



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2020-
2021 DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LIMA, PERÚ

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
KARINA ESTEFANY MERCADO ROJAS

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ
2021



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO
UNANUE 2020-2021 DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN
LIMA, PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
KARINA ESTEFANY MERCADO ROJAS**

**ASESOR
MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: MG. Hugo Rojas Olivera

Miembro: M.E. Guigliana Ayllón Bulnes

DEDICATORIA

“ Este presente trabajo se lo dedico a mis padres y hermanos que han sido parte de mis logros, impulsándome a lo largo de estos años”

Karina Estefany Mercado Rojas

AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecer a mis padres por apoyarme durante mi formación universitaria y sobre todo por aquellos consejos y enseñanzas que me permitieron llegar a esta etapa tan importante de mi vida y agradecer a Dios por haberme fortalecido hasta el punto de superar las dificultades y también por toda la salud que me dio.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	16
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30
ANEXOS	33
1. Tabla N°1: Estudio de liquido ascítico.	34
2. Tabla N°2: Escala de Westley	35
3. Tabla N°3: Escala de Alvarado	36

RESUMEN

El presente informe de suficiencia profesional se describe la experiencia vivida durante el internado, se encuentra la descripción del proceso de desarrollo, los objetivos, y los cambios producto de la pandemia. Se describe el establecimiento en el que se desarrolla el internado, su ubicación geográfica, el sistema de referencia y la organización interna del establecimiento.

Se describe las actividades y procedimiento realizado por los internos en las cuatro rotaciones de medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología - obstetricia, mencionando por lo menos dos casos por cada especialidad. Además, se genera una discusión entre las decisiones tomadas en el hospital al compararlas con lo descrito por las guías de prácticas clínicas del MINSA y los últimos artículos redactados respecto a ese tema. Por último, se hace una reflexión de las actividades realizadas y cuáles fueron las competencias que ha ido desarrollando el interno.

ABSTRACT

This professional proficiency report describes the experience experienced during the internship, describes the development process, the objectives, and the changes resulting from the pandemic. The establishment in which the boarding school is located, its geographical location, the reference system and the internal organization of the establishment are described.

The activities and procedure performed by the inmates in the four rotations of internal medicine, pediatrics, general surgery and gynecology-obstetrics are described, mentioning at least two cases for each specialty. In addition, a discussion is generated between the decisions made in the hospital when comparing them with what is described by the clinical practice guidelines of the MINSA and the latest articles written on this subject. Finally, there is a reflection of the activities carried out and the competencies developed by the inmate.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es presentar una síntesis del desarrollo del internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante los años 2020 y 2021, al igual que describir la importancia del internado en la carrera profesional del médico, además comparar el manejo de los hospitales con lo propuesto por las guías de práctica clínica.

El internado médico es la primera experiencia que tiene el estudiante de medicina con los pacientes. A diferencia de los años de estudios de los cursos del bloque de clínicas, en el internado, el estudiante no es solo un espectador o un participante en algún procedimiento, sino que el estudiante como interno de medicina asume más responsabilidades con el paciente.

El interno de medicina, como estudiante va aprendiendo del manejo del paciente, pero sus decisiones poco a poco van tomando mayor relevancia. Estas decisiones inician desde que se hace responsable de la redacción de las historias clínicas, porque es el interno la mayoría de veces, el primer acercamiento con los pacientes, que se inicia con el interrogatorio y debe decidir cuáles son las preguntas más adecuadas y oportunas para poder orientar al diagnóstico; además suele ser el primero en examinar al paciente ya sea recibéndolo en el tópico de emergencias o durante las evoluciones diarias, de esta manera recolecta información relevante para el médico tratante que junto con el interno, analizaran y determinaran el diagnóstico del paciente, asimismo se decidirá el manejo adecuado en base a los exámenes complementarios y el tratamiento que debe seguir el paciente.

Además, el interno de medicina va mejorando las habilidades que ha adquirido durante los años de estudio. Esto se demuestra al momento de realizar los diversos procedimientos tales como: la sutura de las heridas, la realización de

paracentesis, poder tomar muestras como en la punción lumbar o el análisis de gases arteriales, la atención del parto, participar dentro de sala de operaciones en el caso de apendicectomía, colecistectomía o cesárea que son los procedimientos más habituales. Realizar estos procedimientos por primera vez resulta satisfactorio y se siente la necesidad de volver a repetirlos para perfeccionar los procedimientos.

Estas experiencias son fundamentales para el estudiante de medicina que poco a poco va aplicando lo instruido durante sus 6 años en la facultad y afinando sus habilidades y destrezas tanto medicas propiamente dichas, como habilidades blandas en la comunicación y trato con los pacientes, pues al tener más contacto con el paciente se empatiza más con sus dolencias. Además, en algunas situaciones el interno debe comunicar malas noticias a los familiares, y son estas situaciones en las cuales no solo importa el conocimiento adquirido, sino como uno puede explicar a los familiares el diagnóstico de su paciente y el estado en el que se encuentra, pues es en aquellas situaciones en las que el interno tiene que demostrar actitudes como la empatía.

Por estas razones el internado médico, se convierte en unos de los pilares de toda la vida profesional de un médico, debido a que demuestra los conocimientos que ha ido adquiriendo, va mejorando sus habilidades y se relaciona mucho más con los pacientes.

Como interno uno espera poder aplicar todo lo aprendido dentro de la facultad, y participar activamente en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes; con esto uno como interno va capacitándose, mejorando con cada paciente que tiene la oportunidad de atender, y poco a poco con el paso de las rotaciones, el interno de medicina va formándose como médico general capaz de poder por su propia cuenta realizar diagnóstico e iniciar tratamiento de los pacientes que pueda atender.

El año del internado se vio interrumpido debido a la pandemia del covid-19, que hizo que durante el año 2020 solo se pueda realizar una rotación de las cuatro correspondientes, debido a que en marzo de ese año se inició una cuarentena que incluía a los internos; de manera posterior los internos fueron retomando sus prácticas a partir de octubre del 2020 y seguir con las rotaciones que culminaron en abril del 2021.

Uno de los cambios más relevantes que ocurrieron fue que antes de la pandemia hubo una mayor demanda de pacientes en todos los servicios del hospital, después de la cuarentena se observó la disminución de esta, dada la prioridad de los pacientes que presentaban covid-19. Los internos solo evaluaban a los pacientes que no presentaran covid-19, de esta manera la cantidad de pacientes que se podía evaluar y atender fue disminuyendo. Otro cambio fue la necesidad de la protección de los internos de medicina contra el covid-19 ya que debimos usar de forma correcta los equipos de protección personal, a diferencia de los primeros meses del año, además de poder recibir la vacuna contra el SARS-COV-2 y los días de asistencia a los hospitales fueron reducidos; todas estas medidas fueron tomadas para poder reducir la exposición del interno al SARS-COV-2 y evitar que se infecten.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El médico general debe estar capacitado en las cuatro especialidades básicas que desempeña cada hospital las cuales son: medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología - obstetricia.

Durante la rotación de medicina interna, lo que se espera del interno es que pueda adquirir las habilidades clínicas al momento de hacer un interrogatorio detallado y cronológico de los síntomas que motivan al paciente a acudir al establecimiento, además de realizar el examen físico pertinente y solicitar los exámenes que permiten diagnosticar al paciente, así como realizar algunos procedimientos que complementan el diagnóstico.

