



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DE ENERO DEL 2020 A ABRIL DEL  
2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR  
LUIS ALBERTO HUAROTO PALOMINO

ASESOR  
DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA

LIMA, PERÚ  
2021



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DE ENERO DEL 2020 A  
ABRIL DEL 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
LUIS ALBERTO HUAROTO PALOMINO**

**ASESORA  
DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Alejandra Parhuana Bando

**Miembro:** M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

**Miembro:** M.E. Ramón Romel Silva Romero

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Índice</b>	iii
<b>Resumen</b>	iv
<b>Abstract</b>	v
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vi
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Rotación de Pediatría	2
1.2 Rotación de Cirugía general	6
1.3 Rotación en Gineco obstetricia	12
1.4 Rotación en Medicina interna	18
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	27
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	29
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	31
<b>CONCLUSIONES</b>	33
<b>RECOMENDACIONES</b>	34
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	35
<b>ANEXOS</b>	37
1. Cartera de servicios ofrecidos por el HNHU	38

## RESUMEN

El internado médico representa un eslabón fundamental en el currículo médico ya que es el año donde se consolida todo lo aprendido en los años anteriores. Su gran importancia se basa en la adquisición, complementación y reafirmación de las destrezas médicas ya existentes, así como la ganancia de nuevas y diversas experiencias que ayudan a formar a un médico integral. No obstante, debido a la pandemia global existente, el internado se ha visto modificado y limitado en varios de sus aspectos. Por medio de este trabajo, se identificará las diferencias que existieron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue antes de la pandemia, y durante ella; así como su impacto en el desarrollo del internado médico.

## **ABSTRACT**

The medical internship represents a fundamental step in the medical curriculum since it is the year where everything learned in previous years is consolidated. Its great importance is based on the acquisition, complementation and reaffirmation of existing medical skills, as well as the gain of new and diverse experiences that help to train an integral doctor. However, due to the existing global pandemic, the internship has been modified and limited in several of its aspects. Through this work, the differences that existed in the Hipólito Unanue National Hospital before and during the pandemic will be identified; as well as its impact on the development of the medical internship.

## INTRODUCCIÓN

La Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres ha velado por el bienestar de sus alumnos durante el presente internado 2020-2021 en vista de la pandemia por SARS-CoV-2 ya muy bien conocida y, en aras del bienestar de sus internos, la Universidad aseguró las prácticas profesionales para este último año de la carrera de Medicina. Se debe tener en cuenta que el contexto en que se llevó a cabo este internado fue cruento y muy complejo. Sin embargo, nuestra casa de estudios realizó un loable esfuerzo al coordinar con diversas Direcciones de Redes Integradoras de Salud (DIRIS) y el Ministerio de Salud (MINS); con el fin de que sus alumnos se reintegren a sus labores de una forma eficaz y segura.

El Internado de la carrera de Medicina Humana es el último peldaño y el más importante en la formación del estudiante como futuro médico. Por ello, es imprescindible realizar un internado con las medidas académicas e higiénicas adecuadas. En dicho año se realizan 4 rotaciones fundamentales:

1. Ginecología y obstetricia
2. Pediatría y Neonatología
3. Cirugía
4. Medicina Interna

En el presente trabajo se describirán casos clínicos de dichas rotaciones en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, el cual se ubica en el distrito de El Agustino, departamento de Lima - Perú. Es un hospital de referencia nacional, cuya área de influencia está circunscrita a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima-Este (DIRIS LE), que comprende a los distritos de: Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho y Santa Anita. Desde octubre del año 2017 el Distrito de San Juan de Lurigancho pasó a la jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue y se convirtió en referencia para conos y centro metropolitano – zona de alta densidad poblacional y desarrollo habitacional<sup>1</sup>. Todo ello justifica aumento de emergencias por accidentes de tránsito obligando a ampliar la infraestructura, recursos humanos y logísticos. Recordemos que el nivel de dicho hospital es III-I, ello justifica su alta demanda y complejidad.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico representa un eslabón fundamental en el currículo médico desde hace mucho tiempo. En el modelo educativo básico de la formación del profesional de medicina que se lleva actualmente en el Perú, se constatan diferentes etapas dentro de los 7 años de formación del estudiante de medicina. En ellos, se hallan los primeros tres años de formación en ciencias básicas, seguidos de otros tres años de formación en distintas disciplinas clínicas, llevados de manera más práctica en los diferentes niveles de atención de salud, en su mayoría hospitales; y finalmente, el séptimo año, en el cual se realiza el internado y con el que se culmina todo el proceso formativo del alumno. Entre los distintos aspectos importantes de esta etapa, está el inicio de la participación directa del alumno en la parte clínica. Es aquí donde comienza a tener y entender las responsabilidades de la cadena de mando de la medicina hospitalaria, lo cual de alguna manera capacitará al alumno en su posterior toma de decisiones<sup>2</sup>. Asimismo, el interno inicia una interacción más directa con el paciente, tanto en el trato del padecimiento de la enfermedad, como el peso emocional que conlleva el sufrimiento de ella, logrando así reforzar la relación médico paciente que tan importante es tener en la carrera de medicina. También, el internado es donde uno comienza a reconocer sus limitaciones en el saber, fomentándose así la autocrítica, y fortaleciéndose la adquisición de conocimientos. Es en relación a este último punto donde recae una parte importante del internado médico, el cual trata sobre la consolidación de todo lo aprendido en años anteriores. Esto es dado gracias a la aplicación en primera instancia de los conocimientos clínicos aprendidos en situaciones

reales, de igual modo, al inicio en la realización de procedimientos menores, como en el apoyo para los procedimientos mayores, dando como resultado, la adquisición, complementación y reafirmación de las destrezas médicas del interno. Esto generará experiencias en muchas áreas y diferentes aspectos de la atención integral de salud, formando de manera integral al alumno, y sentando una base para la siguiente etapa de su carrera, que vendría a ser el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS).

### **1.1 Rotación de pediatría**

La rotación de pediatría y neonatología fueron las rotaciones con las cuales se inició el internado en enero del 2020, es decir, en tiempos pre pandemia. Es debido a ello, que se contó con la rotación completa en los diversos servicios de pediatría y neonatología hasta el inicio del retiro de internos a mitades de marzo por inicio de la pandemia. Los servicios de pediatría por el cual se permitió rotar al interno fueron hospitalización, intermedios, unidad de rehidratación oral, cuidados intensivos, consultorio externo y emergencia. Mientras que, en neonatología, se pudieron rotar por los ambientes de sala de partos, hospitalización e intermedios. Gracias a ello, se pudo observar los diferentes tipos de atención del neonato, lactante, niño y adolescente. Adicionalmente, se consolidó el manejo en distintas áreas médicas, así como la prevención y promoción de salud que se les da a los padres sean atendidos en consultorio, emergencia o en hospitalización.

#### **Caso 1**

Paciente varón de 2 años acude al servicio de emergencia por presentar desde hace dos días deposiciones líquidas sin moco y sin sangre, de regular cantidad con una frecuencia de 3 a 4 veces al día, asociado a sensación de alza térmica y vómitos en dos oportunidades de contenido alimentario de aproximadamente, 30 cc.

**Examen físico:** Peso: 14 kilogramos, frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto, temperatura axilar: 37° C, saturación de oxígeno de 98% con FiO2 al 21%.

Piel y faneras: tibia, poco hidratada, mucosa oral seca, signo de pliegue ausente, ojos levemente hundidos.

Tejido celular subcutáneo: No edemas, no se palpan adenopatías.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicardia, no soplos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores, amplexación simétrica.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, no masas palpables, dolor a la palpación profunda en mesogastrio.

Sistema Nervioso: Irritable con tendencia al llanto, despierto, no signos de focalización, reflejos osteotendinosos conservados, fuerza muscular conservada, moviliza 4 miembros.

### **Impresión diagnóstica a la emergencia:**

1. Enfermedad diarreica aguda con deshidratación moderada
2. Gastroenteritis aguda

Tras evaluación clínica se inicia rehidratación con sales de rehidratación oral a 100 ml/kg de peso en 4 horas, administrándose 350 ml por hora<sup>3,4</sup>, y se solicitan pruebas complementarias (Tabla 1).

