección de rotación de inicio, también fue al azar, por lo que la autora comenzó su rotación en el servicio de Cirugía.

En diciembre del 2019, se reportó un brote neumonía grave, sin etiología conocida en Wuhan, China. Este se propagó a rápida velocidad en distintas ciudades de China entre los dos primeros meses del 2020. Esta enfermedad, ahora llamada COVID 19 (por Coronavirus disease- 2019), se instaló en diversas regiones circundantes al país asiático, y a diferentes continentes. Todo esto tuvo consecuencia que la Organización mundial de Salud (OMS) declarara como pandemia la enfermedad por este nuevo virus, señalando de manera

imperativa que todos los países tomen las máximas precauciones posibles para evitar la mayor extensión de la enfermedad.(1)

El 6 de marzo del 2020, el entonces presidente de la Republica Martin Vizcarra, manifestó en un comunicado la llegada del primer caso de COVID 19 en el Perú. Se tratar de un joven procedente de Europa.(2)

Así, el día 15 de marzo, se declaró al país en estado de emergencia Sanitaria por la llegada del nuevo virus SARS COV2 al Perú, es por ello que desde el día 16 de ese mes, el internado medico fue suspendido, obligando a todos los internos del país volver a sus domicilios para cumplir la inmovilización obligatoria establecida por el gobierno. Así fue hasta el mes de agosto, que por decreto de urgencia N090-2020, se dio a conocer la reanudación de actividades de internos de ciencias de la salud en los establecimientos públicos del ministerio de salud, a partir del 15 de agosto del 2020. (3)

Además, se disponen los lineamientos para la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud, donde se manifiesta que el retorno a las actividades de internado es netamente voluntario, que deba estar centrado por el MINSA, que cuente con cobertura de seguros, que tenga prueba de detección rápida para SARS COV 2 negativo, y que se les disponga equipos de protección personal. Se manifestó que el retorno a internado medico sea hacia establecimiento de salud I-3 e I-4, y que sean cercanas al hogar de interno, para evitar mayor exposición al virus. Además se señaló, que mientras esté vigente la Emergencia Sanitaria, el internado se realizaría asistiendo 15 días continuamente, seguido de 15 días de descanso. El horario consistiría de lunes a sábado de 7 de la mañana hasta las 13: 00, y contar con 2 guardias diurnas, de 7 de la mañana hasta las 7 de lo noche.

El internado médico de la autora del informe, reinició el día 12 de octubre, empezando así su rotación de Medicina Interna hasta el mes de diciembre. Seguidamente, rotó en el Hospital de San Bartolomé en el Servicio de

Ginecología en el mes de enero. Sin embargo, la rotación quedó suspendida debido al aumento de casos de la COVID19 en el nosocomio. Durante el mes de febrero, pudo completar su rotación de Ginecología en el Hospital Vitarte. Por último, la rotación de pediatría la realizó en el Hospital San Bartolomé, la cual iniciaba previa presentación de carnet de vacunación y prueba antigénica negativa al departamento de Docencia. (4)

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.

1.1. ROTACIÓN DE CIRUGÍA:

Cirugía fue la primera rotación del interno. Dentro del servicio de Cirugía, el interno pudo rotar, en orden cronológico, dentro de los servicios de Cirugía de tórax y cardiovascular, Anestesiología, Traumatología, neurocirugía, tópico, área de observación y tópico. En la rotación de cirugía de tórax y cardiovascular, tuvo la experiencia de colocar un tubo de toracostomía en un paciente que tenía hemotorax masivo. Además, se vio patologías como aneurisma de Aorta, en una paciente que tenía una masa pulsátil en el abdomen; una paciente referida por empiema, otra por quiste hidatídico, etc. En el servicio de anestesiología, el interno realizaba el riesgo anestesiológico a los pacientes que iban a ser sometidos a cirugía; además, tuvo experiencia en intubación de pacientes, completar la hoja anestesiológica durante la cirugía, trasladar a los pacientes desde sala de operaciones hasta sala de recuperación y ver su evolución, entre otros. En el servicio de Traumatología, el interno tuvo experiencia en limpiar heridas de fijaciones externas de pacientes que tuvieron fracturas abiertas, colocación de yeso en fracturas cerradas. En el servicio de neurocirugía, se realizaba limpieza de heridas y, además, se tuvo la oportunidad de retirar el tubo de drenaje en un paciente con hematoma subdural.

En el tópico de cirugía, el interno múltiples oportunidades de suturar heridas, ya sea en cabeza, en cara, labio, en brazo, en mano, en dedo, en rodilla, y

en pierna. Se aprendió a diferenciar el número de días en el que el paciente tendría que acudir a su centro de salud para el retiro de puntos, a decidir qué antibiótico necesitaba el paciente. También se aprendió el manejo de una mordedura de perro, o de otros animales; a cuando pedir una radiografía para descartar algún tipo de fractura, y si fuese necesario, mandarlo al servicio de traumatología para que le den indicaciones más específicas. Se aprendió varios tipos de suturas, ya sea punto simple, cruzado, colchonero, invertido, etc. También se aprendió el manejo de pacientes con quemaduras de primer y segundo grado e inferir el porcentaje de quemadura en el cuerpo.

En el servicio de observación, es donde se veían más casos. Se vio en distintas oportunidades, venir pacientes con apendicitis y colecistitis. El interno es el primero en recibir a los pacientes y preguntarles acerca de la historia de su enfermedad, hacer el examen físico, inferir los diagnósticos probables, que luego son confirmados por los médicos residentes y/o asistentes. Además, se encarga de pedir los exámenes auxiliares necesarios para poder acercarse más al diagnóstico definitivo y así poder definir la conducta terapéutica. Entre otras patologías están: obstrucción intestinal, trauma esplénico, colangitis, diverticulitis, trauma abdominal por PAF, etc.

En el servicio de hospitalización, el interno a primera hora del día se encarga de evaluar a los pacientes y hacer la evolución de estos en su historia clínica. Después, se pasa visita cama por cama con el asistente y el residente, para decidir si se cambia algo en la terapéutica del paciente o si es necesario pedir algún otro examen auxiliar. El interno también aprende a curar heridas postquirúrgicas, así como el cambio de bolsas de colostomía, o de curar úlceras por presión.

A continuación, se narrará dos casos clínicos de interés por el interno.

CASO 1: Colecistitis aguda

Filiación: paciente mujer de 62 años, con tiempo de enfermedad de 3 días.

Relato: paciente acude refiriendo que 3 días antes del ingreso presento dolor abdominal de intensidad 8/10 localizado en hipocondrio derecho, asociado a ingesta de alimentos de contenido graso. Refiere que no calma con analgésicos. 1 día antes del ingreso se asocia náuseas y vómitos, tras persistencia del dolor acude a emergencia. Sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos.

Al ingreso se toman las funciones vitales: Presión arterial 110/70 .frecuencia cardiaca en 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria en 20, temperatura en 36.8 °C axilar.

Al examen físico: el paciente se encuentra en decúbito dorsal. Y se encuentra lo siguiente: Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y fotorreactivas. Piel y faneras: piel turgente, hidratada, elástica. No icterico. Tibia. Llenado capilar menor a 2 segundos. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos. Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Al examen físico abdominal:

- inspección: no se evidencian lesiones.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes
- Palpación: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo, Blumberg negativo.
- Percusión: timpánico.

Se le cataloga como colecistitis aguda y se le realizan los siguientes exámenes de laboratorio: Exámenes de laboratorio: hemograma, PCR, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, perfil de coagulación.

Se manejó de la siguiente manera:

1. NPO, NaCl 0.9% 1000 cc I, II
2. Ceftriaxona 2 gramos EV c/24 horas
3. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
4. Dexketoprofeno 50 mg/2ml EV
5. Programar para SOP

Los resultados de exámenes de laboratorio fueron: leucocitos: 14000, abastones: 5, hemoglobina: 13, plaquetas: 340000. Perfil de coagulación y demás exámenes dentro de parámetros normales. Además, cuenta con exámenes de laboratorio de perfil hepático y colestásico: bilirrubinas levemente aumentadas a predominio directo (BT: 1.4 Y BD: 0.62) y GGTP elevada (100).

En la ecografía abdominal, presenta una vesícula biliar de 66 x 30 mm de diámetro, pared mide 4 mm de grosor. Múltiples imágenes litiásicas siendo la mayor de 47 mm. Contenido ecogénico con relación a barro biliar. Colédoco: de 4 mm. Resto de órganos dentro de parámetros normales. Conclusión: colecistitis aguda, litiasis vesicular, barro biliar, meteorismo intestinal abundante.

Informe quirúrgico: diagnóstico preoperatorio: colecistitis aguda. Operación propuesta: colecistectomía por laparoscopia

Hallazgos operatorios: a la videoscopia se aprecia vesícula biliar de +- 10 x 6 x 2 cm, conducto cístico ancho con longitud +- 3 cm, vía biliar no dilatada. Vesícula con barro biliar y abundantes litos. No líquido libre, no adherencias.

Descripción del procedimiento: colecistectomía anterógrada, hemostasia en lecho vascular, cierre de pared por planos hasta piel.

No hubo complicaciones en el procedimiento.

El tratamiento pos operatorio:

- 1) NPO x 8 horas luego DLA
- 2) NaCL 0.9% 1000 cc >80 cc/h
- 3) Omeprazol 40 gr EV c/24 horas
- 4) Ceftriaxona 2 gr EV C7 24 horas
- 5) Dexketoprofeno 5 mg EV c/ 8horas
- 6) Tramadol 50 mg SC PRN dolor intenso
- 7) Metoclopramida 10 mg EV c/ 8h
- 8) Ácido tranexámico 1 gr EV c/ 8h
- 9) CFV + BHE

En sala de hospitalización presenta evolución favorable.

CASO 2: Apendicitis aguda

Paciente varón de 31 años acude a emergencia indicando que 12 horas antes del ingreso presente dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de intensidad 5/10. 6 horas antes de ingreso se localiza en fosa iliaca derecha con intensidad 8/10, además, se agrega náuseas y pérdida de apetito.

Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos.

Funciones vitales: PA: 100/70 FC: 80 FR: 20 Sat O2: 99%

En el examen físico se encuentra lo siguiente: Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y fotorreactivas. Piel y faneras: es turgente, hidratada y elástica, tibia, tiene llenado capilar menor de 2 segundos. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos. Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax.

En el examen abdominal:

- Inspección: globuloso
- Auscultación: ruidos hidroaereos disminuidos
- Palpación: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha. Mc Burney positivo, Blumberg negativo. Dunphy positivo.
- Percusión: timpánico.

