



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN LOS HOSPITALES JOSÉ CASIMIRO ULLOA -
SAN BARTOLOMÉ. ENERO 2020 - ABRIL 2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

SELENE MELISA CAMERO FARFAN

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

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

**COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN LOS HOSPITALES JOSÉ CASIMIRO ULLOA -
SAN BARTOLOMÉ. ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
SELENE MELISA CAMERO FARFAN**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Carmen Layten Villanueva

Miembro: Mg. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis queridos padres: Felipe Camero Aguilar y Melisa Farfán Tanaka, quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo aspecto durante estos 7 años de mi carrera universitaria.

A mis hermanos, Ángelo Camero Farfán y Bianca Camero Farfán que, con sus alegrías y ocurrencias, hicieron que mi día a día, de estos años de mi carrera profesional y sobre todo este último año de internado, hayan sido llevaderos.

Selene Melisa Camero Farfán

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	2
1.2 Rotación de Medicina Interna	10
1.3 Rotación en Gineco obstetricia	17
1.4 Rotación en Pediatría y Neonatología	21
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	24
2.1 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	24
2.2 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	27
2.3 Centro de Salud Materno Infantil de Magdalena	28
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	30
3.1 Rotación de Cirugía	31
3.2 Rotación de Medicina Interna	34
3.3 Rotación de Gineco obstetricia	37
3.4 Rotación de Pediatría y Neonatología	39
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	50

FUENTES DE INFORMACIÓN	51
ANEXOS	57
1. Organigrama estructural del HEJCU	58
2. Organigrama estructural HSB	59
3. Regímenes de antibióticos empíricos	60
4. Sociedad Americana de Anestesiología	61
5. Percentiles de peso por edad gestacional en el recién nacido	62
6. Listado de abreviaturas	63

RESUMEN

El Internado Médico, es un programa donde los estudiantes de medicina humana, realizan sus prácticas pre-profesionales en diferentes establecimientos de salud del Perú en este último año de formación para el estudiante de medicina, se consolidan y cristalizan conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante su formación profesional, en los semestres previos. Las actividades se desarrollan en unidades hospitalarias y rotan por 4 servicios: Cirugía General, Medicina Interna, Gineco obstetricia y Pediatría. Las condiciones laborales del internado se manifiestan en una sobre carga de trabajo y precariedad, que se incrementan con las adversidades de la pandemia, cuarentena y el estado de emergencia por la situación crítica de peligros, amenazas y vulnerabilidad del COVID 19. Por otro lado, la normativa que regula el Internado Médico presenta vacíos en los que respecta a los derechos de los IMs, tanto en el aspecto formativo como laboral. Sumándose a ello las suspensiones a causa de la emergencia sanitaria pandémica, así como las limitaciones en cuanto al apoyo logístico y condiciones de seguridad para los internos.

Objetivo: Describir las competencias adquiridas en cada rotación; para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, en base al Internado Médico desarrollado durante el periodo de enero de 2020 a abril de 2021.

Metodología: Recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencias de manejo de la salud.

Conclusiones: El año de pandemia ha significado un reto en la formación profesional del interno de medicina, adquiriendo destrezas, habilidades, capacidades y competencias novedosas para lograr superar las dificultades y problemas que se presentan en el tratamiento de la salud. Se adquirió competencias para identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a los problemas quirúrgicos, médicos, ginecológicos y obstétricos, y neonatales.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría.

ABSTRACT

The Medical Internship, is a program where students of human medicine, carry out their pre-professional practices in different health facilities of Peru in this last year of training for the medical student, consolidate and crystallize theoretical and practical knowledge acquired during their professional training, in the previous semesters. Activities are carried out in hospital units and rotated by 4 services: General Surgery, Internal Medicine, Gynecology Obstetrics and Pediatrics. The working conditions of the boarding school are manifested in an over workload and precariousness, which are increased with the adversities of the pandemic, quarantine and the state of emergency because of the critical situation of dangers, threats and vulnerability of COVID 19. On the other hand, the regulations governing the Medical Internship have gaps in the rights of IMs, both in the formative and work aspects. In addition, suspensions due to the pandemic health emergency, as well as limitations on logistical support and safety conditions for inmates, are added.

Objective: To describe the skills acquired in each rotation; for the obtaining of the Professional Degree of Surgeon Physician, based on the Medical Internship developed during the period January 2020 to April 2021.

Methodology: Collection of information according to medicine based on evidence and health management experiences.

Conclusions: The pandemic year has been a challenge in the professional training of the medical intern, acquiring new skills, skills, skills and competencies to overcome the difficulties and problems that arise in the treatment of health. Skills were acquired to identify, apply and propose solution alternatives to surgical, medical, gynecological and obstetric, and neonatal problems.

Keywords: Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

En el Perú la carrera de Medicina Humana tiene una duración de 7 años, los 6 primeros son de estudio de pregrado y en el último año se realiza el Internado Médico (IM). Así, el IM es un periodo obligatorio que todo futuro médico debe cumplir antes de ser profesional.

Este periodo es de suma importancia para que los estudiantes de la carrera de Medicina consoliden sus conocimientos teóricos adquiridos en los ciclos previos, y los plasmen en la práctica. De esta manera, el interno entra en el terreno de aprendizaje del manejo integral de los pacientes, basado en el correcto y oportuno diagnóstico, tratamiento, prevención y seguimiento que se le debe dar a las diferentes patologías. Además, no solo adquiere mayor conocimiento teórico y práctico, si no también habilidades, actitudes, valores éticos y culturales, que deben estar presentes en su perfil antes de formar parte del gremio médico y/o de la entidad Deontológica como es el Colegio de Médicos.

Por otro lado, al ser el IM realizado durante un año de ejercicio laboral, el estudiante adquiere la capacidad de lidiar con dificultades que se le presentarían a futuro en el ejercicio de su profesión.

En consecuencia, en la experiencia de este periodo, se realiza la rotación en las 4 áreas Clínico-quirúrgicas más grandes de la Medicina, como son: Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y obstetricia, y Pediatría.

El presente informe se realizó en base al internado Médico desarrollado durante el periodo de enero de 2020 a abril de 2021. En el primer trimestre del año 2020, se realizó la práctica en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU), en el segmento de Cirugía General.

El 16 de marzo se procede a la suspensión de las actividades del Internado en Ciencias de la Salud a nivel nacional, dada una situación adversa reflejada principalmente en la salud poblacional que se vio afectada, especialmente nuestro país, pues ingresó en un Estado de Emergencia Sanitaria debido a la declaración de Pandemia por el virus COVID-19.

Debido a esta lamentable realidad, el internado se vio suspendido hasta agosto de 2020, que por Decreto de Urgencia N°090-2020 (1) se dispone la reanudación de actividades de los internos de Ciencias de la Salud y su respectivo financiamiento, a partir del 15 del mencionado mes, con el fin de contribuir al cierre de la brecha de recursos humanos en salud en los diferentes centros hospitalarios en todo el país y así poder combatir la pandemia por el COVID 19. En este contexto, por Resolución Ministerial N°622-2020-MINSA, se aprueba el Documento Técnico de los Lineamientos para la reanudación progresiva de las actividades del internado (2); en el cual se dispone que el IM tendrá una duración hasta el mes de abril de 2021, con 15 días de rotación continuos, y 15 días de aislamiento. Asimismo, se establece que la reanudación de las actividades serán netamente en hospitales que acepten el retorno de sus internos y en caso contrario, en establecimientos del MINSA nivel I-3 y I-4 del primer nivel de atención.

De esta manera, se retomó el IM en el HEJCU el 12 de octubre de 2020, para la rotación de Medicina Interna. Respecto a la rotación de Ginecología y obstetricia, programada para los meses de enero y febrero de 2021, se desarrolló en el Hospital Nacional Docente madre niño San Bartolomé (HSB); sin embargo, en el contexto de una segunda ola de casos de COVID 19 en nuestro país, el hospital suspende las prácticas durante el mes de febrero, por lo que se completa esa rotación en el Centro de Salud Materno infantil de Magdalena en el transcurso del mes mencionado. En el mes de marzo, el HSB retoma las actividades académicas, consiguientemente los meses de marzo y abril se realizó la última rotación programada de Pediatría y Neonatología en dicho nosocomio.

En consecuencia, el objetivo del presente Informe de Suficiencia Profesional es describir las competencias adquiridas en cada rotación: Cirugía General, Medicina Interna, Gineco obstétrica y Pediatría; para la obtención del Título

Profesional de Médico Cirujano, en base al internado Médico desarrollado durante el periodo de enero de 2020 a abril de 2021.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

A diferencia de otras carreras profesionales, que tratan con empresas, robots, máquinas, etc.; el médico trata con personas, por ende, es de suma importancia que al egresar esté capacitado para poder realizar un manejo integral y adecuado de las diferentes patologías, sobre todo las más comunes, a fin de salvaguardar la salud y la vida del paciente.

La Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, dentro de su plan de estudios, considera; los tres primeros años de Ciencias Básicas, donde los estudiantes cursan materias como Biología, Bioquímica, Patología clínica, Parasitología, Microbiología, Anatomía, Fisiopatología, Epidemiología y Salud Pública I; las cuales son fundamentales para sentar las bases necesarias y poder entender el manejo de las diferentes patologías (3). Seguidos a estos tres años, se cursan otros tres años de Ciencias Clínicas, donde los estudiantes aprenden en sedes hospitalarias: la semiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de pacientes; siendo esenciales dentro de su formación, puesto que se entiende que el mejor libro es el paciente y que cada uno tiene un manejo individualizado.

El último año de pregrado, el de internado médico, es la etapa más importante en la formación de todo médico en general, pues en este periodo, el estudiante consolida sus conocimientos teóricos adquiridos durante los años de ciencias básicas y clínicas, los refuerza y adquiere habilidad práctica para el manejo correcto de las diferentes patologías y para el tratamiento del paciente de forma integral.

El IM es un año bastante esperado para todo estudiante de medicina, al saber que es la última oportunidad de aprendizaje, aun siendo estudiante y por ende,

recibirá supervisión al realizar su desempeño. Durante este año de IM, el interno adquiere responsabilidades que como estudiante no tenía; se le asignan pacientes para que pueda realizar el correcto llenado de la historia clínica, los examine y plantee diagnósticos presuntivos según los conocimientos previos. Además, no solo adquiere conocimientos respecto a las enfermedades, sino también respecto a la relación médico-paciente, el cómo tratar con un paciente difícil, cómo manejar a los familiares y, sobre todo, se refuerza el sentido humanista de la profesión, entendiendo que los pacientes no son sólo enfermos que vienen para calmar su dolencia, sino que son personas que fuera de la patología, vienen con una carga emocional y que muchas veces, necesitan alguien que los escuche atienda y entienda. Por otro lado, es un año donde se adquieren habilidades para trabajar en equipo, ya sea con personal técnico, de enfermería u otros colegas que laboran en la misma institución; que son de suma importancia para el futuro desempeño del interno como profesional de la salud.

1.1 Rotación de cirugía

La primera rotación que se realizó fue en el servicio de Cirugía General en el HEJCU de enero de 2020 al 15 de marzo de 2020. Durante estos meses se pasó por los servicios de hospitalización, reposos de varones y de mujeres (observación de emergencias) y tópico 1 de Cirugía. Así mismo, se realizó rotaciones en algunas especialidades como Anestesiología, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Traumatología y Neurocirugía; como lo plantea el sílabo de internado médico de la FMH de la USMP (4).

En el área de Hospitalización, se atendió pacientes post quirúrgicos de patologías como apendicitis, colecistitis aguda, hernias, perforación intestinal, obstrucción intestinal, diverticulitis, entre otras. Dentro de las actividades más importantes realizadas por el interno de medicina están: evaluar a los pacientes asignados diariamente, evolucionar, realizar curaciones de las heridas post operatorias, cambios de bolsa de colostomía y retiro de drenes, llenado de recetas, recojo de resultados de laboratorio, etc.

En el t3pico de cirug3a se realizaron suturas en primer plano, curaciones de mordeduras caninas, curaciones de quemaduras y retiro de cuerpos extra3os. Dentro de las suturas realizadas, la mayor3a fueron de primer plano a nivel de cuero cabelludo, cara, brazo y antebrazo, dorso de mano, dedos, pierna y dorso de pie. As3 mismo, en el t3pico se realizaron curaciones de heridas por mordedura canina, donde se hizo lavado de la herida e indicaci3n de antibi3ticos.