**TABLA 1.** Exámenes complementarios del Caso 1 de Pediatría.

<b>Examen de laboratorio</b>	<b>Resultados</b>
<b>Hemograma</b>	Hb: 12.5 mg/dL Leucocitos: 12 000 Segmentados: 57% Abastionados: 0% Eosinófilos: 0% Monocitos: 4% Linfocitos: 39%
<b>Electrolitos</b>	Na: 139 mEq/L K: 5 mEq/L Ca: 9 mg/dL
<b>Reacción inflamatoria en heces</b>	No se encuentran leucocitos

**Evolución clínica:** Luego de 2 horas, paciente presenta buena tolerancia oral, no presenta vómitos, se mantiene afebril, presenta 1 deposición líquida

sin moco sin sangre. Al examen físico, paciente presenta: frecuencia cardiaca: 80 x', frecuencia respiratoria: 20 x' Temperatura: 36.8 ° C

Piel y faneras: tibia, mucosa oral húmeda, signo de pliegue ausente.

Tejido celular subcutáneo: No edemas, no se palpan adenopatías.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicardia, no soplos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores, amplexación simétrica.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos levemente aumentados, blando, depresible, no masas palpables, no dolor a la palpación profunda.

Sistema Nervioso: Despierto, activo, no signos de focalización, reflejos osteotendinosos conservados, fuerza muscular conservada, moviliza 4 miembros.

Se da de alta a paciente, con evolución favorable, explicando los signos de alarma (deposiciones con sangre, fiebre persistente, intolerancia oral, somnolencia, irritabilidad, dolor abdominal intenso, convulsiones) y dando indicaciones sobre hidratación en domicilio.

## **CASO 2**

Paciente varón de 1 año acude al servicio de emergencia por presentar desde hace 30 minutos dificultad respiratoria, agitación, cianosis perioral y aumento de la frecuencia respiratoria. Familiar niega fiebre, sensación de alza térmica, u otros síntomas.

**Examen físico:** Peso: 10 Kg, frecuencia cardiaca: 140 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 38 por minuto, temperatura: 37° C, saturación de oxígeno de 93%

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2".

Tejido celular subcutáneo: No edemas, no se palpan adenopatías.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicardia, no soplos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sibilantes inspiratorios y espiratorios, tirajes en 2 paquetes musculares, y aleteo nasal.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, no masas palpables, no doloroso a la palpación.

Sistema Nervioso: Irritable, despierto, no signos de focalización, reflejos osteotendinosos conservados, fuerza muscular conservada, moviliza 4 miembros.

**Impresión diagnóstica:**

1. Síndrome Obstructivo Bronquial Moderado

Tras evaluación clínica se clasifica como un SOB moderado según Escala de Bierman y Pierson, por lo cual se indica nebulizaciones con cloruro de sodio al 0.9% cada 20 minutos por 3 veces<sup>5</sup>.

**Evolución clínica:** Posterior a primera nebulización, paciente presenta FC: 78 x' FR: 32 x', SatO<sub>2</sub>: 94%. Al examen físico:

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sibilantes espiratorios, amplexación simétrica, uso de un paquete muscular.

Luego de segunda nebulización, paciente presenta frecuencia cardiaca de 77 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 30 por minuto, saturación de oxígeno de 95%. Al examen físico:

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sibilantes espiratorios, amplexación simétrica, no tirajes.

Luego de tercera nebulización, se paciente presenta al examen físico: frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto, temperatura axilar de 36. 8° C, saturación de oxígeno de 96%

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2"

Tejido celular subcutáneo: No edemas, no se palpan adenopatías.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, taquicardia, no soplos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores, amplexación simétrica, no tirajes.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no masas palpables, no dolor a la palpación.

Sistema Nervioso: Despierto, activo, no signos de focalización, reflejos osteotendinosos conservados, fuerza muscular conservada, moviliza 4 miembros.

Se da de alta a paciente, con evolución favorable, explicando los signos de alarma.

## **1.2 Rotación de cirugía**

La rotación de cirugía fue la primera rotación luego del reinicio del internado en tiempos de pandemia. Debido a ello, ya solo se contaba con 1 mes de prácticas por rotación, fuera del hecho, que ahora existían más limitaciones en cuanto procedimientos, y ambientes habilitados. Las rotaciones habilitadas en el HNHU para tiempos de pandemia fueron solo hospitalización y emergencia. Se retiraron las rotaciones por cirugía pediátrica y traumatología. Del mismo modo, existían limitaciones para las cirugías electivas debido a la disminución de salas de operaciones habilitadas, por lo cual, en la mayoría de casos, solo se operaban casos de emergencia. Es casi al término de la rotación, cuando paulatinamente se comenzó a habilitar las cirugías electivas, como podría ser una colecistectomía laparoscópica por colecistitis crónica. De la misma manera, en hospitalización, al tener que existir un distanciamiento entre camas, hubo una disminución tanto en el número de camas, como en el flujo de pacientes.

A pesar de ello, se logra una adecuada práctica pre profesional en relación a cirugía general, iniciando por emergencia, en la cual se dió énfasis en los manejos de acuerdo a medicina basada en evidencia junto a la identificación de las emergencias quirúrgicas, así como el manejo de las que no sean tributarias para ella. También, fue permitido el poder entrar a sala ya sea como instrumentista, o en algunos casos, con posibilidad de ayudar en la operación. Finalmente, se termina de consolidar el manejo en hospitalización, donde se observa al paciente luego de la operación, así como su evolución post operatoria hasta su alta.

### **CASO 1**

Paciente varón de 49 años, sin antecedentes de importancia, acude refiriendo que 8 días antes del ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico difuso asociado a náuseas y vómitos (en 2 oportunidades de contenido alimenticio), por lo cual refiere cambiar su dieta y leve mejora. 7 días antes del ingreso, dolor se localiza en hemiabdomen inferior y se agrega sensación de alza térmica. Los días siguientes, refiere automedicarse analgésicos (no recuerda nombre) cuando el dolor se exacerbaba. 2 días antes del ingreso, paciente se

cuantifica temperatura de 40° C por lo que acude a establecimiento de salud de donde es rechazado. Al persistir sintomatología previa, acude a Emergencia del hospital.

**Examen físico:** Presión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 por minuto, temperatura axilar: 37° C, saturación de oxígeno de 98% con FiO2 al 21%

Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Globuloso, Ruidos hidroaéreos presentes. Ligeramente distendido, blando, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+)

Rovsing (+) Psoas (+) Rebote (+)

Sistema Nervioso: Despierto, activo, reactivo, orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15

**Impresión Diagnostica en emergencia:**

1. Síndrome doloroso abdominal

1.1 D/c Apendicitis aguda complicada

Por lo cual se indica al paciente:

- NPO
- Ciprofloxacino 400 mg EV c/12h
- Metronidazol 500 mg EV c/8h
- Omeprazol 40mg EV c/24h.

**Exámenes complementarios:**

**TABLA 2.** Exámenes complementarios del Caso 1 de Cirugía.

Examen de laboratorio	Resultados
<b>Hemograma</b>	Leucocitos: 12 400
	Segmentados: 62%
	Abastionados: 0%
	Eosinofilos: 0.8%
	Monocitos: 12.2%
	Linfocitos: 24.2%
	Hb: 15.8 mg/dL

	Plaquetas: 362
<b>Perfil de coagulación</b>	TP: 14.4 TTP: 35 TT: 16.6 INR: 1.09 Fibrinógeno: 1024
<b>Examen de orina</b>	Leucocitos: 2 -4 x campo Nitritos: (-) Filamentos mucoides: 2+
<b>Otros</b>	PCR: 15.3 Urea: 40.6 Creatinina: 1.12 Glucosa: 91
<b>Prueba Rápida COVID 19</b>	IgM: (-) IgG: (+)
<b>Grupo Sanguíneo</b>	O+

Ecografía abdominal – renal:

Hígado: Hígado de dimensiones conservadas, pero ecogenicidad incrementada, bordes algo regulares. LHD 147, LHI 102. De adecuada diferenciación de las paredes de los vasos porta.

Colédoco: 5.0 mm

Vesícula biliar: de paredes delgadas visualizándose en su interior barro biliar

Páncreas: No visible por interposición gaseosa

Bazo: Dimensiones conservadas 89 x 55 mm

Pared Gástrica: Engrosada de 5 mm

Riñones: De ubicación habitual, de bordes regulares con adecuada diferenciación cortico medular. Riñón Derecho: 100 x 49 mm. Riñón Izquierdo: 95 x 50 mm.