Para ello el interno participa en la atención del paciente en emergencia, donde se define el diagnóstico, tratamiento y la unidad, donde debe estar el paciente, además de realizar la evolución diaria del paciente que se encuentra hospitalizado. Lo cual permite evaluar y dar seguimiento a diversos casos que corresponde a múltiples especialidades clínicas, que puede ameritar el paciente mediante interconsultas.

Los casos que llegan al hospital son múltiples, en diversas ocasiones son varios los diagnósticos y antecedentes que se presentan, sobretodo en pacientes adultos mayores.

En la rotación de Medicina Interna los casos más resaltantes que se manejan son cuadros de sepsis, neumonía adquirida en la comunidad, neumonía intrahospitalaria, derrame pleural, insuficiencia cardiaca descompensada, cetoacidosis diabética, infarto agudo de miocardio, evento cerebro vascular, pancreatitis, ascitis, entre otros casos.

En tópicos de emergencia llego el caso clínico del siguiente paciente:

Paciente masculino de 57 años de edad, que acude de centro penitenciario, el cual refiere tiempo de enfermedad de aproximadamente 21 días antes del ingreso, el cual es caracterizado por la presencia de tos persistente productiva con expectoración amarillenta de escasa cantidad. Hace 10 días se añade sensación de alza térmica no cuantificada a predominio nocturno, asociado a escalofrío y diaforesis. Hace 5 días se añade dolor tipo punzada a nivel de base lateral de tórax derecho que inicia con intensidad de 2/10 progresivamente va aumentando hasta un 8/10, además se acentúa con la tos o la respiración profunda. Hace 2 días refiere disnea progresiva a grandes esfuerzos, niega ortopnea, que hace 4 horas progresa a medianos esfuerzos, motivo por el cual acude a tópico del centro penitenciario, en el cual el personal de enfermería evidencia un mal estado general, frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto, y una saturación de 91%, motivo por el cual acude a emergencia.

Refiere antecedente de apendicectomía hace 30 años, refiere relaciones HSH, niega hipertensión, niega diabetes mellitus, niega reacciones adversas a medicamentos.

El paciente presento los siguientes signos vitales: saturación en 90%, frecuencia respiratoria en 27 respiraciones por minuto, temperatura en 37.8°C, frecuencia cardiaca en 106 latidos por minuto, presión arterial en 110/60 mmHg. Peso de 56 Kg y talla de 162 cm.

A la ectoscopia el paciente se encontraba en un mal estado general, mal estado de nutrición, buen estado de hidratación, en posición decúbito lateral, con facies adolorida y disnea, con vía periférica permeable y apoyo oxigenatorio por cánula binasal.

Cabeza: normocéfalo, simétrico, no aleteo nasal

Piel y mucosas: caliente, hidratadas, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral moderadamente hidratada, no cianosis oral ni úngeal, palidez en conjuntivas ++/++, no hipocratismo digital

Tejido celular subcutáneo: disminuido a nivel periférico y central, no edemas

Tórax y pulmones: Amplexación asimétrica con ventilaciones a predominio izquierdo, tirajes subcostales ++/+++, intercostales +/+++, no tirajes supraclaviculares, no tirajes extérnales, vibraciones vocales abolidas en un tercio inferior de hemitórax derecho, se percute matidez en base de hemitórax

derecho, murmullo vesicular abolido en 1/3 inferior de hemitórax derecho, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ingurgitación yugular negativa, reflujo hepatoyugular negativo, ruidos cardiacos rítmicos no soplos audibles.

Sistema nervioso: despierto, orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

En hospitalización de medicina interna se realizó la evolución del siguiente paciente:

Paciente masculino de 73 años que había ingresado al hospital por emergencia, con tiempo de enfermedad de 2 meses, paciente refiere pérdida de peso de aproximadamente 10kg, 3 días previos a su ingreso se añade aumento de volumen a nivel abdominal. 12 horas antes del ingreso el paciente presenta letargia que fue progresando, 2 horas previos a su ingreso presento perdida de la conciencia por lo cual familiares lo llevan al hospital. Actualmente se encuentra en su día 5 de evolución, en la cual ha recuperado su estado de conciencia, ha disminuido la ictericia, pero persiste la ascitis, pese al tratamiento con dos diuréticos en dosis máxima, diuresis de 860 cc y deposiciones de 350 cc.

Presenta antecedente de hipertensión arterial hace 15 años medicado con losartan 50 mg dos veces al día, niega diabetes, refiere en su juventud 10 parejas sexuales y conductas sexuales de alto riesgo, niega trasfusiones, niega reacciones adversas medicamentosa.

El paciente presento los siguientes signos vitales: saturación en 97%, frecuencia respiratoria en 22 respiraciones por minuto, temperatura en 37.2°C, frecuencia cardiaca en 86 latidos por minuto, presión arterial en 140/70 mmHg. Peso de 71 Kg y talla de 174 cm.

A la ectoscopia el paciente se encontraba en un regular estado general, regular estado de nutrición, buen estado de hidratación, en posición decúbito supino, con ictericia y ascitis, conectado a catéter periférico permeable, sonda Foley.

Piel y mucosas: tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral hidratada, palidez +/-, ictericia +/-.

Tórax y pulmones: Amplexación conservada, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: no ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos no soplos audibles.

Abdomen: Distendido, ruidos hidroareos presentes, blando, poco depresible, no se palpa masa, con matidez desplazable a nivel de ambos flancos, spam hepático de 10 cm, no signos peritoneales.

Sistema nervioso: despierto, orientado en lugar y persona, desorientado en tiempo, Glasgow 14/15, no focalización, fuerza muscular 4/5 en las cuatro extremidades, reflejos osteotendinosos +/+++ en las cuatro extremidades, flapping +.

El interno durante la rotación de pediatría, debe aprender a evaluar al paciente desde que es un recién nacido, por lo que se divide en dos partes principales que es neonatología, donde es fundamental saber la atención inmediata del recién nacido, los pasos a seguir en caso de realizar una reanimación neonatal, y realizar el seguimiento a los recién nacidos sin patologías en las salas de alojamiento conjunto, como aquellos pacientes que presentan patología en hospitalización neonatal.

Además, se ve la parte pediátrica en tópico de emergencia y hospitalización, donde resalta saber bien los antecedentes del niño, hacer una anamnesis indirecta con los padres, y dominar las dosis pediátricas de los medicamentos que deben ser según el peso de cada niño, con toda esa información definir si el caso del niño amerita la atención de emergencia o debería acudir a consultorio de pediatría.

Los casos más comunes que se presentaron en neonatología fueron sepsis neonatal, prematuridad, cardiopatías, síndrome de distrés respiratorio del recién nacido mientras en pediatría fueron más frecuentes los síndromes obstructivos bronquiales, neumonías adquiridas en la comunidad, deshidratación moderada, convulsiones febriles.

En el tópico de emergencia de pediatría se presentó el siguiente caso:

Paciente femenino de 1 año y 3 meses traído por padres con tiempo de enfermedad de 2 días, antes del ingreso refieren leve malestar al ingerir los alimentos, se añade tos no productiva que va incrementándose en tono, que predomina durante las noches, la cual no remite ante el uso de jarabe el cual no recuerdan el nombre, 1 hora previo a su ingreso refieren incremento del esfuerzo respiratorio, niegan sensación de alza térmica, niegan vómitos.