Se le cataloga como:

1. Síndrome doloroso abdominal
 - D/c apendicitis aguda

El tratamiento a seguir fue:

1. NPO
2. NaCl 0.9 % 1000 cc (I, II)
3. Omeprazol 40 mg EV c/ 24 horas
4. Ceftriaxona 2 gr EV c/ 24 horas
5. CFV
6. Preparar para SOP

Se recibe resultados de hemograma, presentando leucocitosis (13,7), con desviación izquierda (neutrófilos 82%) (7), por lo que el cuadro sugiere ser un abdomen agudo quirúrgico.

Se agrega a tratamiento: ciprofloxacino, metronidazol , metamizol condicional a dolor intenso, omeprazol, colocación de sonda vesical, vendaje de MMII y control de funciones vitales.

El paciente ingresa a sala de operaciones.

En el informe quirúrgico, se reporta como diagnostico postoperatorio apendicitis aguda no complicada. Los hallazgos operatorios fueron: apéndice cecal de 8 x 2 x 1 cm, con base conservada, había escaso liquido libre.

En el procedimiento de la cirugía, se realizó una apendicetomía anterógrada a muñón libre. Se cerró por planos.

No hubo complicaciones en el acto quirúrgico, y el paciente pasa estable a unidad de recuperación, presentando una evolución favorable.

1.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:

La rotación de medicina interna fue la primera en realizarse después de que se dispusiera el Decreto N090-2020. Los internos están prohibidos de rotar en áreas COVID, por lo que, usando un completo equipo de protección personal, pueden examinar pacientes rápidamente para evitar contagios. El interno realizó sus rotaciones en los servicios de hospitalización de medicina interna No COVID, y en el área de UCI No COVID. En el área de hospitalización, lamentablemente el número de pacientes No COVID era limitado, sin embargo, se trató de sacar el máximo provecho examinando a los pacientes, y preguntándoles acerca de la cronología de su enfermedad. Sin duda la patología más frecuente que hubo fue pancreatitis aguda, de etiología biliar. Además, hubo otras patologías como cetoacidosis diabética, enfermedad renal crónica, insuficiencia renal aguda, hipertiroidismo, etc. En el área de UCI no COVID, se tuvo pacientes mucho más críticos, como cetoacidosis diabética aun sin romper acidosis, colangitis aguda severa, pancreatitis aguda grave, shock séptico, etc.

A continuación, se presentara dos casos clínicos que llamaron la atención.

CASO 3: pancreatitis post CPRE

Paciente varón de 51 años, con antecedentes de COVID positivo 2 meses antes del ingreso, actualmente asintomático. Antecedentes quirúrgicos: cirugía de tendón de Aquiles hace masomesno5 años.

Refiere que aproximadamente 2 meses antes del ingreso presentó dolor abdominal tipo quemazón en mesogastrio. Que se automedica con Bristol y calma. Hace 1 mes nota coloración amarilla de escleras, asociado a coloración amarilla intensa de orina, e hipocolia. Molestia abdominal incrementa en intensidad desde hace un mes atrás. Acude a centro de salud, siendo sometido a ecografía abdominal con resultados no completos. Persiste cuadro de dolor abdominal cólico en mesogastrio de mayor intensidad desde hace 2 días. Motivo por el cual es llevado al servicio de emergencia del hospital. Vino con una colangiografía del 20 días antes del ingreso, en la cual se reportó colédoco de 16 cm, mas lito de 9 mm, barro biliar y litiasis vesicular.

Funciones vitales: T: 37 °C FC: 80 FR: 18 SATO2: 97%

Al examen físico el paciente se encuentra en decúbito dorsal. Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y fotorreactivas. Piel y faneras: piel turgente, hidratada, elástica. Tibia. Llenado capilar menor a 2 segundos. Ictericia: ++/+++. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Al examen a nivel abdominal:

- Inspección: no se evidencian lesiones.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes.
- Palpación: abdomen blando, distendido, dolor a la palpación en hipocondrio derecho e hipogastrio. no signos peritoneales
- Percusión: timpánico.

Se le diagnostica como:

1. Síndrome icterico obstructivo.
 - Coledocolitiasis d/c pancreatitis aguda

Resultados de laboratorio: leucocitos 10400. Plaquetas 391mm. Hb 11.6. Neutrófilos 64%. INR 1.44.PCR:0.99. GGTP: 2200. FA: 880. Bilirrubina total: 9.7. Directa: 6.11 (elevada) . Amilasa: 59.23 (valor normal: 40-140) lipasa: 111 (valor normal: 0 - 160). Urea: 30 (valor normal: 12-54). Hematocrito: 33%

CRM: sugestiva de coledocolitiasis

El tratamiento a seguir fue:

1. Dieta blanda hipograsa
2. Nacl 0.9% 1000 cc EV 60 cc x hora
3. Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
4. Metamizol 1 gr 1 amp . EV cada 8 horas
5. Hioscina 20 mg EV cada 8 horas
6. Ranitidina 50 mg EV cada 12 horas.
7. Fitomenadiona EV cada 12 horas.
8. CFV

Por lo que se hospitaliza en el servicio de gastroenterología.

Diagnósticos de hospitalización:

- Coledocolitiasis
- Litiasis vesicular

Por lo que el paciente es sometido a una Colangiopancreatografía retrograda endoscopia, en la cual se le realizó una Papiloesfinterotomía con extracción con balón. Los hallazgos fueron: coledocolitiasis y barro biliar, con fibrosis papilar corta. Se realizó la colocación de una prótesis pancreática, la cual se retirará 7 días después.

Al día siguiente de la CPRE, el paciente refiere presentar dolor en epigastrio tipo cólico de intensidad 7/10. Al examen físico abdominal , se encuentra dolor a la palpación en epigastrio, y ruidos hidroaéreos presentes. La

amilasa control postCPRE se encuentra aumentada 3 veces su valor normal (410), por lo que se diagnostica pancreatitis POSTCPRE y se inicia hidratación y manejo del dolor.

Sus demás exámenes de laboratorio se encontraban así: Hematocrito: 33%. Leucocitos: 10000. Urea: 27 Cr: 0.7.

Manejo:

1. Tramadol 50 mg 2 amp + dimenhidrinato 50 mg 1 amp + NaCl 0.9% → EV cada 8 horas
2. NaCl 0.9% 1000 cc . 180 cc/h
3. Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
4. Control de HGT

Al día siguiente, paciente niega molestias. Al examen físico, presenta el abdomen blando y depresible. Hemodinámicamente estable, afebril, con buena tolerancia oral. Evolución estacionaria y pronóstico favorable. Se indica progreso de dieta, e interconsulta a cirugía general.

CASO 4: pancreatitis aguda de etiología biliar que se complica con íleo biliar.

Paciente mujer de 59 años, con antecedentes de litiasis vesicular, apendicectomía abierta hace 10 años, antes del ingreso. Ingresó con tiempo de enfermedad de 2 días. 2 días antes del ingreso, presenta dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho y a espalda, asociado a náuseas y vómitos. Niega sensación de alza térmica.

Presenta funciones vitales estables. En el examen físico, presenta un abdomen globuloso, blando y depresible, con ruidos hidroaéreos presentes, y Murphy positivo. Por lo que se quiere descartar Colecistitis aguda y pancreatitis aguda.

Como tratamiento recibe: solución salina al 9% 1000cc, Hioscina 2 gr EV stat, metamizol 2 gr EV stat, Omeprazol 40 mg EV stat, dimenhidrinato 50 mg EV stat y Tramadol 100 mg SC stat.

Por lo que se le piden exámenes de laboratorio y ecografía. En la ecografía, se reporta litiasis vesicular. En los exámenes de laboratorio presenta: hemograma con 9.32 leucocitos y lipasa 1230, por lo que se diagnostica Pancreatitis aguda y se decide su hospitalización. Se mantiene tratamiento, pero se le indica metamizol, Hioscina cada 8 horas, y Tramadol condicional. Se le agrega solución polielectrolítica.

En el tercer día de hospitalización, la paciente presenta distensión abdominal, refiere que no eliminar flatos ni hace disposiciones, refiere que presentó vómitos en 8 oportunidades con contenido bilioso, y dolor abdominal. Al examen físico se encuentra un abdomen con moderada distensión, dolor a la palpación de manera difusa. Por lo que le coloca una sonda nasogástrica, y se le solicita Radiografía abdominal simple, ya que se quería descartar íleo mecánico o adinámico. Al principio se pensó que era un íleo adinámico por lo que se le solicita electrolitos, cuyos resultados fueron normales.

Los resultados de los demás exámenes de laboratorio como bilirrubina, fosfatasa alcalina, GGTP, transaminasas, proteínas totales y fraccionadas, se encuentran dentro de los parámetros normales.

En los resultados de la radiografía se observa imagen radiopaca en asas delgadas, asociado a distensión de asas intestinales, mas niveles hidroaéreos, además se evidencia aerobilia. Se solicita una interconsulta a cirugía, quienes le piden una tomografía, en donde se halla una fistula biliodigestiva que comunica vesícula con la primera porción del duodeno, vesícula con aire en su interior, dilatación de asas con varias imágenes litiásicas en su trayecto, a nivel del íleon proximal. Además las asas intestinales gruesas se encuentran colapsadas. Es por ello que cirugía la

programa para que ingrese a sala de operaciones, donde se encuentra un cálculo de 5 x 4 cm impactado aproximadamente a 1.8 metros del ángulo de Treitz, y 4 cálculos biliares circulares de 1 cm cada uno aproximadamente.

Al día siguiente la paciente presente mejoría clínica, se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, con dolor en la herida operatoria.

1.3. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA:

El interno realizó su rotación de Ginecología en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé en el mes de enero del año 2021. La primera rotación fue en el área de Centro obstétrico, donde las gestantes llegaban previa atención en emergencia. Ni bien las gestantes llegaban a este servicio, entraban al área de dilatación, donde, si el cérvix había dilatado 4 cm, es decir, ya estaban en trabajo de parto activo, el interno se encargaba de realizar vigilancia continua cada 15 minutos en la hoja de sus funciones vitales, monitoreo del número de contracciones uterinas en 10 minutos, de la intensidad de las contracciones, y la duración de estas. Se vio diferentes interurrencias en el transcurso del embarazo de las pacientes, tales como ITU, diabetes gestacional, amenaza de parto pretermino, colestasis del embarazo, etc. Además, se tuvo la oportunidad de realizar tactos vaginales a las pacientes que estaban en trabajo de parto activo. A las gestantes cuyo cérvix ya está dilatado en 10 cm o el feto ya estaba 'coronando', es decir, se podía visualizar la parte más externa de la cabeza del feto, la trasladaban al área de expulsivos. El interno tras observar partos realizados por sus residentes, va conociendo todo el proceso de atención del parto, y alumbramiento. El interno atiende el alumbramiento, usando las maniobras de Brand-Andrews, así como Dublin. Seguidamente, en el área de puerperio, el interno se encarga de realizar seguimiento de sus funciones vitales a la

puérpera inmediata, y además, se le indica que se realice automasajes en el vientre, para evitar la atonía uterina y por ende, la hemorragia posparto.

