



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
CATEGORÍA III-1 DURANTE EL PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**SAMANTHA LYNETTE LEON BALTA**

**THAIS SOLANGE ROJAS MELENDEZ**

**ASESOR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍALIMA, PERÚ**

**2021**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

**El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.**

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**INTERNADO MÉDICO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
CATEGORÍA III-1 DURANTE EL PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**SAMANTHA LYNETTE LEON BALTA**

**THAIS SOLANGE ROJAS MELENDEZ**

**ASESOR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Giselle Vásquez Donayre

**Miembro:** Mg. Edgar Rolando Ruiz Semba

**Miembro:** M.E. Johandi Delgado Quispe

## **DEDICATORIA**

A mi hermana, Milu León Balta, quien sigue iluminando y cuidando mi camino desde el cielo, por las grandes enseñanzas que calaron en mi alma.

Samantha Lynette Leon Balta

A mi abuelita, Zoila Jesús Montoya, quien me inspiró con su profesión y sus experiencias a estudiar esta loable carrera.

Thais Solange Rojas Melendez

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la dicha de sentir el llamado a esta bella profesión, con la vocación de servicio necesaria; por permitirme compartir estos momentos con mis padres de la mano.

A mis padres, mis pilares, mi padre Héctor León, por cada sacrificio que realizó para ver mi sueño hecho realidad. Mi madre Rosa Balta, por cada gesto de amor incondicional y preocupación que demuestra conmigo día a día.

A Dios en primer lugar, por haberme enseñado a amar cada día esta hermosa profesión. Y a mis padres, por su esfuerzo de invertir en mí y acompañarme durante estos siete años de carrera.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1. Medicina	1
1.2. Cirugía General	8
1.3. Pediatría	14
1.4. Gineco- Obstetricia	20
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	32
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	35
3.1. Medicina Interna	35
3.2. Cirugía General	39
3.3. Pediatría	43
3.4. Gineco- Obstetricia	46
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	51
4.1. Fase de Internado Médico Regular	51
4.2. Fase de Internado en Contexto de la Pandemia COVID 19	53
<b>CONCLUSIONES</b>	57
<b>RECOMENDACIONES</b>	58

<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	60
<b>ANEXOS</b>	64
1. Escala de Severidad de la Bronquiolitis Aguda (ESBA)	65

## RESUMEN

El internado médico, es el último año de la carrera de Medicina Humana en el Perú, es uno de los años más esperados por los estudiantes de pregrado de dicha carrera. Es una etapa donde se consolidan muchos de los conocimientos aprendidos en los seis años previos de pregrado. Además, se presentan muchos desafíos por superar, diversas experiencias que vivir y amistades que recordar. Debido a su alta importancia, es que el siguiente informe describe la experiencia obtenida en el internado médico 2020- 2021; a través de los casos más relevantes observados durante la estancia hospitalaria y la comparación de estos con bibliografía actual. Finalmente, se agrega una crítica sobre la vivencia del internado en medio de la pandemia por COVID 19.

## **ABSTRACT**

The medical internship is the last year of the Human Medicine career in Peru. It is one of the most anticipated years by students of their career. It is a period when many of previous knowledges become established. In addition, there are many challenges to overcome, different experiences to live and friends to remember. For these important facts, this report describes experiences got of the medical internship 2020-2021. Describes the most relevant cases analyzed during stay hospital and comparisons these with current bibliography. Finally, it has a review of experience of medical internship in the middle of COVID 19 pandemic.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata sobre el internado médico, que es el último año de la carrera de Medicina Humana en el Perú; siendo uno de los años más esperados por los estudiantes de pregrado de dicha carrera. Y esto es, porque se integran los conocimientos teóricos con los prácticos. Además, es una etapa en la cual se viven diversas experiencias tanto académicas como interpersonales que forjan el carácter del futuro médico cirujano.

Es el tiempo adecuado en el que se terminan de consolidar todos los conocimientos aprendidos a lo largo de los 6 años de pregrado; donde ya sumergidos en medio de todo el campo clínico y la realidad de recursos con los que se cuenta en los centros de labores, se aprende a utilizar los recursos brindados por el estado de manera certera. Se desarrolla también, y con la misma importancia, el lado humano con cada paciente en el día a día; siendo quizá, en la mayoría de las situaciones, el interno de medicina quien convive mayor tiempo con el paciente hospitalizado.

Esta práctica preprofesional es obligatoria; y consta de rotaciones por cuatro diferentes especialidades, considerados los pilares de la medicina humana en nuestro país: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia.

El internado se desarrollaba hasta antes del inicio de la Pandemia por COVID 19 en establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención, dicho de otra forma: en hospitales. Su periodo abarcaba de manera habitual un año

completo, desde el 1 de enero al 31 de diciembre, sin descansos por feriados o fechas festivas y con turnos de hasta 36 horas ininterrumpidas.

Sin embargo, luego de unos meses de suspensión de las actividades del internado médico por el Estado de emergencia nacional en el Perú por la pandemia COVID 19 (1). Los internos se reincorporaron bajo un régimen de 15 días de asistencia continua, seguidos de 15 días de descanso, una guardia diurna por semana y se habilitaron como sedes a establecimientos de primer nivel atención (I-3 y I-4). Además, para salvaguardar la salud de los implicados, el uso de equipos de protección personal se dispuso como una obligación.

De esta manera, se llevó a cabo el internado médico 2020- 2021; dividido en dos etapas principales, la primera antes del inicio de la Pandemia por COVID 19 y la segunda en medio de esta.

Por otro lado, este informe detalla la experiencia del internado en dos nosocomios de tercer nivel de atención, el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” y el Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”. Sedes que se complementan, cuando de rotaciones por las cuatro especialidades se refiere.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **1.1. Medicina Interna**

La rotación de Medicina Interna fue llevada a cabo en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa en los servicios de: Reposos damas y varones, Unidad de Cuidados intensivos y hospitalización, con alguna intervención en la unidad de trauma shock cuando era activada la “clave” de emergencias en el hospital. Siendo característica de este hospital el eficiente y eficaz manejo de pacientes de urgencia y emergencia.

#### **Caso 1: Cetoacidosis Diabética**

Paciente varón de 26 años procedente del distrito de Villa el Salvador llega acompañado por madre refiriendo: tiempo de enfermedad de 2 días, sensación de alza térmica, cefalea, malestar general, náuseas y vómitos. Antecedente de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 hace 6 meses, sin tratamiento instaurado actualmente. RAMS (NIEGA)

Al examen físico:

Presión Arterial: 120/60 mmHg, Temperatura: 36°C, Frecuencia respiratoria: 22 rpm, Frecuencia cardiaca: 122 Lpm, Saturación: 98%

- SNC: Tendencia al sueño ECG: 12/15. No focaliza, no signos meníngeos.
- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos
- TYP: Simétrico, no cicatrices, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, buena intensidad, no soplos audibles.

- Abdomen: Plano, no cicatrices, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda.

- G-U: puño percusión lumbar negativo, genitales sin alteración.

Se solicita Hemograma completo, examen completo de orina, HGT, glucosa basal, gases arteriales:

- Hemograma sin alteraciones

- Examen completo de orina no contributivo

- HGT: HI

- Glucosa basal: 700 mg/dl

- Electrolitos y Gases arteriales

Na: 139

K: 2.8

Cl: 116

pH: 7.14

Hco<sub>3</sub>: 4.10

pO<sub>2</sub>: 119

Se hospitaliza a paciente con diagnóstico de Cetoacidosis Diabética.

Se indica en Rp:

1. Líquidos a voluntad
2. CNa 0.9% 1000 cc -----150cc/h
3. ClK 20% 2 amp
4. CNa 0.9% 100 cc ----- 3cc/h
5. Insulina R 100 UI
6. Reto de K:
7. CNa 0.9% 100cc ----- I-II-III
8. ClK 20% 1 amp
9. Omeprazol 40 mg EV c/24h
10. Paracetamol 1g EV PRN T°>38°C
11. Cabecera 30°
12. CFV+BHE
13. S/s HGT c/2h y Aga + e c/4 horas

Paciente cursa con evolución favorable, a las 12 horas HGT: 150mg/dl

pH: 7.37. Hco<sub>3</sub>: 17, cuerpos cetónicos negativos, no trastorno del sensorio

Rp:

1. Dieta Blanda hipoglucida más líquidos a voluntad
2. ClNa 0.9% 1000 cc -----100cc/h
3. ClK 20% 1 amp
4. Insulina NPH 20 UI almuerzo
5. Insulina NPH 10 UI cena
6. Omeprazol 40 mg EV c/24h
7. Paracetamol 1g EV PRN T°>38°C
8. Cabecera 30°
9. CFV+BHE
10. S/s HGT c/6h y Aga + e c/12 horas

Paciente con evolución favorable no se reportan interurrencias. Alta médica las 48 horas de ingreso con controles por servicio de endocrinología.

Diagnóstico de egreso: Diabetes Mellitus tipo 2.

### **Caso 2: Pancreatitis Aguda**

Paciente de sexo femenino de 47 años es traída a emergencia por su hija aduciendo: dolor en epigastrio que se extiende de manera de cinturón más náuseas y vómitos.

Antecedentes: Litiasis Vesicular

Al examen físico:

PA: 100/60 mmHg, T°: 36°C FR: 22 rpm, FC: 80 Lpm, Sat: 99%

- SNC: ECG: 15/15. No focaliza, no signos meníngeos.
- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos
- TYP: Simétrico, no cicatrices, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Plano, no cicatrices, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando depresible, Murphy (+)
- G-U: puño percusión lumbar negativo, genitales sin alteración.

Se solicita Hemograma, amilasa, lipasa, LDH, perfil hepático, eco abdominal  
Hemograma:

Leucocitos: 20 mil, Abastionados 6%, Segmentados 80% Plaquetas: 269 mil, Hb: 13.5

Lipasa: 1370 U/L. FA: 160. GGTP: 200. TGO: 80. TGP: 30 U/L. Glucosa: 110  
Eco abdominal, hallazgos: Vesícula distendida 64x38mm, paredes delgadas 2 mm sin edema de pared ni perivesicular, se observa múltiples litiasis de hasta 7mm

Se hospitaliza paciente con diagnóstico de: Síndrome doloroso abdominal, Pancreatitis aguda etiología biliar

Rp:

1. NPO
2. CNa 0.9% 1000cc----- I-III
3. SPE 1000cc ----- II-IV
4. Petidina 50mg SC STAT
5. Tramadol 100 mg EV c/8horas
6. Dimenhidrinato 50mg EV c/8horas

Paciente evoluciona favorablemente 48 horas después no se reportan interurrencias, exámenes de control hemograma, AGA, electrolitos, sin alteraciones, tolera vía oral adecuadamente.

Paciente con orden de alta médica con diagnóstico de Pancreatitis aguda biliar leve, Colelitiasis se indica control por cirugía general.

### **Caso 3: Intoxicación por Metanol**

Paciente mujer de 43 años de edad, procedente de Miraflores, ingresa al servicio de UTS, a las 8.20 am, familiar refiere inicio de los síntomas hace 9 horas aproximadamente caracterizado por presentar náuseas y vómitos en 5 oportunidades de contenido alimenticio, cefalea, somnolencia, hace una hora la tratan de despertar sin éxito, motivo por el cual es traída a emergencias.

Antecedentes: Dm2 insulinoterapia, alcoholismo crónico.

Al examen físico:

Funciones vitales de ingreso:

FC: 35 x' FR 31 x' SatO2: 85% PA: 80/60 mmHg T: 36.5°C.

- SNC: Glasgow (0:2, V:2. M:5), pupilas isocóricas, reactivas a la luz, babinski (-), no signos de focalización, no signos meníngeos.

- Piel y tcsc: Frías, palidez (++)/+++), llenado capilar > 3 seg, no cianosis, no ictericia.
- TYP: Murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho, crépitos en tercio medio de hemitórax derecho, no tiraje.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, no choque de punta
- Abdomen: Blando, excavado, no visceromegalia, no circulación colateral.
- G-U: puño percusión lumbar negativo, genitales sin alteración.

Diagnósticos de ingreso:

1. Trastorno del sensorio metabólico:

- 1.1. D/C Cetoacidosis diabética
- 1.2. D/C Intoxicación por metanol
- 1.3. D/C Intoxicación por cocaína.

2. Diabetes mellitus 2 descompensada: D/C cetoacidosis diabética vs Estado hiperosmolar.

3. Shock Multifactorial.

Se solicita: AGA+e, Examen completo de orina hemograma, lactato, perfil hepático, perfil de coagulación.

AGA:

pH: 6.743                      Na: 143 mmo/l

PaCO<sub>2</sub>: 36                      K: 4.5 mmo/L

PaO<sub>2</sub>: 98                      Cl: 101 mmo/l

HCO<sub>3</sub>: 1.03

A.GAP: 35

Hemograma: Hemoglobina: 12.10 g/dl, Leucocitos: 25.00 mm<sup>3</sup>, Abastionados: 16%, Plaquetas: 140.00 mm<sup>3</sup>

Examen de orina: pH: 5.0, Cuerpos cetónicos: 2 ++, Sangre: Positivo, Leucocitos: 15 xc, Hematíes 100 x c

Lactato: 15 mmo/l, Amilasa: 347 U/L, Lipasa: 1450U/L, Urea: 145 mg/dl, Creatinina: 3.64 mg/dl, CPK total: 3098 U/L

8:40 am: Paciente en paro cardiorespiratorio, presentando ritmo asistolia, se realiza RCP avanzado por 5 min

Diagnóstico:

1. Síndrome Post paro cardiorespiratorio.
2. IRA en Ventilación Mecánica: Neumonía aspirativa.

3. Shock Séptico pulmonar: Neumonía aspirativa.
4. Diabetes mellitus tipo 2 descompensada: Cetoacidosis diabética.
5. Intoxicación por metanol
6. Intoxicación por cocaína.
7. Rabdomiólisis por intoxicación de metanol
8. Falla renal aguda por intoxicación por cocaína
9. Pancreatitis aguda alcohólica
10. TAB: Acidosis Metabólica.
11. Fármaco dependiente
12. Plaquetopenia

10:00 am Se inicia tratamiento específico para intoxicación por metanol.