En el 3rea de emergencias, en ambos reposos se evaluaron pacientes, en compa3a del residente de primer a3o de Cirug3a y con la supervisi3n del m3dico asistente de guardia, con patolog3as tales como abdomen agudo quir3rgico (apendicitis, colecistitis, etc.), politraumatizados, policontusos, entre otros. Una vez evaluado al paciente y tras el llenado de la historia cl3nica de ingreso, se solicitaban pruebas de im3genes y/o ex3menes de laboratorio seg3n sea el caso, por ejemplo: en el caso de pacientes que acudieron por ca3da a nivel, se les solicit3 radiograf3a del miembro afectado. Ya con el resultado de la prueba solicitada se planteaba el manejo definitivo y la interconsulta o pase a la especialidad correspondiente.

Al rotar por los servicios de especialidades, se realizaron actividades en el 3rea de hospitalizaci3n de pacientes post-quir3rgicos, as3 como en algunas oportunidades se asisti3 en sala de operaciones. En hospitalizaci3n se hizo evaluaci3n y seguimiento de los ex3menes de laboratorio e im3genes de los pacientes post operados. En el servicio de Anestesiolog3a se realiz3 una intubaci3n a un paciente para anestesia general, as3 como tambi3n se llen3 fichas de evaluaci3n de funciones vitales durante de la cirug3a.

En todos los servicios, se vieron ciertas patolog3as con mayor frecuencia y algunos casos anecd3ticos, como los que se describir3n a continuaci3n.

CASO A:

1. Anamnesis:

a. **Filiaci3n:** Paciente de sexo masculino, de 35 a3os.

Natural y procedente de Lima

b. Enfermedad actual:

TE: 3 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente varón de 35 años, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 días, que ingresa por emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico, de intensidad 7/10, localizado en cuadrante inferior izquierdo, asociado a falta de apetito. Dos días antes del ingreso presenta náuseas y vómito en 1 oportunidad, aumento de dolor, por lo que refiere haber tomado 1 tableta de paracetamol de 500 mg. Además, un día antes del ingreso refiere sensación de alza térmica y que el dolor no disminuye, motivo por el cual es traído por un familiar a este nosocomio.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes personales:** niega hospitalizaciones previas, niega cirugías, sin enfermedades previas conocidas.
- **Hábitos:** tabaquismo (1 cigarro por día, 3 a 4 días a la semana)
- **Antecedentes familiares:** niega
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

d. Funciones biológicas:

- Apetito disminuido.
- Sed: normal.
- Heces: no hace deposiciones hace 2 días
- Orina: aparentemente normal.
- Sueño: conservado

2. Examen físico:

Peso 85 kg - Talla 1.73 cm - FC 68 lpm - FR 18 rpm - T 37,6°C

Sat O₂ 98% FiO₂ 21% - PA 120/80 mmHg.

Paciente en AREG, AREH, AREN, despierto, ventila espontáneamente.

Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

- Presenta tatuaje en brazo derecho.

Linfático: No adenopatías patológicas.

Orofaringe: no congestiva. No exudado.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen:

- **Inspección:** no se evidencian lesiones.
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos presentes
- **Palpación:** abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en cuadrante inferior izquierdo. No se palpan masas. Signo de Blumberg negativo.
- **Percusión:** timpánico.

Genitourinario: sin alteraciones.

Neurológico: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas foto reactivas.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal
 - D/C Diverticulitis vs Absceso diverticular
- Síndrome febril

Plan:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc I
3. S/s: - Tomografía abdominal con contraste
 - Exámenes de laboratorio (prequirúrgicos): Hemograma, PCR, urea, creatinina, glucosa, grupo y factor, examen de orina, prueba rápida de VIH, perfil de coagulación

Resultados de exámenes de laboratorio: Leucocitos: 13200, abastados 4%, Hb: 13.5 gr/dl, plaquetas: 350000, perfil de coagulación dentro de parámetros normales. Glucosa: 85 mg/dl. Urea: 45 mg/dl, creatinina 0.7 mg/dl Prueba de VIH negativa. Examen de orina normal.

Tomografía abdominal: Se evidencia engrosamiento de pared intestinal a nivel de colon sigmoides de aproximadamente 5 mm, aumento de la densidad de los tejidos blandos dentro de la grasa pericolónica. Además, se observa acumulación de líquido de 4 cm a este nivel. Resto de vísceras sin alteraciones.

- Conclusión: Se visualizan signos compatibles con diverticulitis colónica a nivel de sigmoides más absceso pericólico de 4 cm.

Manejo:

Se hospitaliza al paciente para manejo del dolor, antibioticoterapia y control tomográfico en 48 horas, posible manejo quirúrgico. Con el siguiente R/P:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc I, II
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas
4. Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
5. Ketoprofeno 100 mg EV c/12 horas
6. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
7. Metamizol 1 gr PRN $t^{\circ} > 38^{\circ}$
8. CFV

Tomografía abdominal a las 48 horas: Se evidencia pared intestinal a nivel de colon sigmoides de aproximadamente 4 mm. Además, se observa acumulación de líquido de 2.5 cm a este nivel. Resto de vísceras sin alteraciones.

Conclusión: Se visualizan signos compatibles absceso pericólico diverticular de 2.5 cm

En vista a la mejoría del paciente, tanto clínica como tomográfica, se decide no operar, continuar con antibioticoterapia por 7 días, manejo de dolor condicional, progresión de dieta a vía oral y posterior alta del paciente.

CASO B:

Anamnesis:

a. **Filiación:** Paciente mujer de 45 años

Natural y procedente de Lima

b. **Enfermedad actual:**

TE: 2 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente mujer de 45 años, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 días, que ingresa por emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico, de intensidad 7/10, localizado en hipocondrio derecho, que inició tras haber ingerido alimentos grasos. Un día antes del ingreso presenta náuseas y vómitos en 5 oportunidades. 5 horas antes del ingreso presenta aumento de dolor a intensidad 9/10, motivo por el cual es traída por familiar a este nosocomio.

c. **Antecedentes:**

- **Antecedentes patológicos:** litiasis vesicular por ecografía de rutina hace 3 meses. Cólico vesicular hace un mes que calmó con pastillas (Ibuprofeno 400 mg c/8 horas x 3 días). No refiere otro antecedente de importancia.
- **Antecedentes quirúrgicos:** niega
- **Antecedentes familiares:** niega
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

d. **Funciones biológicas:**

- **Apetito:** disminuido.
- **Sed:** normal.
- **Heces:** no hace deposiciones hace 1 día
- **Orina:** aparentemente normal.
- **Sueño:** conservado

Examen físico:

Peso 62 kg - Talla 1.60 cm - FC 80 lpm - FR 19 rpm - T 36.8°C

Sat O₂ 98% FiO₂ 21% - PA 125/80 mmHg.

Paciente en AREG, AREH, AREN, despierto, ventila espontáneamente.

Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Linfático: No adenopatías patológicas.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen:

- **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.

Genitourinario: sin alteraciones.

Neurológico: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas foto reactivas.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal
 - D/C Colecistitis aguda

Manejo:

s/s Ecografía abdominal y exámenes de laboratorio: hemograma, PCR, glucosa, urea, creatinina, grupo y factor, perfil de coagulación.

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. CFV
5. Programar para SOP

Resultados de exámenes de laboratorio: leucocitos: 14100, abastados 7%, hemoglobina: 14 gr/dl, plaquetas 340000. Perfil de coagulación y demás exámenes dentro de parámetros normales.

Ecografía abdominal: presenta una vesícula biliar de 67 x 30 mm de diámetro, pared mide 6 mm de grosor. Múltiples imágenes litiásicas en su interior, siendo la mayor de 27 mm. Contenido ecogénico con relación a barro biliar. Colédoco: de 4 mm. Resto de órganos dentro de parámetros normales. Conclusión: litiasis vesicular, barro biliar, meteorismo intestinal abundante. Se decide operar a la paciente

Informe quirúrgico:

- **Diagnóstico preoperatorio:** colecistitis aguda.
- **Operación propuesta:** colelap
- **Hallazgos operatorios:** a la videoscopia se aprecia vesícula biliar de +- 10 x 6 x 2 cm, conducto cístico ancho con longitud +- 3.5 cm, vía biliar no dilatada. Vesícula con barro biliar y abundantes litos. No liquido libre, no adherencias.
- **Descripción del procedimiento:** colecistectomía, hemostasia en lecho vascular, cierre de pared por planos hasta piel.
- No hubo complicaciones en el procedimiento.

Tratamiento post operatorio inmediato:

- 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 C/24 horas
- 5) Dexketoprofeno 50 mg EV c/ 8horas
- 6) Tramadol 50 mg SC PRN dolor intenso
- 7) Metoclopramida 10 mg EV c/ 8h
- 8) Dimenhidrinato 50 mg EV PRN náuseas y/o vómitos
- 9) CFV + BHE

Alta a las 72 horas sin complicaciones, con buena tolerancia oral y tratamiento antibiótico con cefuroxima 500 mg VO c/8 horas x 5 días.

1.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La rotación de Medicina Interna se realizó en el contexto de pandemia, entre los meses de octubre a diciembre de 2020 en el HEJCU. En base a los lineamientos de reanudación de Internado (2), solo se realizó la rotación en áreas NO COVID y en este sentido, a los pacientes NO COVID del servicio de Medicina se les alojaba en camas libres del servicio de Neurocirugía y a veces del piso de cirugía NO COVID. Así, el número de pacientes que se vieron en área de hospitalización se redujo enormemente en comparación a la época pre-pandemia, atendiendo entre 2 a 4 pacientes por día como máximo.

Además, en cumplimiento de los lineamientos (2) de los internos, no se realizaron guardias durante esta rotación en vista a que todas las guardias de emergencia de Medicina eran con posibles pacientes con virus COVID 19.

Por este motivo, durante la rotación se vieron escasas patologías, sumado al hecho de que eran 3 internos para tan solo 2 pacientes en algunas ocasiones. Por otro lado, también se realizó la rotación en la Unidad de Cuidados Intensivos de pacientes no COVID; en este servicio, el interno realizaba funciones como toma de muestra para análisis de gases arteriales, evoluciones de los pacientes, seguimiento de exámenes de laboratorio y presentación de aquellos casos clínicos menos complejos durante las visitas médicas.

En vista a lo antes expuesto, y a la escasez de patologías vistas, se hablará a continuación de 2 casos de la enfermedad motivo de hospitalización más frecuente durante el periodo de rotación: pancreatitis aguda.

CASO C:

Anamnesis:

a) **Filiación:** Paciente varón de 41 años.

- Natural y procedente de Lima.

b) **Enfermedad actual:**

TE: 2 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente varón de 41 años refiere presentar hace 2 días dolor abdominal, de intensidad 7/10, a nivel de epigastrio e hipocondrio

derecho, que se irradia hacia la espalda. Un día antes del ingreso presenta náuseas y vómitos en 4 oportunidades, aumento de intensidad de dolor a 9/10 motivo por el cual acude a emergencia del HEJCU.

c) Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** litiasis vesicular por ecografía de rutina hace 3 meses, tras acudir por cólico vesicular hace un mes a centro de salud. No refiere otro antecedente de importancia
- **Antecedentes quirúrgicos:** Torsión testicular hace 22 años
- **Antecedentes familiares:** niega
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

d) Funciones biológicas:

- **Apetito:** disminuido.
- **Sed:** aumentada.
- **Heces:** no hace deposiciones hace 2 días
- **Orina:** oscura.
- **Sueño:** conservado

Examen físico:

Peso 68 kg - Talla 1.58 cm - FC 77 lpm - FR 20 rpm - T 37°C

Sat O₂ 98% FiO₂ 21% - PA 110/70 mmHg.

Paciente en AREG, AREH, AREN, despierto, ventila espontáneamente.

Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen:

- **Inspección:** no se evidencian lesiones.
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos presentes.
- **Palpación:** abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio y flanco derecho. Signo de Murphy +/- . No signos peritoneales.

- **Percusión:** timpánico.

Genitourinario: puño percusión lumbar derecha +

Neurológico: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal
 - D/C Colecistitis aguda
 - D/C Pancreatitis aguda
- D/C Urolitiasis

Manejo:

s/s Ecografía abdominal y exámenes de laboratorio: hemograma, examen de orina, urea, creatinina, lipasa, amilasa, prueba rápida COVID

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc I
3. Reevaluación con resultados

Resultados de exámenes de laboratorio: leucocitos: 12500 mm³, linfocitos 15%, abastionados 4%, hemoglobina: 12.1 gr/dl, plaquetas 397000. Creatinina 1.02 mg/dl, urea 51. Examen de orina negativo. Prueba rápida COVID 19 no reactivo.

Amilasa: 426 U/l, lipasa 5189 U/l.

Ecografía abdominal: a nivel del hígado se observa leve dilatación de las vías intrahepáticas a predominio central. Colédoco dilatado de hasta 14 mm sin identificarse litiasis en su interior. Porta 8 mm. Vesícula biliar hidrópica que mide 130 x 55 mm de diámetro con microlitiasis en su interior. Paredes regulares sin edema. Resto de órganos dentro de parámetros normales.