Luego de algunos días de rotación en el hospital ya mencionado, el servicio de docencia comunicó a los rotantes que había un aumento de casos de COVID19 en dentro del lugar de trabajo, por lo que se procedería a la suspensión del internado médico en el hospital hasta nuevo aviso.

En el mes de febrero, se continuó el internado en el Hospital Vitarte, donde el interno se encargaba de evolucionar a las pacientes que se encontraban en su puerperio inmediato, así como realizar tacto vaginal para evaluar las características de los loquios, los cuales deberían ser hemáticos y sin mal olor. Además, el interno aprendió a colocar implantes subdérmicos como método anticonceptivo. Además, en el área de atención de partos se atendió parto así como alumbramiento.

Las siguientes líneas cuentan dos casos clínicos de interés.

CASO 5: Leiomatosis

Anamnesis: madre de paciente mujer de 46 años refiere que 1 semana antes de ingreso empezó dolor abdominal tipo cólico (6/10) que cede parcialmente al reposo, sin otros síntomas asociados. 1 día antes del ingreso, el dolor se incrementa en intensidad (8/10), el cual no cede con analgésicos. Motivo por el cual acude a emergencia del nosocomio

Ampliación: desde hace aproximadamente 2 años refiere dolor de moderada intensidad en hipogastrio. Presenta sangrado vaginal durante menstruación de moderada intensidad, usando aproximadamente 5 toallas por día por 3 días. Dismenorrea (+)

Antecedente: miomatosis uterina (2019). MAC: ACO por 1 mes, hace 1 año. Retardo mental desde los 8 años.

Antecedente quirúrgico: quistectomía (2017)

Régimen catamenial: 3-4 /28 a 39 días (++).

Las funciones vitales son las siguientes: Temperatura: 36.5 °C. FC: 78. FR: 19. SATO2: 98% PA: 120/60

Al examen físico la paciente se encuentra en decúbito dorsal. Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas y fotorreactivas. Piel y faneras: piel turgente, hidratada, elástica. Tibia. Llenado capilar menor a 2 segundos. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax.

En el examen abdominal:

- Inspección: no se evidencian lesiones.
- Auscultación: ruidos hidroaéreos presentes.
- Palpación: abdomen blando, distendido, dolor a la palpación en hipogastrio. Blumberg (-). Masa palpable irregular en hipogastrio de 9 cm aproximadamente, móvil, Mc Burney (-). Murphy (-)
- Percusión: timpánico.

A nivel ginecológico: no hay sangrado vaginal. Especuloscopía: diferido por no haber tenido relaciones sexuales.

Diagnósticos presuntivos:

1. Síndrome doloroso abdominal: miomatosis uterina
2. Retardo mental por historia clínica

ECOGRAFIA: miomatosis uterina ubicación. Subserosa

Hemoglobina: 12.3

Tratamiento: Diclofenaco 75 mg IM STAT

En hospitalización, se le programa para histerectomía abdominal total , por lo que :

Rp:

1. NPO
2. Vs
3. Omeprazol 40 mg VO cada 24 horas
4. Alprazolam 0.5 mg VO a las 10 pm
5. Enema evacuante
6. Cefazolina 2 gr EV, 20 minutos antes de ir a SOP
7. NaCl 0.9% 1000 cc 40 cc/m antes de SOP.
8. Vendaje de MMII 30 minutos antes de SOP

CASO 6: cesárea por feto podálico

Paciente mujer de 20 años, en su G1 P0, acude por contracciones uterinas de moderada intensidad hace aproximadamente 8 horas , no refiere perdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Antecedentes personales: inicio de menstruación a los 15 años .régimen catamenial 5/28. Cantidad (++) . Rs: si (a los 18 años). Nro. de parejas sexuales: 1. Anticoncepción: no refiere

Niega antecedentes quirúrgicos

Funciones vitales: T: 36.5°C FC:78 FR: 19 sato2: 99% PA: 110/80 talla: 1.55 peso actual 65 kg. Peso usual 59 kg

Al examen físico la paciente se encuentra en decúbito dorsal. Piel y faneras: piel turgente, hidratada, elástica. Tibia. Llenado capilar menor a 2 segundos. Mucosas hidratadas. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. Mamas: no se palpa masas. Abdomen: útero blando ocupado por feto único.

Miembros inferiores: no edemas. Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas

Examen preferencial:

- Altura uterina; 30 cm. Situación: longitudinal. Posición: izquierda. Presentación: podálico
- LCF: 150 rpm
- Genitales externos: sin alteraciones
- Tacto vaginal: cérvix blando incorporado en 90%. Dilatado en 7 cm.
- Altura de presentación -4. Membranas ovulares íntegras.

Diagnóstico:

1. Pretermino 34 ss x FUR
2. Parto prematuro
3. Feto podálico
4. ARO: no controles prenatales

Tratamiento: Programar para Sala de operaciones.

Informe quirúrgico: RN varón, peso: 2375. Talla: 48 cm perímetro cefálico: 32 cm edad gestacional: 34 ss. Apgar: 6", 9".

No hubo complicaciones, y pasa a URPA.

En el posoperatorio:

Se recibe hematocrito control y está en 30.1 (valores normales son entre 36 y 48.7)

Se indica control de puerperio: oxitocina en infusión 5 U.I, de manera lenta. Analgesia con paracetamol.

Para el alta: Analgesia con paracetamol 1 gr cada 12 horas por 3 días y sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas por 7 días

Colocación de MAC a elección de la paciente: eligió implante subdérmico: Etonogestrel 68 mg (explanan)

Tele consulta en el servicio de ginecobstetricia en 7 días.

1.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

Se realizó la rotación de pediatría en el hospital San Bartolomé desde el mes de marzo. El primer servicio por el que se rotó fue Hospitalización pediátrica, en la Sala de Lactantes, donde la mayoría de pacientes tenían una prolongada estancia hospitalaria. Las guardias diurnas fueron suspendidas por jefatura del servicio de pediatría debido a que estas debían realizarse en el servicio de emergencia pediátrica, y los pacientes y sus madres llegaban sin constatar que son negativos a COVID 19. En el servicio de neonatología, el interno rota en las áreas de atención inmediata, donde realiza la atención de recién nacidos. El bebé es puesto en el vientre de la madre, donde el interno realiza el secado y estimulación del recién nacido, con las toallas precalentadas, luego es identificado con un brazalete por la enfermera y llevado a la cuneta radiante donde se le realiza su antropometría correspondiente, la profilaxis ocular y con vitamina K, y su respectivo examen físico. Además, también rota por el servicio de alojamiento conjunto, en el cual se ven patologías frecuentes como ictericia e hipoglicemia. Se aprendió a diferenciar un recién nacido con y sin ictericia, realizar todo el examen físico de un recién nacido, identificar signos normales (milia, eritema toxico) y anormales (ausencia de testículo en bolsa escrotal, soplos cardiacos), así como procedimientos como la toma de hemoglucotest en recién nacidos que lo requerían.

CASO 7: Atención inmediata del recién nacido con APGAR moderado

La madre del paciente de 32 años que ingresa al servicio de Centro Obstétrico con los diagnósticos: Gestante de 38 6/7 semanas por ecografía precoz, pródromos de trabajo de parto y anemia leve. Al entrar a centro obstétrico y colocarle Oxitocina para estimular la dinámica uterina, el feto empieza a presentar bradicardia en cada contracción, por lo que se decide el término de la gestación por vía alta.

El neonato nace, y se realiza las 3 preguntas: ¿es una gestación a término? ¿Tiene buen tono? ¿Respira o llora? El bebé no llora por lo que se le coloca en la cuna radiante. Se seca la cabeza del recién nacido con la toalla precalentada. Se estimula el dorso del bebé. Se cambia de toalla y con esta se cubre al bebé. Tras haber pasado el minuto estimulación táctil, se examina al paciente con respecto a su respiración y latidos. Solo presenta muecas, sus extremidades están flexionadas, su respiración es irregular y presenta 110 latidos por minuto, por lo que se cataloga como un Apgar de 6 puntos. Por lo que se decide colocarle Ventilación a Presión Positiva. Tras la colocación de ventilación, el bebé llora y la frecuencia cardiaca del RN aumenta, y la saturación de oxígeno se eleva poco a poco, por lo que a los 5 minutos, el Apgar sube a 9 puntos. Se coloca clampaje de plástico al cordón umbilical, a dos centímetros del ombligo, se le coloca solución oftálmica de gentamicina al 0.3% (eyemicin), se le coloca la profilaxis de vitamina K intramuscular. Se mide el perímetro cefálico (34 cm) y el perímetro torácico(34 cm). Se pesa al paciente en las bascula (pesa 3251 gr) y también se le mide (51 cm). Se mide la temperatura (36.9°C). Tiene un Capurro de 39 semanas. Con una jeringa de 1 cc se extrae sangre de cordón umbilical cortado, para obtener el Grupo y factor del RN. Se lava la cabeza del bebé con agua caliente, y se le viste.

Al examen físico, el recién nacido presenta 155 lpm, 58 rpm, y satura 95%. Se encuentra MV en ambos humiteras, no se auscultan soplos, ambos testículos se encuentran en sus bolsas escrotales, no presenta fractura de clavícula, y

hay presencia de Reflejos primitivos. Se le diagnostica como: Recién nacido a término varón, de 39 semanas, y Depresión moderada con resolución rápida.

A la reevaluación de 2 horas, el examen físico se encuentra también dentro de los parámetros normales, por lo que se le da pase a Alojamiento Conjunto, indicando también lactancia Materna exclusiva y reforzamiento de técnica de lactancia materna.

CASO 8: Soplo cardiaco en recién nacido a término.

RNAT 39 ss AEG varón, nacido por parto vaginal. Con 12 horas de vida, en su primer día de hospitalización en el área de alojamiento conjunto. Madre refiere haber hecho 8 cambios de pañal de deposición y orina. Refiere buena succión y escasa producción de calostro.

Ampliación: madre presentó ITU durante el embarazo, con tratamiento desconocido. Ultimo urocultivo salió negativo. Como antecedentes personales, presentó 1 cesárea anterior por feto podálico. Como antecedentes familiares, su padre sufrió un IMA hace 3 años.

Al examen físico: el paciente se encuentra en decúbito dorsal, junto a su madre, y recibe lactancia materna. Piel: turgente, hidratada, elástica. Tibia. Llenado capilar menor a 3 segundos. Sonrosado. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, se ausculta soplo sistólico II/V, intensidad máxima en el borde esternal superior izquierdo. Aparato respiratorio: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia. Genitourinario: testículo izquierdo no se encuentra en bolsa escrotal. Sistema nervioso central: reactivo a estímulos, reflejos primitivos presentes.

Por lo que se realiza interconsulta a cardiología y cirugía pediátrica. También se solicita la realización de una ecografía testicular.