Se evalúa fosa iliaca derecha, apreciándose como un apilotamiento de asas intestinales con liquido laminar a su alrededor con leve dolor a la compresión con el transductor

Conclusión de ecografía:

- Hepatopatía crónica difusa – Esteatosis Grado I

- Barro biliar
- D/c Plastrón apendicular
- D/c proceso inflamatorio gástrico
- Meteorismo intestinal difuso

**Evolución:** Se observa nuevamente al paciente 3 horas después con los resultados de los exámenes anteriormente descritos: Abdomen: Globuloso, Ruidos hidroaéreos (+), doloroso a la palpación, con resistencia muscular. Rebote (+). Pasa a sala de operaciones (SOP).

**Diagnóstico pre operatorio:** Abdomen Agudo Quirúrgico

**Operación practicada:** Laparotomía exploratoria + drenaje de absceso + apendicetomía + lavado + Dren Penrose (2)

**Hallazgos:** Plastrón apendicular conformado por ciego, íleon distal, epiplón y apéndice cecal, que a su liberación se observa absceso retrocecal (líquido purulento con mal olor 200cc aproximadamente). Apéndice cecal de 10x1 cm aproximadamente, digerida en 1/3 proximal. Base apendicular en muy mal estado. Apéndice cecal en posición retrocecal.

**Diagnóstico post operatorio:** Plastrón apendicular abscedado

**Evolución postoperatoria:** Se mantiene al paciente en NPO por 2 días, y luego se va avanzando en su dieta (Tolerancia oral, dieta líquida, y al último día, dieta blanda). Asimismo, recibe antibioticoterapia (ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas y metronidazol 500 mg EV cada 8 horas) por 4 días; y metamizol, tramadol y dimenhidrato condicional<sup>6,7,8,9</sup>. Al quinto día, es dado de alta sin complicaciones.

## CASO 2

Paciente varón de 37 años de edad, sin antecedentes de importancia, acude a emergencia refiriendo que hace 3 días inicia con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de moderada intensidad. 6 horas después, se agrega sensación de alza térmica no cuantificada y dolor migra a fosa iliaca derecha de tipo cólico e intensidad 8/10 en escala EVA. Además, en las siguientes 24 horas, se le agrega náuseas y vómitos de contenido alimentario, por lo cual

acude a centro de salud particular donde se le maneja su dolor. Al persistir sintomatología, pese a analgésicos, acude a emergencia del HNHU con ecografía y análisis sanguíneos.

**Examen físico:** Presión arterial: 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca 76 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 por minuto, temperatura axilar: 37,6° C, saturación de oxígeno de 98% con FiO2 al 21%

Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Plano, tenso, ruidos hidroaéreos disminuidos, poco depresible, dolor a la palpación superficial, signos peritoneales (+)

Sistema Nervioso: Despierto, activo, reactivo, orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15

#### **Impresión diagnóstica de emergencia:**

1. Abdomen agudo quirúrgico

1.1 Apendicitis aguda

#### **Exámenes complementarios:**

**TABLA 3.** Exámenes complementarios del Caso 2 de Cirugía.

<b>Examen de laboratorio</b>	<b>Resultados</b>
<b>Hemograma</b>	Leucocitos: 24 000 Segmentados: 87% Abastionados: 0% Eosinófilos: 0% Monocitos: 5% Linfocitos: 8% Hb: 15.3 mg/dL Plaquetas: 210 000
<b>Perfil de coagulación</b>	TP: 13 TTP: 30 TT: 15 INR: 1.01
<b>Examen de orina</b>	Leucocitos: 3-5 x campo Nitritos: (-)

	Cetonas: (++)
	Células epiteliales: 2-3 x campo
<b>Prueba Rápida COVID 19</b>	IgM: (-)
	IgG: (+)
<b>Grupo Sanguíneo</b>	O+

Ecografía abdominal alta:

Hígado: De localización y forma habitual. LHD mide 128,1 m, parénquima de ecogenicidad levemente incrementada. Vías biliares intrahepáticas, distribución de venas suprahepáticas y de sistema polar sin alteraciones.

Vesícula biliar: Forma piriforme. 66,3 x 19,5 mm. Pared: 2,4 mm. No se observa imágenes.

Páncreas: Morfología y ecogenicidad conservada. Cabeza: 20 mm. Cuello: 14 mm. Cuerpo: 22 mm. Cola 12 mm

Bazo: Localización, morfología, movilidad y ecogenicidad conservada 8x2x2 mm.

Aorta: 16mm; Cava: 18 mm y Porta: 12 mm

Ausencia de líquido libre

Pared gástrica: 4mm de espesor. Presencia de gases en asas intestinales.

Conclusión:

- Hepatopatía difusa leve, considerar esteatosis hepática leve
- Meteorismo intestinal

Pasa a Sala de Operaciones con los diagnósticos propuestos luego de completar exámenes complementarios.

**Operación practicada:** Laparotomía exploratoria: Apendicectomía + lavado + Dren Penrose (2)

**Hallazgos operatorios:** Al ingreso a cavidad se objetiva: líquido libre purulento en 4 cuadrantes con mal olor ±300 cc. Apéndice cecal en posición pélvica perforada en 1/3 distal. Base apendicular en buen estado.

**Diagnostico post operatorio:** Peritonitis generalizada por apendicitis aguda complicada

**Evolución postoperatoria:** Se mantiene al paciente en NPO por 3 días, recibiendo dextrosa 5%, cloruro de sodio 9% y cloruro de potasio 20%. Luego,

avanza en su dieta sin inconvenientes (tolerancia oral, dieta líquida, y al último día, dieta blanda). Asimismo, recibe antibioticoterapia (ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas y metronidazol 500 mg EV cada 8 horas) junto a omeprazol 40 mg EV cada 24 horas y metamizol 1 gramo cada 8 horas por 4 días<sup>6,7,8,9</sup>. Al quinto día es dado de alta sin complicaciones.

### **1.3 Rotación de ginecología y obstetricia:**

La rotación de ginecología y obstetricia pudo mantener sus ambientes de sus rotaciones habilitados, no obstante, sus principales limitaciones constaban del poco tiempo que se contaba en cada una, y de la disminución del flujo pacientes en sus diferentes áreas. Las áreas habilitadas eran hospitalización, emergencia, sala de partos, y Unidad de Cuidados Especiales Gineco-Obstétricos (UCEGO). El poder rotar en todas sus áreas permitió la observación de gran variedad de patologías tanto obstétricas como ginecológicas, mas debido al disminuido flujo de pacientes, en relación al aspecto práctico, como es la atención del parto y sus complicaciones, no pudieron ser vistos de manera tan seguida como lo fue en tiempos anteriores a la pandemia. De igual manera, los procedimientos como la aspiración manual endouterina o el legrado uterino, estaban a cargo de los residentes. La mayor participación practica por parte del interno fue en la instrumentación, y en algunos casos participación como ayudante, en los procedimientos de cesárea.

### **CASO 1:**

Paciente mujer de 41 años de edad acude a emergencia por presentar hace 2 horas dolor tipo cólico de moderada intensidad en zona de hipogastrio asociado a sangrado vaginal rojo oscuro de escasa cantidad.

Además, paciente refiere iniciar con sangrado vaginal en poca cantidad  $\pm$  3 meses atrás, y que incrementó en cantidad 2 semanas antes de su ingreso. Por lo cual, acude a su Centro de Salud, donde le dan diagnóstico de Embarazo Molar debido al sangrado de modera cantidad con dolor

abdominal de intensidad variable asociado a hallazgos patológicos en ecografía, dándosele referencia para el HNHU en su momento.

**Antecedentes de importancia:** Hipertensión arterial (HTA) crónica diagnosticada hace 3 años con tratamiento irregular.