Conclusión: hidrops vesicular acompañado de dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas. No signos de coledocolitiasis por este método.

Se reevalúa al paciente con resultados:

- **Dx:**
 - SDA: Pancreatitis aguda
 - D/C colédoco litiasis
 - Litiasis vesicular
- **Plan:** Se hospitaliza en el servicio de Medicina
 1. NPO
 2. NaCl 0.9% 1000 cc I
 3. Omeprazol 40 mg EV stat
 4. Metamizol 2 gr EV stat
 5. S/s tomografía abdominal c/contraste

Tomografía abdominal: Ectasia de colédoco y vías biliares intrahepáticas izquierdas. Vesícula con varios cálculos en su interior, el mayor de 6 x 4 mm. Páncreas conserva dimensiones, bordes definidos.

Hospitalización:

Paciente ingresa con el diagnóstico de Pancreatitis Aguda para hidratación y manejo médico. Se le solicitan exámenes complementarios: perfil hepático, bilirrubinas, GGTP, FA.

- Manejo en sala de hospitalización:
 1. NPO
 2. NaCL 0.9% 1000 cc I, II, III, IV
 3. Tramadol 50 mg SC c/8 h y PRN dolor
 4. Metoclopramida 10 mg EV c/ 8h
 5. CFV + BHE

Después de solicitar un control de amilasa y lipasa a las 72 horas y habiendo bajado sus niveles, además que el paciente no presenta náuseas ni dolor abdominal, se indica tolerancia oral y posterior alta.

CASO D:

Anamnesis:

Filiación: Paciente de varón de 55 años.

- Natural de Ayacucho, procedente de Lima.
- Ocupación: albañil

Enfermedad actual:

TE: 3 días **Inicio:** insidioso **Curso:** progresivo

Paciente varón de 55 años refiere presentar hace 3 días dolor abdominal, de intensidad 6/10, a nivel de cuadrante superior derecho. Dos días antes del ingreso presenta náuseas y vómitos en 6 oportunidades, además de aumento de intensidad de dolor, por lo cual toma Paracetamol 500 mg; sin embargo, refiere que le dolor no sede. Un día antes del ingreso acude a su centro de salud cercano por persistencia de dolor, donde le colocan una vía salinizada y le pasan un frasco de cloruro, refiere que le ponen un medicamento para el dolor que no recuerda el nombre, con lo cual disminuye sus síntomas y a las 5 horas lo mandan a su casa. 4 horas antes del ingreso, refiere sentir nuevamente dolor, con intensidad 9/10, motivo por el cual acude a emergencia del HEJCU.

Antecedentes:

- **Antecedentes patológicos:** neumonía de niño (no recuerda la edad)
- **Hábitos:** alcoholismo desde los 17 años → refiere tomar cerveza, sobre todo viernes, sábado y domingo.
- **Antecedentes quirúrgicos:** niega
- **Antecedentes familiares:** niega
- **Reacción adversa a medicamentos:** niega

Funciones biológicas:

- **Apetito:** disminuido.
- **Sed:** aumentada.
- **Heces:** no hace deposiciones hace 1 día
- **Orina:** aparentemente normal.
- **Sueño:** conservado

Examen físico:

Peso 71 kg - Talla 1.65 cm - FC 87 lpm - FR 19 rpm - T 37°C

Sat O2 98% FiO2 21% - PA 120/70 mmHg.

Paciente en AREG, AREH, AREN, despierto, ventila espontáneamente.

Piel: tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos.

Mucosa oral seca

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen:

- **Inspección:** no se evidencian lesiones.
- **Auscultación:** ruidos hidroaéreos presentes
- **Palpación:** abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Signo de Murphy +/-.
No signos peritoneales.
- **Percusión:** timpánico.

Genitourinario: sin alteraciones

Neurológico: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal
 - D/C Colecistitis aguda
 - D/C Pancreatitis aguda

Manejo:

s/s Ecografía abdominal y exámenes de laboratorio: hemograma, examen de orina, urea, creatinina, lipasa, amilasa, prueba rápida COVID

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc I
3. Reevaluación con resultados

Resultados de exámenes de laboratorio: leucocitos: 13500 mm³, abastados 4%, hemoglobina: 13.5 gr/dl, plaquetas 340000. Creatinina 1.05 mg/dl, urea 48. Examen de orina negativo. Prueba rápida COVID 19 no reactivo.

Amilasa: 250 U/l, lipasa 4500 U/l.

Ecografía abdominal: Vesícula biliar mide 70 x 55 mm de diámetro sin cálculos en su interior. Cabeza de páncreas de 30 x 40 mm aprox., resto del órgano no se puede apreciar bien por este medio; con discreta hiperecogenicidad de la grasa peripancreática. Resto de órganos dentro de parámetros normales.

Conclusión: imagen sugestiva de inflamación de páncreas, se sugiere tomografía.

Se reevalúa al paciente con resultados:

- **Dx:**
 - SDA: Pancreatitis aguda
 - Alcoholismo crónico
- **Plan:** Se hospitaliza en el servicio de Medicina
 1. NPO
 2. NaCl 0.9% 1000 cc I
 3. Omeprazol 40 mg EV stat
 4. Metamizol 2 gr EV stat
 5. S/s tomografía abdominal c/contraste

Tomografía abdominal: Vesícula con dimensiones normales. Páncreas aumentado de tamaño, apariencia heterogénea y hebras de grasa peripancreática, bordes no definidos.

Hospitalización:

Paciente ingresa con el diagnóstico de Pancreatitis Aguda de etiología por alcohol, para hidratación y manejo médico.

- Manejo en sala de hospitalización:
 1. NPO
 2. NaCL 0.9% 1000 cc I, II, III, IV
 3. Tramadol 50 mg SC c/8 h y PRN dolor

4. Metoclopramida 10 mg EV c/ 8h
5. CFV + BHE
6. I/C Psiquiatría

Después de solicitar un control de amilasa y lipasa a las 72 horas y habiendo bajado sus niveles, además que el paciente no presenta náuseas ni dolor abdominal, se indica tolerancia oral y posterior alta

1.3 ROTACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA

La rotación de Gineco Obstetricia estaba programada para realizarse en el Hospital San Bartolomé (HSB), entre los meses de enero y febrero del 2021. En la primera semana de rotación de los 15 días programados se rotó en Centro Obstétrico; sin embargo, en vista al aumento de casos de COVID 19 en el Perú y el inicio de la 2da ola de contagios, el HSB cancela las actividades formativo-educativas para todos sus internos en este servicio a partir del 23 de enero. Debido a esto, tras realizar trámites administrativos con la Oficina de Internado de la FMH de la USMP y, con la autorización de la DIRIS Lima Centro, se complementó la rotación por Ginecología y Obstetricia en el Centro de Salud Materno Infantil de Magdalena.

En este sentido, en dicho centro de salud se realizó la rotación en áreas de consultorio externo, centro obstétrico y puerperio inmediato. Dentro de las actividades más realizadas están: atenciones en consultorio externo para controles prenatales o revisión de resultados anteriores, evoluciones de puérperas atendidas durante la noche anterior y se realizó el monitoreo fetal durante trabajo de parto de una paciente.

Así, se desarrollarán a continuación 2 casos de los motivos de atención más frecuentes vistos durante la rotación en estos 2 establecimientos.

CASO E:

Gestante con iniciales MC, de 27 años, G2 P1001, con FUR: 04/05/2020, quien ingresó por emergencia del Hospital San Bartolomé el día 20/01/2021 a las 9:30 am, con los siguientes diagnósticos:

- Gestante de 37 2/7 semanas por FUR
- Trabajo de parto fase activa
- Feto podálico
- ARO: cesareada anterior + periodo intergenésico corto

- **Antecedentes familiares:** Tía materna → gemelares
- **Antecedentes personales:** Cesárea en el 2019
- **Antecedentes ginecológicos:**
 - Menarquia: 13 años RC: 3-6/28 IRS: 22 años
 - Número de parejas sexuales: 1
 - Método anticonceptivo: niega
- **Antecedentes obstétricos:**
 - G1:** 2019, Sí tuvo CPN, cesárea por estrechez pélvica, sexo femenino, peso 3200 gr, sin complicaciones, en HSB.
 - G2 (actual):** planificado, con la misma pareja, con tiempo de relación de 5 años. Controles Prenatales: 4 (centro de Salud)

- **Exámenes auxiliares (ecografías):**
 - No se hizo
- **Relato de enfermedad actual:**
 - Paciente acude por emergencia por presentar contracciones uterinas cada 10 minutos, de moderada intensidad, niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

- **Examen físico:**
 - AREG, AREN, AREH, en decúbito dorsal.
 - Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas
 - Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica. 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 hemitórax.
 - Abdomen: Cicatriz de cesárea anterior, AU: 32 cm, SPP: LPD. Latidos fetales: 150 lpm. Movimientos fetales: ++

DU: 2/10 I: ++ D: 30 segundos

Miembros inferiores: no edemas

Ginecológico: vello púbico ginecoide

- Genitales externos: sin alteraciones
- Espéculo: pérdida de líquido, no sangre
- Tacto vaginal: cérvix blando incorporado 100%, Dilatado en 5 cm. Altura de presentación -3.

- **Indicaciones:**

1. Vía salinizada
2. Vendaje de MMII
3. Culminar gestación vía alta de emergencia: pasa a SOP

- **Informe quirúrgico:** Útero grávido de superficie regular, anexos sin alteraciones; placenta de 18x15 cm; líquido amniótico claro sin mal olor de volumen adecuado; cordón umbilical 2 arterias 1 vena; RN de sexo masculino, peso: 3075 gr. Talla: 48 cm Perímetro cefálico: 33 cm. Edad gestacional: 38 ss por capurro. Apgar: 8", 9".

No hubo complicaciones, y pasa a Unidad de Recuperación con indicación del post operatoria inmediato de:

- NPO x 6 horas
 - vía salinizada
 - dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 2 amp + Oxitocina 10 UI 3 amp → I y II EV (pasar 14 gotas por minuto)
 - ketoprofeno 100 mg EV c/8 horas
 - Cefazolina 2 gr EV STAT
 - Masaje uterino
 - Reevaluación en 2 horas
 - Control de funciones vitales
- **En el puerperio:** Se recibe hematocrito control y está en 28.1 (valores normales son entre 36 y 48.7)

Se indica analgesia con ketoprofeno 100 mg cada 8 horas por 3 días y sulfato ferroso 300 mg VO cada 24 horas por 7 días

Teleconsulta en el servicio de ginecología en 7 días

CASO F:

Gestante de 40.1 semanas x FUR, de 30 años, G1 P0, acude al centro de salud de Magdalena para control prenatal.

- **Antecedentes familiares y personales:** niega

- **Antecedentes ginecológicos:**

Menarquia: 15 años RC: 3-5/28 IRS: 18 años

Número de parejas sexuales: 3

FUR: 05/05/2020 FPP: 09/02/21 Método anticonceptivo: condón

- **Exámenes auxiliares:**

Primera ecografía (12/06/20): 6.2 ss → 41 ss (para el 10/02/2021)

- **Examen físico:**

AREG, AREN, AREH, en decúbito dorsal.

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas fotorreactivas

Piel y faneras: piel tibia, hidratada, elástica. 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 hemitórax.

Abdomen: AU: 36 cm, SPP: LCD. Latidos fetales: 158 lpm. Movimientos fetales: ++

Miembros inferiores: no edemas

Ginecológico: vello púbico ginecoide

Diagnostico:

1. Gestante de 41 semanas por ECO precoz
2. NPTP

Se hace referencia al Hospital Santa Rosa para programación y término de la gestación por cesárea, por embarazo prolongado.

1.4 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

La rotación de Pediatría y neonatología estaba programada para realizarse en el Hospital San Bartolomé (HSB), entre los meses de marzo y abril del 2021. Hasta el momento de elaborar el informe, y en vista a que solo se rotan 15 días por mes según Lineamientos de internado (2), durante el mes de marzo solo se rotó en el servicio de Neonatología.

Este servicio incluyó la distribución de internos en las áreas de alojamiento conjunto, cuidados intermedios y atención inmediata.

Dentro de las patologías más vistas en los recién nacidos durante la rotación se encuentran la ictericia neonatal fisiológicas o por incompatibilidad, hipoglicemias, sífilis congénita precoz, TTRN, entre otras.

En el área de alojamiento conjunto el interno tenía a su cargo la evaluación diaria de cada recién nacido y la descripción de la evolución en la historia clínica, así como la toma de hemoglucotest cuando el caso ameritaba. En el área de cuidados intermedios, se aprendió a calcular los balances hidroelectrolíticos de los pacientes con la guía de un residente de primer año de Pediatría, se escribieron recetas y estaba al pendiente de los resultados de laboratorio. En atención inmediata, se realizó la atención de los recién nacidos, así como la evaluación de las 2 horas.