En la ecografía se evidencia ausencia de testículo izquierdo en la bolsa escrotal, además de hernia inguinal izquierda y un quiste en el testículo derecho.

En la interconsulta de cardiología, se le realiza una ecocardiografía y se encuentra persistencia del foramen oval. La especialidad le da de alta e indica que no requiere tratamiento cardiovascular por el momento ya que no se encuentra sintomático.

El servicio de cirugía pediátrica solicita una ecografía abdominal, en la cual se identifica el testículo en la cavidad abdominal, tratándose entonces de una criptorquidia. La especialidad indica seguimiento por cirugía pediátrica por teleconsulta.

Para el alta definitiva, se cita al paciente por teleconsulta de neonatología, cirugía pediátrica y cardiológica para seguimiento. Además, se indica lactancia materna exclusiva a libre demanda y seguimiento de tamizaje metabólico.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO

2.1. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU):

El HEJCU tiene como misión contribuir en la mejora de la salud poblacional, atendiendo urgencias y emergencias de manera precoz. Fue resultado de la fusión del antiguo puesto central de la av. Grau con la asistencia pública de Miraflores. El primero fue inaugurado en julio de 1945 en Lima, mientras que el de Miraflores en 1955, en la av. José Larco. En el año 1980, se trasladó a su ubicación actual, la cual es av. Roosevelt n° 6355 y 6357 (ex av. República de Panamá), urbanización San Antonio distrito de Miraflores, departamento de Lima. Inicialmente contaba con solamente 2 pisos, ampliándose posteriormente a 6 pisos más para poder equiparar más camas. (5)

El nosocomio tiene la siguiente cartera de servicios: consulta externa, emergencia, centro quirúrgico, hospitalización, UCI, patología clínica, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, medicina de rehabilitación, nutrición y dietética, centro de hemoterapia y banco de sangre, farmacia y central de esterilización.

La categorización de establecimientos de salud en el Perú sirve para clasificar a estos, guiándose de su nivel de complejidad, capacidad resolutoria y las funciones que se desempeñan dentro de esta, para así poder brindarles a la comunidad la mejor atención. Los niveles de Atención en salud, los cuales son 3 se dividen de la siguiente manera:

Nivel I: Se subdivide en:

- I-1: no hay médico, sino otro profesional de la salud con o sin técnico. Hay consultorio externo, y se realizan actividades de prevención y promoción
- I-2: hay mínimo 2 médicos con o sin otro profesional de la salud
- I-3: hay más de 2 médicos, para atender 12 horas. Hay enfermera y/o obstetra, odontólogo, biólogo o tecnólogo médico, laboratorio para patología clínica y Radiología (para toma de Rayos X)
- I-4: se agrega pediatra, ginecólogo, sala de partos, internamiento de corta estancia (48 a 72 horas), nutrición, psicología, farmacia, ecografía

Nivel II: se subdivide en:

- II-1: hay sala de operaciones (es decir, cirujano y anesthesiologo), médico internista y otras especialidades. Además, hay hospitalización
- II-2: se agrega el área de UCI general, laboratorio para anatomía patológica, y especialidades quirúrgicas medianas tales como urología, oftalmología y otorrinología
- II-E: se enfoca en un grupo etario o especialidad

Nivel III: se divide en:

- III-1: hay UCI especializada, y todas las especialidades
- III-2: son institutos nacionales. se realiza docencia e investigación
- III-E: se enfoca en un grupo etéreo o patología especial

El hospital Casimiro Ulloa está en la categoría III-E, según la Resolución ministerial 099-2014 (6) (7)

Jurisdicción de referencia: es dependiente de la dirección de salud v - lima ciudad, que tiene una población asignada de 3'487,763 habitantes, con 28 establecimientos de salud, 10 hospitales y 06 institutos.

La población objetivo del hospital, abarca distritos como: Barranco, Surco, Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, en razón de su cercanía. También proceden de los distritos de San Borja, San Isidro, Surquillo, Miraflores, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, del Callao y referidos distintas ciudades del Perú.

División política y administrativa: conformado por una dirección general, un órgano de control institucional, 02 oficinas ejecutivas (dirección administrativa y dirección de planeamiento y presupuesto), 03 oficinas de asesoría, 08 oficinas de apoyo, 11 departamentos asistenciales y 07 servicios.

La extensión del HEJCU consta de un terreno de 1410.00 m², como planta física. De esta área total de terreno el hospital ocupa 1,046.86 m² (74.24%); presenta 07 pisos y dos sótanos. (5)

Los pacientes que necesitan ser referidos, son enviados a los siguientes establecimientos de salud: Hospital Nacional dos de Mayo, Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Arzobispo Loayza, Hospital Edgardo Rebagliati, entre otros. (6)

Antes que se declarase al país en estado de emergencia, el primer piso del hospital contaba con 2 tópicos de cirugía, 1 tópico de ginecología, 1 consultorio de traumatología, área de observación y Trauma shock. En el segundo piso se encuentra el servicio de hospitalización de neurocirugía y el departamento de patología clínica, En el tercer piso se encontraba el servicio de UCI y UCIN, sala de operaciones y hospitalización de traumatología. En el cuarto piso estaba con el servicio de hospitalización de cirugía. En el quinto piso estaba el servicio de hospitalización de medicina interna. Y por último, en el sexto piso se encuentra el área de residencia médica y el comedor.

Después de ya declarada la pandemia, el hospital se vio obligado a aperturar áreas para atender pacientes COVID y NO COVID. En el primer piso, fuera del hospital se instaló dos carpas, una para atender paciente COVID, y otra

para pacientes NO COVID. Dentro del hospital, el área de reposo ahora sería área COVID. Ahora solo se apertura un tópico de cirugía. En el tercer piso, se clausuró la UCIN, y el servicio de UCI ahora solo atiende pacientes NO COVID. En el cuarto piso y quinto piso, ya no se encuentran ubicados los servicios de hospitalización de cirugía y medicina interna, ahora ahí se ubican las áreas COVID tanto hospitalización como UCI COVID. Los servicios que fueron removidos de allí ahora se encuentran distribuidos en el antes servicio de hospitalización traumatología y dentro del servicio de neurocirugía. El servicio de hospitalización de traumatología quedó suspendido.

Al tener este cambio tan radical, el internado se vio afectado de manera que los internos ya no son el primer contacto con el paciente dentro del hospital. Como interno, ya no se puede aprender mediante la práctica sobre cómo atender pacientes agudos. La cantidad de pacientes se ha reducido de una manera significativa debido a que varios de ellos son internados en áreas COVID, donde los internos están prohibidos de ingresar.

2.2. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI)

La misión del hospital san Bartolomé es brindar atención altamente especializada a la salud sexual y reproductiva de la mujer y atención integral al feto, neonato, lactante, niño y adolescente.

Este nosocomio se ubica en la Avenida Alfonso Ugarte 825, en el Cercado de Lima, ocupa un terreno de 5000 m². El principal pabellón tiene seis pisos, el local que cuyo fin fue ampliar el territorio cuenta con tres pisos.

El HONADOMANI SAN BARTOLOME, es el hospital de mayor capacidad resolutive en el área materna infantil a nivel nacional. Es un establecimiento de salud de la categoría III-1. Brinda atención altamente especializada en el servicio de emergencia, hospitalaria, y de consulta externa.

Su cartera de servicios comprende: atención ambulatoria, hospitalaria, quirúrgica, de cuidados intensivos, de emergencia y de soporte diagnóstico y tratamiento, para así definir un diagnóstico para decidir la conducta terapéutica adecuada.

Los pacientes son referidos a los siguientes establecimientos de salud: instituto nacional de salud del niño de San Borja, hospital nacional arzobispo Loayza, instituto nacional de salud del niño de Breña, Hospital de Emergencias pediátricas, Hospital Cayetano Heredia, Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, entre otros. (8)

Tras empezar el internado después de declarada la pandemia por COVID 19, ya no se puede atender pacientes en emergencias pediátricas, así como ginecológicas, por lo que limita el aprendizaje para el interno mediante la experiencia.

2.3. Hospital de Vitarte:

La misión del hospital de Vitarte es brindar atención precoz y de calidad adecuado a su nivel de complejidad. Se brinda prevención y promoción de la salud, especializada y de recuperación. .La categoría de este hospital es III-2.

Está ubicado en el distrito de Ate Vitarte, en Lima. Se extiende en un área de 1.672 m². El hospital atiende mayormente a personas que viven en los siguientes distritos: ate, Lurigancho, santa Anita, el agustino, la molina, Lima y San Antonio (Huarochirí).

El hospital al que se refiere a los pacientes que necesitan de manejo en un establecimiento de mayor capacidad resolutive es el Hospital Hipólito Unanue, que se ubica a 10 km del nosocomio. (9)

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. ROTACIÓN DE CIRUGÍA:

CASO 1: Colecistitis aguda

Aproximadamente el 10% de pacientes con antecedente de colelitiasis desarrollan colecistitis aguda. Se caracteriza por el impacto de un lito en el conducto cístico, lo cual obstruye la vía de salida de la bilis. Al principio, el proceso es aséptico, ya que hay una disminución en la reabsorción de agua, incrementando así la presión intravesicular. Los factores de riesgo asociados son: tener más de 60 años, tener un IMC (índice de masa corporal) mayor a 30, ser múltipara tener diabetes mellitus e inmunosupresión. En el caso clínico presentado, la paciente presenta casi 60 años, por lo que sería un factor de riesgo para el desarrollo de esta patología vesicular.

Según los criterios de Tokio, para el diagnóstico deben estar presentes signos locales de inflamación, es decir, el signo de Murphy, presencia de masa, dolor o hipersensibilidad en el hipocondrio derecho; signos sistémicos de inflamación, ya sea fiebre mayor a 38°C, PCR (proteína C reactiva) mayor a 3 mg/dl, o leucocitosis con más de 10000. Sumados estos dos criterios, se sospecha de la patología en mención. La visualización de una pared vesicular mayor a 4 mm o signo de la doble pared por ecografía, confirma el diagnóstico de colecistitis aguda. En el caso clínico, cuando

ingresa el paciente se le hace el examen físico, y en el examen abdominal se encuentra signo de Murphy positivo. Además se le realiza un hemograma para evidenciar signos sistémicos de inflamación, y los leucocitos salen elevados, por lo cual, se le toma una ecografía donde se evidencia: signo ecográfico de Murphy, distensión de la vesicular (≥ 4 cm en su eje menor) y/o engrosamiento de la pared de la vesícula (≥ 4 mm) , lo que confirma el diagnóstico de colecistitis aguda.

Con respecto a los exámenes auxiliares que deben pedirse, en la guía clínica del HEJCU, se manifiesta que además, del hemograma, debe pedirse, GGTP, FA, bilirrubinas, transaminasas, las cuales se elevaran si se compromete el colédoco y/o páncreas. En este caso se tiene resultados de estas pruebas, de las cuales, la bilirrubina directa y la GGTP están aumentadas. Sin embargo, en la ecografía no hay dilatación del colédoco, ya que el de la paciente mide menos de 6 mm (4 mm).