Oral: Sonda nasogástrica: 3 ml/kg etanol al 30% bolo, continuar con 0.3 ml/kg por hora.

Ácido fólico 50 mg vía oral cada 4 horas.

12: 00 m Se decide inicio de hemodiálisis:

PH: < 7.3

A gap: > 20 mmol/l

Falla renal aguda.

2:00 pm Resultados de análisis toxicológico:

Metanol: 50.01 mg/l (VN: 2- 30 mg/l)

Cocaína/PBC orina simple: Positivo

Paciente pasa a servicio de UCI donde se mantiene con hemodiálisis y antídoto específico. Se le otorga el alta a los 15 días de estadía hospitalaria, sin complicaciones visuales, función renal en valores normales. Alta con tratamiento y evolución por departamento de psiquiatría para control de adicciones.

#### **Caso 4: Shock Distributivo**

Paciente varón de 65 años, procedente de la provincia de Lima, con historia de 15 días de enfermedad antes del ingreso. Forma de inicio súbito. Curso sintomático progresivo.

Paciente refiere que presenta hace 15 días deposiciones líquidas en regular cantidad y en varias oportunidades asociado a adinamia, malestar general, alza térmica no cuantificada y disminución de la fuerza muscular general e hiporexia.

El día del ingreso se administra de manera particular de forma endovenosa vitamina C provocando frialdad distal, malestar general y dificultad para deambular por lo cual es traído al servicio de Emergencia del HEJCU

Al examen físico:

Funciones vitales: PA= 80/40, FC=110 x', FR=18x', SatO<sub>2</sub> = 94%, Temperatura 37°C y es asignada al servicio de reposo de varones donde inician hidratación energética, pero al persistir con hipotensión ingresa a la Unidad de Shock Trauma.

Se evalúan los resultados de exámenes de ayuda diagnóstica que hasta ese momento tenía:

ECO FAST: No líquido libre en cavidad abdominal.

Radiografía de tórax: se evidencia discreto patrón intersticial en bases. De manera bilateral

Funciones Vitales en Trauma Shock: PA= 80/50, FC=52 x', FR=18x', SatO<sub>2</sub> 94%.

- SNC: Glasgow (04: V:5 M:6), pupilas isocóricas, reactivas a la luz, Babinski (-), no signos de focalización, no signos meníngeos
- Piel y TCSC: Frías, palidez (++/+++), llenado capilar mayor 3 seg, cianosis distal, no ictericia.
- TYP: Murmullo vesicular disminuido en ambas bases, crepitantes difusos
- CV: ingurgitación yugular negativa, Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando, excavado, no visceromegalia, no circulación colateral, no signos de irritación peritoneal, doloroso a la palpación profunda de manera difusa.
- G-U: puño percusión lumbar negativo, genitales sin alteración.

Se solicita:

Aga: pH: 7.34, PaCo<sub>2</sub>: 37, PaO<sub>2</sub>: 80, HCO<sub>3</sub>: 19.10, A gap: 12, Na: 132, K: 3.30, Cl: 113 mmol/L

Examen de orina: pH: 7, Cuerpos cetónicos: negativo, Sangre: negativo

Hemograma: hb: 7g/dl, Leu: 2156, Abastonado: 10%, Eosinófilo: 10%, Plaq: 188 mil

Glu: 124, Lactato 1.6, TGO: 68, TGP:64, Aglutinaciones: negativo. PCR: 117

Diagnósticos de ingreso:

1. Shock Distributivo multifactorial
  - 1.1. Distributivo: Séptico: Pp abdominal GECA + Anafiláctico
  - 1.2. Hipovolémico
2. Insuficiencia respiratoria aguda
3. Trastorno Ácido Base

Al ver que él no respondía a fluidos se recurrió al uso de vasopresores en un inicio de Noradrenalina que luego además se agregó adrenalina.

Cobertura Antibiótica de amplio espectro piperacilina tazobactam

Fluidos cristaloides, poligelina

Inhibidor de bomba

## **1.2. Cirugía General**

La rotación de Cirugía general se realizó en el contexto pandemia COVID 19 en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa en los servicios de: Hospitalización, Tópico de cirugía, con alguna intervención en la unidad de trauma shock cuando era activada la “clave” de emergencias en el hospital.

### **Caso 1: Traumatismo Abdominal Cerrado**

Paciente varón de 21 años, traído por enamorada refiriendo accidente de tránsito en motorizado sufriendo impacto en hemiabdomen izquierdo, extremidades izquierdas hace aproximadamente 3 horas, llevado previamente a clínica privada donde pide alta voluntaria por recursos económicos.

Al examen físico:

Funciones Vitales: PA: 100/60 mmHg, T° 37°C, FR: 20 Rpm, Pulso: 130 Lpm, Sat: 98%

- SNC: Despierto, ECG: 15/15, LOTEPE
- P y TCSC: T/H/E, palidez ++

- TyP: Amplexación conservada, MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados
- Abd: Plano, Resistencia a la palpación profunda en hemiabdomen izquierda. Signo de rebote positivo.

Diagnósticos de ingreso:

1. Politraumatizado
2. Trauma abdominal cerrado
3. D/c Hemoperitoneo.

Se solicita:

Hemograma, pre Qx, TAC Toraco/Abdominal

Hemograma: Hb: 8.3 g/dl, Leu 11mil, Abastionados: 2% Segmentados: 76%.

TC: 6 min TS: 2 min. Cr: 1.5 Gluc: 115 Urea: 40

TAC:

Tomografía de tórax sin contraste no contributoria, TAC abdominal sin contraste, se reporta hallazgos sugestivos de trauma esplénico y probable trauma renal izquierdo, falta de contraste no permite evaluar el grado de afectación de ambos órganos asociado a presencia de ascitis abdomino pélvico de densidad hemática.

Plan:

- NPO
- CIna 0.9% 1000cc
- Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
- Ceftriaxona 2g EV c/ 24 horas
- Preparar para SOP

SOP:

- Diagnóstico preoperatorio: Traumatismo de Bazo
- Operación efectuada: Laparotomía exploratoria + esplenectomía total
- Incisión: Mediana supra e infraumbilical
- Hallazgos: Trauma esplénico grado IV con mayor compromiso en polo inferior. Secreción Hemática Aprox 1500 cc en 4 cuadrantes. Hematoma extenso en retroperitoneo izquierdo, no pulsátil. Restos de órganos sin alteración.

Se transfunden 2 paquetes globulares.

Paciente con evolución lenta favorable, hemodinámicamente estable referido a hospital Dos de Mayo para manejo por Urología ya que no se cuenta con esta especialidad en nuestro nosocomio.

## **Caso 2: Colecistitis Aguda**

Paciente mujer de 65 años, con historia de hallazgo incidental de litiasis vesicular hace aprox 5 años, ingresa por emergencias acompañada de su hijo por historia de dolor abdominal luego de ingesta de cena (pollo a la brasa). Dolor localizado en hemiabdomen derecho, asociado a náuseas y vómitos, llegando a la intolerancia oral.

Al examen físico:

PA: 110/60 mmHg, FC: 110 lpm, FR: 20 rpm, Sat: 98%

Al examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos
- T y P: Simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien por ACP no ruidos agregados.
- CV: RCR no soplos audibles, pulso periféricos simétricos de buena intensidad
- Abd: Globuloso, No cicatrices, RHA disminuidos, abdomen resistente, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Murphy (+)
- GU: PRU (-)
- SNC: ECG 15/15. No signos meníngeos, no signos de focalización

Paciente niega otros antecedentes de importancia, niega RAMS.

Se solicita hemograma, eco abdominal, examen completo de orina

Hemograma: Leucocitos: 16 mil Abastionados: 3% Segmentados: 60% resto no contributorio.

Eco abdominal: Vesícula Biliar con lito impactado en bacinete, edema de pared vesicular, engrosamiento de pared de 4mm, Murphy ecográfico +

Se decide completar prequirúrgicos, NPO, fluidoterapia, analgesia parenteral

Reporte operatorio:

Vesícula Biliar de 8 x 5 cm edematosa, paredes gruesas, conducto cístico de 5 mm de diámetro, VB no perforada, se realiza colecistectomía sin mayor

intercurrencia. Paciente dado de alta 48 horas después de acto quirúrgico tolerando vía oral, sin intercurrencias.

### **Caso 3: Apendicitis Aguda**

Paciente varón de 22 años procedente de Chorrillos, acompañado de su madre. Padre refiere un tiempo de enfermedad de 21 horas de inicio insidioso, curso progresivo, refiere pérdida de apetito, asociado a dolor abdominal que inicia en región de epigastrio y progresa hasta localizarse actualmente en cuadrante inferior derecho de abdomen, refiere intensidad 8/10 en escala de dolor se asocia náuseas y vómitos.

Al examen físico:

Funciones vitales: PA: 130/80 mmHg, T°37, FR: 20 FC: 102, Sat: 98%

- SNC: EG 15/15. LOTEP
- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica, no palidez
- T y P: Amplexación conservada, MV pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abd: Distendido, RHA disminuidos, doloroso a la palpación superficial y profunda, McBurney (+)
- Renal: PRU -

Paciente niega antecedentes de importancia, niega automedicación

Se solicita hemograma completo, Tac abdominal

1. Hemograma: Leucocitos: 20 mil, Abast: 4%, Seg: 70%. Plaq: 200 mil, resto del examen sin alteraciones
2. TAC abdominal: se recibe tac sin contraste por no reactivo para creatinina que reporta signos de Apendicitis Aguda.

Se completan Pre Qx, NPO, hidratación CINA 0.9%, ATB Metronidazol 500 mg EV c/ 8 horas.

Se ingresa a SOP 4 horas después, de acuerdo a disponibilidad de sala, reporte operatorio:

- Apendicectomía laparoscópica por Apendicitis Aguda no complicada
- Apéndice de 7x2 cm necrosada en toda su extensión con base indemne no líquido libre.

Se suspende antibiótico terapia, paciente dado de alta en su post operatorio día 2, tolerando vía oral, sin reportar interurrencias.

#### **Caso 4: Hemorragia Intracerebral**

Paciente varón de 45 años, procedente de la provincia de Lima, con historia de 1 hora de enfermedad antes del ingreso. Forma de inicio súbito. Curso sintomático progresivo.

Familiar de paciente refiere que hace aproximadamente una hora presenta caída de nivel, golpeándose la cabeza, posterior a ello presenta somnolencia, vómito de contenido alimenticio en 02 oportunidades, seguido a ello presenta dificultad para respirar, tos. Motivo por el cual acude a emergencias.

Al examen físico:

Funciones vitales: PA: 100/60, FC: 110 x', FR:12x', SatO<sub>2</sub> = 80%, Temperatura 36.3°C, se evalúa escala de Cincinatti, teniendo 3/3 (parálisis facial derecha, hemiparesia derecha, afasia, es asignada al servicio de Trauma Shock donde se realiza evaluación del A, B, C, D, E. Posterior a la evaluación se decide iniciar máscara con reservorio a 15 litros, mejorando SatO<sub>2</sub> = 97%, ClNa 0.9% 1000cc 1 frasco, Escala de Glasgow 11/15 (O:3, V:3, M:5), pupilas isocóricas, reactivas a la luz. Se solicita TAC cerebral y torácica. Al momento que personal retira a paciente de equipo tomógrafo, paciente no responde órdenes al monitorizar, FC =130 x', FR= 5x', SatO<sub>2</sub> = 80%, fio2: 80%, es llevado a UTS.

A la evaluación neurológica: Glasgow 6/15 (O:1, V:1, M:4), pupilas anisocóricas (I: 5mm, D: 2mm), hemiparesia derecha.

Se decide intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

TAC cerebral: Hemorragia intraparenquimal izquierda, HSA temporo parietal con desviación de línea media).

TAC torácica: Se evidencia imagen sugestiva de neumonía aspirativa.

Al examen físico:

- SNC: Glasgow 6/15 (O:1, V:1, M:4), pupilas anisocóricas (I: 5mm, D: 2mm), hemiparesia derecha.
- Piel y TCSC: Frías, palidez (++/+++), llenado capilar mayor 3 seg, no cianosis, no ictericia.

- TYP: Murmullo vesicular disminuido en ambas bases, crepitantes a predominio de tercio medio de ambos hemitórax.
- CV: ingurgitación yugular negativa, Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando, excavado, no visceromegalia, no circulación colateral, no signos de irritación peritoneal.
- G-U: Genitales sin alteración.

Se solicita:

- Aga: pH: 7.34, PaCo2: 50, PaO2: 45, HCO3: 26.9.10, A gap: 13, Na: 135, K: 3.35, Cl: 110 mmol/L, PaFi: 45.
- Examen de orina: pH: 7, Cuerpos cetónicos: negativo, Sangre: negativo
- Hemograma: Hb: 12 g/dl, Leu: 22156, Abastonado: 15%, Eosinófilo: 10%, Plaq: 188 mil
- Gluc: 150, Lactato 5.6, TGO: 48, TGP:44, PCR: 113.

Diagnósticos de ingreso:

1. Insuficiencia Respiratoria en Ventilador Mecánico:
  - 1.1. SDRA Severo.
2. TEC Grave:
  - 2.1. Hemorragia Intraparenquimal Izquierda
  - 2.2. HSA Temporal- Parietal.
  - 2.3. Hipertensión Endocraneana.
3. Sepsis punto de partida pulmonar: Neumonía Aspirativa
4. TAB: Acidosis Respiratoria Aguda.