G4P2012: G1: 2003, parto vaginal, atérmino, 3430 gramos

G2: 2010, parto vaginal, a término, 3600 gramos

G3: 2011, aborto incompleto, atendido en HNHU

Anticonceptivos: Inyección mensual irregular desde el año pasado (No menstrua debido a ello)

FUM: No recuerda

**Examen físico:** Presión arterial: 118/68 mmHg, frecuencia cardíaca 73 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 15 por minuto, temperatura axilar: 36,6° C, saturación de oxígeno de 98% con FiO2 al 21%

Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación a la palpación profunda en hipogastrio, signo de rebote (-)

Tacto vaginal: Útero en anteversoflexión (AVF) con 9 cm de longitud, orificio cervical interno cerrado, cérvix posterior. En anexos, no se palpan masas y no impresiona dolor a la palpación.

Sistema Nervioso: Despierto, activo, reactivo, orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15

**Impresión diagnóstica en emergencia:**

1. Embarazo molar

**Exámenes complementarios:**

**TABLA 4.** Exámenes complementarios del Caso 1 de Ginecología y Obstetricia

Examen de laboratorio	Resultados
Hemograma	Leucocitos: 7 300
	Segmentados: 52.9%
	Abastionados: 0%
	Eosinófilos: 3%

	Monocitos: 6.9%
	Linfocitos: 36.8%
	Hb: 9.9 mg/dL
	Plaquetas: 422 000
<b>Perfil de coagulación</b>	TP: 15.1
	TTP: 36.5
	TT: 15
	INR: 1.15
	Fibrinógeno: 394
<b>Examen de orina</b>	Leucocitos: 1-2 x campo
	Hematies: 2-4 x campo
	Nitritos: (-)
	Células epiteliales: Regular cantidad
<b>RPR</b>	No reactivo
<b>HIV</b>	No reactivo
<b>Hepatitis B antígeno de superficie</b>	No reactivo
<b>Prueba Molecular COVID 19</b>	Negativo
<b>HCG - Cuantitativa</b>	8.4 mUI/ml
<b>Grupo Sanguíneo</b>	O+

Ecografía transvaginal:

Útero: AVF. Bordes regulares. Parénquima homogéneo. Dimensiones: 97 x 52 x 47 mm. Endometrio: Heterogéneo, con múltiples vesículas, Doppler (+)  
Ovarios: Derecho: 27 x 15 mm. Izquierdo: 17 x 11 mm. No masas, no quistes. Fondo de saco de Douglas: Libre

Conclusión: D/C Embarazo molar<sup>10</sup>

**Evolución:** Paciente luego de ser evaluada con los resultados complementarios, se cambia el diagnóstico a aborto incompleto y anemia moderada, por lo cual es hospitalizada para realización de procedimiento de aspiración manual endouterina (AMEU)<sup>11</sup>.

En piso, se realiza AMEU previo consentimiento informado de la paciente.

Se va de alta con analgésico (ibuprofeno) a las 2 horas posteriores sin complicaciones advirtiéndosele sobre los signos de alarma.

## **CASO 2:**

Paciente mujer de 38 años de edad acude a emergencia por presentar desde hace 2 semanas aumento de volumen en miembros inferiores de manera progresiva con los días. También, refiere que 6 horas antes de ingreso, paciente cursa con epigastralgia, seguida de cefalea frontoparietal de moderada intensidad, mareos y escotomas, motivo por el cual acude al Centro de Salud donde lleva sus controles. Al encontrarse con una presión arterial de 140/90 mmHg, se la refiere a emergencia del HNHU.

**Antecedentes de importancia:** Niega HTA. G8P5205:

G1: 2001, eutócico, 3800 gramos

G2: 2004, óbito, 1400 gramos

G3: 2006, eutócico, 3600 gramos

G4: 2009, eutócico, 3200 gramos

G5: 2012, eutócico, 3850 gramos

G6: 2015, eutócico, 3600 gramos

G7: 2019, eutócico, 3600 gramos, preeclampsia

G8: actual

FUR: 15/08/21, FPP: 22/05/21

**Examen físico:** Presión arterial: 188/111 mmHg, frecuencia cardiaca 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 por minuto, temperatura axilar: 36,7° C, saturación de oxígeno de 99% con FiO2 al 21%

Piel y Faneras: Tibia, hidratada, poco elástica, llenado capilar < 2 segundos, edemas en ambos miembros inferiores +/-+++

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, útero grávido ocupado por feto único.

Altura uterina: 30 cm, situación-presentación-posición: Longitudinal cefálico derecho, movimientos fetales: presentes. Latidos cardiacos fetales: 138 latidos por minuto. Sin dinámica uterina

Tacto vaginal: Cervix: Posterior, blando, orificio cervical externo cerrado.

Altura de presentación: Flotante. Pelvis: Ginecoide

Sistema Nervioso: Despierto, activo, reactivo, orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15

### Impresión diagnóstica en emergencia:

1. Gran multigesta de 35 5/7 por ecografía de I trimestre
2. Trastorno hipertensivo del embarazo: Preeclampsia con signos de severidad
3. No trabajo de parto

Se le canaliza una vía al paciente y pasa a hospitalización con la indicación de nifedipino 20 mg vía oral, inicio de sulfato de magnesio al 20% con 4 gramos + 100cc de cloruro de sodio, administrado con volutrol en 20 minutos; luego continuar con una infusión de 1g por hora, y colocación de sonda Foley<sup>12,13</sup>.

### Exámenes complementarios:

**TABLA 5.** Exámenes complementarios del Caso 2 de Ginecología y Obstetricia

Examen de laboratorio	Resultados
<b>Hemograma</b>	Leucocitos: 10 700 Segmentados: 57.9% Abastionados: 0% Eosinófilos: 3% Monocitos: 8.9% Linfocitos: 30.8% Hb: 10.7 mg/dL Plaquetas: 263 000
<b>Perfil de coagulación</b>	TP: 14.1 TTP: 29.5 TT: 15 INR: 1.06 Fibrinógeno: 632
<b>Examen de orina</b>	Leucocitos: 2-4 x campo Nitritos: (-) Células epiteliales: Regular cantidad
<b>Perfil renal</b>	Urea: 20 Creatinina: 0.6 Glucosa basal: 110
<b>Perfil hepático</b>	Bilirrubina total: 0.45 Bilirrubina directa: 0.12 TGO: 21.5

	TGP: 13.68
	DHL: 206
<b>RPR</b>	No reactivo
<b>HIV</b>	No reactivo
<b>Hepatitis B antígeno de superficie</b>	No reactivo
<b>Prueba Molecular COVID 19</b>	Negativo
<b>Grupo Sanguíneo</b>	O+

Ecografía obstétrica:

Embarazo intrauterino con feto único activo en situación y presentación longitudinal cefálico derecho. Movimientos fetales presentes. Frecuencia cardiaca 148 latidos por minuto. Tono fetal conservado. Movimientos respiratorios presentes. Ponderado fetal 2544.

Placenta: Fúndica anterior con un grado de madurez II

Líquido amniótico: Pozo mayor 40 mm

Conclusión: Gestación única activa de 34 semanas + 6 días por biometría fetal.

**Evolución:** Se verifica funciones vitales y reflejos osteotendinosos conservados en alerta de reacción medicamentosa al sulfato de magnesio. En hospitalización, se le vuelve a examinar, encontrándose:

Altura uterina: 30 cm, situación-presentación-posición: Longitudinal cefálico derecho, movimientos fetales: presentes. Latidos cardiacos fetales: 136 latidos por minuto. Dinámica uterina: ausente.

Tacto vaginal: Cérvix: Posterior, blando, dehiscente a 2 dígitos. Altura de presentación: -4. Pelvis: Compatible.

Se interconsulta a Neonatología verificando disponibilidad de camas, y se inicia inducción de trabajo de parto.

Se culmina pase de cloruro de sodio + oxitocina sin lograr dinámica uterina.

Se determina inducción fallida y pasa a sala de operaciones. Se recibe recién nacido vivo de sexo masculino, con peso de 2460 gramos, APGAR 9 – 9, perímetro cefálico de 33 cm y perímetro torácico de 32.5 cm.

Al post operatorio, paciente controla presiones arteriales menores de 140/90, recibiendo como antihipertensivo metildopa. Es dada de alta sin complicaciones al cuarto día.

#### **1.4 Rotación de medicina interna**

La rotación de medicina fue la última rotación del internado; sin embargo, fue la que más restricciones tuvo, al ser permitido solo su rotación en el área de hospitalización, dejándose de lado la práctica en el área de emergencia. Igualmente, se tuvo que disminuir el número de camas por área para cumplir con el distanciamiento, resultando así en una disminución en el número de pacientes. Debido a todo esto, el mayor provecho se sacó en relación al manejo integral del paciente a través de la medicina basada en evidencia. De igual manera, se observaron una gran variedad de patologías, como son enfermedades cardíacas, nefrológicas, respiratorias, endocrinas, reumatológicas, hematológicas, etc. Y es gracias a ello, que también se pudieron realizar diversos procedimientos, como son la paracentesis, la punción lumbar y la toracocentesis.

#### **CASO 1**

Paciente mujer de 50 años de edad referida del Hospital Hermilio Valdizan con 11 días de estancia cuyo ingreso fue debido a cuadro de descompensación de patología psiquiátrica. 5 días antes del ingreso a nuestro hospital, inicia con alza térmica (valores no fueron cuantificados) asociado a globo vesical, irritabilidad, rechazo de medicamentos orales e intento de fuga del hospital; cuadro que empeora con los días, hasta que el día del ingreso presenta trastorno del sensorio de forma progresiva y es referido al hospital. Además, refieren que, por inicio del cuadro febril, se suspende medicación psiquiátrica (haloperidol, midazolam y olanzapina) y se inicia Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas 3 días antes de su ingreso. Por la sintomatología mencionada, es traída a emergencia del Hospital Hipólito Unanue con los diagnósticos de Trastorno bipolar a descartar encefalitis aguda.

**Antecedentes de importancia:** Trastorno bipolar diagnosticado hace 4 años en el hospital Hermilio Valdizan con tratamiento regular hasta días previos a hospitalización.

**Examen físico:** Presión arterial: 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 por minuto, temperatura axilar: 38,3° C, saturación de oxígeno de 96% con FiO2 al 21%. Portadora de sonda Foley.

Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Globuloso, Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda.

Sistema Nervioso: No evaluable. Escala Glasgow 12/15 Rigidez de nuca (+)

Impresión diagnóstica en emergencia:

1. Síndrome febril
  - 1.1 D/c Meningitis
  - 1.2 D/c encefalitis
  - 1.3 D/c infección de tracto urinario
2. Trastorno bipolar

Se le indica metamizol 1 gr intramuscular STAT y se piden exámenes complementarios.

**TABLA 6.** Exámenes complementarios del Caso 1 de Medicina.

<b>Examen de laboratorio</b>	<b>Resultados</b>
<b>Hemograma</b>	Leucocitos: 7 800 Segmentados: 77% Abastionados: 0% Eosinófilos: 0% Monocitos: 4.9% Linfocitos: 16.8% Hb: 13.1 mg/dL Plaquetas: 213 000
<b>Perfil de coagulación</b>	TP: 14.3 TTP: 29.4 TT: 16 INR: 1.08 Fibrinógeno: 372
<b>Examen de orina</b>	Leucocitos: 3-5 x campo

	Nitritos: (-)
	Células epiteliales: Regular cantidad
<b>Perfil renal</b>	Urea: 33
	Creatinina: 0.6
	Glucosa basal: 118
<b>Perfil hepático</b>	Bilirrubina total: 0.49
	Bilirrubina directa: 0.12
	TGO: 57
	TGP: 63
	Fosfatasa alcalina: 78.93
<b>Electrolitos</b>	Na+: 155
	K+: 3.8
	Cl-: 121
<b>Otros</b>	PCR: 3.94
	CK: 510
<b>Prueba Molecular COVID 19</b>	Negativo

#### Tomografía espiral multicorte (TEM) cerebral sin contraste

Infratentorial: Tronco cerebral: Normal, hemisferios cerebelosos: Normales, IV ventrículo: De amplitud y situación normal

Supratentorial: hemisferios cerebrales: se diferencia apropiadamente la sustancia gris y blanca. Ventrículos laterales y III ventrículo: son normales en cuanto a su posición, forma y tamaño. Elementos de la línea media: conservan su posición normal.

Conclusión: TEM cerebral normal

**Evolución en emergencia:** Con los resultados obtenidos, se plantea que el trastorno de sensorio podría ser de causa metabólica, debido a la hipernatremia moderada, o de causa infecciosa, pensando en una meningoencefalitis bacteriana vs viral, debido a la rigidez de nuca encontrada. Por ello, se plantea hacer una punción lumbar en emergencia, pero debido al desistimiento del familiar presente de firmar el consentimiento informado, no se le realiza. Por lo cual, se toma la decisión de continuar con la Ceftriaxona e añadir antibióticos y tratamiento antiviral empírico: Aciclovir 750 mg cada 8 horas endovenoso, vancomicina 1 gramo endovenoso cada 12 horas y dexametasona 8 mg cada 8 horas endovenoso<sup>14</sup>. Asimismo, se inicia

corrección de hipernatremia en sus 3 días de estancia en emergencia. Luego, se le retira sonda Foley y pasa a hospitalización con los Dx de:

1. Trastorno del sensorio
  - 1.1 Infeccioso: MEC bacteriano vs viral
  - 1.2 Metabólico: Hipernatremia leve
2. Trastorno bipolar
3. D/c Síndrome neuroléptico

**Evolución en piso:** Se examina al ingreso a la paciente, teniendo funciones vitales dentro de los valores normales, y en el examen físico dirigido:

Sistema nervioso: Desorientada en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow: 12/15. Rigidez de nuca (+) Babinsky de pie izquierdo (+)

Se decide colocar a la paciente una sonda Foley debido a que su 2° día de estancia hospitalaria hace globo vesical. Paciente se mantiene afebril, y con funcionales vitales en rangos normales, recibiendo tratamiento antibiótico y antiviral ya mencionados. Se le hace control de hemograma al tercer día con valores normales. Al quinto día de su estancia hospitalaria, familiares firman consentimiento informado para procedimiento de punción lumbar. Se obtienen los siguientes resultados:

**TABLA 7.** Resultados obtenidos tras procedimiento de punción lumbar.

<b>Líquido cefalorraquídeo</b>	
<b>Aspecto</b>	Transparente
<b>Color</b>	Cristal de roca
<b>Leucocitos</b>	3 mm <sup>3</sup>
<b>DHL</b>	16.3
<b>Glucosa</b>	70.1
<b>Proteínas</b>	44.7
<b>ADA</b>	7
<b>Tinta china</b>	Negativo
<b>BK</b>	Negativo
<b>Cultivo</b>	Negativo

En su 10° día de hospitalización, debido a resultados normales de líquido cefalorraquídeo, controles de hemograma normales y mejoría clínica de la paciente (con escala de Glasgow ya en 15/15, y orientada solo en espacio y

persona, sin rigidez de nuca u otros signos), se decide iniciar una ventana terapéutica de 3 días, de igual modo, se hace interconsulta a Psiquiatría, ya dirigiéndose a un diagnóstico de Síndrome neuroléptico maligno debido al CK elevado, para manejo por su servicio<sup>15</sup>. Psiquiatría responde la interconsulta indicando posible reinicio de tratamiento psiquiátrico luego de ventana terapéutica, solicitando en su momento nuevo control de CK, encontrándose en disminución (CK: 267).

Sin embargo, al segundo día de la ventana terapéutica (12° día de hospitalización), vuelve iniciar con picos febriles de 38,6°, por lo cual, se decide toma de hemocultivo y urocultivo previo a reinicio de antibióticos. Asimismo, se toman nuevos exámenes complementarios (Tabla 8), y se solicita a los familiares firma de nuevo consentimiento informado para 2° procedimiento de punción lumbar.

**TABLA 8.** Exámenes complementarios del Caso 1 de Medicina, al 12° día de hospitalización.

<b>Examen de laboratorio</b>	<b>Resultados</b>
<b>Hemograma</b>	Leucocitos: 12 400 Segmentados: 89% Abastionados: 0% Eosinófilos: 0% Monocitos: 6.9% Linfocitos: 3.8% Hb: 16.1 mg/dL Plaquetas: 479 000
<b>Perfil de coagulación</b>	TP: 14.3 TTP: 29.4 TT: 16 INR: 1.08 Fibrinógeno: 372
<b>Examen de orina</b>	Leucocitos: 3-5 x campo Nitritos: (-) Células epiteliales: Regular cantidad
<b>Perfil renal</b>	Urea: 59 Creatinina: 0.71
<b>Electrolitos</b>	Na+: 140

	K+: 4.4
	Cl-: 112
<b>VIH</b>	No reactivo
<b>RPR</b>	No reactivo
<b>HTLV-1</b>	No reactivo
<b>Aglutinaciones tiphy, paratiphy y brucela</b>	En rangos normales
<b>BK en aspirado gástrico</b>	Negativo
<b>Marcadores tumorales</b>	AFP: 1.5 CA 125: 12.4 CA 19.9: 0.1 CEA: 1
<b>Urocultivo</b>	Negativo
<b>Otros</b>	PCR: 1.22 CK: 116

Al 17° día de hospitalización, luego de 3 días de picos febriles después del reinicio de antibióticos y antivirales, normaliza temperatura. Se le realiza una nueva punción lumbar con resultados dentro de los valores normales. Neurología la examina y pide Resonancia magnética con contraste y electroencefalograma para descartar posible cuadro de encefalitis viral. Se realizan ambos tramites para tercerizar por el SIS, y se mantiene en espera de resultado de hemocultivo, ANA y ANCA.

## **CASO 2**

Paciente mujer de 67 años es admitida a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 meses, por un episodio actual de 5 días. Paciente refiere 3 meses antes de ingreso, nota una tumoración de  $\pm 4$  cm a nivel latero cervical izquierdo del cuello, una tumoración en región axilar izquierdo de  $\pm 3$  cm y una en región inguinal izquierdo de  $\pm 4$  cm. 1 mes antes de ingreso, evidencia que tumoración axilar proviene una supuración amarillo purulenta de escasa cantidad por 2 días, que, al no incomodarle tanto, no se revisa diariamente. 6 días antes de ingreso, refiere que tumoración de región axilar izquierda

“revienta” con salida de secreción purulenta, asociado a dolor y, motivo por el cual acude a emergencia.

**Antecedentes de importancia:** Cirrosis hepática diagnosticada hace 6 meses atrás en el hospital de Iquitos, acudiendo a controles de manera regular. HTA diagnosticado hace 4 años con tratamiento regular con losartan 1 vez al día.

**Examen físico:** Presión arterial 100/70, frecuencia respiratoria 20 por minuto, frecuencia cardíaca 110 por minuto, temperatura axilar 37.5 grados centígrados, saturación de oxígeno 99% con FiO2 al 21%.

Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/-+++

Región axilar izquierda: tumoración blanda 3x3 cm con signos de flogosis con orificio de salida de 5x5 mm, con salida de secreción purulenta

Región inguinal izquierda: tumoración de ± 4 cm adherido a plano superficial, móvil, no doloroso a la palpación, no signos de flogosis

Región cervical lateral izquierda: tumoración blanda de 2x3 cm, sin signos de flogosis, no doloroso a la palpación, con orificio de salida.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: Blando, depresible, no se evidencia circulación colateral, no doloroso a la palpación profunda o superficial. Ruidos hidroaéreos presentes.

Sistema Nervioso: Despierto, activo, reactivo, orientado en tiempo, espacio y persona. Escala Glasgow 15/15

**Diagnósticos planteados en la emergencia:**

1. Absceso axilar hepática
2. Cirrosis hepática Child B
3. Anemia moderada
4. Hipoalbuminemia moderada
5. Hipertensión arterial crónica en tratamiento

**Exámenes complementarios:****TABLA 9.** Exámenes complementarios del Caso 2 de Medicina.

<b>Examen de laboratorio</b>	<b>Resultados</b>
<b>Hemograma</b>	Leucocitos: 13 400 Segmentados: 81.5% Abastionados: 0% Eosinófilos: 0.6% Monocitos: 9.9% Linfocitos: 8.8% Hb: 9.4 mg/dL Plaquetas: 211 000
<b>Perfil de coagulación</b>	TP: 17.3 TTP: 39.4 TT: 20 INR: 1.3 Fibrinógeno: 512
<b>Examen de orina</b>	Leucocitos: 1-2 x campo Hematíes: 0-2 x campo Nitritos: (-) Células epiteliales: Regular cantidad
<b>Perfil renal</b>	Urea: 26 Creatinina: 0.9 Glucosa basal: 83
<b>Perfil hepático</b>	Bilirrubina total: 0.78 Bilirrubina directa: 0.56 TGO: 35 TGP: 18 Fosfatasa alcalina: 294 Gama glutamil: 103 Albumina: 2.1
<b>Electrolitos</b>	Na+: 136 K+: 4.8 Cl-: 106
<b>Otros</b>	PCR: 7.61
<b>Prueba rápida COVID 19</b>	IgM (-) IgG (+)

Paciente se le indica iniciar con antibiótico oxacilina 2 gr endovenoso cada 6 horas y pasa a hospitalización para mayor estudio.

**Evolución:** En piso, se observa 2 tumoraciones en región axilar izquierda con signos flogísticos, sin embargo, 1 sin orificio de salida, por lo cual, se decide abrirlo con aguja. De esa tumoración, se sacan 30 cc de líquido purulento que se manda a estudiar. En espera de resultados, se mantiene antibiótico, se da dieta hiposódica, metamizol como condicional a aumento de temperatura, se pide BK de esputo y se realiza nuevo control de hemograma al segundo día de hospitalización, con resultados de leucocitos en disminución, y se hace curación diaria de herida. Al quinto día, llegan resultados de cultivo: negativo y Bk en esputo negativo, pero con un BK de secreción positivo, por lo cual se interconsulta a Programa de Prevención y Control de Tuberculosis (PCT) para inicio de esquema antituberculoso con el nuevo diagnóstico de tuberculosis (TBC) ganglionar<sup>16,17</sup>. PCT refiere que la realización de expediente para pacientes antituberculosos se hará en piso, y se inicia con esquema modificado, debido al antecedente de cirrosis hepática. Se retira la oxacilina y se inicia con esquema de: Rifampicina 600 mg vía oral cada 24 horas, etambutol 1200 mg vía oral cada 24 horas y levofloxacin 750 mg vía oral cada 24 horas<sup>18</sup>. Se realiza control de perfil hepático al quinto de inicio del esquema modificado, asimismo se completa el expediente requerido para que PCT le dé de alta<sup>19</sup>. Al observarse resultados de perfil hepático dentro de los valores normales, y al ver a la paciente con mejoría clínica, se le da de alta.

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

El Hospital Nacional “Hipólito Unanue” es un Centro de Salud perteneciente a la Dirección de Redes de Salud de Lima Este del Ministerio de Salud; está enfocado en la atención especializada, prevención y disminución de riesgos, formación y especialización de los recursos humanos, así como docencia e investigación en el ámbito de responsabilidad asignado<sup>20</sup>.

Según el Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2019, el Hospital se ubica en la Av. Cesar Vallejo 1390, distrito de El Agustino, este último se encuentra en la provincia y departamento de Lima - Perú. Es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud con una categoría de III-1. Es un hospital de referencia nacional y comprende a los distritos de: Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho y Santa Anita. De acuerdo al último censo, para el año 2017 la población llegó a 1´602,571 habitantes<sup>1</sup>.

La cartera de servicios que se ofrece es detallada en el Anexo 1 y contempla una gran variedad de especialidades y tipos de servicios los cuales HNHU ofrecía previo al estado de emergencia causado por la pandemia. Entre ellos, las áreas incluidas son consultorio externo y hospitalización de una amplia diversidad de especialidades, emergencia (atención de urgencia y emergencia de especialidades medicas y quirúrgicas, y atención del servicio de trauma shock), centro obstétrico (atención integral del parto y atención inmediata del recién nacido), cuidados intensivos, patología clínica, anatomía patológica,

hemodiálisis, apoyo el diagnóstico, quimioterapia, medicina de rehabilitación, centro quirúrgico, nutrición y farmacia.

Por otro lado, debido al inicio de la pandemia, la declaración del estado de emergencia, así como la subsecuente cuarentena, obligó al hospital a reorganizar sus recursos infraestructurales y humanos, para primar los servicios prioritarios dados en el estado de emergencia. Por ello, HNHU habilitó carpas en la zona de ingreso de los pacientes de modo que se pueda distribuir de manera ordenada a los pacientes de acuerdo a sus resultados de prueba rápida a áreas de emergencia COVID o no COVID. Asimismo, se reestructuró una gran área del estacionamiento y de otros pabellones para la hospitalización del área COVID. Adicionalmente, se separaron tanto ambientes de centro obstétrico, como de salas de operaciones solo para pacientes COVID, de modo que se disminuyó la cantidad de salas para pacientes no COVID. En hospitalización, cada ambiente debía contar con un adecuado flujo de aire, así como un mínimo espacio entre cama y cama, lo que, a su vez, también disminuyó el número de camas por ambiente y por rotación. El uso del equipo de protección personal (EPP) era obligatorio en todos los ambientes y constaban de pantalón, chaqueta, mandilón, botitas, gafas, gorrito y mascarilla. De modo que se creara menos aglomeramientos, se tuvieron que restringir varias rotaciones que en tiempos pre pandemia, pudieron haber estado habilitadas. Un ejemplo de esto sería consultorio externo, el cual luego del inicio de la cuarentena pasó a ser exclusivamente telemedicina.

### **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Uno de los puntos más importantes del año de internado es el poder al fin aplicar todos los conocimientos clínicos y prácticos que uno ha venido desarrollando durante toda su carrera en situaciones reales. Y pese a las limitaciones que se agregaron debido a la pandemia, el hospital logró dar la oportunidad de un buen desarrollo de estas aptitudes en sus diferentes áreas médicas.

En la rotación de medicina interna, se aplicaron guías de prácticas clínicas basadas en evidencia para la resolución de diferentes casos vistos en la hospitalización. Igualmente, se analizó de manera retrospectiva el manejo que tuvieron las diferentes comorbilidades de los pacientes, así como su manejo en el área de emergencia, obteniendo de ese modo, conocimientos básicos sobre las posibles patologías que se podrían ver en el SERUMS. Además, se realizaron procedimientos menores como son la punción lumbar, la toracocentesis y la paracentesis, bajo supervisión de los doctores a cargo, de manera que no solo se adquirieron destrezas en el ámbito clínico, sino que también habilidades en el ámbito práctico.

En cirugía general, en el área de emergencia, principalmente se vio el manejo básico de heridas, suturas y curaciones, así como la importancia de poder identificar los casos que requerían intervención quirúrgica, y en caso no lo precise, dar un adecuado manejo rápido. Adicionalmente, se experimentó por primera vez el manejo que ocurre en sala de operaciones, pudiendo no solo apoyar como instrumentista, sino como ayudante en algunos casos, dando las primeras experiencias a los internos sobre el área quirúrgica.

En pediatría, se identifica y se solidifica el manejo de las patologías más comunes en esta etapa de la vida, como son las enfermedades diarreicas agudas, crisis asmáticas, infecciones del tracto urinario, entre otras. Mientras que, en neonatología, se recalca la importancia de una buena atención inmediata del recién nacido.

En ginecología y obstetricia, se aprende sobre el correcto control y manejo de gestantes y sus respectivas patologías, siendo las de mayor importancia y prevalencia preeclampsia y ruptura prematura de membranas. En relación al ámbito practico, se resalta la importancia de la correcta atención de un parto, así como de identificar si necesita una atención de mayor complejidad.

## **CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Como se mencionó anteriormente, el inicio del internado fue en el servicio de pediatría, por lo que se pudo apreciar de una manera más global las diferentes patologías y su manejo que podían llegar a emergencia, consultorio externo, o, si en caso requiriese, hospitalización.

No obstante, luego de la reanudación del internado en tiempos de pandemia, el resto de servicios por los cuales se rotaron, sufrieron cambios que limitaron un mejor desarrollo del interno. Por otro lado, de manera externa al hospital, también existían dificultades en relación a la organización y las condiciones en las cuales los internos aceptaron regresar, así como el no cumplimiento de ellas.

En primer lugar, la cantidad de internos que regresó al internado en el HNHU fue menor al cual inició. Además, este grupo se dividió en dos para cumplir la norma en la que se establece que el interno solo podría hacer su práctica 15 días al mes. Y es debido al tiempo perdido resultado de la pandemia, que solo se pudo hacer 2 meses por rotación. Esto dejaba en desventaja al interno no solo en el número de internos por rotación, sino que también en un menor tiempo de rotación en cada servicio. Esto implicaba a su vez, que al tener menor internos, su trabajo superase el horario también establecido en la norma, lo cual hacía que a veces esta no se respetase.

En segundo lugar, de manera general, el flujo de pacientes disminuyó junto a la cantidad de camas por área. Esto era debido a que se debía cumplir con un mínimo de distanciamiento entre cama y cama. De la misma manera, en el

área quirúrgica, se disminuyó el número de sala de operaciones usado por el interno, ya que algunas se restringieron a uso exclusivo del área COVID. Tomando esto en cuenta, se halla también una limitación en relación a la diversidad de prácticas que podía realizar el interno.

Finalmente, a pesar de ser brindado los EPPs de forma rutinaria, existían situaciones en las que el interno era igualmente propenso a contagiarse debido al contacto directo con pacientes que podrían ser COVID, especialmente, en el área de emergencia. Ya que, en una primera instancia, se tomaba la prueba rápida a todos los pacientes que llegaban por emergencia, y en caso no tuviera ella, se le pediría que espere su resultado en las carpas de triaje en la entrada. Sin embargo, a mitades de la rotación, se decidió solo tomar las pruebas rápidas a pacientes que ingresarían a sala de operaciones o a sala de partos, resultando en que pacientes que requerían sutura, o algún otro manejo que requiriese estar en contacto con el paciente, sea una situación de contagio.

A pesar de todo lo anteriormente mencionado, en cada rotación se llegó a un acuerdo junto a los residentes y doctores acerca del horario del interno y sobre sus guardias. De la misma manera, a mitad del internado, se inició el proceso de vacunación en el hospital, lo cual brindó una mayor protección al interno y junto a ello, un mayor sentimiento de seguridad para continuar sus labores. De esta manera, se logró sacar el mayor provecho de cada rotación, en vista de las limitaciones que se presentaban en cada una.

## **CONCLUSIONES**

En conclusión, pese a las limitaciones observadas, el interno pudo beneficiarse de las oportunidades brindadas en el reinicio del internado, así como sentar bases en diferentes aspectos sobre su carrera profesional, de la manera más óptima teniendo en cuenta las condiciones en que se encontraba.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue cumplió en recibir al interno en sus 4 rotaciones principales, dando dentro de lo posible, los conocimientos y experiencias necesarias al interno para poder desarrollarse como médico.

## RECOMENDACIONES

Ante la situación actual, se recomienda una mejor organización en la distribución de internos, ya que, pese a la habilitación de diversos ambientes para el desarrollo del interno, al contarse con un tiempo demasiado corto dentro de cada ambiente, no se alcanzaba un desenvolvimiento completo de este. Por tanto, no logrando en ocasiones aprovechar el hecho de tener estos ambientes hospitalarios para su aplicación clínica o práctica. Adicionalmente, siempre existió el retraso y duda en cuanto a la remuneración que se iba a recibir, por lo cual otra recomendación se dirige hacia ser más claros en relación al estipendio a recibir.

Finalmente, en relación a la bioseguridad, el HNHU cumplió con la entrega de EPPs diarios en cada una de las rotaciones, de igual manera, la vacunación completa del interno en su estadía en el hospital. Sin embargo, solo se tomó una vez la prueba rápida del COVID 19, y fue solo al ingreso. Luego de esto, nunca más se volvió a mencionar sobre algún control, o prueba de hisopado que se fuera hacer al interno. Añadido a esto, siempre existió el caso de contacto con pacientes COVID, en especial en el área de emergencia, donde luego de comenzar a escasear las pruebas rápidas, se atendía a cualquier paciente que llegara al tóxico. En base a esto, se recomienda ser más claros acerca de estos temas, siempre siendo directos sobre si existirá control sobre las pruebas que se hacen, y ser más directo sobre los riesgos a los cuales se enfrentará.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Análisis situacional de salud hospitalario 2019. [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/portal/documentos/wp-content/uploads/2019/11/RD-181-08-19>
2. González JJE. La importancia de la medicina crítica en el internado de pregrado. *Medicina Crítica* 2018;32(3):120
3. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años. 2017. Perú.
4. IETSI-ESSALUD. Guía de Práctica Clínica de Rehidratación y fluidoterapia en niños y adolescentes. 2017 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC-Fluidoterapia-Version-Corta.pdf>
5. Asensi MT et Duelo M. Manejo integral del asma en Atención Primaria. 2018 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/489-506\\_manejo\\_integral\\_del\\_asma\\_en\\_ap.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/489-506_manejo_integral_del_asma_en_ap.pdf)
6. Dubón MC et Ortiz A. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. 2014 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n4/0026-1742-FACMED-57-04-00051.pdf>
7. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. 2019; 41(1):33-8.
8. Souza-Gallardo LM, Martínez-Ordaz JL. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(1):76-81.
9. Mondragón LR, Félix MJS, Fernández FEH. Manejo quirúrgico de apendicitis complicada sin colocación de drenajes. *Cirujano General.* 2012.
10. Segó. Embarazo molar. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47(8):400-4

11. Ramos MG, Ríos EG. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. 2010.
12. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. octubre de 2014;60(4):385-94.
13. Rodríguez-Valenzuela C. Actualidades en el manejo de la preeclampsia. *Rev Mex Anest*. 15 de junio de 2017;40(S1):14-5.
14. Neira IJ. Abordaje integral con criterios clínicos, diagnósticos y terapéuticos para el manejo de meningitis bacteriana en pacientes mayores de 1 año. 2019 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13958/1/NEIRA%20SERRANO%20ISRAEL%20JOSUE>
15. Chavarría MJO, Greene ED, Weber FR. Síndrome neuroléptico maligno. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2019; 17 (3): 282-286
16. Arpa Gámez Á, Ledón Casals A, Travieso Pérez S, Nodarse Hernández R. Tuberculosis ganglionar. *Revista Cubana de Medicina Militar*. junio de 2018;47(2):0-0.
17. Bouchentouf R. Tuberculosis ganglionar: aspectos epidemiológicos, clínicos y evolutivos. *Revista Chilena De Enfermedades Respiratorias*. 2021;37(1), 82-84. Recuperado a partir de <https://revchilenfermrespir.cl/index.php/RChER/article/view/9777>
18. Tost JR, Vidal R, Maldonado J, Caylà JA. Efectividad y tolerancia de las pautas de tratamiento antituberculoso sin isoniacida y/o rifampicina. Análisis de 85 casos. *Archivos de Bronconeumología*. 1 de septiembre de 2008;44(9):478-83.
19. García Rodríguez JF. Manejo de los efectos adversos del tratamiento antituberculoso. *Gal Clin*. 2008;69(1):21.
20. Hospital Nacional Hipolito Unanue. ¿Qué hacemos? 2020 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/4401-hospital-nacional-hipolito-unanue-que-hacemos>

## **ANEXOS**

**ANEXO N° 1. Cartera de servicios ofrecidos por el Hospital Nacional Hipólito Unanue**

**Cartera de Servicios**

- **Consulta Externa**
  - Medicina Interna
  - Pediatría
  - Cirugía general y digestiva
  - Ginecología general
  - Riesgo obstétrico
  - Anestesiología
  - Medicina de Rehabilitación
  - Traumatología y ortopedia
  - Nefrología
  - Cardiología
  - Dermatología
  - Gastroenterología
  - Reumatología
  - Psiquiatría
  - Oftalmología
  - Urología
  - Otorrinolaringología
  - Hematología clínica
  - Med. De enfermedades infx.
  - Qx. Torácica y cardiovascular
  - Qx. plástica y de quemados
  - Qx. De cabeza cuello y maxilo facial
  - Neurocirugía
  - Geriatria
  - Oncología
  - Qx. Pediátrica
  - Terapia del dolor
  - Neonatología
  - Neumología
  - Endocrinología
  - Endocrinología pediátrica
  - Neurología pediátrica
  - Infectología pediátrica
  - Odontología
  - Odontopediatría
  - Qx. Bucal maxilo facial
  - Neurología
  - Psicología
  - Obstetricia
  - Nutrición
  - Enfermería
  
- **Emergencia**
  - a) Atención de triaje**
  - b) Atención rápida de urgencia y emergencia.**
  - c) Tópico.**
  - d) Tópico de nebulizaciones pediátricas.**
  - e) Med. Especialista en Qx:**
    - Pediátrica,
    - General y digestiva
    - De tórax y cardiovascular
    - Oral y maxilofacial,
  - f) Med. Especialista en:**
    - Ginecología,
    - Obstetricia
    - Traumatología y Ortopedia
    - Cardiología
    - Psiquiatría
    - Nefrología
    - Gastroenterología
    - Anestesiología
  - g) Ayuda diagnóstica:**
    - Exámenes ecográficos y de Rx
    - Exámenes de laboratorio
  - h) Sala de observación**
    - Adultos y aislados de emergencia
    - Niños de emergencia
  - i) Atención de procedimientos de emergencia**
  - j) Atención del servicio de trauma shock**
  - k) Atención en la unidad de terapia enteral y parenteral**
  
- **Centro Obstétrico**
  - Atención de parto vaginal por Med. Especialista en ginecología y Obstetricia.
  - Atención inmediata del recién nacido por Med. Especialista en pediatría y enfermería.
  - Atención inmediata del recién nacido por Med. Subespecialista en neonatología
  
- **Cuidados Intensivos**
  - Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios General
  - Atención en el servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos
  - Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
  - Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal
  
- **Central de Esterilización**
  - Desinfección de nivel intermedio.
  - Desinfección de nivel alto.
  - Esterilización por medios físicos.
  - Esterilización por medios químicos

- **Patología Clínica** { - Procedimientos de Laboratorio Clínico tipo III-1
  
- **Anatomía Patológica** { - Procedimientos de Anatomía Patológica tipo III-1
  
- **Hemodiálisis** { - Hemodiálisis  
- Diálisis peritoneal
  
- **Diagnóstico por Imagen** { - Densitometría ósea y tomografía.  
- Radiología convencional  
- Mamografía  
- Radiología intervencionista  
- Ultrasonografía  
- Radiología facial y maxilofacial
  
- **Quimioterapia** { - Quimioterapia ambulatoria parenteral.  
- Quimioterapia ambulatoria regional.  
- Soporte concomitante a quimioterapia
  
- **Centro Quirúrgico** { - Cirugía general y digestiva  
- Intervención Qx en ginecología y obstetricia.  
- Intervención Qx. oftalmológica  
- Intervención Qx otorrinolaringológica  
- Intervención Qx en traumatología y ortopedia  
- Intervención Qx en urología  
- Intervención Qx torácica y cardiovascular  
- Cirugía plástica y de quemados  
- Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial  
- Neurocirugía  
- Cirugía pediátrica  
- Intervención Qx por cirujano dentista  
- Cirugía bucal maxilo-facial  
- Anestesiología  
- Atención en sala de recuperación post anestésica y reanimación
  
- **Medicina de Rehabilitación** { - Atención de rehabilitación de certificados de discapacidad  
- Atención de rehabilitación de certificados de incapacidad  
- Atención de rehabilitación de discapacidad mediante terapia física  
- Atención de rehabilitación mediante terapia ocupacional.  
- Atención de rehabilitación mediante terapia de lenguaje.

- **Hospitalización**
  - Medicina interna
  - Cirugía digestiva general
  - Pediatría
  - Neonatología
  - Ginecología
  - Obstetricia
  - Cuidados especiales obstétricos
  - Obstetricia juvenil
  - Cirugía plástica y de quemados
  - Neurocirugía
  - Traumatología y ortopedia
  - Oncología
  - Urología
  - Oftalmología
  - Otorrinolaringología
  - Cirugía pediátrica
  - Cirugía de tórax y cardiovascular
  - Cirugía de cabeza, cuello y maxilo facial
  - Endocrinología
  - Infectología
  - Cardiología
  - Gastroenterología
  - Enfermedades resp. En tuberculosis
  - Neumología
  
- **Nutrición y Dietoterapia**
  - Soporte nutricional con regímenes dietéticos.
  - Soporte nutricional con fórmulas lácteas.
  - Soporte nutricional con fórmulas enterales.
  
- **Centro de Hematoterapia y Banco de Sangre**
  - Provisión de unidades de sangre y hemoderivados.
  - Abastecimiento de unidades de sangre y hemoderivados.
  - Atención en la sala de recuperación post anestésica y reanimación.
  
- **Farmacia**
  - Dispensación de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
  - Atención en farmacia clínica.
  - Atención en farmacotecnia.