En el HEJCU, se toman los siguientes exámenes prequirúrgicos: hemograma TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas, GGT, amilasa y lipasa, grupo sanguíneo y factor.

Con respecto a la severidad del cuadro de colecistitis, en el Anexo N° 1 se muestran los grados de severidad de colecistitis aguda según el criterio de gravedad basado en las guías de Tokio del 2018.

Este caso se trata de un caso de colecistitis leve, ya que no cumple ningún criterio de colecistitis moderada y grave,

Respecto al tratamiento, según Uptodate, los pacientes con colecistitis deben recibir hidratación endovenosa, control del dolor con AINES como Ketorolaco, el cual alivia el dolor en 20 a 30 minutos, u opiáceos; antibióticos endovenosos de forma profiláctica para evitar sepsis por colecistitis aguda no complicada, tales como cefazolina, ceftriaxona o ciprofloxacina, con metronidazol. Además, se debe mantener en ayunas al paciente.

En el manejo inicial del paciente del caso clínico, al principio se le administró como antibiótico ceftriaxona 2 gr EV. Y para el dolor, dexketoprofeno 50 MG/ 2MI EV.

Respecto al manejo quirúrgico se le realizó una colecistectomía laparoscópica. Según Uptodate, las indicaciones para la colecistectomía laparoscópica son: colelitiasis sintomático con o sin complicaciones, colelitiasis asintomática en pacientes con mayor riesgo de carcinoma de vesícula biliar o complicaciones de cálculos biliares, colecistitis sin cálculos, entre otros. Además, la colecistectomía temprana en pacientes con colecistitis aguda, se asoció a un mejor pronóstico de los pacientes. Por lo que estuvo correcto, que a este paciente se le haya hecho una colecistectomía de urgencia.

Las bacterias que más se asocian a una infección luego de un procedimiento que compromete las vías biliares son Escherichia coli, Klebsiella, y enterococos, como anaerobios como Clostridium. Por lo que según la guía clínica del HEJCU, se indica Cefalosporina de tercera generación como ceftriaxona 2 gr EV c/ 12-24 horas; quinolonas como ciprofloxacino 200 -400 Mb EV c/ 12 horas, y puede asociarse a algún anti anaerobio como clindamicina 600 mg EV c/8h o metronidazol 500 mg EV c/8h. En el caso del paciente, solo se le administró Ceftriaxona 2 gr EV C7 24 horas; y para el manejo del dolor, Dexketoprofeno 5 mg EV c/ 8horas y Tramadol 50 mg SC condicional.

Al salir del centro quirúrgico, se traslada al paciente a sala de cuidados generales en el 4° piso. Y después de la correcta observación del paciente, que incluye 2 a 3 días más de hospitalización. (10) (11)

CASO 2: Apendicitis

La apendicitis aguda es causa de abdomen agudo quirúrgico. Según Uptodate, su incidencia es mayor en los hombres, y entre los 20 y 30 años de edad. Los síntomas clásicos son dolor en la región peri umbilical

anorexia, náuseas y vómitos, y a medida que la inflamación avanza, el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho. Los síntomas de la apendicitis varían según la ubicación de la parte más distal del apéndice. En el caso del paciente, tenía el signo de McBurney positivo, y además, el signo psoas iliaco positivo. Por lo que la ubicación de la inflamación del apéndice es paracecal. (12)

Según el consenso de la asociación europea de cirugía endoscópica, Para el diagnóstico de apendicitis aguda, se utiliza la escala de Alvarado, ya que tiene una alta especificidad y sensibilidad. Sus criterios son los siguientes: migración del dolor (a cuadrante inferior derecho), anorexia, náuseas y/o vómitos, dolor en cuadrante inferior derecho, signo de rebote positivo, elevación de la temperatura más de 38 °C, leucocitosis mayor de 10500 y desviación izquierda con más de 75% de neutrófilos. Cada criterio vale 1 punto, excepto el dolor en cuadrante inferior derecho y la leucocitosis, que valen 2 puntos. Los pacientes de bajo riesgo son los que tienen menos de 4 puntos, en ellos se excluye el diagnóstico de apendicitis; los de riesgo intermedio son los que tienen entre 4 – 8 puntos, a ellos se les realiza una ecografía para confirmar el cuadro, en el caso que los resultados no sean concluyentes, se les realiza otros estudios de imágenes como Tomografía o Resonancia magnética, si se confirma el diagnóstico, se trata como apendicitis, y los de riesgo alto, que son los que tienen 9 o más puntos, se les trata como apendicitis. (13)

En el caso del paciente del caso clínico, presentó 8 puntos, por lo que, según el consenso mencionado, se debió realizar una ecografía. Según Uptodate, los pacientes que van a entrar a sala de operaciones, necesitan hidratación adecuada con líquidos intravenosos, antibióticos peroperatorios, y si presentan trastornos hidroelectrolíticos, la corrección de estos. Si el paciente se encuentra deshidratado, se le coloca sonda – Foley. Dentro de los antibióticos que se utilizan en el preoperatorio, tienen como fin de evitar las infecciones de sitio operatorio y la formación de absceso intraabdominal

luego de la cirugía. Estos antibióticos deben administrarse hasta 1 hora antes de que se haga la primera incisión quirúrgica. Se sugiere el uso de Cefoxitina 2 gr IV o la combinación de cefazolina 2gr IV más metronidazol 500 mg IV. En el caso del paciente, se utilizó ciprofloxacino y metronidazol. Se agregó metamizol como analgésico después de que se confirmara el diagnóstico.

Respecto al manejo quirúrgico, se realizó una apendicetomía laparoscópica. Según uptodate existen muchas ventajas del tratamiento por laparoscopia, que una apendicectomía abierta, las cuales son: menor tasa de infecciones de sitio operatorio, menor dolor en el posoperatorio, menor estancia hospitalaria. Sin embargo, la cirugía abierta presentó 2 beneficios: menor tasa de abscesos intrabdominales y menor tiempo operatorio. Sin embargo, la evidencia muestra que se prefiere usar la laparoscopia en los siguientes contextos: un diagnóstico incierto, pacientes obesos, y pacientes adultos mayores. En el caso del paciente, la elección de laparoscopia, fue por que el paciente tenía sobrepeso, y al exponer el cuadrante inferior derecho en una apendicectomía abierta, requeriría incisiones de mayor tamaño, lo que causa mayores complicaciones.

Después de la apendicectomía laparoscópica por apendicitis no complicada, el paciente empieza con dieta de líquidos claros, la cual se progresa según su tolerancia oral. No es necesaria la administración de antibióticos después de la cirugía, y son dados de alta máximo 2 días pos operación. (14)

3.2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA:

CASO 3: Pancreatitis post CPRE:

La pancreatitis postCPRE se debe a cierto a factores de importancia alta: como son la instrumentación de del conducto pancreático que provoca lesión de tipo mecánica por manipular el orificio papilar por largo tiempo Además, la inyección del contraste que provoca lesión de tipo hidrostática., sería la

principal causa de pancreatitis post CPRE diagnóstica, ya que sus componentes puede desencadenar una pancreatitis al causar lesiones alérgicas o químicas. No hay diferencias en la incidencia de pancreatitis post CPRE utilizando medios de contraste de diferente osmolaridad. Los factores de riesgo son: canulación difícil, falta de experiencia del endoscopista, y realización de CPRE terapéutica. Los factores de riesgo relacionados al paciente son: edad joven, ser mujer, , , y disfunción del esfínter de Oddi tipo I y II, bilirrubinas normales, haber tenido antes pancreatitis post CPRE tener pancreatitis recidivantes. Respecto al procedimiento algunos factores de riesgo son; manometría del esfínter de Oddi, inyección del conducto pancreático, esfinterotomía de papila menor, canulación difícil, esfinteroplastia biliar con balón. Y relacionado al operador son: falta de experiencia, escaso entrenamiento. Entre otros factores de riesgo se encuentran; dilatación endoscópica con balón papilar, uso de medicamentos tóxicos para el páncreas.

En el caso de este paciente, él tenía como factor de riesgo, haber recibido tratamiento con CPRE terapéutico, haber sido sometido a esfinterotomía de papila, esfinteroplastia biliar con balón. (15)

La clínica que se ve en estos pacientes es la misma que una pancreatitis aguda de otra etiología. Lo particular aquí, es que después de la CPRE, se elevan las enzimas pancreáticas sin asociarse a pancreatitis, es por ello que se puede decir que existe una pancreatitis aguda si el paciente también presenta signos y síntomas que sugieren esta enfermedad.

El diagnóstico de un pancreatitis aguda se realiza solicitando la lipasa sérica en todos los pacientes en los que se sospeche este cuadro. La elevación de 3 veces su valor normal, es requerido para hacer el diagnóstico. La ecografía también debe realizarse, para evaluar la vía biliar y para determinar si hay litiasis en el colédoco. La resonancia magnética solo se recomienda en pacientes en donde hay elevación de enzimas hepáticas y cuando el conducto biliar común no se ha podido visualizar en la ecografía. La

tomografía solo debe realizarse en pacientes que no presentan mejoría clínica o en sospecha de paciente con complicaciones locales (shock, peritonitis, etc.). La tomografía es más útil a partir de las 72 horas del inicio de los síntomas ya que es el tiempo en el que aparecen las complicaciones. (16)

Existen varios predisponentes de severidad los cuales son: tener un valor de PCR más de 150 mg/dl, tener un hematocrito mayor a 44, tener una pro calcitonina mayor a 0.5, tener una Creatinina más de 1.8 , tener una urea más de 20. (17)

También para saber si es un paciente predispuesto a pancreatitis grave, se puede evaluarlo con los criterios de BISAP, los cuales son : tener un BUN mayor a 20, tener más de 60 años, tener un Glasgow menor a 15, tener derrame pleural, y SIRS. Si se cumple 2 o más de estos parámetros, significa que es un paciente con riesgo a hacer pancreatitis grave. (18)

Sin embargo, la mayoría de las pancreatitis postCPRE son leves y solo necesitan solo una estancia hospitalaria de pocos días para poder hidratarlo y para mantener reposo intestinal. Si se trata de pacientes con pancreatitis grave, requerirá más días de hospitalización y manejo en UCI. (19)

Al momento de ingreso, para estimar la gravedad, se utiliza el score de Ranson, en la que se evalúa si es pancreatitis leve o grave (ver Anexo N°2)

Para ver si los pacientes tienen disfunción orgánica, se utilizan los criterios de Marshall, que se muestra en el Anexo 3, donde un puntaje de 2 o más significa que el paciente padece disfunción orgánica.