Terapéutica instaurada:

- NPO + SNG a gravedad
- CNa 0.9% 1000 cc } 120 cc/h  
CIK 20% 01 amp
- CNa 0.9% 1000 cc } 5 cc/h RAAS - 4  
Midazolam 50 mg 02 amp
- CNa 0.9% 1000 cc } 5 cc/h RAAS - 4  
Fentanilo 0.5 UG 02 amp
- Manitol 20% 200 cc STAT, luego 150 cc cada 4 horas
- Ceftriaxona 2 g amp EV cada 24 horas
- Clindamicina 600 mg amp cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg amp cada 24 horas

- Paracetamol 1 g amp EV PRN  $T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$
- N-Acetilcisteína 300 mg EV cada 8 horas
- O<sub>2</sub> por TOT asociado a VM según parámetros establecidos
- Insulina R a escala móvil:
 

180- 249	3 UI SC STAT
250- 299	5 UI SC STAT
$\geq 300$	7 UI SC STAT
- Cabecera 45°
- Colocación de sonda Foley, sonda nasogástrica, CVC.
- CFV + BHE

Neurocirugía evalúa tomografía, decide ingreso a SOP para craniectomía descompresiva. Paciente actualmente con soporte ventilatorio y tratamiento instaurado en la unidad de cuidados intensivos.

### **1.3. Pediatría**

La rotación de Pediatría se realizó en el HONADOMANI “San Bartolomé” en el contexto de emergencia sanitaria por COVID 19, principalmente en las salas de hospitalización, emergencia y en atención inmediata del recién nacido.

Los casos que se observaban en emergencia en su mayoría eran: enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas; permitiendo así que el manejo de estas patologías quede fijado en la memoria por la gran cantidad de casos que acudían al hospital.

Además de aprender el manejo de enfermedades propias de los menores de edad. Se tuvo la oportunidad de capacitar a los padres, que son los cuidadores principales de los niños, en promoción y prevención de salud.

#### **Caso 1: Enfermedad Diarreica Aguda**

Paciente de sexo masculino, de 3 años de edad, es traído a emergencia por su madre, quien refiere que el menor desde hace dos días presenta episodios de diarrea (8 cámaras al día), sin moco, sin sangre. Además, refiere que hace 1 día presentó fiebre con temperatura de 38°C que cede con la ingesta de 10

ml de "Panadol" y medios físicos. Refiere que el día de hoy nota decaimiento y disminución de apetito.

Antecedentes: Refieren que un día antes almorzaron en un menú de la calle.

Alergias y RAMS: Niega

Funciones biológicas: Sed: conservada Apetito: disminuido Sueño: conservado Deposiciones: consistencia disminuida, frecuencia aumentada

Al examen físico:

FR: 26 x' FC: 110 x' T°:37°C Peso: 15.4 kg

- Piel y mucosas: Tibia, poco hidratada, elástica. Tiempo de llenado capilar <2 seg. Palidez +/-++. Mucosa oral seca. No signo del pliegue.
- Orofaringe: No congestiva. No placas.
- CAE: Membrana timpánica no abombada
- TyP: Amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en AHT. No ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos y regulares. No se auscultan soplos.
- Abd: RHA (↑). Blando, depresible, doloroso a la palpación difusa profunda.
- SNC: Despierto, tranquilo, conectado con el entorno. ROT conservados. No signos meníngeos. No focalización.

Se le diagnostica como:

1. Diarrea Aguda Infecciosa: bacteriana vs viral
2. Deshidratación leve

Se solicita Reacción Inflamatoria en Heces, antígeno de rotavirus y adenovirus en heces y Coprocultivo.

Se inicia Plan B de tratamiento de EDA con deshidratación en niños.

Rp:

- Tolerancia oral
- Sales de Rehidratación Oral 270 cc/h por 4 horas
- Paracetamol 10 ml VO PRN T° ≥ 38°C
- Vigilar diuresis
- Reevaluación con resultados

A la hora se reciben resultados, observándose más de 10 leucocitos por campo en la reacción inflamatoria en heces y antígeno de rotavirus positivo.

Se evalúa al paciente, evidenciándose buena tolerancia oral y con evolución favorable para manejo en casa.

Se le da de alta con el diagnóstico de diarrea infecciosa aguda viral y con las siguientes indicaciones:

- Continuar la ingesta de SRO, reposición volumen por volumen
- Continuar con alimentación habitual, comida blanda
- Vigilar signos de alarma y acudir a emergencia
- Cuidado en la preparación de alimentos y lavado de manos
- Sulfato de Zinc 5 ml VO al día por 10 días
- Paracetamol 10 ml VO condicional a temperatura mayor igual a 38°C
- Recoger resultados de coprocultivo en 5 días y llamar al 2010400 para teleconsulta.

## **Caso 2: Bronquiolitis**

Paciente de sexo masculino de 10 meses, es traído por madre a emergencia quien refiere que desde hace 4 días menor presenta congestión nasal acompañada de tos seca persistente, hace 1 día nota que su “pecho silba” y nota que no lacta como siempre.

Antecedentes:

Alergias y RAMS: Niega

Niega contacto con personas con COVID 19.

Al examen físico:

FR: 52 x' FC: 132 x' Sat: 98% T°: 37.3°C Peso: 9.5 Kg  
AREG, AREH, ABEN.

- Piel y mucosas: T/H/E. Llenado cap < 2 seg. Mucosa oral húmeda. No palidez, no ictericia, no cianosis.
- TyP: Amplexación simétrica Murmullo vesicular pasa bien en ACP. Sibilantes difusos en ACP al final de la espiración. Tirajes subcostales (+/+++).
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos y regulares. No soplos
- Abd: RHA (+). Blando y depresible. No doloroso. No visceromegalia.
- GU: Genitales masculinos, testículos dentro de bolsa escrotal.
- Neurológico: Irritable, reactivo a estímulos. No signos meníngeos, no focalización.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

### 1. Síndrome obstructivo bronquial agudo: Bronquiolitis aguda leve

Se evalúa el grado de severidad con el Score Escala de Severidad de la Bronquiolitis Aguda (ESBA), dando una puntuación de 3, considerado como leve. Sin embargo, se decide hospitalizar al paciente.

Rp:

- LME + AC
- O2 por CBN PRN Sat  $\leq$  92%
- Nebulizaciones con NaCl 0.9% c/ 20 min 3 veces
- Paracetamol 5 ml VO PRN T°  $\geq$  38°C
- Manejo de secreciones
- Vigilar signos de alarma
- CFV + BHE

La experiencia de participar en atención inmediata del recién nacido es única y muy satisfactoria. Debido a que permitió que se desarrolle la capacidad de prestar con especial atención a los antecedentes, en este caso los maternos, que son muchas veces pasados por alto por alguien que recién inicia en este ejercicio de la profesión.

Asimismo, tener la responsabilidad de evaluar a todos los recién nacidos del servicio de alojamiento conjunto permitió reconocer cuando alguno de ellos presentaba alguna anomalía en el examen físico y por medio de esto detectar precozmente la presencia de alguna patología.

### **Caso 3: Sepsis Neonatal**

Se recibe a recién nacido de sexo masculino a término de 39 semanas, adecuado para la edad gestacional, nacido por parto vaginal, con Apgar 9' 9', peso al nacer de 3 120 gramos, talla: 52 cm, PC: 36 cm y Capurro 39 semanas.

Antecedentes:

Madre de 19 años, G1P0, con hematocrito 39.2%, VIH y RPR negativo, Grupo y Factor Rh: O+, con 3 CPN. Examen de orina no patológico. Presenta fiebre de 38°C durante la fase activa del trabajo de parto.

Al examen físico:

FC: 145 x' FR: 44 x' T°: 36.8°C

- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2 seg. No palidez
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien ACP. No ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos y regulares. No soplos.
- Abd: RHA (+). Blando y depresible. No visceromegalia. Cordón umbilical sin secreciones.
- GU: Genitales acorde a sexo masculino, testículos en bolsa escrotal.
- SNC: Activo, reactivo a estímulos. Reflejo de succión (+). Reflejo de búsqueda (+). Reflejo palmar (+). Moro simétrico.

Se solicita hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh y por el antecedente de controles prenatales insuficientes y fiebre materna intraparto se decide solicitar hemograma y PCR a las 12 horas de vida para descartar sepsis neonatal temprana.

A las dos horas se evalúa al recién nacido, quien ya se encuentra con su madre. Ella refiere que presenta buena producción de calostro y que menor presenta succión y agarre adecuado. Al evaluar al RN sus funciones vitales están estables y no se observan anormalidades en el examen físico. Además, se reciben los resultados de grupo y factor: O+ y hematocrito: 49%.

Se refuerza la técnica de lactancia materna de la madre y se indica continuar con esta a libre demanda.

A las 13 horas de vida del RN se reciben los resultados de:

Hemograma: Leucocitos: 18 000/mm<sup>3</sup> Índice Neutrófilos inmaduros/Totales: 0  
 Hb: 16.4 g/dl Hematocrito: 49% Plaquetas: 150 000/mm<sup>3</sup>  
 PCR: 7.5 mg/l

Los valores se encuentran en rangos normales, y al momento el RN está estable, sin síntomas, sin signos, con buen agarre y succión; por lo que se descarta la posibilidad de sepsis neonatal.

#### **Caso 4: Hipoglicemia Neonatal**

Se evalúa en alojamiento conjunto un recién nacido a término de 39 semanas, de sexo femenino, adecuado para la edad gestacional, con tiempo de vida 26 horas, nacido de parto por cesárea.

Antecedentes:

Madre de 23 años, G2 P0010, con hematocrito 40%, VIH y RPR negativo, Grupo y Factor Rh: O+, con 5 CPN en puesto de salud y 2 CPN en HSB. Examen de orina no patológico. Cesárea por feto podálico.

Apgar 9' 9'. Peso al nacer: 3 200 g. Talla: 49.7 cm.

PC: 34.1 cm. Capurro 39 ss.

Madre refiere que recién nacida no ha lactado tan frecuentemente porque duerme la mayor parte del día, y no la despierta para que no llore. Refiere buena producción de calostro. Deposiciones (+). Orina (+).

Al examen físico:

FC: 148 x' FR: 45 x' T°: 36.9°C Peso: 3 050 g Δ peso: 4.68%

- Piel: Tibia, poco hidratada, elástica. Llenado capilar <2 seg. No palidez, no ictericia, no cianosis. Lesiones eritematosas múltiples en mejillas, frente y tórax. Múltiples pápulas de color amarillento en nariz.
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien ACP. No ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos y regulares. No se auscultan soplos.
- Abd: RHA (+). Blando y depresible. No visceromegalia. Cordón umbilical sin secreciones.
- GU: Genitales acorde a sexo femenino.
- SNC: Dormida al momento del examen, reactiva a estímulos. Temblores en MMSS. Reflejo de succión (++/+++). Reflejo palmar y plantar (+). Moro simétrico.

Sus diagnósticos:

1. Recién nacido a término de 39 ss, de sexo femenino, AEG
2. Parto por cesárea
3. D/c hipoglicemia neonatal
4. Eritema tóxico
5. Milia

Se indica toma de hemoglucotest STAT, obteniéndose un valor de 47 mg/dl, dentro del rango normal, así que se descarta diagnóstico de hipoglicemia. Además, se observa que la madre tiene una inadecuada técnica de lactancia materna por lo que se procede a reforzar técnica y se enseña sobre la importancia de la lactancia materna para el recién nacido.

### 1.3. Gineco- Obstetricia

La última rotación del internado fue Gineco-Obstetricia, la cual se realizó en el HONADOMANI "San Bartolomé". Cabe resaltar que a este nosocomio llegan más gestantes que mujeres con problemas ginecológicos; sin embargo se pudo observar casos de enfermedades propias de la mujer no embarazada como: la hemorragia uterina anormal, que es una patología frecuente en este sexo.

#### Caso 1: Hemorragia Uterina Anormal

Paciente mujer de 33 años de edad, G0 P0, ingresa por emergencia refiriendo sangrado vaginal desde hace 1 mes, que aumenta en cantidad hace unos 3 días.

Antecedentes:

Menarquia: 13 años RC: 6/30 Regularidad menstrual: Sí N° toallas: 2-3 x día  
IRS: 22 años MAC: Niega

Refiere que no puede quedar embarazada.

Al examen físico:

FC: 86x' FR: 18x' PA: 120/80 mmHg T°: 36.5°C

- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2 seg. Palidez +/-+++.
- TyP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados
- CV: RCR. No soplos
- Abd: RHA (+). Blando y depresible. No doloroso a la palpación.
- Tacto vaginal: VAEP, cérvix posterior, 2 cm, blando, cerrado. Útero en anteversión, de tamaño normal, móvil y no doloroso a la movilización.
- SNC: Despierta. Glasgow 15/15. No signos meníngeos. No focalización.

Se decide solicitar hematocrito que sale en 35.5% y B-HCG para descartar embarazo, el cual sale en 0.5 mUI/ml

Así que se le diagnostica como:

1. Hemorragia uterina anormal:
  - 1.1. D/c Pólipo endometrial vs Hiperplasia endometrial
2. Anemia leve

Y se le solicita ecografía transvaginal, en la cual se observa:

- Útero: de ecogenicidad homogénea en anteversoflexo, superficie regular de las siguientes dimensiones: 70 mm x 41 mm
- Endometrio: engrosado de 15.6 mm
- Fondo de saco: Libre
- Ovario derecho: de 38 x 24 mm, folículos en número mayor de 12 y menores de 9mm
- Ovario izquierdo: de 43 mm x 29 mm, folículos en número mayor de 12 y menores de 9 mm

La conclusión de esta ecografía es:

- Endometrio engrosado: d/c hiperplasia endometrial
- Ovarios de aspecto poliquísticos

Sin embargo, el médico tratante solicita una histerosonografía por consultorio externo para visualizar mejor el área de engrosamiento del endometrio, esta se realiza 5 días después.