CASO G:

RNAT varón de 39 semanas, GEG. Nacido por cesárea, es traído al área de atención inmediata para evaluación y alojamiento hasta que la madre se recupere del post operatorio.

- **Antecedente materno:** Cesareada anterior 2 veces. Diabetes gestacional
- **Examen físico:**

Peso de 4210 gr, talla 53 cm, perímetro cefálico 36.5 cm, perímetro torácico 38 cm, T° 36.9, FC: 148 por minuto, FR: 48 por minuto

APGAR: 9 al minuto y 9 a los 5 minutos

Dentro del examen físico no presenta alteraciones.

Ombigo: cordón con 2 arterias 1 vena

Ano: permeable

Genitales: testículos en bolsas

- **Diagnósticos de ingreso:**

- RNAT varón de 39 semanas, GEG
- Macrosómico
- Riesgo de trastorno metabólico
- s/s grupo y factor, hemoglucotest en 2 horas

- **Reevaluación a las 2 horas:**

FC: 145 lpm **FR:** 50 **HGT:** 69

S: enfermería no reporta interurrencias

O: RN ventilando espontáneamente, dormido

Piel: T/H/E, LLC < 2 segundos, sonrosado

T y P: MV pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados

CVC: RC rítmicos, de buena intensidad. No soplos audibles

ANDOMEN: RHA (+), blando, depresible, no visceromegalia

SNC: dormido, reactivo a estímulos, FANT, reflejo de succión +, Moro+, prehensión +

A: - RNAT varón de 39 semanas, GEG

- Macrosómico

- Riesgo de trastorno metabólico

P: Lactancia materna exclusiva + refuerzo de técnica de lactancia materna

Pasa a alojamiento conjunto según condición de la madre

CASO H:

RNAT mujer de 38 semanas, AEG. Con tiempo de vida de 1 día 10 horas, nacido por parto vaginal, en alojamiento conjunto con la madre.

- **Antecedente materno:** primigesta

- **Antecedentes natales:**

Peso de 3710 gr, talla 50 cm, perímetro cefálico 35.5 cm, perímetro torácico 36 cm, T° 36.6, FC: 148 por minuto, FR: 52 por minuto

APGAR: 9 al minuto y 9 a los 5 minutos

Dentro del examen físico no presenta alteraciones.

Ombigo: cordón con 2 arterias 1 vena

Ano: permeable

Genitales: femeninos

- **Funciones vitales:** FC: 150 lpm FR: 48

- **Examen físico:**

RN ventilando espontáneamente, dormido

Piel: T/H/E, LLC < 2 segundos, ictericia (++/+++) hasta abdomen

T y P: MV pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos agregados

CVC: RC rítmicos, de buena intensidad. No soplos audibles

ANDOMEN: RHA (+), blando, depresible, no visceromegalia

SNC: reactivo a estímulos, FANT, reflejo de succión +, Moro+, prehensión +

A: RN estable, ventila espontáneamente, con dx:

- RNAT mujer de 38 semanas, AEG
- Ictericia neonatal fisiológica

P: - Lactancia materna exclusiva frecuente + refuerzo de técnica de lactancia materna

- Vigilancia de ictericia + CFV

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

La sede principal para el desarrollo del Internado Médico fue el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU), el cual es un establecimiento que pertenece al Ministerio de Salud a partir de la resolución suprema N°039-91-VC- 5600; ubicado actualmente en la Av. Roosevelt N° 6355 - 6375 (Ex. Av. República de Panamá) en el distrito Miraflores, departamento de Lima (5).

El hospital surge de la fusión del antiguo puesto central de la Av. Grau con la asistencia pública de Miraflores, ante el aumento de la demanda de pacientes a partir de 1945. Su primera sede fue en Av. José Larco en el año 1955. En 1956, el Club de Leones de Miraflores inició la construcción de un edificio de dos pisos en la av. República de Panamá - Miraflores, después de un tiempo se proyectaron seis pisos más para el funcionamiento de mayor número de camas; local a donde se trasladó después la asistencia de Miraflores (5). Con el Dr. Juan Harrison Acosta como primer director, se dio la inauguración en este nuevo establecimiento el día martes 24 de julio de 1980.

Actualmente, en nuestro país, los establecimientos de salud se clasifican según niveles de atención y categorías como se observa en la tabla N°1.

Tabla N° 01. Niveles de atención y categorías de Establecimientos de Salud

Nivel de atención	Internamiento	Categoría	Descripción
Primer Nivel	Sin internamiento	I-1	Puestos o postas de salud con profesionales de salud no médicos
		I-2	Puesto o posta de salud con médico, con médicos con o sin especialidad
		I-3	Centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados, policlínicos, centros odontológicos
	Con internamiento	I-4	Centro de salud o centros médicos con camas de internamiento
Segundo Nivel	Con internamiento	II-1	Hospital de atención general
		II-2	Hospital de atención general
		II-E	Hospital de atención especializada
Tercer Nivel	Con internamiento	III-1	Hospital de atención general
		III-E	Hospital de atención especializada
		III-2	Instituto de salud especializado

FUENTE: Elaborado por el autor

De esta manera, el HEJCU es un establecimiento nivel III-E, altamente especializado en atención de urgencias y emergencias en el ámbito intra y extrahospitalario, que funciona las 24 horas del día y los 365 días del año (5).

Respecto a su organización, está conformado por una Dirección General, un Órgano de Control Institucional, 02 oficinas ejecutivas (Dirección Administrativa y Dirección de Planeamiento y Presupuesto), 3 oficinas de asesoría, 08 oficinas de apoyo, 11 departamentos asistenciales (como son: Anestesiología, Enfermería, Neurocirugía, Cirugía, Farmacia, Patología clínica, diagnóstico por imágenes, Medicina y traumatología) y 7 servicios (6) (Ver Anexo 1).

Dentro de la población que atiende el HEJCU, se ven pacientes que provienen de distritos cercanos como Surco, Barranco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, y en menor proporción de los distritos de Surquillo, Miraflores, San Isidro, San Borja, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, del Callao y referidos de otros puntos del país (5).

El hospital consta de 7 pisos. Hasta antes de la Pandemia, en el primer piso se encontraban las áreas de Trauma Shock, observación, tópicos de cirugía, tópico de Ginecología, Consultorio de Traumatología, emergencia pediátrica y las sales de diagnóstico por imágenes. En el 2do piso funcionaban las áreas administrativas, hospitalización de Neurocirugía y el departamento de Patología clínica. En el 3er piso se encuentran las salas de operaciones, la Unidad de Cuidados Intensivos y el área de Hospitalización de Traumatología. En el 4to piso se encontraba el área de hospitalización de cirugía. El 5to piso era para hospitalización de pacientes de Medicina Interna y en el 6to piso se encuentra la residencia médica y el comedor. Por último, en el 7mo piso se encuentra la Oficina de Personal.

Al ser un hospital de Emergencias, todos los pacientes que ingresaban pasaban por triaje y en este servicio se decidía si iban al área de observación (dependiendo el caso van a reposo de varones o de mujeres) o a tópicos. Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del año 2019 se realizó un total de 99 465 atenciones y 83420 atendidos en emergencias y urgencias (7), lo cual nos da una afluencia aproximada de pacientes por hora entre 11 a 12 pacientes.

En caso un paciente venía con cortes, mordedura de algún animal, quemaduras, entre otros afines, pasaba directo al tópico de cirugía. En este sentido, en el IM previo a la pandemia, se realizaban rotaciones y guardias en los reposos, en tópico de cirugía y en área de hospitalización.

Al iniciar la pandemia y el Estado de Emergencia en el Perú, el HEJCU sufrió algunos cambios respecto a la distribución de los servicios. Se realizó el armado de 2 carpas afuera del establecimiento para realizar el triaje y ver si eran pacientes con COVID 19 o no. En las carpas se quedaban en observación pacientes sin el virus y en las antiguas áreas de observación pasaban pacientes con COVID 19. La unidad de Trauma Shock 1, pasó a ser Trauma Shock COVID; las demás áreas de este nivel siguen con su distribución habitual.

En el 2do nivel, el servicio de hospitalización de Neurocirugía comparte camas con pacientes de Medicina no COVID. En el 3er nivel se hospitaliza pacientes de Cirugía General y raramente pacientes de traumatología, puesto que por la pandemia se redujeron enormemente las cirugías de esta especialidad; además en este nivel se encuentra la UCI no COVID. 4to y 5to pisos pasaron a ser pisos para hospitalización de pacientes con COVID 19; de esta manera, se abrió una Unidad de Cuidados Intensivos COVID en el 5to nivel. Los pisos 6 y 7 no se vieron afectados.

Al retomar el internado en este contexto de pandemia, y en base a los Lineamientos de reanudación progresiva y voluntaria (2), los internos no pueden ingresar a áreas COVID, por ende, a partir de octubre solo se podían realizar rotaciones en tópicos de cirugía no COVID, en 2do y 3er nivel del hospital. Dado que la rotación de Medicina se llevó a cabo entre los meses de octubre y diciembre del 2020, y al no poder hacer guardias en emergencia, solo se pudo estar en el área de Hospitalización no COVID y en UCI no COVID, lo cual redujo el aprendizaje enormemente, pues solo se veían entre 3 a 4 pacientes por día en hospitalización y un máximo de 5 pacientes en UCI.

2.2 Hospital Nacional Docente madre niño San Bartolomé (HSB)

El HSB, es un hospital de referencia nacional reconocido como categoría III-1, considerado altamente especializado del tercer nivel de atención. Centra su misión en brindar atención especializada en la salud sexual, reproductiva de la mujer y atención integral al feto, neonato, lactante, niño y adolescente. Así mismo, se agrega la docencia e investigación, reflejado en la participación en los planes y programas nacionales.

Se encuentra ubicado en la Avenida Alfonso Ugarte 825, perteneciente al cercado de Lima. Ocupa un terreno de 5,000 mts²; el pabellón principal tiene 06 pisos y 03 pisos con ampliación lateral. Sus límites son la Av. Alfonso Ugarte, el Jr. Peñaloza y el Jr. Chota (8).

Dentro de los servicios que brinda se encuentran: gineco-obstetricia, medicina especializada, cirugía pediátrica, pediatría, emergencia y cuidados críticos,

patología clínica, anatomía patológica, odontología, enfermería y anestesiología (8).

Según el ASIS del año 2019, el HSB cuenta con 10 salas de hospitalización y 3 salas de UCI, 217 camas de hospitalización presupuestadas y 26 camas de UCI.

Respecto a su organización, está conformado por una dirección general, un órgano de control institucional, 04 oficinas ejecutivas (dirección de personal, oficina de economía, oficina de logística y oficina de servicios generales y mantenimiento), 4 oficinas de asesoría, 04 oficinas de apoyo, 9 departamentos asistenciales (como son: Gineco obstetricia, pediatría, cirugía pediátrica, odonto-estomatología, emergencias y cuidados críticos, anestesiología y centro quirúrgico, apoyo al tratamiento, apoyo al diagnóstico y enfermería) y dentro de ellos varios servicios (9). (Ver Anexo N° 2)

En este nosocomio se realizó la rotación de Ginecología en el mes de enero del 2021, en el contexto de la pandemia por la COVID 19, con una corta duración pues se vio interrumpida con la suspensión de actividades académicas y formativas en el mes de febrero por una segunda ola de casos en nuestro país.

En el mes de marzo, reanuda sus actividades, tras la llegada de las vacunas a nuestro país, y habiendo recibido los internos la vacunación por parte de sus sedes de origen.

Durante el mes de marzo se realizó la rotación en el servicio de Neonatología con una duración de 15 días, por las áreas de alojamiento conjunto, cuidados intermedios y atención inmediata.

2.3 Centro de Salud Materno Infantil de Magdalena

El centro de Salud Materno Infantil de Magdalena está ubicado en el Jr. Junín 322, distrito de Magdalena del Mar. Es un centro categoría I-4, pues cuenta con atención de emergencias 24 horas y sala de partos, con disponibilidad de internamiento para las púerperas.

Este centro de salud cuenta con servicios de consultorio externo de Pediatría, Medicina, Ginecología, Obstetricia, así como servicio de Laboratorio, farmacia

y diagnóstico por imágenes. Además, cuenta con una sala de partos y una sala de puerperio inmediato con disponibilidad de hasta 4 camas para internamiento. Por otro lado, dispone de una ambulancia para poder atender emergencias y referencias.

Se realizó la rotación en este establecimiento en el mes de febrero, para completar la rotación de Gineco-obstetricia. Al estar en contexto de pandemia, en este servicio solo se realizan consultas externas previa cita, sobre todo para controles obstétricos y manejo de pacientes con patologías que no pueden ser atendidas por teleconsulta, por ejemplo: ITU, Enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras.

Según el ASIS de 2019, durante el año 2018 se atendieron 82 partos (10), los cuales son partos no complicados. En caso una gestante sea de riesgo o se complica durante el trabajo de parto, se la refiere al Hospital Santa Rosa del distrito de Pueblo Libre.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En Medicina constantemente a nivel mundial las diferentes sociedades se encargan de actualizar las guías de práctica clínica para el manejo de las diversas patologías; en este sentido, todo médico debe leer constantemente las actualizaciones a fin de poder tener un manejo actualizado y estandarizado del paciente.

En este sentido, en cada establecimiento de salud donde se realizó las diferentes rotaciones, tanto los médicos asistentes como residentes basaban sus prácticas en las guías actualizadas para la patología que corresponda, así como también, en caso se encuentre disponible, en la norma técnica del país. De esta manera, durante el año de Internado Médico se aprende a utilizar la diferentes guías y herramientas que las plataformas virtuales brindan para realizar la práctica clínica basada en evidencia actualizada.

Dentro de las herramientas más cercanas que se utilizaron en el año de internado se encuentra la plataforma UpToDate, cuyo acceso lo brinda la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres a sus estudiantes. Esta plataforma se encuentra disponible tanto en web como en una aplicación para celular, lo cual facilita su uso durante el desarrollo de actividades diarias en los hospitales y centros, pues el interno tiene consigo el celular y puede buscar rápidamente información sobre la patología que está tratando.

Por otro lado, durante cada rotación se realizó ponencias de los temas asignados por los residentes y/o asistentes encargados, para las cuales se tomó como fuente de información la guía de práctica clínica de la patología a

tratar. Por ejemplo, en el caso de colecistitis aguda, se tomó como fuente la guía de Tokyo 2018.

3.1 Rotación de cirugía:

En el hospital Casimiro Ulloa para el manejo de las patologías quirúrgicas se utilizan las guías de práctica clínica tanto internacionales como las elaboradas por el mismo nosocomio. Además, los médicos asistentes también utilizan herramientas Virtuales como UpToDate, Elsevier, entre otros a los cuales pueden acceder desde sus teléfonos celulares.

El primer caso mencionado, caso A, en el capítulo I, subtítulo I.1, nos habla sobre una diverticulitis. Un divertículo es una protrusión en forma de saco de la pared del colon (11), que se pueden producir por pulsión o por tracción; y la presencia de divertículos se denomina diverticulosis o enfermedad diverticular. Cuando este divertículo se inflama, generalmente debido a una microperforación, se denomina diverticulitis. Según UpToDate, dentro de los factores de riesgo para esta patología se encuentran la edad, donde la edad media es de 63 años; sin embargo, también se puede producir en menores de 45 años en menor porcentaje, como en el caso descrito donde el paciente tenía 35 años. Otros factores de riesgo son la elevada ingesta dietética de carnes rojas, baja fibra dietética, falta de actividad física vigorosa, IMC alto ($\geq 25 \text{ kg / m}^2$) y el tabaquismo (12); de los cuales el paciente presentaba un IMC de 28.4 y además tenía como hábito el tabaco.

Dentro de las manifestaciones clínicas que el paciente presentaba están el dolor abdominal tipo cólico localizado en cuadrante inferior izquierdo, el cual forma parte de la clínica más común en pacientes con diverticulitis aguda (11). Este dolor se caracteriza por ser constante y estar presente durante varios días e incluso se puede presentar en varias oportunidades previas al cuadro agudo. Además, se ha visto que del 20 al 62% de los pacientes con esta patología presentan náuseas y vómitos debido al íleo o por la obstrucción intestinal que genera la irritación peritoneal (11); los cuales el paciente si presentó. Por otro lado, el paciente refirió sensación de alza térmica, el cual

es un signo que concuerda con el cuadro, ya que estos pacientes pueden presentar fiebre baja (11).

Dentro de las complicaciones agudas de la diverticulitis tenemos los abscesos, que se pueden presentar hasta en un 17% de los pacientes hospitalizados por esta patología (11). Se sospecha de esta complicación cuando no mejora el dolor abdominal o el paciente tiene fiebre persistente a pesar de tres días de tratamiento antibiótico. Para su confirmación se solicita una TAC abdominal. En el caso, el paciente presentaba 3 días de dolor en cuadrante inferior izquierdo y una T° de 37.6, por lo cual se le solicita tomografía.

Respecto a los exámenes de laboratorio, UpToDate sugiere solicitar hemograma, PCR, análisis de orina (11). Al paciente del caso en mención se le solicitan estos, obteniendo como resultados una leucocitosis leve (13 200), un PCR elevado en 4.5 y un examen de orina normal; resultados que concuerdan con este cuadro.

Para confirmar la sospecha clínica, al paciente se le solicita una tomografía abdominal, en la cual se evidencia engrosamiento de la pared intestinal a nivel de colon sigmoides de 5 mm, según UpToDate se considera engrosamiento > 4 mm (11); además se observa aumento de la densidad de los tejidos blandos dentro de la grasa pericolónica y acumulación de líquido de 4 cm a este nivel; los cuales son signos compatibles con diverticulitis colónica a nivel de sigmoides y con absceso pericólico.

En la Revista Argentina Coloproct sobre el manejo actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del colon mencionan la clasificación HINCHEY según tomografía para los grados de diverticulitis; así en el caso el paciente entraría en la clasificación 1b, pues presenta un absceso de 4 cm pericólico; En este grado, se debe indicar tratamiento antibiótico endovenoso, reposo digestivo y sonda nasogástrica en caso haya distensión abdominal, náuseas y vómitos (13). Esto concuerda con el manejo indicado al paciente del primer caso, a quien se le hospitalizó para manejo del dolor y antibioticoterapia. Los antibióticos indicados al paciente fueron ceftriaxona + metronidazol, que son los que se encuentran en el petitorio del HEJCU; este manejo concuerda con

el sugerido por UpToDate dentro de los regímenes de terapia combinada (14). (ver anexo 3).

En caso el paciente no mejore con el manejo médico, recién pasa a cirugía (13); sin embargo, en el caso el paciente responde bien a la antibioticoterapia, por lo que no se decide manejo quirúrgico y se le da de alta.

El CASO B se trata de una colecistitis aguda, la cual se define como un síndrome de cuadrante superior derecho por inflamación de la vesícula biliar (15). Dentro de la etiología puede ser calculosa o acalculosa; en el caso la paciente presentaba litiasis vesicular diagnóstica previamente, la cual vendría a ser la causante de su cuadro agudo.

Los pacientes con colecistitis calculosa aguda típicamente se quejan de dolor abdominal en cuadrante superior derecho que aparece tras haber ingerido alimentos grasos (15), como es el caso de la paciente. Además, la paciente presentó náuseas y vómitos, las cuales son quejas que suelen acompañar al cuadro (15).

Al examen de abdomen la paciente presentó signo de Murphy positivo, el cual tiene una alta sensibilidad para colecistitis aguda (15). Para evaluar este signo, se le pide al paciente que inspire profundamente mientras el examinador palpa el área de la fosa de la vesícula biliar justo debajo del borde del hígado; la inspiración profunda hace que la vesícula biliar descienda y presione contra los dedos examinados, lo que en pacientes con colecistitis aguda generalmente conduce a un mayor malestar y al paciente a recuperar el aliento (15).

En el caso a la paciente se le solicitó ecografía más pruebas de laboratorio estándar. Estas pruebas diagnósticas en el HEJCU se solicitan según la guía de práctica clínica elaborada por médicos de su propio staff (16). Además, esta guía indica que, si la ecografía no es concluyente, se le debe solicitar tomografía abdominal con contraste; sin embargo, en el caso no fue necesario puesto que la ecografía mostró litiasis vesicular, barro biliar, meteorismo intestinal abundante.

Una vez realizado el diagnóstico, para poder saber el tratamiento definitivo se debe estratificar el grado de severidad. Según las guías de Tokyo 2018, se

clasifican los pacientes en colecistitis aguda grado I o leve, grado II o moderado y grado III o grave; de los cuales la paciente del caso mencionado se encontraría en grado I (17). Además, según la literatura como menciona UpToDate, es necesario conocer el riesgo según el estado físico, clasificación dada por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA). De esta manera, a los pacientes con bajo riesgo, ASA I o II, se le someterá a una colecistectomía temprana, considerada así porque se realiza en los primeros 7 días desde el inicio de los síntomas (17). De esta manera, al tener la paciente una colecistitis leve y tener ASA I, la indicación de colecistectomía fue acertada.

A la paciente se le realizó una colecistectomía laparoscópica, ya que es considerada el enfoque estándar para el tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda (16, 17).

En el HEJCU, se indica profilaxis antibiótica dentro de los 60 minutos previos a la cirugía, para prevenir la infección asociada con incisión quirúrgica, como lo indica su guía (16); por eso a la paciente se le indicó ceftriaxona previa cirugía. Además, la guía refiere que el tiempo de la antibioticoterapia solo se considerará en algunos casos y con un máximo de 4 días para evitar el sobretratamiento (16).

3.2 Rotación de Medicina:

Tanto el caso C y el caso D nos hablan de pancreatitis agudas, que fue la patología más vista durante la rotación. La pancreatitis aguda se define como un proceso inflamatorio agudo del páncreas (18), cuya incidencia está en aumento a nivel mundial debido al aumento de tasas de obesidad y de cálculos biliares (19).

Dentro de la múltiple etiología de esta patología, la más frecuente son los cálculos biliares, seguida de la ingesta crónica de alcohol, así como también se puede dar por hipertrigliceridemia, post CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), por medicamentos, por lesión del conducto pancreático, por algún traumatismo directo, entre otras (19). Los casos C y D son de las 2 causas más frecuentes de pancreatitis, el C por litiasis vesicular y el D por ingesta crónica de alcohol.

Dentro de las características clínicas de la pancreatitis aguda lo principal es el inicio agudo de dolor abdominal epigástrico intenso y persistente (18), el cual estaba presente en el paciente del caso C. Además, también puede estar presente el dolor en cuadrante superior derecho y en raras ocasiones en lado izquierdo (18), como en el paciente del caso D.

Por otro lado, el 90% de casos presentan náuseas y vómitos que pueden persistir por varias hora o días (18), los cuales si estaban presentes en ambos pacientes.

Tanto el caso C como el D, entrarían en la clasificación de pancreatitis aguda leve, pues esta se caracteriza por la ausencia de insuficiencia orgánica y complicaciones locales o sistémicas (18). Para que algún caso sea una pancreatitis aguda moderadamente grave debería tener insuficiencia orgánica transitoria (se resuelve en 48 horas) y / o complicaciones locales o sistémicas sin insuficiencia orgánica persistente (> 48 horas); y para que sea una pancreatitis aguda grave, habría insuficiencia orgánica persistente que puede afectar a uno o varios órganos; sin embargo, ninguno de los casos cumple estos criterios (18).

Dentro de las pruebas básicas de laboratorio a solicitar para descartar una pancreatitis están la amilasa y lipasa séricas. La amilasa aumenta dentro de las primeras 6 a 12 horas de iniciado el cuadro y puede durar hasta 3 o 5 días; sin embargo, no es específica de pancreatitis puesto que se puede elevar en otras afecciones. Por otro lado, esta enzima suele elevarse a más de 3 veces su valor normal, lo cual no ocurre en la etiología alcohólica debido a que el parénquima no puede producir amilasa (18). En este sentido vemos la diferencia de las elevaciones en valores de esta enzima, en el caso C estaba en 426 U/l, mientras que en el caso D el valor fue de 250.

Respecto a la lipasa, según la literatura, esta enzima tiene mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de pancreatitis (18), en este sentido se ve que en ambos casos estaba bastante elevada.

Dentro de los otros exámenes de laboratorio, se puede encontrar leucocitosis (18) como en el caso de ambos pacientes; además, podría haber hematocrito elevado por hemoconcentración debido a la extravasación de líquido

intravascular hacia terceros espacios (18); sin embargo, esto no se dio en ninguno de los pacientes.

La primera imagen que se solicita en ambos casos fue una ecografía abdominal, la cual en pacientes con pancreatitis suele mostrar el páncreas difusamente agrandado e hipoecoico (18). En el caso C, la ecografía muestra litiasis vesicular además de hidrops vesicular acompañado de dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, y no signos de coledocolitiasis; sin embargo, no se llega a apreciar el páncreas, lo cual suele suceder debido a los gases intestinales producidos por el íleo (18); por eso se solicita tomografía para complementar el estudio. Por otro lado, en el caso D, si bien la ecografía muestra una imagen sugestiva de inflamación de páncreas, también se sugiere complementar el estudio con una tomografía para mejor visualización del páncreas, la cual debería ser tomada idealmente a las 72 horas.

Una vez realizado el diagnóstico, es importante realizar la clasificación de la gravedad, para lo cual se utilizan scores como SIRS o la puntuación APACHE II (20). También existen scores como el de BISAP o RANSON con parámetros clínicos y laboratoriales. Para cualquiera de ellos, los pacientes tanto del caso C como del D presentaron pancreatitis aguda leve.

El manejo inicial consiste en hospitalizar al paciente para reposición de líquidos, control del dolor y apoyo nutricional (20), lo cual se hizo en ambos casos (C y D).

Respecto a la hidratación, UpToDate indica el uso de cristaloides isotónicos, como es la solución salina normal o el lactato de Ringer (20); en el hospital Casimiro Ulloa se utiliza NaCl 0.9% como se les dio a los pacientes.

A menudo el dolor abdominal es el síntoma predominante en los pacientes con pancreatitis aguda, por lo que es importante el manejo con analgésicos (20). En el HEJCU se utiliza tramadol subcutáneo, el cual se indicó a ambos pacientes ya que es una pancreatitis leve; este manejo es adecuado según UpToDate al ser el tramadol un opioide (20).

Por otro lado, a pesar de ser pancreatitis leves, es importante realizar un monitoreo constante de las funciones vitales, la diuresis y los electrolitos sobre todo durante las primeras 24 a 48 horas, para ver si es correcta la hidratación del paciente (20).

Respecto a la nutrición, generalmente los pacientes con pancreatitis leve suelen tratarse con hidratación intravenosa sola, ya que la recuperación se produce rápidamente, lo que permite que puedan reanudar una dieta oral en máximo una semana (20). El reinicio de la alimentación oral se dará en ausencia de íleo, náuseas o vómitos de manera progresiva. Por lo general se comienza con tolerancia oral a líquidos, luego dieta blanca baja en grasa y en residuos, y luego se progresa a dieta sólida baja en grasa (20).

3.3 Rotación de Gineco Obstetricia:

En el Hospital San Bartolomé las decisiones de manejo de las pacientes se basan en las guías de la ACOG: Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. Además, durante el desarrollo de las prácticas se pudo apreciar que tanto residentes como médicos asistentes, utilizan guías actualizadas de sociedades españolas como de la Universidad de Barcelona.

El caso E habla sobre una gestante de 37.2 semanas por fecha de última regla, que viene en trabajo de parto fase activa, pues al examen tenía dilatación en 5. Además, durante la evaluación se encontró que el feto estaba en posición podálica, lo cual sumado a su antecedente de cesárea previa en 2019 y, por ende, un periodo intergenésico corto; fueron motivos de indicación de cesárea para el término de la gestación.

Dentro de las indicaciones de cesárea según UpToDate se dividen en general en 2 categorías: las indicadas por el médico y las otras a solicitud de la madre. En este sentido, las 3 indicaciones médicas más frecuentes de cesárea son: el trabajo de parto detenido, estado fetal no tranquilizador y una mala presentación fetal (21). De estas 3 indicaciones, en el caso la paciente tenía presentación podálica, la cual es una mala presentación. UpToDate indica la

realización de versión cefálica externa en caso de presentación de nalgas; sin embargo, la indicación es antes del trabajo de parto, idealmente entre las 34 y 35 semanas (22); esta técnica no pudo ser realizada a la paciente porque ya vino en trabajo de parto fase activa, además que tenía 37 semanas de gestación.

Por otro lado, la paciente tuvo una cesárea anterior en el año 2019, que a la fecha de atención representó un periodo intergenésico corto, pues tuvo otra gestación en menos de 24 meses, lo cual es una indicación especial de cesárea según la guía de práctica clínica realizada por el Centro de Medicina Fetal y Neonatal de los Hospitales Sant Joan de Déu y Hospital Clinic de Barcelona, que también se basan en las indicaciones de la ACOG (23).

Por todo lo mencionado anteriormente, la indicación de término de la gestación por vía alta en la paciente del caso E fue adecuado.

Por otro lado, en el centro de salud Materno Infantil de Magdalena lo que más se atiende en el servicio de Gineco Obstetricia son consultas externas y de ellas la mayor cantidad de pacientes vienen para controles prenatales presenciales, ya que la mayor parte de patologías son manejadas por teleconsulta desde que inicio la Pandemia y solo mandan a consulta presencial casos de no mejoría. En el CS para el manejo de las pacientes se basan en la Norma Técnica del MINSA de acuerdo con la patología, así como guías de práctica clínica nacionales, entre ellas las elaboradas por el Hospital Santa Rosa, hospital al que suelen referir a las pacientes.

Respecto a la paciente del caso F, acude para su control prenatal semanal, ya que según la norma técnica del MINSA a partir de las 37 semanas los controles prenatales son una vez por semana (24). En la consulta se calculó la edad gestacional y se pudo apreciar que la paciente tenía 40.1 semanas según la fecha de última regla y según su primera ecografía tenía 41 semanas. En ambos casos el embarazo se encuentra a término. Según UpToDate, se consideraría a la paciente del caso como un embarazo a término tardío, pues tiene 41 semanas por eco precoz (25).

Según la guía del Hospital Santa Rosa se considera embarazo prolongado o post-término a partir de las 42 semanas, el cual tiene factores de riesgo asociados que incrementan la mortalidad fetal, como son: la asfixia intrauterina, el oligohidramnios, síndrome de aspiración meconial, macrosomía y sufrimiento fetal por hipoxia fetal por insuficiencia útero placentaria. Por estos motivos, debido al riesgo incrementado de morbimortalidad perinatal, todo embarazo mayor a 41 semanas debe hospitalizarse para evaluar bienestar fetal y terminar gestación (24). Sumado a eso, el CS de Magdalena, al ser un establecimiento de salud del primer nivel, no cuenta con sala de operaciones ni capacidad resolutive en caso el parto se complique, por lo que se decide hacer referencia a la paciente al Hospital Santa Rosa para la hospitalización de la paciente y término de la gestación por la vía más adecuada.

Una vez hospitalizada, según el protocolo de dicho hospital, se debe realizar evaluación de bienestar fetal y según los resultados se indicará inducción de parto vaginal en caso esté todo adecuado, y en caso se presente compromiso fetal el término de la gestación será por cesárea (24).

3.4 Rotación de Pediatría y Neonatología:

Para esta rotación se inició en el servicio de neonatología durante el mes de marzo, donde la mayoría de los casos atendidos fueron evaluaciones de recién nacidos sin complicaciones; sin embargo, algunos recién nacidos si presentaron algún tipo de riesgo o complicación, sobre todo por factores de riesgo de la madre. En el Hospital San Bartolomé, para el manejo de los pacientes se basan en la norma técnica del MINSA así como también de guías actualizadas según el criterio de cada asistente y según la patología en estudio.

El caso G, se trata de un recién nacido macrosómico, el cual se define como un feto con peso mayor a 4000 gr (24, 26). Dentro de los factores de riesgo existen factores maternos como fetales. Dentro de los factores maternos se encuentran la obesidad, multiparidad, edad avanzada, diabetes materna, embarazo posttérmino, recién nacido macrosómico previo, aumento excesivo

de peso durante la gestación, raza hispana o afroamericana y el peso materno al nacer superior a 4000 gr. Por otro lado, también existen factores constitucionales como el que el recién nacido sea de sexo masculino; además, también puede haber factores genéticos (26). De todos los factores mencionados, en el caso la madre del recién nacido tenía diabetes, además de ser de sexo masculino; los cuales son los posibles factores que predispusieron al paciente a nacer con macrosomía.

Además, en vista a que el peso al nacer del paciente fue de 4210 gr, según los percentiles de peso según edad gestacional propuestos en el manual de vigilancia del crecimiento fetal elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) (27), el recién nacido clasifica como grande para la edad gestacional ya que su peso está por encima del percentil 90 (ver anexo 5).

Al mismo tiempo, al ser un recién nacido grande para la edad gestacional e hijo de madre diabética, tiene alto riesgo de hacer hipoglicemia en las primeras horas postparto, debido al hiperinsulinismo y la brusca interrupción del aporte de glucosa materna al cortar el cordón umbilical (28); por esta razón dentro del diagnóstico del RN se pone riesgo de trastorno metabólico. De esta manera, ante el riesgo de desarrollar una hipoglicemia neonatal, en el Hospital San Bartolomé a todo RN en esta condición se le pide un control de glucosa, por medio de hemoglucotest a las 2 horas posteriores al nacimiento. En el caso el paciente a las 2 horas presentó una glucosa de 69, lo cual es normal, ya que, para ser considerado hipoglicemia, según la Sociedad Argentina de Pediatría, debería ser menor de 40; y si así fuese el caso, sumado a síntomas, el paciente se hospitalizaría para recibir dextrosa endovenosa y control de glicemias (29). Sin embargo, como la glicemia del recién nacido estaba normal, pasa a alojarse con la madre.

El último caso, caso H, nos habla de un recién nacido con ictericia neonatal. La ictericia es altamente prevalente en el recién nacido, ya que suele estar presente hasta en un 80% de ellos (30). La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y mucosas, ocasionado por el aumento de bilirrubina, el

cual pigmenta la piel (31). La hiperbilirrubinemia neonatal se puede clasificar de la siguiente manera según UpToDate (32):

- La benigna, que se da de manera transitoria y es un aumento normal de bilirrubina que se produce en casi todos los recién nacidos después de las 24 horas de vida, la cual se conoce como ictericia fisiológica.
- La hiperbilirrubinemia significativa, aquella que está por encima del percentil 95 en el nomograma de concentración de bilirrubina total de Buthani.
- La hiperbilirrubinemia neonatal grave, cuando la bilirrubina total está por encima de 25 mg/dl.

Por otro lado, podemos clasificar a la ictericia según los días de presentación; así se presenta en las primeras 24 horas podría ser por incompatibilidad de grupo o factor; si se presenta después de las primeras 24 horas y antes de la primera semana es la conocida ictericia fisiológica o por lactancia materna; y, si se presenta después de la primera semana, se conoce como ictericia por leche materna (32).

De estos 3 tipos, el paciente del caso H presenta una ictericia neonatal fisiológica o por lactancia materna, ya que la coloración amarillenta de la piel se encontró en su 2º día de vida. Además, un dato importante en el caso es que la madre es primigesta y, por ende, es muy probable que desconozca la técnica correcta de lactancia materna.

Al ser una ictericia transitoria, generalmente se regulan los valores de bilirrubina y la clínica en un máximo de 2 semanas (32). Por este motivo, la indicación dada a la paciente es continuar con la lactancia materna, la cual debe ser frecuente; y reforzar la técnica de lactancia materna, lo cual es una indicación primordial en el HSB, para así ayudar a que el paciente no se deshidrate y no baje mucho de peso.

CAPÍTULO IV: RELFEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Desde hace años, el año de internado médico es conocido por ser un año bastante extenuante, donde el interno empieza su rotación el 1ro de enero y termina el 31 de diciembre; son 365 días sin parar, sin domingos ni feriados, que el interno labora para poder aprovechar al máximo el tiempo en cada rotación y aprender viendo la mayor cantidad de casos. Sin embargo; las experiencias descritas por internos anteriores, el hacer guardias de hasta 36 horas, el cansancio que se va acumulando día tras día, son temas que hacen que el interno empieza esta experiencia con temor por la incertidumbre de lo que vendrá, pero con la gran expectativa de lo que aprenderá durante el año.

El 1ro de enero de 2020 se inició el internado en el Hospital José Casimiro Ulloa, el cual es un establecimiento de salud altamente especializado en la atención de emergencias; por ende, en la rotación realizada los primeros meses del año, se aprendió a realizar evaluaciones de pacientes de manera rápida y a trabajar bajo presión, pues en un servicio de emergencias, gran parte de los pacientes necesitan resolver sus dolencias con urgencia, y eso sumado a la afluencia de pacientes alta, obliga a que el personal de salud mejore su capacidad resolutive en el menor tiempo posible.

Por otro lado, durante este periodo, en el servicio de Cirugía General se realizaron guardias diurnas y nocturnas, con lo cual muchas veces se tenía turnos de hasta 30 horas seguidas. El mantenerse en vela durante tantas horas seguidas, al inicio para el interno fue bastante cansado; sin embargo, como el ser humano es un ser de costumbre, con el tiempo y el paso de las

guardias, se aprendió a trabajar con normalidad con pocas o incluso ninguna hora de descanso.

En la rotación de Cirugía y durante las guardias, se realizó atenciones en tópico; servicio en el que se aprendió a manejar y lidiar con pacientes complicados como, por ejemplo, personas que acudían en estado de ebriedad y se ponían agresivos, exigiendo atenciones rápidas y preferenciales. En estos casos muchas veces se recibió el apoyo del personal de seguridad, quienes siempre estaban dispuestos a apoyar al personal y velar por su integridad.

Las oportunidades de entrar a sala de operaciones y asistir en las cirugías, fueron de las experiencias más gratificantes para el interno; pues en este año dejó de ser un mero observador, lo cual suele pasar durante la época de pregrado, y pasó a ser partícipe del acto quirúrgico e incluso a figurar dentro del reporte operatorio, lo cual fortalece la experiencia y motiva a seguir aprendiendo.

Por otro lado, al estar en piso de hospitalización a cada interno se le asignan cierta cantidad de pacientes, de los cuales el interno se encarga de hacer un seguimiento y revisión detallada de sus resultado y evolución, así como aprende a fortalecer la relación médico paciente y a ver a los pacientes de manera integral, pues muchas veces no solo tienen molestias físicas, sino que vienen con cargas emocionales y temores propios de la hospitalización, y necesitan más que un medicamento, alguien que los escuche y les da la tranquilidad necesaria para mantenerse emocionalmente estables y poder lidiar con su enfermedad y recuperación.

El 6 de marzo de 2020, en el Perú, se informó el primer caso de COVID-19 (33) y, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la salud para frenar la propagación del virus, el Estado decide suspender las labores educativas a nivel nacional, así como el cierre de fronteras a partir del 16 de marzo. En este sentido, en vista a que los internos no contaban con seguro

de vida ni contra accidentes, además de no estar capacitados con las medidas de bioseguridad necesarias para enfrentar una pandemia, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina decide suspender las labores de internado médico, así como de todos sus estudiantes de medicina a nivel nacional, a fin de salvaguardar sus vidas (34).

Al inicio, esta situación no generó muchos problemas; por el contrario, se vio como una oportunidad de descanso tras más de dos meses de trabajo diario, además de la oportunidad para estudiar para el Examen Nacional de Medicina que se suele rendir el último mes de internado. Sin embargo, pasaban las semanas y cada vez los casos de COVID-19 se incrementaban, y junto a ello se extendía la cuarentena decretada.

El tiempo sin asistir al internado fue un tiempo de preocupación, puesto que no se sabía cuándo sería la fecha de reincorporación y, por ende, no se sabía cuánto tiempo más se extendería el internado.

El tiempo de cuarentena en todo el país fue un tiempo difícil para los peruanos, pues el nivel de afectación no solo fue en el ámbito de la salud, si no también en el aspecto económico. De esta manera, la realidad de muchos internos cambió; muchos de los que realizaban su internado en la ciudad de Lima tuvieron que volver a sus provincias de origen, otros tuvieron que idear formas de trabajo para apoyar económicamente a sus familias, y muchos, en el peor de los casos, enfrentaron la penosa experiencia de tener familiares contagiados con el virus de la COVID-19.

Durante todo este tiempo, se valoró la importancia de la salud mental, pues estar por mucho tiempo encerrado en un mismo lugar, con las mismas personas, es contraproducente para cualquier ser humano; pues el ser humano es un ser sociable por naturaleza.

Una vez publicado el Decreto de Urgencia y los lineamientos para la reincorporación de internos (1,2), el interno tenía que tomar la decisión de volver o no a sus actividades, puesto que la reincorporación fue totalmente

voluntaria. Si bien los lineamientos ofrecían seguro de vida, estipendio, días de cuarentena cada 15 días y brindar los equipos de protección necesarios; la decisión de volver fue difícil, pues muchos internos convivían con familiares en factores de riesgo, y retornar al hospital significaba un riesgo bastante amplio de exposición al virus.

Una vez tomada la decisión de volver, el interno tuvo que recibir charlas de bioseguridad y el correcto uso de equipos de protección personal, como las brindadas por la Facultad de Medicina de la USMP; además de instaurar un sistema de bioseguridad en su hogar para evitar el contagio de sus familiares.

Con estas medidas de cuidado, se retomó el internado médico el 12 de octubre de 2020, fecha que el Hospital Casimiro Ulloa estipuló para el retorno de sus internos. Volver al ámbito hospitalario después de casi 6 meses y en nuevas condiciones significó un gran reto.

El hospital brindó a sus internos charlas y un taller sobre el correcto lavado de manos para evitar los contagios intrahospitalarios. Además, realizó una prueba rápida de detección para el virus COVID-19 antes de la reincorporación. Sumado a ello, dicho nosocomio otorgó a sus internos equipos de protección personal (EPPs) diariamente. Estos equipos incluían 2 mascarillas simples, un pantalón descartable, una chaqueta descartable, cubre calzado, gorro descartable y un mandilón; además al inicio brindó a sus internos mascarillas N95 una por semana, así como un protector facial para la rotación y lentes de protección. Sin embargo, mientras la pandemia progresaba, los EPPs se tornaban escasos, así que a partir del mes de diciembre solo se pudo otorgar una mascarilla N95 cada 15 días.

El hecho de realizar las rotaciones con todo el EPP, sumado al uso de la mascarilla N95 durante 6 horas continuas, significó para el interno un desafío. La presión generada por la mascarilla en mención al inició generó marcas en la cara acompañadas de dolor hasta poder acostumbrarse a su uso. Por otro lado, el uso del EPP en época de verano fue bastante agotador, pues a pesar del clima caluroso, no se podía descuidar la protección.

En el Hospital San Bartolomé se vivió una realidad diferente, al ser una sede que considera a los internos como rotantes externo, no les brinda equipos de protección, sobre todo en el servicio de Gineco-obstetricia. Por este motivo, durante los meses de enero y marzo, la rotación significó un gasto de bolsillo para el estudiante, que de todas maneras debía realizar para no descuidar su salud. Además, durante la rotación en el servicio de Neonatología se sufrió un accidente punzo cortante y como el interno es considerado rotante externo y no parte del personal de planta, no se tiene definido el protocolo a seguir, además el interno acudió al médico de personal quien no mostró una buena predisposición para su atención. Finalmente, el interno tuvo que cubrir el costo de los exámenes realizados por seguridad.

En el CS de Magdalena, sí se otorgaron EPPs a sus internos de manera diaria, y una mascarilla N95 semanal. Como en este establecimiento las rotaciones fueron en consultorio, se exigía que los internos traigan su protector facial.

Sumado a todo lo antes mencionado; una de las principales dificultades afrontadas durante el internado en pandemia, fue la escasez de pruebas para detección del virus, tanto rápidas como antigénicas; esto debido a que, al ser los establecimientos de salud pertenecientes al Ministerio de Salud, indicaban que los reactivos eran escasos y que no podía ser utilizados en los internos de forma rutinaria, a no ser que alguno haya estado expuesto y sea sintomático. Esto no solo representó un problema, si no que también un riesgo, porque muchas veces los internos no podían realizarse pruebas de manera particular por el gasto que representaba.

A pesar de todas las dificultades que se enfrentaron al realizar el internado durante la pandemia, también existieron varias oportunidades. Por ejemplo, al ser un número reducido de internos por rotación, había más procedimientos que podían ser realizados por los internos. Así, por ejemplo, en la rotación por el servicio de UCI, se pudieron sacar análisis de gases arteriales a todos los pacientes que los requerían, puesto que el interno rotó por este servicio solo. Por otro lado, en la rotación de gineco obstetricia en el centro de Salud de

Magdalena, se permitía al interno la atención de los pacientes en consultorio, supervisada por el médico asistente; de esta manera se ponía en práctica los conocimientos para el correcto planteamiento de los diagnósticos y tratamientos. Además, en la rotación de neonatología, al ser un solo interno que pasaba por cada servicio, se pudo realizar una punción lumbar a un recién nacido para el descarte de neuro sífilis,

En este sentido, una de las ventajas obtenidas al haber rotado en centros tanto del primer nivel como del tercer nivel, es que el interno pudo ver las realidades distintas de los pacientes, ya que en un primer nivel los casos son más sencillos de resolver, a diferencia de los pacientes que acuden a un hospital de tercer nivel. Además, el haber atendido pacientes en consultorio, es una herramienta sumamente importante, puesto que el interno estará capacitado para atender pacientes durante el Servicio Rural y Urbano marginal en Salud (SERUMS), que representa su primera práctica laboral como médico general.

De esta manera, si bien el internado pre y post pandemia fue diferente, se pudo obtener aprendizajes nuevos, enfrentar la situación adversa, nunca vivida por todos los internos pasados, y sobre todo se pudo concluir satisfactoriamente el internado adquiriendo las destrezas necesarias que todo médico general debe tener.

CONCLUSIONES

1. El año de la pandemia ha significado un reto en la formación profesional del interno de medicina, adquiriendo destrezas nuevas para lograr superar dificultades como la falta de EPPs, falta de pruebas de detección periódicas y el riesgo permanente de contagio.
2. En la rotación de cirugía general, realizada pre-pandemia en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, se adquirió mayor cantidad de competencias para identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a los problemas quirúrgicos y éticos, respetando los derechos y voluntad del paciente. Al ser este un hospital especializado en emergencia, las competencias adquiridas tuvieron un enfoque más direccionado hacia patologías de emergencia.
3. En la rotación de Medicina Interna, realizada durante la pandemia en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, se adquirió las competencias necesarias para identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a los problemas médicos. La rotación en la unidad de cuidados intensivos permitió completar las competencias a pesar de las dificultades propias de la pandemia.
4. En la rotación de Gineco obstetricia, realizada durante la pandemia en el Hospital San Bartolomé y en el Centro de Salud Materno Infantil de Magdalena- MINSA, se adquirió competencias para identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a los problemas ginecológicos y obstétricos. Fue enriquecedor el trabajo en un centro de nivel I-4 pues permitió adquirir destrezas para el posterior trabajo en el SERUMS; se

dio mayor énfasis en la labor preventivo promocional materno perinatal, significando un valor agregado en la formación del interno de medicina.

5. En la rotación de Neonatología, realizada durante la pandemia en el Hospital San Bartolomé, se adquirió competencias para identificar, aplicar y proponer alternativas de solución a problemas neonatales. Una ventaja por pandemia, al haber reducido número de internos, fue adquirir destrezas en la atención inmediata y la realización de procedimientos invasivos seguros al recién nacido (punción lumbar y hemogluco-test).
6. Al ser contratado el interno de medicina por el Ministerio de Salud, le ha permitido un mayor compromiso, alto grado de responsabilidad, cohesionarse con el equipo de salud y lograr un verdadero trabajo en equipo.

RECOMENDACIONES

- De la conclusión 1: Siendo un riesgo permanente por la pandemia el trabajo en hospitales se recomienda, que la Universidad vele por el adecuado resguardo de la salud e integridad de los estudiantes (internos de medicina).
- De la conclusión 2, 3, 4 y 5: Se recomienda a la Universidad que, en la medida de lo posible, se cumplan las rotaciones hospitalarias.
- De la conclusión 6: Se recomienda que la Universidad proponga ante las autoridades de salud, que los internos de medicina deban figurar en planillas con su respectivo seguro de salud, no solo en temporada de pandemia.
- Se recomienda a la Universidad que el estudiante de medicina debería realizar un externado en centros de salud del primer nivel, previo al año de internado médico.
- Se recomienda la elaboración de un reglamento de prácticas pre-profesionales en ciencias de la salud, donde se determina los derechos y obligaciones de los IM.
- Se recomienda precisar normativas que garanticen la calidad del servicio del internado medico donde se proporciona la logística y las herramientas adecuadas para la formación médica de calidad, dentro de un contexto de seguridad y salud para los IM.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. El Peruano [Internet]. Elperuano.pe. [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
2. MINSA. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N°090-2020 [Internet]. Gob.pe. 14 de agosto de 2020 [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
3. FMH-USMP. Plan de estudios [Internet]. Usmp.edu.pe. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/plan%20de%20estudios/plan_de_estudios_pregrado.pdf
4. Facultad de Medicina Humana: Aula virtual [Internet]. Aulavirtualusmp.pe. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://campusvirtual.aulavirtualusmp.pe/mdlfmh37/course/view.php?id=629&seccion=0>
5. HEJCU. Reseña Histórica - Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa [Internet]. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa página oficial. [citado el 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/resena-historica>

6. HEJCU. Departamentos [Internet]. Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa página oficial [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/departamentos>
7. HEJCU. Análisis de situación de Salud Hospitalario 2019. Lima, 2019 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/epidemiologia/sala-situacional/333-rd-n-277-2020-dg-hejcu-asis-2019-iv-parte/file>
8. HSB. Análisis de situación de salud 2019 [Internet]. Lima, 2019 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/publicacion2019/Direccion/ASIS%202019.pdf>
9. Organigrama Institucional [Internet]. HSB [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/organigrama-institucional>
10. CSMI Magdalena. Análisis de Situación de Salud del distrito de Magdalena del Mar [Internet]. 2019 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD_MINSA/DOCUMENTOS_ASIS/ASIS_DISTRITO%20MAGDALENA%202019.pdf
11. Pemberton JH. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de diverticulitis aguda en adultos [Internet]. Uptodate. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-diverticulitis-in-adults?search=diverticulitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
12. Pemberton JH. Diverticulosis colónica y enfermedad diverticular: epidemiología, factores de riesgo y patogenia [Internet]. Uptodate. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/colonic-diverticulosis-and-diverticular-disease-epidemiology-risk-factors-and-pathogenesis?search=diverticulitis&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=4