Refiriéndose al manejo, la rehidratación oral seda a una velocidad de 5 a 10 ml/kg por hora de lactato de Ringer o solución salina normal, ambos son soluciones cristaloides. La reanimación con fluidos se limita sobre todo a las primeras 24 a 48 horas de aparición de los síntomas. Su reposición adecuada, se evalúa con el flujo urinario, debe haber una producción de

orina de entre 0,5 a 1 cc/kg/horas, si la diuresis es baja, puede estar desencadenándose una necrosis tubular aguda por depleción de volumen. También puede evaluarse con una mejora de los signos vitales (FC menor a 120 lpm o PAM entre 65 -85 mmHg). Para el manejo del dolor, se utiliza opioides. Intravenosamente, según Uptodate, se utilizan opioides como fentanilo, que tiene un buen perfil de seguridad para falla renal, sin embargo puede provocar depresión respiratoria. En este caso, se utilizó el opiáceo Tramadol para el control del dolor.

El paciente debe ser monitorizado dentro de las 24 a 48 horas.

CASO 4: Pancreatitis complicada con íleo biliar

En este caso al igual que el caso clínico anterior, también se trata de un caso de pancreatitis aguda, en una paciente con antecedente de tener litiasis vesicular, por lo que la etiología de la pancreatitis es biliar, siendo esta la causa más frecuente de la enfermedad en mención, con un 40 a 70% de los casos. No se conoce el mecanismo por el que los litos provocan la pancreatitis, sin embargo se propusieron dos causas por el cual se induce la inflamación del páncreas: que la oclusión de la ampolla de Váter provoque el flujo retrograda de la vía hacia el conducto del páncreas, o secundaria a edema provocada por el cálculo que pasa transitoriamente por la ampolla de Váter. La incidencia de pancreatitis provocada por cálculos es mayor en mujeres, que en hombres. Y además, si los cálculos miden menos de 5 mm, tienen más chance de atravesar el conducto cístico, y estancarse en la ampolla.

El manejo es igual que el caso anterior: la rehidratación oral seda a una velocidad de 5 a 10 ml/kg por hora de lactato de Ringer o solución salina normal, ambos son soluciones cristaloides. La reanimación con fluidos se limita sobre todo a las primeras 24 a 48 horas de aparición de los síntomas. Su reposición adecuada, se evalúa con el flujo urinario, debe haber una producción de orina de entre 0,5 a 1 cc/kg/horas, si la diuresis es baja, puede

estar desencadenándose una necrosis tubular aguda por depleción de volumen. También puede evaluarse con una mejora de los signos vitales (FC menor a 120 lpm o PAM entre 65 -85 mmHg). Para el manejo del dolor, se utiliza opioides. Intravenosamente, según Uptodate, se utilizan opioides como fentanilo, que tiene un buen perfil de seguridad para falla renal, sin embargo puede provocar depresión respiratoria. En este caso, también se utilizó el opiáceo Tramadol para el control del dolor.

Sin embargo en este caso, se asocia a obstrucción intestinal mecánica.

El íleo biliar es una causa rara de obstrucción intestinal, y es una complicación poco común de colelitiasis. Se da más en mujeres, y de todos los pacientes que presentar colelitiasis, solo el 0.3 a 1.5%, presentan íleo biliar. Por lo que su sospecha clínica es baja. En el caso clínico, se presentó en una paciente mujer con antecedente de colelitiasis, quien se complica con formación de una fistula bilioentérica, por la cual ingresan los litos hacia el intestino delgado, desencadenando la obstrucción. El 90% de los cálculos que provocan obstrucción tienen más de 2 cm de diámetro. Entre el 50 -70% de los cálculos impactan el íleon. En los hallazgos operatorios de la paciente del caso clínico se halló un cálculo de 5 x 4 cm, impactado en el íleon proximal, ya que es la parte más angosta del intestino.

Los exámenes de laboratorio en el íleo biliar son inespecíficos, puede haber leucocitos elevados. En el caso de la paciente al principio se pensó en íleo adinámico, por lo que se le tomó electrolitos séricos, para descartar hipokalemia, sin embargo se encontraba en niveles normales. Según uptodate, los electrolitos en el ileo biliar pueden estar alterados, pero debido a la deshidratación.

Para el diagnóstico de íleo biliar, se requiere imágenes; el examen de elección es la tomografía computarizada, y radiografía en caso de que la tomografía no esté disponible. En la radiografía puede estar presente en un

50% la triada de Rigler, la cual consiste en hallazgo de; cálculos biliares en intestino, obstrucción de intestino delgado, y presencia de neumobilia.

El tratamiento consiste en enterolitotomía, para aliviar la obstrucción intestinal. (20)

3.3. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA:

CASO 5: Leiomiomatosis

La miomatosis puede afectar hasta en un 80% de mujeres, es la neoplasia más común de estas. Se da en mujeres en edad reproductivas. La FIGO ha clasificado los miomas de la siguiente manera:

- Miomas intramurales: FIGO tipo 3, 4, 5
- Miomas submucosos : FIGO tipo 0, 1 y 2
- Miomas subserosos: FIGO tipo 6 y 7
- Miomas cervicales FIGO tipo 8

Entre los factores de riesgo están: raza afroamericana, tener uno o más embarazos de más de 20 semanas, menarquia temprana, exposición prenatal al dietilbestrol, consumo de alcohol, por predisposición genética, hipertensión, etc.

La mayor parte de los leiomiomas son asintomáticos y de tamaño pequeño. Los sintomáticos, se caracterizan por: sangrado uterino anormal, pero su característica depende de la ubicación del mioma: los miomas submucosos son los que más se relacionan con un sangrado menstrual abundante significativo. Los miomas intramurales también se asocian a sangrado menstrual prolongado y/o abundante, al igual que los cervicales, siendo no así con los subserosos. El dolor pélvico también es una forma de presentación, el cual se caracteriza por ser crónico, intermitente y sordo. Además, puede haber compresión de la vena cava, síntomas urinarios por

compresión de un fibroma anterior (aumento en la frecuencia, urgencia, y raras veces, obstrucción, la hidronefrosis se suele presentar en pacientes cuyo fibroma es muy grande; o síntomas intestinales si se trata de un fibroma posterior.

En el caso de la paciente el síntoma principal fue dolor pélvico crónico, lo cual hace pensar que no sea un mioma submucoso, si no el síntoma principal sería hemorragia uterina anormal.

Respecto al examen físico, incluye examen abdominal y pélvico, se toman los signos vitales. Si la paciente está sangrando mucho, puede presentar anemia, y es raro que tenga aumento de la frecuencia cardiaca o disminución de la presión. En el examen pélvico bimanual, se palpa un útero grande y móvil con un contorno no regular, este examen también ayuda a saber que procedimiento se realizara en la cirugía (que tipo de incisión, etc. En la paciente del caso, el mioma se manifiesta como una masa abdominal, lo cual sugeriría un mioma intramural, o más probablemente un suberoso. El mioma debe describirse comparándolo a un útero grávido (“12 semanas, 16 semanas”, etc.).

Para descartarle anemia, se le dos la hemoglobina, la cual estaba en 12.3, por lo que no tenía déficit.

Según Uptodate, el primer paso para evaluar a una paciente con sospecha de Leiomiomatosis, es la ecografía pélvica. Este es el examen de elección y de primera línea para observar leiomiomas. La ecografía transvaginal tiene más sensibilidad para detectar úteros de menor tamaño (“de 10 semanas”). Se suelen observar imágenes con límites pronunciados, forma redonda e hipocogénica, con sombra.

Si se sospecha de un leiomioma submucoso, se realiza sonografía con infusión salina, o histeroscopia. Se puede realizar resonancia magnética en paciente que tiene leiomiomas tipo 3 a 6, para poder ver la extensión del mioma dentro del miometrio. En resumen, el diagnóstico para los leiomiomas

se basa en su observación por imágenes, y se realiza en pacientes que tenga sangrado uterino anormal, dolor pélvico o infertilidad.

Lo que se debe tomar en cuenta para el manejo terapéutico es: si es un mioma submucoso, la cantidad de miomas, la tamaño y ubicación de el/los miomas y si esto se relaciona con los síntomas (por ejemplo, el dolor pélvico puede relacionarse a un útero grande, como en la paciente del caso), y si existe hidronefrosis.

En el caso, la paciente tuvo un manejo correcto para el momento del diagnóstico debido a que se le realizó la historia clínica donde se manifestó la presencia del dolor pélvico crónico, y seguidamente se le realizó la ecografía pélvica, para evaluar las características del mioma.

Para el manejo terapéutico, se debe preguntar a la paciente si desea o no mantener su fertilidad.

Si NO desea mantener su fertilidad:

En el caso el sangrado menstrual sea abundante, el primer nivel de tratamiento es la resección histeroscopia, en caso se trate de miomas submucosos (según FIGO, tipos 0, 1 y 2). En caso NO sea submucoso, se puede realizar terapia médica para mejorar los síntomas de sangrado, con anticonceptivo de estrógeno y progesterona (anticonceptivos orales, parche intradérmico o anillo vaginal), o dispositivo intrauterino, también se puede usar ácido tranexámico o anticonceptivos con progesterona sola.

En el casos presente síntomas de dolor abdominal, gran volumen, tenga o no sangrado, el tratamiento consiste en embolización de arteria uterina, y si no es eficaz, se puede optar con miomectomía o histerectomía.

Si la paciente desea mantener su fertilidad: las opciones de tratamiento en caso sea un mioma submucoso incluyen la miomectomía histeroscópica en los tipos 0 y 1. En los demás miomas, se sugiere una miomectomía abdominal por laparoscopia o a cielo abierto.

En el caso de la paciente, presenta como síntoma predominante el dolor pélvico, además, la familiar de la paciente, es informada acerca del procedimiento que se le realizará a la paciente y se programa cirugía, la cual consiste en histerectomía total, la cual también es indicación en los leiomiomas. (21)

CASO 6: Cesárea por feto podálico

Existen varias indicaciones para realizar una cesárea. Las indicaciones para cesárea electiva son: presentación de nalgas, transversa u oblicua, macrosomía fetal, cesárea iterática (si es que tuvo 2 o más cesáreas previas), antecedentes de rotura uterina, gestantes sometidas a cirugía uterina previa con entrada a cavidad (miomectomía), antecedente de rotura uterina, placenta previa, cesárea previa con incisión uterina corporal vertical, vasa previa, infecciones maternas, patologías medicas maternas. Este tipo de cesárea se debe programar a partir del inicio de la semana 39, para así poder reducir la morbilidad respiratoria fetal.

Las indicaciones de cesárea en trabajo de parto son: trastornos de la fase latente, cuando la dilatación es menor a 4 cm, y se da en fracaso de inducción de parto; en trastornos de la dilatación, cuando la dilatación es mayor o igual a 4 cm hasta 10 cm o en fase activa del parto, y el parto está estacionado; en trastornos del periodo expulsivo, cuando hay desproporción pélvico fetal. Las indicaciones de cesárea de emergencia, son: sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal, prolapso de cordón, rotura uterina, inestabilidad hemodinámica, desprendimiento prematuro de placenta.