La paciente es dada de alta de la emergencia porque se encuentra hemodinámicamente estable.

Histerosonografía:

- Previa asepsia se procede a inyectar solución salina en cavidad. evidenciándose buen pasaje de líquido, se evidencia imágenes sugerentes de pólipos a nivel de fondo y a nivel de tercio medio de útero. Llama la atención el canal cervical completamente abierto.
- Conclusión: D/c Pólipos endometriales

Con esta imagen se procede a preparar a la paciente para una histeroscopia diagnóstica y terapéutica.

Se le solicitan los siguientes exámenes: Hemograma, perfil de coagulación, grupo y factor Rh, glucosa, creatinina, RPR, VIH, examen de orina y prueba rápida de antígeno de COVID 19.

Hemograma: Hb: 11.9 g/dl Leu: 7, 900 mm<sup>3</sup> Ab: 2% Pla: 444, 000 mm<sup>3</sup>

TC: 6 min TS: 2 min Protrombina: 10.7 seg INR: 0.91 PPTA: 31.2 seg

GyF: B+ Glucosa: 90 mg/dl Creatinina: 0.88 mg/dl

RPR: No reactivo VIH: No reactivo

Examen de orina:

Cél. epiteliales: 0-2/c Leu: 4-6/c Hematíes: 0-1/c Nitritos: (-)

Los resultados de los exámenes están dentro de rangos normales, por lo que se cita a la paciente según disponibilidad de camas para el procedimiento quirúrgico.

La paciente es hospitalizada con los diagnósticos de:

1. HUA: Pólipo endometrial
2. Anemia leve

El día del procedimiento su Rp es el siguiente:

- NPO
- Vía salinizada
- Cefazolina 2g EV PRE SOP
- Preparar para histeroscopia
- Pasar a SOP al llamado

La paciente pasa a SOP, se le realiza una polipectomía histeroscópica y se describen los siguientes hallazgos: útero AVF de 7 cm, endometrio proliferativo ostium derecho visible, izquierdo visible. Se evidencian múltiples pólipos (06) en radio 3 y 9, el mayor de 3 cm.

No hay incidencias durante la cirugía y el sangrado es de 100 cc aprox.

La paciente se encuentra estable y después de permanecer unas horas en observación es dada de alta con indicaciones para el manejo de dolor, suplementos de hierro para la anemia y control por teleconsultorio en 7 días.

## **Caso 2: Embarazo Ectópico**

Paciente mujer de 20 años de edad, refiere sangrado vaginal escaso desde hace 15 días asociado a dolor pélvico tipo cólico por lo que acude a consultorio privado quien refiere que se trata de una irregularidad menstrual. Sin embargo la sintomatología continúa unos 15 días más, así que vuelve al mismo centro donde deciden realizarle una ecografía transvaginal en la que se observa una tumoración compleja anexial derecha con presencia de circulación periférica: embarazo ectópico y le dosan B-HCG cuantitativa encontrándose en niveles de 1, 391.3 mIU/mL. No logra tratarse en el consultorio privado por razones económicas, por tal motivo asiste por emergencia al HONADOMANI "San Bartolomé".

Antecedentes: Hepatitis A en el 2019, tratado con medidas dietéticas y reposo.

Menarquía: 12 años FUR: 20/12/20 RC: 7-8/30 IRS: 14 años MAC: preservativo

Al examen físico:

PA: 110/60mmHg FC: 80 x' FR: 19x' T°: 37°C

- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2 seg. No palidez. No ictericia.
- TyP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados.
- CV: RCR de Bl. No soplos.
- Mamas: Blandas y simétricas. No dolor.
- Abd: RHA (+). B/D. No se palpan masas. Doloroso a la palpación profunda en FID. Rebote (-).
- Ginecológico: Genitales femeninos ADES, vello púbico de distribución ginecoide.
- Espéculo: Escaso sangrado vaginal de 5 cc aprox, color rojo oscuro.
- Tacto vaginal: VAEP, cérvix posterior, 2 cm, cerrado. Al tacto bimanual se palpa masa de 6 cm aprox en FID.
- SNC: Despierta. Glasgow 15/15. No signos meníngeos. No focalización.

Es hospitalizada con el diagnóstico de: Embarazo ectópico derecho no complicado, para estudios y manejo.

Se le solicita exámenes pre-quirúrgicos, B-HCG y una ecografía transvaginal. Los dos últimos con el fin de corroborar los resultados de los exámenes que trae la paciente.

Hemograma: Leu: 5 760 mm<sup>3</sup> Ab: 0% Hb: 11.9 mg/dl Pla: 316 600

TC: 6 min TS: 2 min

Grupo y Factor: O+

VIH: No reactivo RPR: No reactivo

B-HCG: 879 mUI/mL

Ecografía transvaginal:

- Útero: de ecogenicidad homogénea en AVF, superficie regular, de dimensiones 82 mm x 46 mm
- Endometrio: 6.7 mm
- Fondo de saco: Libre
- Ovario derecho: de 36 x 14 mm. Masa parauterina de 63 x 64 x 54 mm heterogénea y de interior anecogénico con flujo doppler periférico no dependiente de útero.

- Ovario izquierdo: de 29 x 17 mm
- Conclusiones: Masa anexial derecha D/C embarazo ectópico, relacionar con B-HCG.

Con estos resultados no cabe duda de que se trata de un embarazo ectópico anexial derecho no complicado, además que presenta anemia leve. Por lo que se prepara a la paciente para una cirugía laparoscópica como tratamiento de la patología.

Rp:

- NPO
- V.S
- Cefazolina 2g EV PRE SOP
- Preparar para SOP
- Pasar a SOP al llamado
- CFV + BHE

La paciente es sometida a la cirugía, el procedimiento que se realiza es una cuernectomía laparoscópica. En la que se halla un útero AVF de 8 cm, dilatación de cuerno derecho, conteniendo tumoración de 7 cm que compromete nacimiento de trompa del mismo lado. Anexo izquierdo sin alteraciones. No se presentan interurrencias, sangrado de 100 cc.

En el postoperatorio de 3 horas, la paciente cursa con funciones vitales estables y evolución favorable. Se solicita hematocrito control en 6 horas y se deja el siguiente Rp:

- NPO x 1 hora, tolerancia oral y luego dieta líquida
- CFV
- Dextrosa 5% 1000 cc } EV pasar a XLV gotas  
NaCl 20% 2 amp
- Metoclopramida 10 mg EV c/ 8 horas
- Ranitidina 50 mg EV c/ 8 horas
- Tramadol 100 mg EV c/ 8 horas
- Ácido tramexánico 1 g EV c/ 8 horas
- Ss Hcto control 6 horas

Paciente no cursa con interurrencias, se evalúa al recibir resultado de hematocrito que muestra un valor de 28.5%, para lo cual se indica suplementos de hierro. No se presentan eventos adversos por lo que se da de

alta a la paciente después de 24 horas postoperatorias, indicando medicación para el manejo del dolor, suplementos de hierro y control por teleconsultorio en 7 días.

Una de las rotaciones más provechosas, a pesar de la situación, fue por Centro Obstétrico. La gran cantidad de gestantes que llegaba al nosocomio para ser atendidas dio la oportunidad de que se vean diversos casos de complicaciones en el embarazo, como los trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional, entre otros. Además, hubo la oportunidad de atender partos y realizar alumbramiento dirigido de placenta.

### **Caso 3: Preeclampsia**

Paciente mujer de 32 años, G1P0, acude a emergencia referida de la Unidad de Bienestar Fetal por haberse encontrado una PA de 130/90 mmHg. Niega síntomas premonitorios al momento, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Antecedentes:

Alergias y RAMS: Niega

Menarquia: 14 años RC: 7-8/28 MAC: No IRS: 20 años

CPN: 05 en consultorio particular (12- 28 ss) y 01 en HSB (38 ss)

Ecografías:

29/08/20 → 7 6/7 (39 2/7)

28/09/20 → 11 5/7 (38 6/7)

21/12/29 → 24 5/7 (39 6/7)

18/01/21 → 28 6/7 (40)

27/03/21 → 38 (39 3/7)

El 22/03/21 paciente cursa con PA de 130/95 en un CPN por lo que se le solicita proteinuria de 24 horas (75.2 mg/24h), recuento de plaquetas (258 000/mm<sup>3</sup>), TGO (15 U/L), DHL (283 U/L), encontrándose en valores dentro de rangos normales.

Al examen físico:

FC: 86 x' FR: 18 x' PA:130/90 mmHg T°: 37.3 °C Sat: 99%

Peso:108 kg Talla: 1.55 m IMC: 46.6 kg/m<sup>2</sup>

- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2 seg. No palidez. No ictericia.
- TyP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados.
- CV: RCR de BI. No soplos.
- Mamas: Blandas y simétricas. No dolor. No masas
- Abd: AU: 37 cm Mov. fetales:++ FCF:139 x' SPP: LCI Pond. fetal: 3 500 g Tono uterino: Normal DU: No se evidencia RHA (+).
- Ginecológico: Genitales femeninos ADES, vello púbico de distribución ginecoide.
- Espéculo: Diferido
- Tacto vaginal: VAEP, cérvix posterior, 2 cm, cerrado. AP: C-4 VP: NP útero ocupado por feto único activo
- Pelvimetría: CD: 12.5 cm SC: C EC: Romas <SP: >90 BI: 8 cm Pelvis: ginecoide
- SNC: Despierta. Glasgow 15. No signos meníngeos. No focalización.

Se diagnostica a la paciente como:

1. Gestante de 38 6/7 ss por Eco. Precoz
2. No TDP
3. D/c Preeclampsia
4. Obesidad Mórbida

Se le solicitan pruebas de preeclampsia (hemograma, lámina periférica, creatinina, bilirrubina total y directa, TGO, TGP, DHL, proteínas en orina, dosaje de creatinina en orina) y un Perfil Biofísico Fetal.

A las 4 horas se reevalúa a la paciente con resultados, quien además tiene una segunda toma de PA de 120/90.

Hemograma: Leu: 10 500 mm<sup>3</sup> Ab: 0% Hb: 13.4 mg/dl Plaq: 259 000

Lámina periférica: Serie roja: normocitos normocrómicos Serie blanca: normal Serie plaquetaria: normal

Creatinina: 0.47 mg/dl BT: 0.28 mg/dl BD: 0.13 mg/dl TGO: 19 U/L TGP: 19 U/L DHL: 425 U/L

Prot. en orina: 32.9 mg/dl Dosaje de cr en orina: 78 mg/dl I P/C: 0.42

Perfil Biofísico Fetal:

Tono fetal: 2  
 Mov. corporales gruesos: 2  
 Mov. respiratorios: 2

Vol. líquido amniótico: 2

Puntaje total: 8/8

Conclusión: Sin asfixia (vol. líquido normal)

Observaciones:

Pozo mayor: 50 mm FCF: 136 x'

Posición: Cefálico izquierdo

Placenta: Posterior Grado III

Resultados dentro de rangos normales, excepto el I P/C: 0.42, por lo que se decide hospitalizar con diagnósticos de:

1. Gestante de 38 6/7 ss por Eco. Precoz
2. No TDP
3. Preeclampsia
4. Obesidad Mórbida

Con el plan de: Inducción del TDP

Se solicitan prequirúrgicos (RPR, VIH, tiempo de coagulación y sangría, grupo y factor Rh).

TC: 6 min TS: 2 min Grupo y Factor: O+ VIH: No reactivo RPR: No reactivo  
Paciente ya hospitalizada es evaluada al siguiente día. Refiere contracciones uterinas esporádicas. Paciente se encuentra con funciones vitales estables, no vuelve a presentar PA  $\geq$  140/90.

Se realiza TV: cérvix central, 1.5 cm, blando, cerrado. AP: C-4

Se observa cérvix sin cambios (BISHOP: 5) por lo que se decide maduración cervical con misoprostol.

Rp:

- DC + LAV
- CFV c/4h + COE
- Vía salinizada
- Misoprostol 25 mg FSV <I>
- Nifedipino 10 mg VO PRN PA  $\geq$  160/110
- Vigilar síntomas premonitorios
- Reevaluación en 4 horas

Se reevalúa paciente que cursa con dinámica uterina c/ 20-25 min, +, 25 seg. Niega síntomas premonitorios, pérdida de LA y SV. Percibe mov. fetales.

Funciones vitales estables. Al TV: cérvix central, 1.5 cm, blando, DH 1 cm, AP:C-4.

Rp:

- DC + LAV
- CFV c/4h + COE
- Vía salinizada
- Misoprostol 25 mg FSV <II>
- Nifedipino 10 mg VO PRN PA  $\geq$  160/110
- Vigilar síntomas premonitorios
- Reevaluación en 4 horas

Se reevalúa paciente quien después de 2da dosis de misoprostol refiere contracciones uterinas cada 3 minutos. Al TV: cérvix central, 1cm, blando, DH 2 cm, membranas íntegras, AP: C-4. Se le considera como gestante con pródromos de trabajo de parto, se le indica evolución espontánea y reevaluación en 4 horas.

Es evaluada luego de 4 horas, refiere DU c/3 min, con funciones vitales estables. Al TV: I: 100% D: 4cm M:I AP: C-4 VP: OIIT. Paciente en trabajo de parto fase activa se le indica su pase a centro obstétrico.

Rp:

- MMF + COE
- VS
- Analgesia de parto
- MIP
- Nifedipino 10 mg VO PRN PA  $\geq$  160/110
- Reevaluación en 2 horas

Paciente recibe analgesia de parto y es monitorizada estrictamente en centro obstétrico durante 5 horas aprox., donde su PA máx es 130/90, presenta reflejos osteotendinosos conservados y niega síntomas premonitorios. Paciente pasa a sala de expulsivo después de haber sido evaluada por sensación de pujo, con TV que evidencia fase expulsivo del trabajo de parto: I: 100% D: 10 cm M: I(ab) AP: C+1 VP: OP

Se recibe un RN, sexo masculino, de 3 450 g, Apgar 8' 9', Capurro 39 ss. Se realiza clampaje tardío del cordón umbilical y se procede a realizar

alumbramiento dirigido con oxitocina, expulsando una placenta a lo Schultze con membranas y cotiledones completos, sangrado vaginal aprox de 200cc. Paciente pasa a sala de puerperio donde es monitorizada, presenta útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, loquios hemáticos escasos sin mal olor, presenta PA < 130/90 y resto de funciones estables. Por lo que se decide su paso a sala de alojamiento conjunto con los siguientes diagnósticos:

1. Puérpera inmediata por parto vaginal inducido
2. Preeclampsia
3. Obesidad mórbida

Rp:

- DC + LAV
- Retirar vía
- CFV/ 4 horas
- Masaje uterino
- LME
- Sulfato ferroso 300mg VO c/24 h
- Nifedipino 10 mg VO PRN PA  $\geq$  160/110
- Paracetamol 1g VO PRN dolor
- Deambulaci3n
- Higiene vulvoperineal 3 veces al d3a
- Se solicita hematocrito control post parto
- Vigilar signos premonitorios
- Vigilar signos de alarma

#### **Caso 4: Ruptura Prematura de Membranas**

Paciente mujer de 19 a3os, G1 P0, acude por emergencia por presentar p3rdida de l3quido desde hace 10 horas no asociada a din3mica uterina mientras estaba sentada que moja ropa interior, muslo y asiento. Niega sangrado vaginal y percibe movimientos fetales. Refiere contracciones uterinas cada 15 minutos desde hace 3 horas.

Antecedentes:

Menarquia: 14 a3os RC: 7/4-5 meses, Irregularidad menstrual FUR: 10/07/20  
IRS: 18 a3os N° parejas: 1

CPN: 5

Ecografía:

23/10/20 → 15 ss (39.6 ss)

12/04/21 → 40.5 ss (41.1 ss)

Nivel de instrucción: Secundaria incompleta

Al examen físico:

FC: 70 x' FR: 18 x' PA: 120/80 mmHg T°: 36.6°C Sat: 98%

Peso: 77 kg Talla: 1.54 m IMC: 24.26 kg/m<sup>2</sup>

- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2 seg. No palidez. No ictericia.
- TyP: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados.
- CV: RCR de BI. No soplos.
- Mamas: Blandas y simétricas. No tumoraciones
- Abd: AU: 34 cm Mov. fetales: ++ FCF: 140 x' SPP: LCI Pond. fetal: 3200 g Tono uterino: Normal DU: No se evidencia RHA (+)
- Ginecológico: Genitales femeninos ADES, vello púbico de distribución ginecoide.
- Espéculo: Valsalva (-)
- Tacto vaginal: VAEP, cérvix central, 2 cm, DH 1 dedo. Útero ocupado por feto único activo.
- Pelvimetría: Pelvis ginecoide
- SNC: Despierta. Glasgow 15. No signos meníngeos. No focalización.

Se le diagnostica como:

1. Gestante 39 6/7 ss por Eco. Temprana
2. No trabajo de parto
3. D/c RPM

Se le solicita Test de Fern y se indica reevaluación con resultados.

A las dos horas se reevalúa a la paciente con resultados: Test de Fern Positivo. Por lo que se decide hospitalizar en centro obstétrico, ya con el diagnóstico confirmado de Ruptura Prematura de Membranas de 12 horas aprox y con el plan de inducción de trabajo de parto.

Rp:

- MMF + COE
- Vía salinizada
- Ampicilina 2 g EV STAT, luego 1 g EV c/ 6 h

- Gentamicina 80 mg EV c/ 8 h
- Se solicita exámenes prequirúrgicos, ex. orina y urocultivo
- Paño perineal permanente
- Tv restringido
- Inducción del trabajo de parto con oxitocina
- Vigilar signos de corioamnionitis

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

La primera etapa del internado médico se llevó a cabo en el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, ubicado en el distrito de Miraflores, Lima, Perú. Categoría III-1, siendo este nosocomio especializado en urgencias y emergencias; teniendo además la capacidad de atención tanto ambulatoria como de hospitalización contando con un número total de 82 camas (2).

Asimismo, cuenta con una sala debidamente equipada para la Unidad de Trauma shock, cuenta con un total de 12 camas UCI, y consultorios externos de Otorrinolaringología y Oftalmología (2).

Se organizó a un total de 30 internos, en grupos de rotación de 3 a 4 personas; rotando así por cada servicio de cada especialidad. Teniendo un total de 8 a 9 guardias mensuales en el cronograma de cada interno. Siendo todos previa y debidamente capacitados por la licenciada de Epidemiología y el médico ocupacional del nosocomio para tener una adecuada conducta de bioseguridad en cada servicio.

Lográndose así una rotación de manera regular de 75 días calendario en la primera especialidad. Esto, ya que, el Estado peruano declaró el 15 de marzo del 2020: Estado de emergencia nacional por la pandemia COVID 19; donde los internos de todas las especialidades del país fueron suspendidos de sus actividades, debido a la escasez de equipos de protección personal y de garantías para la salud del mencionado personal.

Los internos fueron reincorporados de manera efectiva en octubre del mismo año; siendo la gran mayoría reubicados en puestos de salud nivel I-3, debido a la reducción de aforo de cada uno de los hospitales del país. Sin embargo, en nuestro caso, se pudo lograr la reincorporación a nuestra sede de origen HEJCU.

Las rotaciones se vieron reducidas a 60 días, por cada especialidad con una modalidad de asistencia de 15 días calendario y 15 días de descanso. según DU 090-2020 y el Documento Técnico: "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". Además de guardias reducidas a 1 por semana; siendo solo permitidas las guardias Diurnas, tratando de asegurar así el bienestar de cada interno y evitando en la medida de lo posible la exposición al COVID 19, a pesar de ser inevitable en nuestro contexto (3).

Para finales de diciembre del año 2020, ya se había concluido la primera mitad del internado médico, bajo la modalidad citada anteriormente. Por lo que, se tuvo que realizar el cambio de sede hospitalaria, pactada desde inicios de año, para continuar con las rotaciones establecidas.

En este caso la sede fue el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", considerado como un establecimiento de categoría III-1; donde se brinda atención a las necesidades de salud del binomio madre-niño y adolescente, ubicado en el Distrito de Lima Cercado en Lima-Perú. Este nosocomio cuenta con 217 camas de hospitalización y 26 camas de UCI, distribuidas entre los Servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía Pediátrica y Neonatología. Además, cuenta con 5 salas de operaciones, para cirugías de emergencia y electivas, y con consultorios por cada especialidad para consulta externa (4).

A pesar de ciertos inconvenientes que se presentaron en el camino, como: la suspensión de actividades del internado de forma inesperada por el aumento de casos durante la segunda ola o la exigencia de vacunación contra COVID

19 de los internos como requisito para la continuidad; las rotaciones de la segunda mitad del internado que se llevaron a cabo en el HONADOMANI San Bartolomé se realizaron y concluyeron con éxito el 15 de abril del presente año; dando como finalizado el internado médico 2020-2021.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1. Medicina Interna**

#### **Cetoacidosis Diabética**

En el primer caso expuesto en el presente documento, el médico tratante, se enfoca en el antecedente de DM2 del paciente y solicita exámenes auxiliares para la búsqueda de complicación de DM2: Cetoacidosis y EHM, como indica la guía de diagnóstico y tratamiento de cetoacidosis, se enfoca en los criterios de diagnóstico que son clínicos y de laboratorio, en este caso se pueden observar: la alteración del pH y bicarbonato como positivo y negativo trastorno del sensorio y cuerpos cetónicos en orina y osmolaridad normal.

Con el diagnóstico establecido se inicia el tratamiento establecido para cetoacidosis diabética la cual tiene como principales pilares la hidratación e insulina en infusión endovenosa (5).

Antes de la hidratación como se establece en la guía de manejo de cetoacidosis se debe establecer qué solución será la utilizada y para ello se utilizará el sodio corregido:

Hiponatremia con líquidos isotónicos ClNa 0.9%, eunatremia agua destilada, hipernatremia con líquidos hipotónicos 0.45%. La velocidad de hidratación será de 250cc/h.

Antes de iniciar la infusión de insulina es importante tener el valor de electrolitos principalmente potasio, debido a que la insulina disminuirá los valores de Potasio en sangre. Si  $K^+ < 3.3$  me/L no se usará insulina y se corregirá el potasio con reposición 1 ampolla en ClNa 9/00 100cc, si el  $K^+$  se encuentra entre 3.3 – 5.3 meq/L se iniciará infusión de insulina y potasio se

coloca 1 ampolla en ClNa 0.9% 1000cc, si  $K^+ > 5.3$  no será necesaria la reposición de este electrolito.

La dosis de inicio de Insulina R será de 0.1 UI/kg bolo de infusión. La infusión de insulina se realiza a 0.1 cc/h, con insulina cristalina.

Con respecto a la administración de bicarbonato en CAD estará tan solo indicada con un pH por debajo de 6.9 ya que la administración excesiva podría acarrear una acidosis tubular.

Se debe solicitar hemoglucotest control cada 2 horas y análisis de gases arteriales con electrolitos cada 3 a 4 horas ya que estos pacientes son muy dinámicos.

Cuando la glucosa se encuentre menor a 200 mg/dl se debe adicionar dextrosa 5% 150 cc/ y se disminuye insulina al 50 % de la dosis.

Los criterios de resolución PH  $> 7.3$ , bicarbonato  $< 15$ , glucosa sérica 200 mg/dl, Anión gap  $< 12$ . Con esto se debe de iniciar alimentación vía oral y esquema basal de insulina en bolo 2 horas antes de retirar infusión de insulina (5).

### **Pancreatitis Aguda**

En el segundo caso clínico el médico tratante se enfoca en los síntomas presentados, el dolor abdominal en “cinturón” es característico de sospecha de una pancreatitis aguda aunado con historia de litiasis vesicular. Según la guía de recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis, el diagnóstico de pancreatitis debe de estar presente al menos 2 de los siguientes criterios: dolor abdominal sugestivo de pancreatitis, nivel de lipasa y/o amilasa en suero 3 o más veces el valor normal, hallazgos característicos en la TC o en estudios ecográficos (6). En este caso el paciente presentaba dos criterios de tres.

Posterior al diagnóstico se debe de clasificar la pancreatitis debido a que la identificación temprana de los signos de gravedad, durante los 3 primeros días desde el ingreso mejora el pronóstico y reduce la mortalidad.

- 1.- Factores reales de gravedad como APACHE II, Ranson de ingreso
- 2.- Factores de la evolución: Necrosis, falla orgánica de las cuales las más frecuentes son la cardiovascular, renal y respiratorio.

Este paciente según las definiciones establecidas se encontraría dentro de una pancreatitis aguda leve, el cual tiene una ausencia de necrosis y falla orgánica.

Este paciente no cuenta con criterios inmediatos de ingreso a UCI como derrame pleural, alteración de la conciencia, proteína c reactiva, procalcitonina alterado, APACHE > 8, RANSON > 3.

Dentro del tratamiento establecido uno de los pilares fundamentales es la hidratación precoz dentro de las primeras 72 horas, de preferencia con lactato de ringer, en el caso actual la hidratación se realiza con SPE debido a que el hospital no cuenta con lactato de ringer (7).

La causa de pancreatitis en este paciente fue de origen biliar, previamente se tiene que tratar el problema de la pancreatitis, cuando se solucione con valores normales de enzimas pancreáticas y control del dolor abdominal se solucionará el problema que originó el cuadro clínico actual.

El uso de antibiótico profiláctico no se recomienda ni está descrito por guías internacionales.

Sobre el inicio de la alimentación, el soporte nutricional especializado se recomienda dentro de las primeras 48 horas de forma precoz, tras la resucitación inicial.

Si fuera un paciente con pancreatitis aguda grave, se recomienda el inicio de alimentación enteral vía yeyunal es de elección sobre la parenteral.

### **Intoxicación por Metanol**

Este caso clínico tiene como peculiaridad el enfocar de una manera rápida y concisa los síntomas y signos con los cuales acude un paciente a emergencia con múltiples patologías, para así poder priorizar las enfermedades que conllevan a un compromiso más rápido de las funciones vitales.

La paciente acudía con trastorno del sensorio como síntoma de inicio, al relacionarlo con los antecedentes se enfoca un diagnóstico presuntivo de diabetes mellitus complicada: Descartar cetoacidosis diabética.

Con los exámenes auxiliares enfocados en los diagnósticos presuntivos. Los resultados obtenidos en los análisis de gases arteriales permitían plantear una acidosis metabólica de origen desconocido con anión gap aumentado, lo cual

llevó al diagnóstico de cetoacidosis diabética; por ello se inicia hidratación endovenosa, bicarbonato en bolo, tratamiento de insulina en infusión.

Sin embargo, no se puede pasar por alto el antecedente personal: consumidora de alcohol aunado al lactato aumentado y falla renal aguda por lo cual se toma la decisión de inicio de antídoto específico para intoxicación por metanol y hemodiálisis. Como se indica en la guía de intoxicación por metano 48 horas, tiamina 100 mg EV cada 8 horas por 10 días. La utilización de hemodiálisis se indica en bicarbonato  $< 10$  mml (8).

Dentro de la toxicidad causada por metanol se produce acidosis metabólica. La vida media aproximada de metanol es de 1 a 24 horas, el metanol es metabolizado de metanol a formaldehído por el alcohol deshidrogenasa, el formaldehído pasa a ácido fórmico por el aldehído deshidrogenasa, por lo que el ácido fórmico es el metabolito patológico.

El tratamiento específico es el fomepizol endovenoso, pero no se cuenta en el hospital por lo cual se utilizó el etanol al 45% en dosis bolo 3 mg/kg, continuar 0.3 ml/kg/h. También se utiliza ácido fólico por o/l, pH  $< 7.19$ , no hay respuesta al tratamiento específico.

### **Shock Distributivo**

En este caso se puede evaluar dos tipos de shock el anafiláctico y el séptico como probable pp la GECA por historia de diarreas de días de evolución. La guía internacional de sepsis indica que el triaje es fundamental para el diagnóstico precoz, con el Q- SOFA: Alteración del nivel de conciencia (Glasgow  $< 13$ ), presión arterial sistólica  $< 100$  mmHg, frecuencia respiratoria  $> 22$  rpm. Bastando tener como positivos dos de los 3 signos anteriormente mencionados (9).

Lo que se indica en el manejo de la sepsis para evitar llegar a shock es hidratación precoz 30cc/h, se recomienda un monitoreo dinámico con ecografía, inicio precoz de vasopresores si paciente no responde a tratamiento de fluidoterapia, antibiótico precoz posterior a la toma de cultivos, lactato mayor de 2 indica mayor riesgo de no responder a hidratación y la necesidad de uso de vasopresores, se recomienda pedir cultivo previo a antibioticoterapia priorizando los síntomas del paciente eso quiere decir que

por estar un paciente séptico no se va a pedir un pancultivo, si se conoce el punto o foco de origen priorizar la toma del cultivo de ese punto.

Si el paciente no respondiera a la fluidoterapia, aplicación de antibiótico, se decide el uso de vasopresores para mantener PAM mayor de 60, como se ve en el caso clínico se inicia noradrenalina en infusión EV.

En cuestión a una anafilaxia por medicamentos, según la guía de manejo la prioridad es el uso precoz de adrenalina de manera precoz en dosis 0.5 mg IM, canalizar dos vías periféricas e iniciar hidratación con CINA a 125 cc/h, dentro de los medicamentos establecidos los antihistamínicos disminuyen la sintomatología y los corticoides no tienen impacto en la mortalidad, no mejoran la anafilaxia bifásica. Lo recomendable es asegurar vía aérea recordemos que uno de los síntomas principales puede ser el broncoespasmo. En este caso no se utilizó adrenalina de manera precoz, por eso se observa la evolución natural de la enfermedad que fue hipotensión, por lo cual se agrega vasopresor.

### **3.2. Cirugía General**

#### **Trauma Abdominal Cerrado**

En este caso clínico se debe manejar al paciente como un todo, por eso es lo adecuado seguir los procedimientos establecidos por el ATLS, A vía aérea, se evalúa permeable no quejidos, no ronquidos, B ventilación: No tiraje, no taquipnea, con respiración toraco abdominal, frecuencia respiratoria adecuada, C: Circulación por monitoreo paciente hemodinámicamente estable, Presión arterial normal, frecuencia cardiaca aumentada, pulsos periféricos presentes, D: Glasgow 15, no focalización, quejumbroso, E: Exploración física no se evidencia alteraciones a la inspección, no deformidades a la palpación (10).

No se realiza ecofast en la unidad de trauma shock para evidenciar presencia de líquido, como se indica se debe realizar lo más rápido posible en el periodo de entrada, para poder evaluar la necesidad de entrada a SOP para una

laparotomía exploratoria, en cambio lo que se realizó fue una TAC toraco abdomino pélvica, con resultado:

“Se reporta hallazgos sugestivos de trauma esplénico y probable trauma renal izquierdo, falta de contraste no permite evaluar el grado de afectación de ambos órganos) asociado a presencia de ascitis abdomino pélvico de densidad hemática”.

De realizar ecofast se hubiera podido evaluar la presencia de líquido e ingreso a SOP inmediatamente, permitiendo que el paciente tenga mayor inestabilidad hemodinámica, En el reporte: Trauma esplénico grado IV con mayor compromiso en polo inferior. Secreción hemática aprox 1500 cc en 4 cuadrantes. Hematoma extenso en retroperitoneo izquierdo, no pulsátil, por lo cual realizan esplenectomía como se indica en el cuadro de escala de lesión esplénica.

Posterior a la cirugía el paciente presenta hipotensión, lo que nos lleva a sospechar de una hipovolemia por la cantidad de secreción hemática 1500 cc aprox por lo cual se realiza transfusión de dos paquetes globulares, con eso presión arterial y frecuencia cardiaca se estabilizan mejorando hemodinamia. Con esto se puede observar que lo establecido en las guías ATLS, sobre el manejo del paciente politraumatizado son un conjunto el cual se maneja con el ABCDE, en este caso la demora en la decisión y la toma de TAC en vez de ecofast demoraron más tiempo lo cual hizo que el paciente presente mayor compromiso hemodinámico.

### **Colecistitis Aguda**

En el caso presentado se observa paciente que ingresa con cuadro típico de dolor abdominal posterior a la ingesta de grasas en HCD, muchas veces asociados a náuseas y vómitos, al examen clínico Murphy (+). Por lo que en estos casos se consideran los criterios de Tokio: Signos de inflamación local, signos de inflamación sistémica y hallazgos imagenológicos sospechosos o definitivos.

Los criterios de severidad a considerar son leve, moderada y severo, este paciente ingresa en el grado II moderada por presentar masa dolorosa en CSD y glóbulos blancos > 18000.

De acuerdo con el grado II (moderado) se recomienda antibiótico y cuidados generales de apoyo más observación y colecistectomía temprana, es lo que se realiza en el caso clínico, cumpliéndose con el diagnóstico y tratamiento de gravedad mediante las guías.

En conclusión, la guía de Tokio para colecistitis aguda litiásica es aplicable en nuestro medio, ya que nos permite diagnosticar, clasificar adecuadamente según criterio de gravedad y contar con una pauta de manejo para un tratamiento oportuno, el cual se cumplió en este caso clínico (11).

### **Apendicitis Aguda**

En este caso se puede observar signos y síntomas típicos de apendicitis aguda no complicada como son el dolor abdominal de inicio difuso, central y de mínima severidad (dolor visceral) y es seguido de dolor más intenso y localizado en cuadrante inferior derecho (dolor somático), los signos clásico son temperatura normal o menor de 38°C, punto de Mc Burney(+), los criterios diagnósticos nos ayuda la escala de Alvarado los que tienen mayor sensibilidad son: Dolor característicos, hipersensibilidad en CID, rebote positivo) (12).

Los exámenes de laboratorio nos ayudan a enfocarnos a diferenciar los diagnósticos diferenciales.

Dentro del apoyo diagnóstico el laboratorio con leucocitosis y desviación izquierda, examen de orina no patológica, enfocan a una apendicitis aguda, se puede considerar la toma de una ecografía abdominal, pero en este caso el cirujano tratante al tener dudas solicita tomografía abdominal con reporte de signos de Apendicitis Aguda.

Se programa para SOP con reporte operatorio Apendicectomía laparoscópica por Apendicitis Aguda no complicada

Apéndice de 7x2 cm necrosada en toda su extensión con base indemne no líquido libre.

En este caso se puede observar que el cuadro de apendicitis aguda en algunas ocasiones puede causar mayor dificultad para su diagnóstico debido a los diferentes diagnósticos diferenciales, en este caso se tuvo que utilizar tac abdominal para diagnosticarla, pero debemos recordar que la evaluación

clínica es fundamental en el diagnóstico de no contar con exámenes auxiliares en algunos centros de atención. Lo rápido del diagnóstico conlleva a menor complicación postoperatoria ya que la apendicitis aguda no era complicada.

### **Hemorragia Intracerebral**

En este caso podemos observar el trabajo multidisciplinario ya que el paciente ingresa por presentar caída de nivel golpeándose la cabeza, con trastorno del sensorio, por lo cual se observa la importancia de un buen triaje al ingreso el paciente presenta Escala de Cincinatti 3/3, lo que posibilita al personal en la sospecha de un cuadro hemorrágico, a la evaluación del ABCDE paciente estable con apoyo ventilatorio, por lo cual es llevado a TAC cerebral sin contraste, para descartar patología hemorrágica o isquémica ya que los tratamientos y el manejo serán totalmente distintos de acuerdo a la causa.

Hasta el momento se puede observar un buen manejo del paciente ya que se realizó el triaje neurológico CINCINATTI positivo 3/3, el cual nos enfoca más en un cuadro hemorrágico, al estabilizar el paciente se realiza la TAC cerebral sin pérdida de tiempo, ayudando al diagnóstico precoz.

En cuanto a la descompensación del paciente se asegura vía aérea realizando entubación orotraqueal y apoyo ventilatorio con VM, con los resultados que identifican un ECV hemorrágico con desviación de línea media mayor de 5 mm, se decide instaurar tratamiento para HTE, según las guías de manejo de HTE, se puede realizar con manitol al 20%, se recomienda que si el paciente tiene hipotensión se maneje al paciente con SHT, si se maneja al paciente con SHT se debe controlar electrolitos seriados, si el Na > 155 se debe de suspender.

La Neuroprotección es importante en pacientes con esta patología, se debe de recordar que Neurocirugía no solo es la parte de manejo quirúrgico sino también el manejo médico crítico, por eso se cuenta en algunos hospitales con la unidad de neurocríticos.

Según las guías de manejo de neuroprotección lo que se debe de tener en cuenta es glicemia menor de 180 mg/dl, temperatura < 38°C, Hb > 10 g/dl, Paco2: 35 a 48, PAM: 80 a 100, cabecera 45°, lo cual se cumple y lo podemos

observar en el tratamiento, también manteniendo un valor de sedoanalgesia de RAAS – 4 (sedación profunda) (13).

Por último, dentro de las guías de HTE, además del manejo médico se encuentra la craniectomía para descompresión y evaluación posterior del grado neurológico en UCI.

### **3.3. Pediatría**

El manejo de las patologías en el Servicio de Pediatría fue muy minucioso, guiado en su mayoría por Normas Técnicas del Ministerio de Salud del Perú y algunas Guías Clínicas. Los diagnósticos fueron planteados guiándose principalmente de la clínica del menor y se apoyaban en los resultados de los exámenes auxiliares que se solicitaban con mucho cuidado. Asimismo, el tratamiento era debidamente calculado, cuando de fármacos se trataba, según el peso del menor.

#### **Enfermedad Diarreica Aguda**

El paciente que ingresaba por emergencia al hospital era evaluado primeramente bajo la perspectiva del triángulo de emergencia pediátrico (apariencia, respiración y circulación cutánea) que permite reconocer de manera rápida algunos signos que indican amenaza de muerte.

En el caso, el paciente de 3 años tenía buena apariencia y la respiración no presentaba alteraciones; sin embargo, se encontraba pálido. Esta primera impresión guía el manejo; ya que es probable que el menor esté sufriendo de alguna afección que le provoque alteración en la perfusión, lo que nos obliga a estar atentos en caso necesite reposición de volumen (14).

La anamnesis describe un caso de diarrea aguda en niños, por su definición de deposiciones con consistencia disminuida y más de 3 cámaras deposiciones en un periodo de 24 horas.

Para el manejo de esta patología se utiliza la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña y el Niño del 2017; en la que el tratamiento se enfoca en tres planes diferentes A, B y C según los signos de deshidratación que el menor presente (15).

Los únicos exámenes necesarios son la reacción inflamatoria en heces y el coprocultivo, estos apoyan el diagnóstico de diarrea aguda que es netamente clínico; pero podrían orientar a determinar la etiología, que por frecuencia se espera que sea viral.

Se indica el Plan B para este caso, porque el niño presenta signos de deshidratación y no presenta ningún “signo clave”. Es por ello, que se le hidrata con SRO (70ml/kg en 4 horas). A la reevaluación se observa mejoría en cuanto a la deshidratación; por lo que se decide que el tratamiento sea en domicilio, indicando el Plan A con las 5 reglas (ACREZ) (15).

### **Bronquiolitis**

Según la Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis en menores de 2 años del 2019, la bronquiolitis aguda es una afección de las vías respiratorias, cuyo diagnóstico es clínico. Es caracterizado por ser el primer episodio de sibilancias en menores de 2 años de edad precedido de tos seca con o sin fiebre y rinorrea.

Por esta razón es que después de conocer el relato de la madre, se sospecha de bronquiolitis. Diagnóstico que se apoya en los hallazgos encontrados en el examen físico como: taquipnea, tirajes subcostales y sibilantes al final de la espiración.

En este caso no se solicitan exámenes auxiliares, ni de imágenes (radiografía de tórax) porque no son necesarios y no deberían usarse de forma rutinaria (16).

Una vez establecido el diagnóstico del paciente, se pasa a evaluar el grado de severidad, utilizando el score clínico “Escala de Severidad de Bronquiolitis Aguda” hecho para menores de 12 meses (Ver Anexo N°1). Se obtiene una puntuación de 3 (sibilancias al final de la espiración: 1, no crepitantes: 0, tiraje subcostal: 1, relación i/e: normal, frecuencia respiratoria en 52 x': 1) que lo califica como una bronquiolitis leve (17).

Se evalúa también si este paciente tiene criterios de hospitalización, que sí tendría; siendo la taquipnea y los tirajes motivo para indicar su internamiento. Siguiendo con la guía práctica, el tratamiento del menor está basado en 4

pilares: oxígeno suplementario, hidratación, manejo de secreciones y nebulizaciones con NaCl 0.9% (18).

### **Sepsis Neonatal**

Cuando uno realiza el procedimiento de Atención Inmediata del Recién Nacido, que está descrito en la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Neonatal, tiene el deber de conocer la historia clínica materna e identificar factores de riesgo que podrían poner en peligro el bienestar del neonato (19).

Uno de los problemas del recién nacido que causa morbilidad y mortalidad en este grupo es la sepsis neonatal; siendo en esta época muy común presenciar el nacimiento de menores cuyas madres no tuvieron suficientes controles prenatales, como es el caso del recién nacido que se describe en el caso clínico n°3.

Los factores de riesgo materno encontrados en este caso son: los controles prenatales insuficientes y la fiebre materna intraparto. Es por eso que se solicita un hemograma completo, con el que se puede hallar el índice de neutrófilos que es utilizado para evaluar la probabilidad de sepsis de inicio temprano en un neonato con factores de riesgo. La relación I/T  $\geq 0,2$  tiene buena sensibilidad para predecir sepsis en recién nacidos cuando se combina con factores de riesgo, clínica u otras pruebas. También se le solicita PCR, como marcador de inflamación (20).

Los resultados de los exámenes del recién nacido del caso están dentro de rango normales, I/T:0, además no hay sintomatología. Por lo que, se decide descartar la sospecha de sepsis y se difiere la toma de hemocultivos para esta situación en particular.

### **Hipoglicemia Neonatal**

Las primeras horas que un recién nacido y su madre pasan juntos son importantes, porque se puede observar el desenvolvimiento de la madre y el bienestar del neonato bajo el cuidado de esta.

Existe una variedad de causas de la hipoglicemia neonatal; siendo el inadecuado aporte de glucosa por ayuno prolongado una de las más prevenibles.

En el caso se menciona que madre no ha dado de lactar a su bebé de forma frecuente porque no quiere despertarla. Además, al examen físico se observa temblores en miembros superiores, que podría ser síntoma de hipoglucemia. No se consigna ningún otro factor riesgo como: RN pretérmino, macrosómico, asfixia neonatal o madre diabética.

Se solicita toma de hemoglucotest de inmediato, saliendo un valor de 47 mg/dl, considerado como valor mínimo límite del rango normal. Es decir, un valor <47 mg/dl traduciría una hipoglicemia neonatal.

Es necesario y forzoso reforzar la técnica de lactancia materna para evitar futuros eventos como trastornos metabólicos, pobre ganancia ponderal, entre otros (21).

### **3.4. Gineco- Obstetricia**

#### **Hemorragia Uterina Anormal**

Uno de los problemas ginecológicos más comunes que llegan a la consulta es la hemorragia uterina anormal, término que incluye al sangrado menstrual con alguna desviación en sus características normales (frecuencia, regularidad, duración, volumen) y al sangrado intermenstrual.

Bajo esta definición es que se establece el diagnóstico en la paciente que acude a emergencia por sangrado vaginal desde hace 1 mes. Asimismo, es importante preguntar por las características del periodo menstrual normal de la paciente y del sangrado por el cual consulta, con énfasis en el volumen y duración para poder cuantificar de forma general la cantidad perdida. En este caso la duración del sangrado es de un mes y moja de 2 a 3 toallas al día.

Una vez hecho esto se debe realizar el examen físico, en el cual es importante evaluar la estabilidad hemodinámica de la paciente. En esta ocasión, la frecuencia cardíaca y la presión arterial están dentro de valores normales; lo

que sí se precisa resaltar es la leve palidez que se observa por lo que se esperaría que haya una anemia.

Al encontrar a la paciente estable, se continúa la búsqueda de la causa del sangrado; para lo cual se descarta la posibilidad de embarazo, teniendo un valor de B-HCG en 0.5 mUI/ml.

La FIGO enfoca la causa del sangrado vaginal anormal en 9 categorías que se encuentran en el acrónimo PALM- COEIN. De acuerdo con esto es que se piensa que en la paciente la causa de la HUA puede ser debido a un pólipo o una hiperplasia endometrial. Además, que al realizar el examen bimanual no se hallan anomalías en el tamaño o consistencia del útero (22).

Se le solicita una ecografía transvaginal para observar la afección estructural, y a pesar de que esta revela un endometrio engrosado no termina de convencer; por ello es que se le pide una histerosonografía para descartar la presencia de pólipos endometriales que no podrían haber sido vistos en la ecografía.

Con el resultado de la histerosonografía se indica la resección de los pólipos por histeroscopia; porque, aunque puedan ser benignos, en su mayoría, están provocando síntomas en la paciente (23).

### **Embarazo Ectópico**

La mayoría de los embarazos ocurren en el útero; sin embargo, hay un porcentaje en que estos suceden en órganos anexos y se conocen como embarazo ectópico.

El caso N°2 de la sección de Gineco-Obstetricia, muestra el relato de una paciente que sufre la misma sintomatología conocida como sangrado vaginal anormal. Sin embargo, en el camino de realizar un diagnóstico diferencial descartando una gestación, se comprueba la existencia de un embarazo ectópico.

La paciente viene a emergencia con exámenes auxiliares en mano, una B-HCG en 1, 391.3 mIU/mL y una ecografía transvaginal que evidencia tumoración compleja anexial derecha con presencia de circulación periférica: embarazo ectópico.

En este caso, lo primero que se hace es corroborar el diagnóstico que la paciente trae consigo; por ello se le pide B-HCG y ecografía transvaginal realizados por el hospital. Los resultados de estos son: 879 mUI/mL y masa anexial derecha D/C embarazo ectópico. Así que, se comprueba y confirma el diagnóstico. Cabe señalar que se hace de esta forma ya que es evidente que la paciente no está comprometida hemodinámicamente (24).

La elección de tratamiento para esta paciente es la cirugía laparoscópica, se la prepara para su ingreso a SOP y se le realiza una cuernectomía derecha, que daría por resuelto la afección de la paciente (25).

### **Preeclampsia**

Las complicaciones del embarazo son motivo muy frecuente de internamiento en un hospital materno y son importantes de reconocer; ya que están en juego dos vidas. Es así que el caso N°3 trata sobre un trastorno hipertensivo en el embarazo llamado preeclampsia.

Se puede observar como una gestante a término, que llegó al nosocomio para un control de bienestar fetal, es derivada a emergencia por una toma de presión arterial en 130/90 mmHg.

Si se habla sobre los factores de riesgo de la paciente para presentar preeclampsia se puede mencionar a la nuliparidad y la obesidad.

Según la ACOG, los criterios para el diagnóstico de preeclampsia son (26):

- Presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg, medidas en dos ocasiones separadas por 4 horas en una gestante mayor de 20 semanas; o
- Presión arterial sistólica  $\geq 160$  mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 110$  mmHg en una gestante mayor de 20 semanas.

Esto sumado a cualquiera de los siguientes criterios:

- Proteinuria de 300 mg en orina de 24 horas; o,
- Índice de proteína en orina/ creatinina en orina  $\geq 0.3$  mg/dL; o,
- Lectura de tiras reactivas  $\geq 2+$
- Trombocitopenia
- Insuficiencia renal
- Enzimas hepáticas elevadas dos veces su concentración

- Edema pulmonar
- Dolor de cabeza persistente que no responde a analgésicos
- Síntomas visuales (visión borrosa, luces intermitentes, escotomas)

Es por ello, que se decide solicitar exámenes auxiliares conocidos en el hospital “San Bartolomé” como perfil preeclampsia, que incluyen todo lo que se tiene que evaluar para diagnosticar este trastorno.

Al obtener los resultados, se encuentran en rangos de valores normales a excepción del índice Proteína/Creatinina en Orina, que está en 0.42 mg/dL. Además, luego de 4 horas se constata una PA de 120/90 mmHg. Esto confirma el diagnóstico de preeclampsia sin criterios de severidad en la paciente (26).

La decisión de culminar el embarazo es recomendada en mujeres con preeclampsia que tengan una gestación mayor igual a 37 semanas; siendo el parto vaginal la vía de elección si no hay contraindicaciones (27).

Por ello, se instaura el plan de inducir el parto en esta gestante, quien no muestra indicios de trabajo de parto. Se evalúa la maduración del cuello uterino; dando como resultado BISHOP 5, lo que significa un cérvix desfavorable o inmaduro. Es así que se le indica maduración con misoprostol. La paciente logra iniciar trabajo de parto y lograr tener parto vaginal.

No fue necesario el uso de antihipertensivos en este caso, ya que la paciente durante su estancia no tuvo PA  $\geq$  160/100 mmHg, que es la medida en la cual se recomienda su uso para prevenir la insuficiencia cardíaca congestiva, la isquemia del miocardio, la insuficiencia renal y los accidentes cerebrovasculares. Los fármacos utilizados son hidralazina, labetalol y nifedipino; en nuestro medio se usa el nifedipino (27).

### **Ruptura Prematura de Membranas**

En nuestra localidad, se puede ver esta entidad conocida como ruptura prematura de membranas causada muy probablemente por antecedentes personales y sociodemográficos como: infección del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, mal estado de nutrición de la madre, nivel de instrucción bajo, consumo de alcohol y tabaco, entre otros.

La paciente en el caso N°4 acude al hospital por perder líquido desde hace 10 horas. En primera instancia esto se podría catalogar como una ruptura prematura de membranas. Sin embargo, tiene que constatar que el trabajo de parto no haya iniciado antes de la pérdida de líquido. Por lo que, se pregunta a la paciente acerca de la dinámica uterina previa a esas 10 horas; a lo que ella responde sentir contracciones uterinas cada 15 minutos recién desde hace 3 horas, situación que no se evidencia al momento de realizar el examen físico.

El diagnóstico de esta complicación en el embarazo se confirma con la visualización directa del escape de líquido amniótico a través del orificio cervical o con algunas pruebas de laboratorio.

En este caso, se decide primero visualizar el líquido amniótico con la ayuda de un espéculo. Como no se visualiza de inmediato se realiza Valsalva, es decir se le pide a la mujer que tosa lo que provocaría la fuga del líquido. Sin embargo, no se evidencia, por lo que se considera como Valsalva negativo.

Debido a esto, se decide pedir una prueba de laboratorio, el test de FERN; el cual visualiza en el microscopio un patrón en forma de helechos que es el líquido amniótico seco recogido del fondo de saco vaginal posterior. Con este resultado positivo ya puede denominarse el caso como una Ruptura Prematura de Membranas en una gestante a término (28).

Confirmado el diagnóstico se indica la administración de antibioticoterapia profiláctica con el objetivo de reducir la probabilidad de infección materna y fetal; usándose con tranquilidad ampicilina y gentamicina ya que la paciente no es alérgica (29).

## **CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

En este capítulo se ha decidido dividir el internado en dos fases, teniendo como hito de referencia el inicio del ya mencionado estado de emergencia en el Perú, el 15 de marzo del 2020. Es así, que se tiene la primera fase del internado; a la cual se denominó “Fase de Internado Médico Regular”, y una segunda denominada “Fase de Internado en contexto de la Pandemia COVID 19”.

### **4.1. Fase de Internado Médico Regular**

De la primera fase del internado médico; es preciso resaltar la adaptación al nuevo ritmo de vida que conlleva estar en el internado. La sobrecarga laboral de un estudiante de pregrado puede llegar a ser abrumadora; produciendo en muchos casos estrés laboral.

El horario manejado en esta fase comprendía 4 guardias diurnas mensuales, aunadas de 4 a 5 guardias nocturnas por cada mes; cumpliendo turnos de 36 horas ininterrumpidas, sin derecho a descanso pre-guardia o post guardia. Además, no existía horario de salida estipulado de manera rígida; siendo este muchas veces la hora en que se terminaban por completo los pendientes del día, sin importar la hora en la que estos podían ser llevados a cabo. El horario de entrada variaba según el servicio en el que uno se encontraba ejecutando sus labores, siendo un horario promedio 6:30 am.

Un total de 30 internos por especialidad eran divididos en grupos de 2 a 3 personas, elegidos al azar. Generalmente, un grupo estaba formado por

internos provenientes de distintas facultades de Medicina Humana de Lima; así como también de distintas partes del interior del país. Siendo la convivencia diaria la que permitía empatizar y desarrollar un lazo estrecho de amistad con los compañeros de rotación; permitiendo esto a su vez, conocer y entender los distintos contextos socioculturales de cada uno de ellos. Cabe resaltar que este lazo de amistad se construía y consolidaba en medio de los turnos hospitalarios, bajo distintos contextos tanto de fraternización como de ardua carga laboral.

Por otro lado, esta carga laboral de la que tanto se hace mención permite desarrollar capacidades y habilidades importantísimas en el ámbito profesional, como el aprender a trabajar en equipo, la tolerancia entre compañeros de trabajo, la gestión del tiempo y de los recursos, el priorizar tareas urgentes y el ejercer liderazgo. Ítems importantes para que un grupo humano logre realizar sus principales objetivos trazados y cumplir satisfactoriamente las tareas asignadas.

A menudo, el interno de medicina es el primer personal de salud quien tiene contacto con el paciente cuando este ingresa al nosocomio; siendo en su mayoría de veces este primer contacto el más importante. Ya que, dependiendo del enfoque que se le dé al paciente al ingreso se desarrollará un manejo oportuno y eficaz; planteando diagnósticos certeros, solicitando exámenes auxiliares necesarios e indicando una terapéutica acertada. Es por ello, que en esta etapa de la carrera profesional se termina de afinar la semiología del interno de medicina, a través del sin número de historias clínicas y exámenes físicos que realiza en su día a día a todos los pacientes que ingresan para ser atendidos; siendo estas tareas de su plena responsabilidad.

Las visitas médicas por su parte son de vital importancia para la formación del interno de medicina; pues son consideradas también actividades académicas donde se analiza al paciente en todo su universo. En cada caso se hace un breve repaso, desde las ciencias básicas hasta los cursos de últimos semestres; es decir se hace todo un *recorderis* de cada curso teórico llevado

a lo largo de los 6 años de pregrado. Y lo más importante es que estos se integran en su totalidad y son llevados a la práctica en cada caso de los pacientes internados en el nosocomio.

La primera rotación de los autores fue en la especialidad de Medicina interna, en el HEJCU; las patologías más frecuentemente vistas: Pancreatitis Aguda, Hemorragia Digestiva Alta, Diabetes Mellitus descompensada y neumonías en el adulto mayor. Siendo estos últimos, en su mayoría, gran parte de los casos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del nosocomio, donde el interno de medicina era el encargado de la extracción de muestra sanguínea para el análisis de gases arteriales de rutina para el monitoreo adecuado de los pacientes.

En las áreas de “reposos damas” y “reposos varones” del hospital, que no es algo más que el área de emergencia, era frecuente la necesidad de personal debido a la alta demanda de pacientes; siendo muchas veces necesario que los internos de medicina colaboren en la colocación de sondas Foley, catéter endovenoso periférico, y toma de electrocardiogramas, obviamente sin descuidar sus otras obligaciones ya que este servicio era parte de su rotación por el servicio de Medicina Interna.

La formación era complementada con exposiciones semanales por parte de los tutores de cada universidad; cumpliendo con el syllabus estipulado por cada facultad, según la rotación asignada. Además de breves discusiones de casos clínicos, con la participación del tutor de nuestra alma mater.

#### **4.2. Fase de Internado en Contexto de la Pandemia COVID 19**

En el mes de octubre se tornó efectivo el retorno de los internos de medicina, bajo las nuevas medidas impuestas por los decretos supremos incluyendo estas una disminución del número de horas laborables, además de un estipendio estipulado por parte del ministerio de salud a todos los internos de medicina que decidan retornar a las actividades laborales sin excepción alguna (3).

El nuevo aforo por parte de los hospitales nacionales fue notablemente reducido; siendo muchas veces recortado a un 50%, obligando así a muchos internos de medicina a optar por culminar sus rotaciones en puestos de salud, en su gran mayoría categoría I-3.

En el caso de los autores del presente informe, fue efectivo el retorno a su sede hospitalaria de origen HEJCU, siendo ahora la rotación asignada Cirugía General. Un total de 10 internos fueron reincorporados al nosocomio siendo repartidos en dos grupos de 5 personas cada uno, asistiendo el primero las primeras quincenas de cada mes, mientras que el segundo a las segundas quincenas como correspondía según lo estipulado al DS.

Las rotaciones asignadas en el servicio de Cirugía general consistían en hospitalización no COVID, tópico de cirugía general, tópico de traumatología y tópico de Ginecología. Habiéndose visto eliminada la rotación a la emergencia por el riesgo de exposición al COVID19 que esto acarrearaba.

La sede de origen, HEJCU, proveía a los autores del presente EPP de manera diaria dentro de ello, chaqueta, pantalón, mandil, gorro quirúrgico, botas y guantes descartables. Sin embargo, se hacía la entrega de una mascarilla N95 marca Xiantao 1 vez cada 15 días, viéndose reflejada así la escasez de la misma para el personal de salud. Se programaban 3 guardias diurnas en el periodo de 15 días de asistencia, llevando las mismas a cabo en el Tópico de Cirugía General de la emergencia, donde la función del interno de medicina consistía en suturas, curaciones, retiro de puntos, cambios de bolsas colectoras y todo lo que fuera necesario.

Pese a que el DU prohibía de manera tajante que los internos de medicina se encarguen de la atención de pacientes COVID positivos; era muchas veces imposible el cumplir con este precepto ya que los pacientes atendidos en el tópico de cirugía no eran tamizados previamente bajo una prueba de COVID19, siendo estos muchas veces asintomáticos y exponiendo al personal de salud que brindaba la atención. Teniendo esto como resultado la

infección por el SARS COV 2 de algunos internos de medicina mientras cumplían sus prácticas preprofesionales.

El campo clínico se vio notablemente reducido, pues las cirugías electivas no eran programadas y el equipo de anestesiología no permitía con facilidad el acceso de internos de cirugía a sala de operaciones, aduciendo requerir un menor tiempo quirúrgico para reducir la exposición del personal en SOP.

Las autoras en mención continuaron sus rotaciones de Pediatría y Gineco-Obstetricia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, donde la realidad era notablemente distinta en contraste con el HEJCU. En esta determinada sede los internos de medicina no tuvieron acceso en ningún momento a equipos de protección personal, y mucho menos de mascarillas n95, motivo por el cual cada interno debía adquirir y racionar de manera inteligente su propio EPP.

La rotación de Pediatría constó de una primera mitad en sala de hospitalización de pediatría y la segunda mitad llevada a cabo en el servicio de Neonatología, llevado a cabo en el servicio de Atención inmediata, Uci neonatal y Alojamiento conjunto. Siendo los casos más comunes en la emergencia de pediatría: diarreas agudas, infecciones respiratorias agudas, intoxicación alimentaria y síndrome febril.

La rotación de Gineco-Obstetricia, se llevó a cabo de la misma manera en el HONADOMANI “San Bartolomé”, de igual manera sin adquisición de epp por parte del área de salud ocupacional del nosocomio.

Se organizó entonces a una totalidad de 10 internos en rotaciones de 6 días por cada una de las siguientes salas: Ginecología, Alto Riesgo Obstétrico, Post Cesareadas, Centro Obstétrico, Alojamiento conjunto. Además de ello se programaron un total de 3 guardias diurnas por 15 días que muchas veces se veían prolongadas a guardias completas de 36 horas por la gran cantidad de afluencia de pacientes al nosocomio y la demanda de personal que esto acarrea consigo.

La función del interno de medicina consistía en el Monitoreo Materno Fetal de suma importancia en el área de centro Obstétrico teniendo la oportunidad también de atender partos vaginales de principio a fin, siempre con la supervisión de residentes a cargo. Experiencias inigualables, de gran importancia y provecho para el futuro servicio rural urbano marginal.

## CONCLUSIONES

1. El internado médico es una etapa fundamental en la formación académica y personal de un futuro médico; es por ello es que ningún estudiante de pregrado de dicha carrera debería pasar por alto esta práctica.
2. Los seis años de pregrado previos al internado médico son relevantes y tienen un especial significado al momento de realizar las actividades y obligaciones que se otorgan al interno bajo la organización de cada hospital.
3. La adaptación al ritmo de vida y trabajo como interno de medicina se va forjando en la rutina del día a día, cada individuo presenta diferentes desafíos y retos que son superados con el tiempo, el esfuerzo y el trabajo en equipo.
4. Uno de los principales objetivos del internado es dotar de capacidades y habilidades que permitan un buen desempeño en la futura vida profesional del médico; sin embargo, este objetivo debe llevarse a cabo bajo lineamientos que salvaguarden la integridad física de los internos.
5. El contexto actual de pandemia por COVID 19 ha evidenciado la falta de gestión y organización de las autoridades competentes para que se desarrolle un internado médico con derechos y requerimientos mínimos.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar las gestiones necesarias entre el ministerio de salud, ministerio de educación y casa de estudios para el debido reconocimiento de los internos de medicina como personal de salud, gozando así de remuneración y todos los beneficios laborales correspondientes, seguro de vida, seguro de salud, etc.
2. En medio de una nueva coyuntura que implique la realización del internado médico en su totalidad en puestos de salud del primer nivel es necesario que se aseguren rotaciones mínimas de un mes en hospitales de tercer nivel, asegurando así el aprendizaje necesario en cada una de las especialidades, siendo este muchas veces limitado en los mencionados puestos de salud.
3. Es de necesidad que la casa de estudios asegure un ambiente destinado para el descanso y aseo personal de sus internos en el establecimiento en el que ejecuten sus labores. Dado que luego las guardias extenuantes de 36 horas muchos internos prefieren descansar en su centro de labores, muchas veces no teniendo un espacio adecuado para el descanso del personal en mención.
4. La casa de estudios debe velar por el cumplimiento de los lineamientos de ejecución del internado médico, no permitiendo así que las guardias tanto diurnas como nocturnas sean impuestas de manera no justificada a algún interno de medicina.
5. Es de suma necesidad, que la casa de estudios destine un presupuesto anual para la compra de equipo de protección personal para sus internos de medicina ya que como es de esperarse el ministerio de salud no se da abasto para proveer de epp a su propio personal de salud.

6. En medio del nuevo contexto, es necesaria la creación de un grupo humano encargado del seguimiento y monitoreo de los estudiantes que contraigan la infección por el SARS COV 2. Ya que muchos internos de medicina son provenientes del interior del país (USMP Filial Norte) viviendo solos en cuartos alquilados en muchos de estos casos.
7. Deben ser aseguradas las rotaciones de Pediatría y Gineco-Obstetricia en hospitales nivel III, ya que estas se ven notablemente limitadas en puestos de salud I-3, donde solo se enfocará el control prenatal, de la mano de una licenciada en Obstetricia.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19-DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
2. Hospital de emergencias «José Casimiro Ulloa» [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/>
3. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
4. HONADOMANI SB [Internet]. Portal de transparencia. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte\\_transparencia\\_enlaces.aspx?id\\_entidad=13718&id\\_tema=5&ver=D#.YH4AzflKhPZ](http://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=13718&id_tema=5&ver=D#.YH4AzflKhPZ)
5. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=cetoacidosis%20diabetica&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=cetoacidosis%20diabetica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
6. Maraví E, Zubia F, Petrov M, Navarro S, Laplaza C, Morales F, et al. Recommendations for intensive care management of acute pancreatitis, *Medicina Intensiva*. abril de 2013;37(3):167-79.
7. Management of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

8. Villanueva B, Ferrer A, Civiera E, Gutierrez I, Lagun M, Cerrada E. Intoxicación por metanol. junio de 2002;26(5):264-6.
9. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Intensive Care Med. 1 de junio de 2018;44(6):925-8.
10. Initial management of trauma in adults - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults?search=atls&source=search\\_result&selectedTitle=1~100&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H11715769](https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults?search=atls&source=search_result&selectedTitle=1~100&usage_type=default&display_rank=1#H11715769)
11. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg S, Asbun H, Wakabayashi V, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. octubre de 2017;25(1):41-54.
12. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 15 de abril de 2020;15(1):27.
13. Evaluation and management of elevated intracranial pressure in adults - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-elevated-intracranial-pressure-in-adults?search=intracerebral%20hemorrhage%20emergency&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-elevated-intracranial-pressure-in-adults?search=intracerebral%20hemorrhage%20emergency&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)
14. Initial assessment and stabilization of children with respiratory or circulatory compromise - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-stabilization-of-children-with-respiratory-or-circulatory-compromise?search=Evaluaci%C3%B3n%20inicial%20y%20estabilizaci%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20con%20compromiso%20respiratorio%20o%20circulatorio&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-stabilization-of-children-with-respiratory-or-circulatory-compromise?search=Evaluaci%C3%B3n%20inicial%20y%20estabilizaci%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20con%20compromiso%20respiratorio%20o%20circulatorio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
15. MINSA. Guía Técnica: «Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la niña y el niño». 2017.
16. Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=bronquiolitis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H24](https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=bronquiolitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H24)
17. Bronchiolitis in infants and children: Treatment, outcome, and prevention - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-treatment-outcome-and->

prevention?search=bronquiolitis&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1#H162664491

18. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis en Niños menores de dos años. MINSA; 2019.
19. Norma Técnica: Atención Integral de la Salud Neonatal. MINSA; 2013.
20. Clinical features, evaluation, and diagnosis of sepsis in term and late preterm infants - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search\\_result&selectedTitle=1~107&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~107&usage_type=default&display_rank=1)
21. Pathogenesis, screening, and diagnosis of neonatal hypoglycemia - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-screening-and-diagnosis-of-neonatal-hypoglycemia?search=HIPOGLICEMIA%20NEONATAL&source=search\\_result&selectedTitle=1~69&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H137432344](https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-screening-and-diagnosis-of-neonatal-hypoglycemia?search=HIPOGLICEMIA%20NEONATAL&source=search_result&selectedTitle=1~69&usage_type=default&display_rank=1#H137432344)
22. Abnormal uterine bleeding: Management in premenopausal patients - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-management-in-premenopausal-patients?search=Vaginal%20bleeding&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H3267366119](https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-management-in-premenopausal-patients?search=Vaginal%20bleeding&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3267366119)
23. Endometrial polyps - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/endometrial-polyps?search=polipos%20endometriales&source=search\\_result&selectedTitle=1~61&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/endometrial-polyps?search=polipos%20endometriales&source=search_result&selectedTitle=1~61&usage_type=default&display_rank=1)
24. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ectopico&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ectopico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
25. Ectopic pregnancy: Choosing a treatment - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment?search=embarazo%20ectopico&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment?search=embarazo%20ectopico&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)
26. Espinoza, Vidaeff, Pettker C, Simhan H. Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin. junio de 2020;135(6):237-60.

27. Preeclampsia: Management and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?search=preeclampsia&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
28. Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ruptura%20prematura%20de%20membranas&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ruptura%20prematura%20de%20membranas&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
29. Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome - UpToDate [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-management-and-outcome?search=ruptura%20prematura%20de%20membranas&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H76871643](https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-management-and-outcome?search=ruptura%20prematura%20de%20membranas&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H76871643)

## **ANEXOS**

## ANEXO N°1

ESCALA DE SEVERIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA					
PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
<b>Sibilancias</b>	No	Sibilancias al final de la espiración	Sibilancias en toda la espiración	Sibilancias inspiratorias	Hipoflujo
<b>Crepitantes</b>	No	Crepitantes en un campo	Crepitantes en 2 campos	Crepitantes en 3 campos	Crepitantes en 4 campos
<b>Esfuerzo</b>	Ningún esfuerzo	Tiraje subcostal o intercostal inferior	+ tiraje supraesternal o aleteo	+ aleteo nasal y supraesternal (universal)	
<b>Relación i/e</b>	Normal	Simétrica	Invertida		
<b>Frecuencia respiratoria</b>	0	1	2		
<b>Edad (meses)</b>					
<2 m	< 57	57 - 66	> 66		
2-6 m	< 53	53 - 62	> 62		
6-12 m	< 47	47 - 55	> 55		
<b>Frecuencia cardíaca</b>	0	1	2		
<b>Edad</b>					
7d - 2m	125 - 152	153 - 180	> 180		
2 - 12 m	120 - 140	140 - 160	> 160		

### PUNTAJE

> 10: Necesidad de ingreso a la Unidad de cuidados intensivos (UCI)