13. Barbalace NM. Manejo Actual de la Enfermedad Diverticular Aguda del Colon [Internet]. Rev Argent Coloproct, 2017. [citado el 14 de abril de 2021]. 28 (2); 181 – 191. Disponible en: https://sacp.org.ar/revista/files/PDF/28_02/28_02_09_Barbalace.pdf
14. Pemberton JH. Diverticulitis aguda: manejo médico [Internet]. Uptodate. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en https://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-diverticulitis-medical-management?search=diverticulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H822167853
15. Salam F, Zakko MD, FACP, AG, Nezam H, Afdhal. Colecistitis calculosa aguda: características clínicas y diagnóstico [Internet]. Uptodate. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistits%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~123&usage_type=default&display_rank=1
16. HEJCU. Guía de práctica clínica: diagnóstico y manejo de la colecistitis [Internet]. HEJCU. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resoluci%C3%B3n_Directoral_N294-2018-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica.pdf
17. Vollmer C, Salam F, Zakko M, AG, Nezam H, Afdhal R. Tratamiento de la colecistitis aguda por cálculos [Internet]. Uptodate [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistits%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~123&usage_type=default&display_rank=2
18. Vege SS. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de pancreatitis aguda [Internet]. Uptodate. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute->

- pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
19. Vege SS. Etiología de la pancreatitis aguda [Internet]. Uptodate. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H2
 20. Vege SS. Manejo de la pancreatitis aguda [Internet]. Uptodate. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H106843438
 21. Berghella V. Parto por cesárea: planificación preoperatoria y preparación del paciente [Internet]. Uptodate. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=indicaciones%20de%20cesarea&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4
 22. Hofmeyr G. Descripción general de la presentación de nalgas [Internet]. UpToDate, 2019 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-breech-presentation?search=indicaciones%20de%20cesarea&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H1557355040
 23. Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona [Internet]. Medicinafetalbarcelona.org. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
 24. Hospital Santa Roa. Guía de práctica clínica del Departamento de Gineco-Obstetricia [Internet]. 2019. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en:

<http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2019/resoluciones/RD-268-2019v.pdf>

25. Norwitz E. Embarazo postérmino [Internet]. UpToDate [citado el 14 de abril de 2021]- Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postterm-pregnancy?search=embarazo%20post%C3%A9rmino&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2
26. Abramowicz J, Ahn J. Macrosomía fetal [Internet]. UpToDate [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fetal-macrosomia?search=feto%20macrosomico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H5
27. Fescina R, Schwarcz R, Díaz A. Vigilancia del crecimiento fetal [Internet]. Ops-oms.org. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1261.pdf>
28. Mandy G. Recién nacido grande para la edad gestacional [Internet]. UpToDate [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/large-for-gestational-age-newborn?search=recien%20nacido%20grande%20para%20la%20edad%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=1~64&usage_type=default&display_rank=1#H18
29. Comité de Estudios Feto-Neonatales. Hipoglicemia neonatal [Internet]. Arch Argent Pediatr. 2019 [citado el 14 de abril de 2021].;117(5): S195–204. Disponible en: https://sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_supl_hipoglucemia_cefenpdf_1563478869.pdf
30. Campbell S. Hiperbilirrubinemia severa en Recién Nacidos, factores de riesgo y secuelas neurológicas [Internet]. Rev chil pediatr, Santiago de Chile, junio 2019 [citado el 14 de abril del 2014]. 90 (3). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000300267

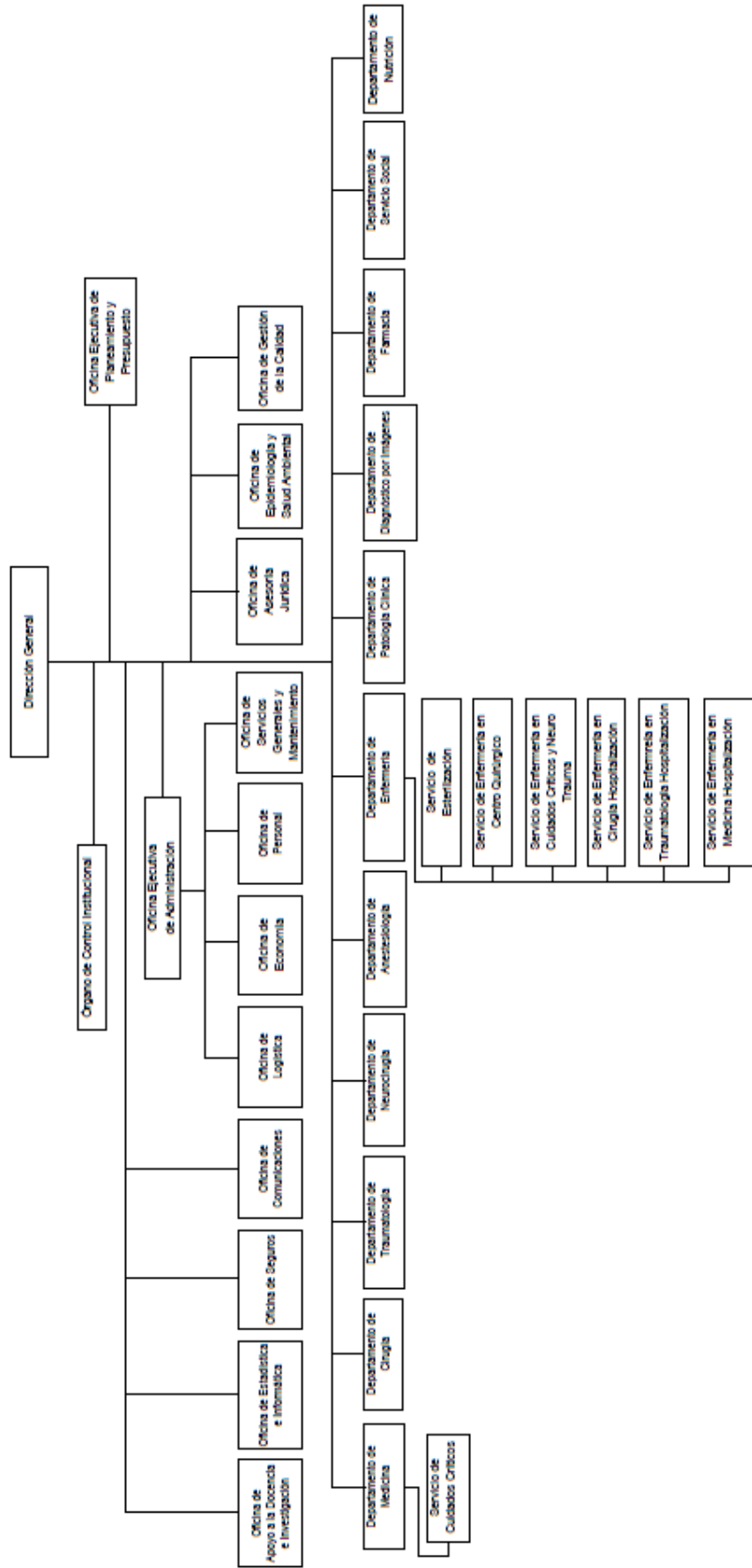
31. Omeñaca F, González M. Ictericia neonatal [Internet]. [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/03/367-374.pdf>
32. Wong R, Bhutani V. Hiperbilirrubinemia no conjugada en el recién nacido: patogenia y etiología [Internet]. UpToDate [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-the-newborn-pathogenesis-and-etiology?search=ictericia%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~96&usage_type=default&display_rank=1#H15
33. Ministerio de Salud - Perú. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. 2020 [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
34. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM [Internet]. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM. 2020 [citado 27 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.aspefam.org.pe/>

ANEXOS

ANEXO N°1

ANEXO N° 1

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA"



ANEXO N°3

Empiric antibiotic regimens for low-risk community-acquired intra-abdominal infections in adults

	Dose
Single-agent regimen	
Ertapenem	1 g IV once daily
Piperacillin-tazobactam	3.375 g IV every 6 hours
Combination regimen with metronidazole*	
ONE of the following:	
Cefazolin	1 to 2 g IV every 8 hours
OR	
Cefuroxime	1.5 g IV every 8 hours
OR	
Ceftriaxone	2 g IV once daily
OR	
Cefotaxime	2 g IV every 8 hours
OR	
Ciprofloxacin	400 mg IV every 12 hours or 500 mg PO every 12 hours
OR	
Levofloxacin	750 mg IV or PO once daily
PLUS:	
Metronidazole*	500 mg IV or PO every 8 hours

For empiric therapy of low-risk community-acquired intra-abdominal infections, we cover streptococci, Enterobacteriaceae, and anaerobes. Low-risk community-acquired intra-abdominal infections are those that are of mild to moderate severity (including perforated appendix or appendiceal abscess) in the absence of risk factors for antibiotic resistance or treatment failure. Such risk factors include recent travel to areas of the world with high rates of antibiotics-resistant organisms, known colonization with such organisms, advanced age, immunocompromising conditions, or other major medical comorbidities. Refer to other UpToDate content on the antimicrobial treatment of intra-abdominal infections for further discussion of these risk factors.

The antibiotic doses listed are for adult patients with normal renal function.

IV: intravenously; PO: orally.

* For most uncomplicated biliary infections of mild to moderate severity, the addition of metronidazole is not necessary.

UpToDate®

ANEXO N°4

American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status Classification System

ASA PS classification	Definition	Examples, including, but not limited to:
ASA I	A normal healthy patient.	Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use.
ASA II	A patient with mild systemic disease.	Mild diseases only without substantive functional limitations. Current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30<BMI<40), well-controlled DM/HTN, mild lung disease.
ASA III	A patient with severe systemic disease.	Substantive functional limitations; one or more moderate to severe diseases. Poorly controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity (BMI ≥40), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, premature infant PCA<60 weeks, history (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents.
ASA IV	A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life.	Recent (<3 months) MI, CVA, TIA, or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, sepsis, DIC, ARDS, or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis.
ASA V	A moribund patient who is not expected to survive without the operation.	Ruptured abdominal/thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction.
ASA VI	A declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes.	

The addition of "E" to the numerical status (eg, IE, IIE, etc.) denotes Emergency surgery (an emergency is defined as existing when delay in treatment of the patient would lead to a significant increase in the threat to life or body part).

BMI: body mass index; DM: diabetes mellitus; HTN: hypertension; COPD: chronic obstructive pulmonary disease; ESRD: end-stage renal disease; PCA: post conceptual age; MI: myocardial infarction; CVA: cerebrovascular accident; TIA: transient ischemic attack; CAD: coronary artery disease; DIC: disseminated intravascular coagulation; ARDS: acute respiratory distress syndrome.

ASA Physical Status Classification System (Copyright © 2014) is reprinted with permission of the American Society of Anesthesiologists, 1061 American Lane, Schaumburg, Illinois 60173-4973.

UpToDate®

ANEXO N°5

PERCENTILES DE PESO POR EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO *

EG	P ₁₀	P ₅₀	P ₉₀
26	564	821	1155
27	617	957	1364
28	703	1113	1552
29	843	1276	1800
30	1004	1460	1999
31	1161	1642	2196
32	1304	1842	2373
33	1507	2066	2592
34	1772	2322	2901
35	2055	2611	3206
36	2324	2888	3513
37	2529	3090	3690
38	2696	3230	3826
39	2816	3333	3906
40	2916	3430	4003
41	2916	3430	4003
42	2916	3430	4003
43	2916	3430	4003

DIAGNOSTICO

Pequeño para la edad gestacional (P.E.G.): $<P_{10}$

Adecuado para la edad gestacional (A.E.G): Entre P_{10} y P_{90}

Grande para la edad gestacional (G.E.G): $> P_{90}$

Pub. CLAP 1261 pag. 83

ANEXO N°6

Listado de abreviaturas:

HEJCU: Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

HSB: Hospital San Bartolomé

LA: Líquido amniótico

AU: Altura uterina

SPP: situación presentación posición

LPD: longitudinal podálico derecho

lpm= latidos por minuto

DU= Dilatación uterina

I= intensidad

D= duración

MMII= miembros inferiores

SOP = sala de operaciones

RN= recién nacido

FUR= fecha de última regla

RC= ritmo catamenial

IRS= inicio de relaciones sexuales

ECO= ecografía

UCI= Unidad de Cuidados Intensivos

EPPs: Equipos de protección personal