Y para medir si el trabajo de parto es latente o activo, se debe evaluar con el tacto vaginal.

Las medidas preoperatorias cuando se admite al paciente son: la monitorización fetal, es decir, auscultación de FCF. Además, la paciente no debe haber comido en las últimas 8 horas, y se debe colocar vía venosa periférica.

En el caso clínico, nos encontramos ante un trabajo de parto pretermino, que por tener 34 semanas, es admitida para el trabajo de parto. Ya que después de las 34 semanas, hay bajo riesgo de que el neonato, tenga alguna morbilidad respiratoria, por lo que ya no requiere manejo con corticoides.

Según uptodate, las medidas que se deben tomar para atender un trabajo de parto en pandemia por COVID19 deben ser las siguientes: detectar síntomas de la enfermedad, preparar adecuadamente el ambiente si es que el paciente tiene prueba con resultado positivo. En el caso de la paciente, tenía prueba COVID negativa, sin embargo, todas las pacientes, cual sea su vía de entrega, deben portar mascarilla siempre, con careta.

La paciente, en el posoperatorio recibe oxitocina, justo después de la extracción del feto para estimular la contracción uterina y evitar la hemorragia posparto. El contacto piel a piel, debe ser inmediatamente después del nacimiento, al igual que la lactancia. Se deben monitorizar las funciones vitales de la paciente, el tono del útero, el sangrado de la herida, y además, se debe tomar un examen de hemoglobina control, como se hizo en el caso clínico presentado. Con respecto a la analgesia, se utilizó paracetamol 1gr IV, lo cual cumple con la estrategia de control de dolor después de una cesárea, según uptodate, 6 horas después de recibir la dosis intraoperatoria, se administra 650 mg VO c/6 horas, o 1 gr c/8h hasta 72 horas luego de la cesárea. Se prefiere cada 8 horas. (22)

3.4. PEDIATRÍA:

CASO 7: Atención inmediata en un paciente con depresión moderada.

Los recién nacidos requieren un enfoque diferente al de los adultos, ya que en el adulto se debe a un fallo en el corazón lo cual disminuye el riesgo

sanguíneo al cerebro, y el contenido de O_2 y CO_2 es normal. El RN tiene un corazón saludable, su problema es con el mecanismo y partes del sistema que intervienen en su respiración (intercambio gaseoso).

Cuando la placenta es insuficiente, se acumula CO_2 , lo que provoca acidosis, y el feto empieza a presentar variabilidad en su FC y desaceleraciones, lo que conlleva a bradicardia. La reanimación se realiza para que el recién nacido tenga buenos niveles de O_2 y para que la frecuencia cardíaca alcance más de 100 lpm.

En la transición de la circulación fetal a la neonatal, el feto recibe O_2 a partir de la placenta, y por ahí se elimina el CO_2 (por la vena umbilical), finalmente eliminado por los pulmones de la madre.

Hay ciertos cambios fisiológicos luego del parto en una transición exitosa de la circulación fetal a la neonatal:

- Antes del nacimiento los alveolos estaban expandidos y llenos de líquido.
- Antes del nacimiento se suministra oxígeno al feto a través de la placenta
- Después del nacimiento, el aire en los alveolos hace que los vasos en los pulmones del bebé se relajen.

Tras una insuficiencia placentaria o interrupción de respiración neonatal: disminuye el diámetro de las arteriolas de los órganos y aumenta flujo en corazón y cerebro. Si continua, el corazón empieza a fallar y el flujo de órganos disminuye, hay riesgo de daño orgánico: habrá hipotensión, apnea o taquipnea, frecuencia cardíaca lenta o rápida, tono muscular disminuido, baja Sat O_2 , PA baja.

Algunos factores de riesgo perinatal que aumentan la probabilidad de reanimación neonatal son:

- Previos al parto: edad gestacional menor a 36 0/7 semanas o mayor o igual a 41 0/7 semanas. oligohidramnios, preeclampsia, hipertensión materna, embarazo múltiple , anemia fetal, hidropesía fetal, macrosomía fetal, RCIU, etc.
- Durante el parto: parto por cesárea de emergencia, parto asistido con fórceps, DPP, corioamnionitis, hemorragia durante el parto, distocia de hombros, etc.

Antes de todos los partos, se deben realizar 4 preguntas: ¿cuál es la edad de gestación esperada? ¿El líquido amniótico es claro? ¿Cuántos bebés se esperan? ¿Hay algún factor de riesgo adicional?

La evaluación al recién nacido inmediatamente después del parto se realiza de la siguiente manera:

Se marca la hora del nacimiento. (Cuando sale todo el cuerpo del RN de la madre). Mientras tanto el profesional que atiende al parto realiza las siguientes preguntas.

1. Primera pregunta: ¿parece ser un bebé a término? La edad gestacional esperada coincide con su apariencia, si parece prematuro llevarlo a calentador radiante. Los pasos iniciales en el prematuro se realizan en el calentador radiante.
2. Segunda pregunta: ¿presenta buen tono muscular? Un bebé sano es activo y con extremidades flexionadas. Si está extendido y flácido--> requiere intervención
3. Tercera pregunta: ¿Él bebé respira o llora? si llora, tiene el esfuerzo respiratorio fuerte, y es sano. Si no llora fijarse en la respiración, si esta es entrecortada significa que hay un gran deterioro en el intercambio gaseoso y requiere intervención en el calentador radiante.

Si el recién nacido a término vigoroso (respuesta sí a todas las preguntas):

- Él bebe puede permanecer con su madre. los pasos iniciales pueden hacerse en el pecho o en el abdomen de la madre. El calor se mantiene piel a piel y cubriendo con toalla o manta.
- Eliminar secreciones si fuera necesario: primero de boca y luego nariz, con un paño, usar pera de goma en caso de que el líquido amniótico haya tenido meconio y en caso de que no se pueda eliminar las secreciones con paño.
- Evaluación constante

En recién nacidos no vigorosos y prematuros (si a alguna pregunta la respuesta fue no):

- Brindar calor en calentador radiante, bebe debe estar descubierto , controlar la temperatura corporal del bebe. La temperatura debe estar entre 36.5 y 37.5.
- Coloque la cabeza y el cuello para abrir vías aéreas. cabeza en posición neutral o ligeramente extendida hacia atrás. si tiene el occipucio grande, ayudara poner una toalla enrollada debajo de los hombros del bebe. posicion de olfateo de la mañana.
- Eliminar secreciones. si es que es necesario. con una pera de goma, si es en vías aéreas altas. si hay secreciones excesivas en la boca, poner al bebe de costado, para que se junten en una mejilla y pueda aspirarse. succionar boca, luego nariz. .
- Seque. evitar pérdidas de calor por evaporación. los prematuros menores de 32 semanas no es necesario secarlos, de frente se los cubren con plástico de polietileno.

Si después del minuto de estimulación táctil no responde, entonces se debe evaluar respiraciones y frecuencia cardiaca. Si la respiración es entrecortada o tiene apnea, o la FC es menor a 100, se monitorea la saturación de oxígeno.

El oxígeno suplementario se usa cuando la lectura del oxímetro se mantiene por debajo del rango objetivo para la edad del bebé. Se puede administrar oxígeno de flujo libre a un bebé que respira espontáneamente sosteniendo una tubuladura de oxígeno cerca de la boca y la nariz del bebé. Se da O₂ a flujo libre, con ajuste de flujómetro a 10 L/min, y se administra hasta que tenga el rango de saturación adecuado.

Disminuir gradualmente la concentración de O₂ hasta que alcanza su rango sin suplemento de oxígeno. (23)

Todos estos pasos se han visto reflejados en la atención inmediata del recién nacido a término con depresión moderada, y gracias a ella a los cinco minutos de vida fue su recuperación.

CASO 8: Soplo cardiaco en recién nacido a término.

Es muy común encontrar soplos cardiacos en los recién nacidos y lactantes, sin embargo, un pequeño porcentaje son los que desarrollan una enfermedad. A medida que crecen va disminuyendo la asociación de soplo con enfermedad.

Según Uptodate, si se encuentra un soplo antes de las primeras seis horas de vida, se asocia a alguna patología de las válvulas cardiacas, pero si se encuentra un soplo después de las 6 horas de vida, también pueden asociarse a caída de la resistencia pulmonar. Algunas causas de soplos en lactantes son persistencia de conducto arterioso, defecto de tabique IV, estenosis pulmonar o aortica, o coartación de la aorta (24).

Se debe revisar la historia clínica del bebé y ver si se realizó la ecocardiografía fetal, aunque en el país no es de rutina realizar este examen. Además se debe constatar si tiene antecedentes familiares. En Uptodate, se dice que tener un familiar de primer grado aumenta 3 veces la posibilidad de que el RN tenga alguna malformación congénita. Además, se debe ver si el bebé tiene otro defecto congénito, y si hay sintomatología.

Se debe realizar un examen físico exhaustivo. Se debe revisar signos vitales, examen cardiovascular detallado, en especial la auscultación. Derivar al paciente a un cardiólogo pediátrico si se trata de un soplo mayor de grado 3, si su intensidad máxima en el borde esternal superior izquierdo, si existe clic sistólico, si hay ritmo de galope, o soplo diastólico, entre otros. En el caso clínico, el soplo se auscultaba a nivel del borde esternal superior izquierdo, por lo que se mandó interconsulta a cardiología pediátrica. (25)

CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

4.1. ROTACIÓN DE CIRUGÍA:

La rotación de cirugía fue satisffecha debido a que se tenía acceso a todos los servicios. Tales como hospitalización, área de reposos donde se atendían las emergencias, tópico de cirugía donde se aprendió a suturar, al servicio de traumatología, y se vio también casos de cirugía de tórax y cardiovascular. Hubo un sinfín de oportunidades para aprender, ya además se contaba con la presencia de doctores académicos que disfrutaban de la enseñanza. Sin embargo, al reiniciar el internado en el mes de octubre, muchos de los internos que empezaron a rotar en esta especialidad, fueron afectados significativamente ya que ya no se podía atender emergencias, es decir pacientes agudos, perdiéndose la oportunidad de ver la clínica de un paciente con apendicitis, y sus distintas formas de presentación, así como a diferenciar de un cólico biliar de una colecistitis aguda. Por otra parte, se prohibió el acceso de internos a la sala de operaciones, por lo que se pierde la experiencia de colocar campos quirúrgicos y asistir en alguna operación. En adición, el número de guardias se vio disminuido por lo que la cantidad de pacientes que se atienden en el tópico de cirugía, es reducida, lo cual limita al aprendizaje del interno. Sin embargo, las actividades académicas que se brindan en el servicio, pueden ser de gran ayuda en tiempos de pandemia para aumentar conocimientos básicos y aclarar dudas.