Los padres refieren como antecedente que nació con peso de 3.300 gr, con buen APGAR, niegan hospitalizaciones, cuenta con vacunas para su edad, niega reacciones adversas medicamentosas.

El paciente presento los siguientes signos vitales: saturación en 96%, frecuencia respiratoria en 32 respiraciones por minuto, temperatura en 36.8°C, frecuencia cardiaca en 112 latidos por minuto. Peso de 11 Kg y talla de 85 cm. A la ectoscopia el paciente se encontraba en un regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación, en posición de bipedestación, sin signo característico, no catéter permeable.

Piel y mucosas: tibia, hidratadas, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral moderadamente hidratada, no cianosis oral ni úngeal, no palidez.

Orofaringe: ligeramente eritematosa, no congestiva, no hipertrófica, no supurativa.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica ligeramente aumentada, discreto tiraje subcostales +/-+++, no tirajes intercostales, no tirajes supraclaviculares, no tirajes extérnales, murmullo vesicular pasa disminuido por ambos hemitorax, se agrega estridor inspiratorio.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos ligeramente taquicardiacos, no soplos audibles,

Sistema nervioso: despierta, responde a estímulos verbales, moviliza extremidades, no signos meníngeos.

En hospitalización de neonatología se presentó el siguiente caso clínico:

Recién nacido a término con 39 semanas de edad gestación de sexo masculino, con 17 horas de tiempo de vida, nacido por parto eutócico complicado por liquido meconial fluido de madre con infección urinaria durante el tercer trimestre la cual no termino el tratamiento, exámenes serológicos negativos. Al nacimiento presento APGAR de 7 al minuto y 9 a los 5 minutos, con recuperación espontanea, no se realizó reanimación, a las 12 horas de vida se toma hemograma, en el cual impresiona una leucocitosis de 18 450, sin desviación izquierda. Madre refiere lactancia cada 2 horas con disminución de la fuerza de succión.

El paciente presento los siguientes signos vitales: saturación en 97%, frecuencia respiratoria en 65 respiraciones por minuto, temperatura en 36.8°C,

frecuencia cardiaca en 173 latidos por minuto. Peso de 3.550 gr y talla de 55 cm.

A la ectoscopia el recién nacido se encontraba en un mal estado general, buen estado de nutrición, regular estado de hidratación, en posición de decúbito supino, sin signo característico, no vía permeable

Piel y mucosas: tibia, poco hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral poco hidratada, no cianosis oral ni úngeal, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitorax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos taquicardiacos, no soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaereos presente, Cordón umbilical en proceso de necrosis, no eritematoso, no supurativo, no distendido, blando, depresible, no se palpan masas, no signos peritoneales.

Sistema nervioso: letárgica, responde a estímulos verbales y dolorosos, moviliza extremidades, no signos meníngeos, reflejo de moro presente, buen reflejo de succión, reflejo de babinsky presente.

El interno durante la rotación de cirugía general, principalmente debe aprender a aplicar técnicas y procedimientos quirúrgicos como: la sutura de heridas en 1 plano y en 2 planos, colocación de sonda Foley, curación de quemaduras, reducción de luxación, vendaje de esguinces, colocación de yeso o férulas, extracción de cuerpo extraño en nariz y oído, colocación tubo de drenaje torácico, también debe aprender a definir los criterios que tienen los pacientes que ameritan pasar a sala de operaciones, siendo además un participante de estas operaciones, como laparotomías, apendicectomía, colecistectomía, posteriormente realizar la evolución de un paciente post operado y la curación de sus heridas para que pueda salir de alta.

Los casos más comunes que se presenta en cirugía general son apendicectomía aguda, colecistitis aguda, quemaduras de primer y segundo grado, heridas cortantes o penetrantes, politraumatizados por caídas o por accidente de tránsito, traumatismo encéfalo - craneano, hernias encarceladas, retención urinaria.

En tópico de cirugía se presentó el siguiente caso clínico:

Paciente mujer de 26 años con un tiempo de enfermedad de 14 horas antes del ingreso, caracterizado por un dolor abdominal difuso a predominio de mesogastrio de intensidad 5/10, el cual no calma ante el uso de antiespasmódicos, 12 horas antes del ingreso se añade hiporexia y nauseas que no conllevan al vómito, 6 horas antes del ingreso el dolor incrementa de intensidad a 7/10, hace 1 hora antes del ingreso inicia sensación de alza térmica no cuantificada, asociada a escalofríos y el dolor se localiza a nivel de fosa iliaca derecha incrementando intensidad de 9/10 motivo por el cual acude a emergencia siendo recibido por el servicio de medicina, en el cual le solicitan un hemograma con una leucocitosis en 14 500, sin desviación estándar, un examen de orina no patológico, una ecografía donde lo relevante fue la presencia de líquido libre en escasa cantidad a nivel de fondo de saco de Douglas, meteorismo en asas intestinales.

Niegan antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes patológicos, refiere fecha de última regla que inicio 10 días antes del ingreso, uso de métodos anticonceptivo trimestral, refiere vida sexual activa. Niega reacciones adversas a medicamentos

El paciente presento los siguientes signos vitales: saturación en 96%, frecuencia respiratoria en 16 respiraciones por minuto, temperatura en 37.2°C, frecuencia cardiaca en 98 latidos por minuto, presión arterial en 110/60 mmHg. Peso de 76 Kg y talla de 155 cm.

A la ectoscopia la paciente se encontraba en un regular estado general, buen estado de nutrición, regular estado de hidratación, en posición de decúbito supino, con facies de dolor, con vía periférica permeable.

Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral poco hidratada, no palidez, no ictericia

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitorax, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles

Abdomen: Ruidos hidroaereos presente, no distendido, contractura muscular poco depresible a nivel de fosa iliaca derecha, no se palpan masas, doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha, punto de McBurney positivo, punto de Murphy negativo, signo de Rovsing positivo, Signo de psoas positivo, signo de blumberg localizado en fosa iliaca derecha.

Sistema nervioso: despierta, orientada tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

Otro caso que se presentó en tópicos de cirugía fue el siguiente:

Paciente mujer de 47 años con un tiempo de enfermedad de 10 horas antes del ingreso caracterizado por un dolor intermitente en hipocondrio derecho posterior a ingesta de comida grasa copiosa, que se irradia a región omoplato derecho, tipo punzada de intensidad 7/10 que cede ante el consumo de antiespasmódico y analgésico, sin embargo 2 horas antes del ingreso el dolor se torna persistente aumenta de intensidad a 9/10, se añade vómitos en 3 ocasiones de contenido alimenticio, de cantidad aproximada de dos y medio vasos de agua (625ml) en total, motivo por el cual acude a emergencia.

Refiere antecedente de litiasis vesicular hace 6 meses diagnosticada por ecografía particular, niega diabetes mellitus, niega hipertensión arterial, refiere dislipidemia mixta hace 6 meses en tratamiento con atorvastatina, refiere antecedente de apendicectomía hace 14 años. Niega reacciones adversas a medicamentos.

El paciente presenta los siguientes signos vitales: saturación en 98%, frecuencia respiratoria en 18 respiraciones por minuto, temperatura en 37.3°C, frecuencia cardíaca en 89 latidos por minuto, presión arterial en 115/80 mmHg. Peso de 64 Kg y talla de 167 cm.

A la ectoscopia la paciente se encontraba en un regular estado general, buen estado de nutrición, mal estado de hidratación, en posición de decúbito supino, con facies de dolor e ictericia.

Piel y mucosas: tibia, poco hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral seca, palidez +/-, ictericia ++/+.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitorax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no se ausculta soplos.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presente, no distendido, blando, depresible, dolor a la palpación de hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo, signo de McBurney negativo, signo de Blumberg negativo.

Sistema nervioso: Despierta, orientada tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

El interno durante la rotación de ginecología-obstetricia, debe atender principalmente a la mujer durante su etapa de gestante, que implica un conocimiento sobre el desarrollo del feto, los controles prenatales que debe realizar, además de las patologías que solamente se desarrollan durante las gestación, esta rotación es muy importante, puesto que se aprende a preservar la vida del binomio madre hijo, para ello es fundamental saber el manejo de la clave roja, clave azul y clave amarilla, de esta forma el futuro médico general estará capacitado en evitar las muertes maternas.

También se realiza las actividades ginecológicas, en la cual el médico interviene en las patologías propias del aparato reproductor femenino, debido a que el cáncer de cérvix es uno de los que representa mayor porcentaje de mortalidad en el Perú.

Las habilidades técnicas como la atención del parto, la sutura de desgarro perineal, el drenaje de abscesos, y participar dentro de procedimientos mayores como: cesáreas, legrado uterino, laparatomías, u otros no invasivos como la realización de ecografías.

Los casos más comunes que se presentan en ginecología-obstetricia, son abortos, atención de partos, preeclampsia, ruptura prematura de membrana, enfermedad pélvica inflamatoria, amenaza de parto pretermino, placenta previa, mastitis y cáncer de cuello uterino.

En el tópico de emergencia se presentó el siguiente caso:

Gestante de 36 años acude a emergencia refiriendo tiempo de enfermedad de 8 horas antes del ingreso caracterizado por dolor abdominal en hipogastrio de intensidad 6/10 tipo contracción que no se irradia, que mejora al reposo, hace 1 hora antes del ingreso se agrega pérdida de sangre por vía vaginal en forma de manchas en ropa interior de coloración marrón, motivo por el cual acude a emergencias.

Niega antecedentes patológicos, refiere antecedente quirúrgico de cesárea hace 10 años por presentar feto podálico, refiere edad gestación de 10 semanas 6 días por ecografía del primer trimestre, formula obstétrica G2P2002, niega reacción adversa a medicamento.

El paciente presento los siguientes signos vitales: saturación en 99%, frecuencia respiratoria en 17 respiraciones por minuto, temperatura en 36.6°C,

frecuencia cardiaca en 79 latidos por minuto, presión arterial en 90/50 mmHg. Peso de 74 Kg y talla de 153 cm.

Piel y mucosas: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosa oral hidratada, no palidez, no ictericia

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitorax, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no se ausculta soplos.

Obstétrico: Altura uterina de 11 cm, latidos cardiacos fetales no audible, situación, presentación y posición indiferentes.

Genitales externo: Presencia de resto de sangre en canal vaginal.

Tacto vaginal: Cuello uterino en posición central, blando, orificio cervical externo cerrado.

Sistema nervioso: Despierta, orientada tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

En tópico de emergencia se presentó el caso de una paciente:

Gestante primigesta de 28 años ingresa por emergencia refiriendo cefalea persistente con escotomas, niega dolor abdominal, niega tinnitus, niega perdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal, niega contracciones uterinas, percibe movimientos fetales.

Niega antecedentes patológicos, niega reacción adversa a medicamento. Refiere edad gestación de 32 semanas 3 días por ecografía del primer trimestre.

El paciente presento los siguientes signos vitales: saturación en 97%, frecuencia respiratoria en 14 respiraciones por minuto, temperatura en 37.2°C, frecuencia cardiaca en 73 latidos por minuto, presión arterial en 150/60 mmHg. Peso de 58 Kg y talla de 149 cm.

Piel y mucosas: Tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar menor de 2 segundos, no deshidratada, no palidez, no ictericia.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitorax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no se ausculta soplos.

Obstétrico: Altura uterina de 32 cm, latidos cardiacos fetales 136 por minuto, situación longitudinal, presentación cefálico y posición derecho, no dinámica uterina.

Tacto vaginal: Cuello uterino en posición central, blando, dilatado 0 cm, incorporado 30%, altura de presentación fuera de pelvis.

Sistema nervioso: Despierta, orientada tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no focalización, no signos meníngeos.

Estos fueron los casos más representativos que se ha visto durante el último año de la carrera de medicina y que permite al estudiante tener una visión holística del paciente y estar preparado para responder ante las emergencias que se puedan presentar.

CAPITULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El hospital en el que desarrolle el internado fue el Hospital Nacional Hipólito Unanue es un establecimiento de nivel III-1, ubicado Av. Cesar Vallejo N° 1390 distrito de El Agustino.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue posee un área de 15 161 metro cuadrados, en la cual se encuentra 660 camas distribuidas en diversos pabellones, cuenta con 104 consultorios físicos.

Se atiende a una población de 2 millones de personas que proceden principalmente de los distritos de El Agustino, Ate - Vitarte, Santa Anita, La Molina, Cercado de Lima, Lurigancho, Cieneguilla, Pachacamac y San Juan de Lurigancho (1).

El Hospital Nacional Hipólito Unanue al ser un establecimiento de nivel III-1, es la cabeza de la Red Lima-Este convirtiéndose en un Hospital de Referencia, por ello son referidos pacientes de alta complejidad procedentes del Hospital Hemilio Valdizan, de la Red de Salud El agustino - Santa Anita, de la Red de Salud Vitarte – La molina, de la Red de Salud Chosica – Chaclacayo, de la Red de Salud San Juan de Lurigancho (2).

Mientras que el Hospital Nacional Hipólito Unanue, puede referir pacientes aun con mayor complejidad que ameriten la atención por Institutos Nacionales, como puede ser el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasicas, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Instituto Nacional de Salud del Niño, Instituto Materno Perinatal, Instituto Nacional de Rehabilitación (3).

El Hospital Nacional Hipólito Unanue como institución posee la visión de: “Sector líder, que establece políticas públicas en salud centrado en las

personas, que gozan de una vida más saludable, con acceso universal a los servicios de salud de calidad, integrales, oportunos y eficientes, basado en enfoques de derechos en salud e interculturalidad.”

Asimismo la misión que posee el Hospital Nacional Hipólito Unanue de: “Ejercer la rectoría del sector y conducir con eficiencia el sistema nacional de salud, fortaleciendo el primer nivel de atención, asegurando el acceso y calidad de los servicios de salud en beneficio de la población” (4).

Para ello se establece los siguientes objetivos estratégicos:

- Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud.
- Asegurar la disponibilidad, competencia y distribución de los recursos humanos en salud.
- Impulsar la Carrera Publica meritocrática y Política Remunerativa en el sistema público de salud.
- Contar con infraestructura y equipamiento moderno e interconectado que aseguren los servicios de salud de calidad.
- Fortalecer la capacidad de alerta y respuesta de Sistema de Salud.

Para ello el Hospital Nacional Hipólito Unanue como institución se organiza a través de estructuras orgánicas.

Departamento de Medicina Interna

- Servicio de Medicina Interna I
- Servicio de Medicina Interna II
- Servicio de Medicina Interna III
- Servicio de Medicina Interna IV

Departamento de Especialidades Médica

- Servicio de Gastroenterología
- Servicio de Cardiología
- Servicio de Nefrología
- Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales
- Servicio de Dermatología
- Servicio de Endocrinología
- Servicio de Medicina Sub Especialidades

Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular

- Servicio de Cirugía Torácica
- Servicio de Cirugía Cardiovascular
- Servicio de Broncoscopía y Procedimientos Torácicos

Departamento de Cirugía

- Servicio de Cirugía General y Digestiva A
- Servicio de Cirugía General y Digestiva B
- Servicio de Cirugía Pediátrica

Departamento de Especialidades Quirúrgicas

- Servicio de Otorrinolaringología
- Servicio de Oftalmología
- Servicio de Urología
- Servicio de Traumatología y Ortopedia
- Servicio de Neurocirugía
- Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilo-Facial
- Servicio de Cirugía Plástica y Quemados

Departamento de Neumología

- Servicio de Enfermedades Respiratorias Tuberculosas
- Servicio de Enfermedades Respiratorias no Tuberculosas

Departamento de Pediatría

- Servicio de Pediatría
- Servicio de Neonatología

Departamento de Ginecología-Obstetricia

- Servicio de Ginecología
- Servicio de Obstetricia Medico Quirúrgica
- Servicio de Reproducción Humana
- Servicio de Obstetricia

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

- Servicio de Emergencia
- Servicio de Cuidados Intensivos
- Servicio de Trauma Shock
- Servicio de Cuidados Intensivos Pediátrico
- Servicio de Cuidados Intensivos y Cuidados Intermedios Neonatales

Departamento de Odontología

- Servicio de Odontología Clínica
- Servicio de Cirugía Bucal y Maxilo Facial

Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

- Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Servicio de Recuperación Post Anestésica y Reanimación
- Servicio de Terapia del Dolor
- Servicio de Cirugía Ambulatoria

Entre otros departamentos como patología clínica y anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, salud mental, nutrición y dietética, servicio social, farmacia, enfermería, sin embargo, los arriba señalados son en los cuales el interno de medicina interactúa más.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

El estudiante de medicina durante su año de internado, empieza a realizar procedimientos médicos, supervisados por los médicos del hospital, tanto el médico residente como los médicos asistentes. Para ello, se le exige que deba mantener un nivel de conocimiento básico, además por caso nuevo el interno motivado por los médicos que lo supervisan, realiza una revisión de los últimos artículos sobre el manejo de los pacientes. Estas revisiones son evaluadas en las discusiones diarias de los casos clínicos, o en la exposición de los casos más interesantes que se presente en su servicio.

En medicina interna, respecto al caso del paciente que ingreso por dificultad respiratoria, con el examen físico realizado se determinó que se trataba del caso de un paciente con derrame pleural, para ello se amplió los estudios de este paciente.

Los exámenes de laboratorio solicitados fueron un hemograma en el cual no se encontró leucocitosis, ni leucopenia, hemoglobina y plaquetas dentro de los valores normales, se solicitó un cultivo de gérmenes comunes y baciloscopia en esputo, cuyos resultados estarían recién en 3 días. Se le solicito bioquímica de glucosa en 96 mg/dL, urea en 32 mg/dL, creatinina en 0.6 mg/dL. Prueba molecular para SARS-COV-2.

Las pruebas de imágenes fueron las siguientes, inicialmente una placa de rayos X donde se evidenciaba una imagen radiolucida con concavidad a nivel del borde superior, que llegaba hasta 1/3 medio del campo pulmonar derecho, presencia de nódulo de 1 cm a nivel de 1/3 superior de campo pulmonar derecho, luego de ello se le realizo una ecografía torácica con marcaje para realizar toracocentesis.

En conjunto el especialista y el médico residente de guardia determinaron realizar una toracocentesis, según lo descrito por la guía de MINSA del Hospital Cayetano Heredia, principalmente porque generaba dificultad respiratoria (5).

Luego de ello se envió líquido obtenido en la toracocentesis a laboratorio para evaluar la bioquímica, tinción gram, estudios de Adenosina desaminasa y un cultivo. Posteriormente el paciente sin dificultad respiratoria paso a hospitalización con las siguientes indicaciones.

- Dieta blanda
- NaCl 0.9% 2000 cc intravascular a 30 gotas por minuto
- Ceftriaxona 2 gr intravenoso cada 24 h
- Ciprofloxacino 750 mg intravenoso cada 12 h
- Hidrocortisona 250 mg intravenoso cada 6 h
- Ranitidina 50 mg intravenoso cada 8 h
- O2 por canula binasal hasta 5 litro por min
- Posición de Fowler con cabecera de cama a 60°

El paciente está siendo tratado como una neumonía atípica de forma empírica por su cuadro clínico que es subagudo y los factores de riesgo, sin embargo pese a que en emergencia a un no se contaba con los resultados de baciloscopia, el paciente fue ingresado al pabellón de neumología al tercer día con los resultados del líquido pleural de tuberculosis por la alta sospecha clínico radiológico, iniciando su tratamiento recién al día siguiente en hospitalización.

El manejo del paciente fue adecuado en la toma de decisión de realizarse una toracocentesis, pues contaba con indicaciones clínicas de disnea para realizarse con el fin de reducir el volumen, y aliviar sus síntomas, sin embargo no se contaba con una diagnóstico de neumonía o comprobado un origen bacteriano del derrame pleural como para iniciar tratamiento, el manejo pudo ser más expectante a los resultados del estudio de líquidos de la toracocentesis que un manejo antibiótico empírico, pues las características clínicas y epidemiológicas del paciente orientaban más a una patología concorde con tuberculosis.

Respecto al caso del paciente varón que realice su evolución en hospitalización con todas las características descritas y la evaluación del paciente, fue catalogado como una ascitis refractaria a etiología determinar pues el paciente no contaba con un antecedente preciso que explicara la presencia de la ascitis.

Resultado de laboratorio

Perfil Hepático:

- Transaminasa Oxalacética (TGO): 38 U/L (5 – 40 U/L)
- Transaminasa pirúvica (TGP): 41 U/L (7 – 56 U/L)
- Bilirrubina Total: 0.73 mg/dL (0.2 – 1 mg/dL)
- Bilirrubina Indirecta: 0.58 mg/dL (0.2 – 0.7 mg/dL)
- Bilirrubina Directa: 0.15 mg/dL (0.0 – 0.3mg/dL)
- Fosfatasa Alcalina: 136 U/L (17 – 142 U/L)
- Gamma Glutamil Transferasa: 15 U/L (5 – 85 U/L)
- Proteínas totales: 6.8 g/dL (6 – 8 g/dL)
- Albuminas: 3.6 g/dL (3.4 – 5 g/dL)

Durante la discusión del caso clínico en el hospital se determinó realizarse una paracentesis, según lo descrito por la guía de MINSA del Hospital Cayetano Heredia, la indicación se realizaría por ser una ascitis refractaria al uso de dos diuréticos (6). Además, que con la paracentesis se orientaría mejor el diagnóstico definitivo del paciente.

Por la tarde se realizó la paracentesis del paciente, que tenía dos objetivos. El primer objetivo fue terapéutico, ya que se extrajo gran volumen que redujo el tamaño de la ascitis y el paciente ya estuvo mucho más aliviado.

El segundo objetivo fue diagnóstico, el líquido obtenido en la paracentesis fue llevado a laboratorio para evaluar la bioquímica, la tinción gram, estudios de Adenosina desaminasa y un último para cultivo. Estos estudios son muy importantes pues según la revisión realizada en UptoDate, con estos resultados se puede seguir un algoritmo que permite determinar cuál es la causa más probable de la ascitis, y determinar cuál sería el siguiente estudio más conveniente de realizar con el paciente, con fin de tener un diagnóstico definitivo.

Al día siguiente de hospitalización, se recibieron los resultados de laboratorio obtenidos a través de la paracentesis se encuentran en el anexo 1:

Dentro de la revisión de la bibliografía se encontró que la presencia de células positivas en líquido ascítico presenta una sensibilidad del 58 a 75% para una ascitis maligna (7). Por ello el paso siguiente con el paciente fue una tomografía toraco-abdomina-pelvica, para poder encontrar el tumor primario. El paciente mantuvo las indicaciones hasta hallar el tumor primario las cuales fueron.

- Dieta blanda hipoproteica
- NaCl 0.9% 1000 cc intravascular a 15 gotas por minuto
- Furosemida 80 mg intravascular cada 12 h
- Espironolactona 200 mg intravascular cada 12 h
- Lactulosa 15 ml via oral cada 8 h
- Sonda foley

En este caso se utilizó de forma correcta la técnica de la paracentesis, la cual oriento el estudio hacia una patología neoplásica, como se realizó en el hospital, estaba indicado realizar una tomografía, a fin de poder localizar algún tumor que pueda ser la causa de la ascitis, esto se debe a que los tumores puede hacer una metástasis al peritoneo, y con una tomografía se encontraría el órgano en la cual se encuentre la neoplasia, posterior a ello se evaluaría el abordaje para realizarse una biopsia con la cual se establecería el tipo histológico de la lesión y el tratamiento que ameritaría.

Durante la rotación de pediatría, en el tópico de emergencia, con el cuadro clínico del paciente de la tos persistente con sonido “metálico”, con el estridor inspiratorio, disminución del murmullo vesicular y la presencia de tirajes, se dio el diagnóstico de laringotraqueitis.

En la laringotraqueitis, es una enfermedad cuya severidad es muy variable, pues su evolución es rápida a diferencia de patologías de vías inferiores, por ello se debe usar siempre una buena escala como la de Westley para la toma de decisiones según la severidad (8). El paciente fue revisado según la escala de Westley y se encuentra su resultado en el anexo 2.

La indicación médica necesarias para un paciente con laringotraqueitis con una puntuación en moderados fueron las siguientes

- Dexametasona 6.6 mg intramuscular inmediatamente

- Nebulización con adrenalina de 0.7 mg cada 20 min hasta resolución de síntomas
- Queda en observación

El paciente con 2 nebulizaciones llegó a resolver el estridor y la dificultad respiratoria con lo cual fue dado de alta con corticoides por vía oral.

El manejo del paciente para la guía de MINSA solo ameritaba el uso de corticoides que podría ser por vía oral o en presencia de vómitos por vía intramuscular, sin necesidad de nebulización de adrenalina y solo cuando haya desaturación en unidad de cuidados intensivos (9). Sin embargo una revisión de uptodate muestra que la nebulización con adrenalina está recomendado desde los casos moderados a severos (10).

Se debe tener un especial cuidado con los pacientes con laringotraqueítis, pues si bien se trata de una obstrucción de las vías aéreas reversible, al localizarse la obstrucción en las vías aéreas superiores estas pueden progresar rápidamente, afectando a ambos pulmones y siendo más peligrosas que los síndromes obstructivos. Por estas razones se considera un manejo oportuno las nebulizaciones con adrenalina hasta que desaparezcan los estridores.

En neonatología, el caso de un neonato con 17 horas de vida y antecedente de infección urinaria en la madre del tercer trimestre no tratada (11). Además, que presenta alteración de sus funciones vitales con taquipnea y taquicardia. Se trata de un caso de sepsis temprana sospechosa. Por ello se solicitó los siguientes exámenes de laboratorio hemograma, glucosa, hemocultivo, proteína C reactiva cuantitativa.

HEMOGRAMA Y PCR:

- Leucocitos: 26 000
- Abastados: 7%
- Segmentados: 76%
- Linfocitos: 17%
- Plaquetas: 240 000
- Hemoglobina: 15 mg/dL
- Proteína C reactiva: 45 mg/dL
- Glucosa: 70 mg/dL

Se presentó los resultados al especialista de neonatología, quien decidió pasarlo a la unidad de intermedios, e iniciar antibióticos. Dejando al paciente con las siguientes indicaciones

- Nada por vía oral
- Dextrosa al 10% volumen de 175 a 6 ml/min
- Ampicilina 175 mg intravascular cada 12 horas
- Gentamicina 14 mg intravascular cada 12 horas
- Mantener en incubadora en temperatura de 36.5°C
- Queda hospitalizado en intermedio I de neonatología
- Control de funciones vitales
- Observación de signos de alarma
- Balance hídrico estricto

El manejo del recién nacido se realizó siguiendo la guía de MINSA, por lo cual ante una sepsis probable se inicia con tratamiento antibiótico parenteral, sin embargo, este se mantiene hasta confirmar o descartar la sepsis neonatal con el resultado del hemocultivo que generalmente se obtiene a las 72 horas (12). Muchas veces cuando se presenta un neonato que presenta alteraciones en los signos vitales se inicia tratamiento antibiótico, eso se debe a la demora que se encuentra para el resultado de los hemocultivos, la leucocitosis y la proteína C reactivas, suelen ser muy inespecíficas. Sin embargo, hay otros marcadores como la pro-calcitonina, la cual es específica para sepsis por procesos bacterianos sin embargo se encuentra poco difundidos dentro de nuestro país.

En el tópico de cirugía, se recibió a un paciente con cuadro de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, con sospecha de apendicitis, para lo cual ya contaba con un hemograma alterado del servicio de medicina, en este caso se tenían tanto variables clínicas como exámenes de laboratorio para poder realizar la escala de Alvarado (13). Esta escala nos permite valorar las posibilidades de un paciente con dolor abdominal, hacia una apendicitis, o que amerite realizarse algún control o prueba adicional como una tomografía, o se deba de investigar alguna otra causa acerca de ese dolor. Los resultados se pueden apreciar en el Anexo 3.

Al revisarlo el cirujano, determino que con la escala de Alvarado, la realización de una apendicectomía de emergencia, para lo cual participaron el médico residente como segundo cirujano, y el interno como tercer cirujano.

Se dejó las siguientes indicaciones al paciente:

- Nada por vía oral
- Vía Salinizada
- Ceftriaxona 2 gr intravascular
- Ranitidina 50 mg intravascular c/8h
- Exámenes prequirurgicos
- Interconsulta anestesiología

Dentro de sala de operaciones se realizó una apendicectomía abierta con los siguientes procedimientos en los cuales como interno de medicina se participa:

- Asepsia y antisepsia
- Colocación de campos
- Incisión en cuadrante inferior derecho
- Disección por planos hasta cavidad
- Identificación de hallazgos:
- Apéndice cecal de 10x2 cm supurada en toda su extensión, base indemne, mesoapendice ancho
- Liquido peritoneal de aproximadamente 100 cc
- Ligadura escalonada de apéndice
- Ligadura con lino 0 de base
- Apendicectomía a muñón libre
- Lavado de cavidad peritoneal
- Retiro de pieza quirúrgica
- Secado de cavidad con gasa estéril
- Conteo de gasas completas
- Revisión de hemostasia
- Cierre de planos por planos
- Paciente estable pasa a recuperación

El diagnostico final de paciente fue de apendicitis aguda supurativa y peritonitis localizada. Diagnostico que se llegó luego de la revisión de cavidad.

Paciente con abdomen agudo quirúrgico según la guía MINSA paso con el interrogatorio, exámenes complementarios adecuados (14). Si bien el manejo de la apendicectomía laparoscópica ofrece muchos beneficios para el paciente, en este caso también importa la experiencia del cirujano a cargo y la sospecha de paciente de progresión a una peritonitis (15). Por ello se realizó el manejo más adecuado del paciente con apendicitis aguda.

Además, en tópico de emergencia de cirugía, sobre el paciente con antecedente de litiasis vesicular y dolor abdominal agudo, se planteó a descartar colecistitis aguda, por ello se debía de aplicar los criterios de Tokyo. Para ello se le solicito exámenes de laboratorio hemograma que se encontraba una leucocitosis con 19 600, sin desviación izquierda una proteína C reactiva en 12 mg/dL, perfil hepático donde resaltan una bilirrubina totales en 3.2 mg/dL, bilirrubina indirecta en 1.3 mg/dL, bilirrubina directa en 1.9 mg/dL, transaminasas dentro de los valores normales, creatinina en 0.85, urea en 32 mg/dL

Además, se realizó un informe ecográfico donde resalta una vesicular biliar de 119.3 mm x 53.6 mm, con paredes de 7 mm edematizado, con un lito vesicular de 40 mm x 12 mm enclavado en bacinete de vesicular biliar.

En la última revisión académica previa al caso clínico se realizó la exposición de los criterios de Tokyo que explicaron los criterios diagnósticos, y de severidad para clasificar la de colecistitis aguda calculosa. Además del manejo que amerita y los criterios de colecistectomía de emergencia.

En este caso cumple los criterios de inflamación local (A), criterios de inflamación sistémica (B), hallazgo imagenológico característico (C). Por lo cual se diagnostica como colecistitis aguda calculosa confirmada. Además, se estableció como una colecistitis aguda calculosa moderada (16). Se procedió a dejar las siguientes indicaciones.

- Nada por vía oral
- NaCl 0.9% 1000 cc intravascular a 15 gotas por min
- Ceftriaxona 1 gr intravascular cada 12 horas
- Metronidazol 500 mg intravascular cada 12 horas
- Ketoprofeno 100 mg intravascular cada 8 horas
- Rantidina 50 mg intravascular cada 8 horas

- Dimenhidrinato 50 mg intravascular condicional a vómitos
- Se hospitaliza para programación de cirugía laparoscópica

Se realizó el manejo del paciente siguiendo las recomendaciones de la guía de Tokyo (17). Por ellos se le inicio la antibioticoterapia oportuna, ya que en esta etapa de la enfermedad según la guía de Tokyo se va a preferir una cirugía diferida, y además de priorizar la antibioticoterapia y el soporte vital ofrecido al paciente.

Esta paciente permaneció hospitalizada durante 5 días tras los cuales recién se realizó una colecistectomía laparoscópica, debido a la demanda de la sala de operaciones del hospital. En este caso no se pudo actuar de forma óptima pues esta paciente era candidata a una colecistectomía temprana, es decir que se realice en las primeras 72 horas de su ingreso.

En la rotación de ginecología-obstetricia, presento una gestante de 10 semanas que acude por sangrado vaginal, para ello se le solicito principalmente una ecografía transvaginal. En el cual se encontró un embrión de 11 cm de Longitud, sin actividad cardiaca. Por tal motivo se diagnosticó como un aborto retenido. Con las siguientes indicaciones.

- Dieta blanda
- Vía salinizada
- Misoprostol 800 ug via vaginal
- Queda en hospitalización

Luego de acuerdo a la revisión de la literatura sobre abortos (18). Se resalta la semana gestacional, pues allí difiere el manejo que se puede dar a la gestante, ya que si es muy avanzada la edad gestacional mayor a 12 semanas se debe realizar un legrado uterino el cual implica el uso de sala de operaciones, más riesgos para la paciente y mayor dificultad, así como mayor tiempo de estancia hospitalaria. Sin embargo se determinó la realización de aspiración manual endouterina, procedimiento el cual es participe el interno, incluso pudiendo realizarlo para ello se realiza los siguientes pasos.

- Asepsia y antisepsia
- Colocación de campos estériles
- Colocación de especulo
- Pinzamiento de labio superior cervical

- Anestesia paracervical
- Aspiración manual endouterina
- Revisión de hemostasia
- Retiro de instrumental

Debido a la semana de edad gestacional se ve una diferencia entre el uso de un procedimiento que genere menor carga para la gestante, en el uso de recursos del hospital y días de hospitalización se decidió correctamente por una aspiración manual endouterina, la cual fue correcta la decisión clínica que se tomó con la paciente.

El caso de la paciente que se presentó en el centro obstétrico fue diagnosticado por las semanas de gestación, la presión arterial y la cefalea como una preeclamsia con criterios de severidad.

Por lo cual se solicitó exámenes auxiliares como creatinina y examen de orina, perfil hepático y perfil de coagulación según lo indicado por la guía de manejo de MINSA (19). Mientras que se esperaban los resultados de laboratorio, la paciente paso depl emergencia ha sala de operaciones con las siguientes indicaciones.

- Nada por vía oral
- NaCl 0.9% 1000 intravascular a 45 gotas por minuto
- MgSO4 10 gr en 1 L de NaCl 0.9% intravascular a 300cc a chorro, luego a45 gotas por minuto
- Nifedipino 10 mg via oral cada 4 horas
- Metildopa 1 gr via oral cada 12 horas
- Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas
- Pasa a sala de operaciones

Si bien algunos estudios apoyan el manejo expectante de un paciente menor de 34 semanas de edad gestacional, para evitar la prematuridad y dar oportunidad a la maduración pulmonar (20). Según las guías del Instituto Perinatal del Perú, también se prefiere a esta edad gestacional un manejo expectante para aumentar la sobrevivida perinatal (21). Sin embargo, muchas veces como en este caso, el ginecólogo opta por realizar una cesárea de emergencia, como en este caso clínico. Terminando muchas veces con el neonato siendo hospitalizado por prematuridad.

CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado fue una de las mejores experiencias de la carrera, pues se desarrollan las habilidades médicas, en la parte de manejo de paciente, como en los familiares.

Sin embargo, este año 2020 el internado no pudo desarrollarse de forma continua, pues afrontamos la pandemia del covid-19, que interrumpió el internado con una cuarentena, la cual el interno de medicina también tuvo que acatar para disminuir el contagio.

Debido a esta cuarentena, no se pudo realizar los cuatros rotaciones en un mismo año, se realizó la rotación de pediatría con normalidad, durante los meses de enero a marzo del 2020, sin embargo, el resto de rotaciones se realizó entre octubre del 2020 a abril del 2021, con las rotaciones de ginecología, medicina interna, y cirugía.

Por suerte en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, los internos no tuvieron que rotar a otro establecimiento, debido a que el hospital, no se convirtió exclusivamente en un hospital de covid, y por tanto se pudo seguir en el Hospital, realizando el internado con las medidas de bioseguridad correspondiente.

Aquellas rotaciones fueron muy preocupantes pues, seguíamos teniendo el riesgo que implicaba el contacto con los pacientes y muchos de ellos eran asintomáticos, pese a tener un triaje diferenciado para las enfermedades respiratorias, no estábamos exentos de estar expuestos al SARS-COV-2.

Estas preocupaciones también se compartieron con los pacientes, que no solo estaban temerosos de ser infectados, sino que también estaba afectados emocionalmente por las múltiples defunciones de sus familiares y amigos. Lo cual algunas veces ponía barreras en su atención medica, ya que tenían

desconfianza, miedo y poca empatía con el personal. Sin embargo, fue complicado poder conversar con los familiares para poder brindarle no solo una atención guiada por las buenas prácticas clínicas, sino también un atención humana y cálida que permita pasar por esas barreras que genero la pandemia.

Por ello muchos internos fueron infectados por el virus, entrando en aislamiento y en algunos casos también llegando a estar hospitalizados. Por eso debíamos estar bien protegidos con el equipo de protección personal correspondiente.

Afortunadamente en Marzo y Abril del 2021 pude recibir de manera efectiva las 2 dosis correspondientes contra SARS-COV-2.

CONCLUSIONES

1. El interno adquiere habilidades medico quirúrgicas que lo acompañaran toda su vida.
2. El interno da acompañamiento en su etapa de salud-enfermedad a los pacientes como a familiares.
3. Lo fundamental en el diagnóstico es la apreciación clínica de los pacientes.
4. En el binomio madre-neonato, se tiene que velar por el bienestar de ambos.
5. La decisión quirúrgica debe ser rápida en base a la evidencia y el estado del paciente.

RECOMENDACIONES

- Elegir una sede Hospitalaria en base a la casuística que se quiere atender, manejar y desarrollar sus habilidades
- Comprender al paciente como ser humano que pasa dolencias, y no solo como una patología que debe ser resuelta
- Escuchar y observar adecuadamente al paciente, pues es de sus signos y síntomas lo que determine su clínica
- El momento del parto, es fundamental el monitoreo de la madre y del neonato para garantizar su supervivencia
- Estar alertas a los cambios sobre los cambios hemodinámicos de los pacientes

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE - Organización de HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE [Internet]. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/10639-hospital-nacional-hipolito-unanue-organizacion-de-hospital-nacional-hipolito-unanue>
2. Historia [Internet]. Hospital Nacional Hipólito Unanue. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>
3. Resolución Ministerial N° 609-2007-MINSA [Internet]. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/249422-609-2007-minsa>
4. Resolución Ministerial N° 572-2011-MINSA [Internet]. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243297-572-2011-minsa>
5. Toapanta Amán, Maritza Elizabeth. Derrame pleural. BS thesis. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Medicina, 2015.
6. Carvajal, Cinthia, et al. "Evaluación de la realización de paracentesis en pacientes cirróticos ingresados a dos servicios de medicina interna de hospitales mediana complejidad." *Revista de Gastroenterología del Perú* 34.2 (2014): 121-125.
7. Plancarte, R., et al. "Ascitis en los pacientes oncológicos: Fisiopatogenia y opciones de tratamiento." *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 11.3 (2004): 156-162.
8. López, Andrea Cayuela, et al. "Laringitis aguda en niños." *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 27.4 (2020): 178-180.
9. Rodríguez Duque, Sandra Liliana. "Efectos cardiorespiratorios del uso de nebulizaciones con adrenalina en menores de 5 años con enfermedad inflamatoria aguda de la vía aérea alta." (2012).

10. Romero Marca, Diana Jennifer. Adrenalina Clásica en el tratamiento de la Laringitis moderada-grave, en menores de 15 años, en el Hospital Cochabamba 2018-2020. Diss. RM. P-26/20;, 2020.
11. Rios Valdéz, Claudia Verónica, et al. "Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal." *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría* 44.2 (2005): 87-92.
12. Mesquita, Mirta, et al. "Valor predictivo del hemograma en la sepsis neonatal." *Pediatría (Asunción)* 38.1 (2011): 23-30.
13. De Quesada Suárez, Leopoldo, Milagros Ival Pelayo, and Caridad Lourdes González Meriño. "La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda." *Revista Cubana de Cirugía* 54.2 (2015): 121-128.
14. Bejarano, Mónica, Cristal Ximena Gallego, and Julián Ricardo Gómez. "Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias." *Revista Colombiana de Cirugía* 26.1 (2011): 33-41.
15. Mosquera, Manuel, et al. "Apendicectomía laparoscópica versus abierta: comparables..." *Revista Colombiana de Cirugía* 27.2 (2012): 121-128.
16. Aguilar, Plaza, and Cristhy Del Rosario. "Diagnostico y manejo de la colecistitis aguda según los criterios de tokio en la actualidad." (2017).
17. Vargas Osorio, Antonio. Uso de las guías de Tokio vs manejo convencional para colecistitis aguda. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, 01 Enero a 31 Diciembre 2015. Diss. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, 2016.
18. Errázuriz, Joaquín, et al. "Efectividad del tratamiento médico con misoprostol según dosis administrada en aborto retenido menor de 12 semanas." *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 79.2 (2014): 76-80.
19. García, Victoria, et al. "Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa." *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 79.1 (2014): 9-13.
20. La Rosa, Mauricio, and Jack Ludmir. "Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 60.4 (2014): 373-378.

21. Guevara Ríos, Enrique, and Luis Meza Santibáñez. "Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 60.4 (2014): 385-394.

ANEXOS

ANEXO N°1

TABLA N°1: ESTUDIO DE LIQUIDO ASCITICO

Variable	Valor
Apariencia	Cristalina
Leucocitos	760 por campo
Cantidad de polimorfonucleares	266 por campo
Porcentaje de polimorfonucleares	35%
Glucosa	45 mg/dL
Gradiente albumina sérica-ascitis	1.6 g/dL
Citología	Positiva

ANEXO N°2

TABLA N°2: ESCALA DE WESTLEY

Indicador de gravedad	Puntaje
Estridor respiratorio	1
Tiraje	2
Ventilación	1
Cianosis	0
Conciencia normal	0
Moderado	4

ANEXO N°3

TABLA N°3: ESCALA DE ALVARADO

Variable	Puntaje
Migración de dolor	1
Anorexia	1
Náuseas y o vómitos	1
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Dolor al rebote	1
Fiebre	0
Leucocitosis	2
Desviación izquierda	0
Total	8