4.2. ROTACION DE MEDICINA INTERNA:

El interno empieza la rotación de medicina interna en el mes de octubre, cuando ya la epidemia del virus de SARS COV 2 se encontraba en uno de sus niveles más altos. Definitivamente, hubo una gran diferencia entre lo que se realizaba antes de que existiera esta enfermedad, a lo que el interno puede hacer ahora. No se pudo atender casos usuales que se ven en la emergencia diaria tales como Gastroenterocolitis aguda, crisis hipertensiva, etc., como se podía hacer antes. En el hospital, al solo tener rotaciones en hospitalización y UCI, casi no se pudo ver casos de neumonía. Y además, el número de pacientes era escaso, máximo se atendió a 8 pacientes por día. Sin embargo, se sacó provecho a cada caso clínico, también gracias a los asistentes que fueron a la vez buenos docentes. Se revisaba la historia de emergencia de los pacientes, y se nos preguntaba qué hubiésemos hecho nosotros ante ese paciente con esa clínica. En el área de UCI, también se nos reforzó mucho la teoría de diversos temas, tales como cetoacidosis diabética, síndrome isquémico coronario agudo, etc.

4.3. ROTACION DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

El límite más grande en este servicio fue el tiempo de rotación, ya que justo al inicio de rotación el Perú se encontraba en su segunda ola de contagios, por lo que se suspendió el internado en el hospital san Bartolomé, hasta nuevo aviso. Sin embargo, en el poco tiempo que se estuvo en el hospital en el servicio de ginecología, se roto en Centro obstétrico, donde se tuvo varias oportunidades para poder realizar el examen ginecológico a las gestantes, así como realizar el monitoreo fetal a cada una de ellas. Afortunadamente la rotación se continuo en otro hospital, el hospital de Vitarte, donde se vio diferentes patologías obstétricas, así como ginecológicas. Además, principalmente, se realizó el examen físico y manejo de una paciente en la etapa de puerperio. A pesar de que el tiempo no fue suficiente para ver una gran magnitud de casos diferentes, se tuvo la oportunidad de contar con buenos docentes, que nos ayudaron a resolver nuestras inquietudes.

4.4. PEDIATRÍA:

El servicio de pediatría se dividió en 2: pediatría y neonatología. El límite más grande fue no rotar en el área de Emergencias pediátricas, ya que las madres de los pacientes podrían o no estar contagiadas de COVID, por lo que se nos prohibió el acceso a ese servicio. En el área de hospitalización, se asignó a los internos rotar en una sala, donde se atendía pacientes crónicos y de enfermedades raras. Todos los casos fueron interesantes, y además, el aprendizaje, aparte de cómo se maneja su enfermedad en sí, fue de las interurrencias que sucedían con los pacientes, tales como convulsión febril, disenterías, enfermedad diarreica aguda, etc. En el área de neonatología, sí se pudo rotar en su respectiva área, tales como Atención inmediata y alojamiento conjunto, donde se vio varias patologías comunes, tales como hipoglicemia e ictericia.

El rotar en estas áreas antes de que exista la COVID 19, hubiera sido mucho más enriquecedor para un casi médico que quiere consolidar sus conocimientos. Sin embargo, se aprovecharon las pequeñas oportunidades que hubo de aprender algo nuevo.

CONCLUSIONES

Cirugía general: ya que fue la primera rotación que se hizo en el año 2020, en esta especialidad se pudo atender numerosos casos de apendicitis aguda, colecistitis aguda, etc. Además se tuvo la oportunidad de aprender a sutura en el tóxico, y de adquirir nuevas habilidades en el servicio de hospitalización.

Medicina interna: A pesar de tener pocos pacientes en el área de hospitalización de medicina interna, se pudo observar casos frecuentes, tales como pancreatitis, y en UCI, como cetoacidosis diabética. Lo más limitante fue no poder rotar en el área de emergencias de esta especialidad.

Ginecología: el haber rotado en dos hospitales diferentes en esta especialidad, se pudo observar dos realidades distintas. Lo más enriquecedor fue la rotación en el Centro obstétrico.

Pediatría: a pesar de ser una rotación rápida, al igual que ginecología, se pudo atender pacientes en atención inmediata, ver casos de ictericia e hipoglicemia en el área de alojamiento conjunto de neonatología, y ver casos complejos y de requerimiento de un hospital con alta capacidad resolutive como lo es el Hospital San Bartolomé. La más grande limitante fue no poder rotar en el área de Emergencias pediátricas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda rotaciones externas en otros hospitales por grupo por la baja cantidad de pacientes recibidos en hospitalización, que conlleve las rotaciones en las que no se roto por el área de Emergencia.

Se recomienda el retorno de los internos de medicina a establecimientos de nivel I-4, o superiores, debido a que se encuentra salas de partos en estos, y favorecerá a su rendimiento posterior.

Se recomienda la entrega de EPP adecuado para poder rotar en el servicio de emergencias pediátricas, debido a que es el pilar del aprendizaje de enfermedades comunes que se enfrentará en el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS).

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. MedLab. 5 de mayo de 2020;24(3):183-205.
2. Cornejo MV. PRONUNCIAMIENTO PRIMER CASO DE COVID-19 EN PERÚ. :1.
3. 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-DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
4. Documento técnico: “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco de decreto de urgencia N ° 090 - 2020” [Internet]. Gob.pe. [citado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
5. User S. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa - Reseña Histórica [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>

6. CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD - HEJCU CATEGORIA III-E [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitate.gov.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=778>
7. Resolución Ministerial 099-2014 [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1302/040720161451221.pdf>
2. Hospital Nacional Docente Madre- Niño “San Bartolomé”. Analisis Situacional de Salud 2019 [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2019/Direccion/A SIS%202019.pdf>
3. Transparencia Hospital vitarte [Internet]. Disponible en: <http://www.hospitalvitate.gov.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=778>
10. Wollmer CM. Tratamiento de la colecistitis aguda por cálculos [Internet]. Uptodate.com. 2020 [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20postoperatorio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Médicos del Hospital Casimiro Ulloa. Resolución Ministerial n ° 422-2005 / MINSA [Internet]. 2011 [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/14062011100927.PDF>
12. Martin RF. Apendicitis aguda en adultos: manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial [Internet]. uptodate.com. 2021 [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis->

in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

13. Gorter RR, Eker HH, Gorter-Stam MAW, Abis GSA, Acharya A, Ankersmit M, et al. Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015. Surg Endosc. 2016;30(11):4668–90.

14. Mphdavid SDS. Manejo de la apendicitis aguda en adultos [Internet]. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20manejo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

15. Costamagna ATSL. Pancreatitis por colangiopancreatografía retrógrada pos endoscópica (CPRE) [Internet]. Uptodate.com. 2019 [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/post-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-ercp-pancreatitis?search=panreatitis%20postcpre&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

16. Nathens GHBM. Guía de práctica clínica: tratamiento de la pancreatitis aguda [Internet]. 2014 [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://guidelines.international/themencode-pdf-viewer?file=https://guidelines.international/wp-content/uploads/Clinical-practice-guideline-management-of-acute-pancreatitis.pdf>

17. Vege SS. Predicting the severity of acute pancreatitis [Internet]. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/predicting-the-severity-of-acute-pancreatitis?search=criterios%20de%20marshall%20pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H10

18. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg.* 2019;14(1):27.
19. Jácome Morejón PA, Berrezueta Córdova DA. Escala BISAP en pancreatitis aguda. Azogues 2016-2017. Estudio descriptivo. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.* 2019;37(2):21–9.
20. Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *Cir Cir.* 2018;86(2):182–6.
21. Stewart EA. Miomas uterinos (leiomiomas): descripción general del tratamiento [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=leiomiomas&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
22. Protocolo: Cesárea [Internet]. *Medicinafetalbarcelona.org.* [cited 2021 May 15]. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
23. Reanimación neonatal [Internet]. *Hbint.org.* [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.hbint.org/uploads/8/4/8/2/84824300/reanimacion_neonatal_7a_edicion_pdf.pdf
24. Robert L Geggel M. Causas comunes de soplos cardíacos en bebés y niños [Internet]. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/common-causes-of-cardiac-murmurs-in-infants-and-children?search=soplo%20en%20recien%20nacido&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#

25. Abordaje del lactante o niño con soplo cardíaco [Internet]. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-infant-or-child-with-a-cardiac-murmur?search=soplo%20en%20recien%20nacido&topicRef=104883&source=related_link

ANEXOS

Anexo N°1

Criterios de gravedad de Colecistitis Aguda

GRADO III (grave)

Se asocia a disfunción de algún órgano/sistema de los mencionados a continuación:

1. Disfunción cardiovascular: hipotensión que requiere tratamiento con dopamina 25 mg/kg x min o cualquier dosis de norepinefrina
 2. Disfunción neurológica: trastorno del sensorio
 3. Disfunción respiratorio: PaO₂/FiO₂ ratio de <300
 4. Disfunción renal: oliguria, creatinina >2 mg/dl
 5. Disfunción hepática: PT-INR >1.5
 6. Disfunción hematológica: recuento de plaquetas <100000
-

GRADO II (moderado)

Se asocia a alguno de los siguientes puntos:

1. Cantidad de glóbulos blancos elevados (>18000)
 2. Masa palpable en cuadrante superior derecho del abdomen
 3. Duración de síntomas mayor a 72 horas
 4. Inflamación local (colecistitis gangrenosa colecistitis enfisematosa, absceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar)
-

GRADO I (leve)

No cumple ningún criterio de los Grados II o III de colecistitis aguda.

Fuente: TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis

Anexo N°2

Criterios de Ranson para predecir severidad de la pancreatitis aguda

0 horas	
Edad	> 55
Recuento de glóbulos blancos	> 16.000 / mm ³
Glucosa en sangre	> 200 mg / del (11,1 mmol / L)
Lactato deshidrogenasa	> 350 U / L
Aspartato aminotransferasa (AST)	> 250 U / L

48 horas	
Hematocrito	Caída ≥ 10 por ciento
Nitrógeno ureico en sangre	Aumento de ≥ 5 mg / dL
Calcio sérico	<8 mg / dL (2 mmol / L)
pO ₂	<60 mmHg
Déficit base	> 4 MEq / L
Secuenciación de fluidos	> 6000 mL

Fuente: Uptodate

Anexo N°3

Score de Marshall: severidad de pancreatitis aguda

Sistema de órganos	Puntaje				
	0	1	2	3	4
Respiratorio (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	≤101
Renal (creatinina sérica, mg/dL)	<1.4	1.4-1.8	1.9-3.6	3.6-4.9	>4.9
Cardiovascular (PAS, mmHg)	>90	<90, responde a fluidos	<90, no responde a fluidos	<90, pH <7.3	<90, pH <7.2

Fuente: Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda