



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE JULIO 2021- ABRIL 2022**

PRESENTADO POR

**SEBASTIAN STEFANO NALVARTE MONTES
ANGELO RAUL PAREDES CAMARENA**

ASESOR

CARLOS MIGUEL PALMA FUENTES

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

LIMA- PERÚ

2022



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 EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE JULIO 2021- ABRIL 2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**SEBASTIAN STEFANO NALVARTE MONTES
ANGELO RAUL PAREDES CAMARENA**

**ASESOR
DR CARLOS MIGUEL PALMA FUENTES**

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: M.E. Johandi Delgado Quispe

Miembro: M.E. Fernando Herrera Huaranga

Miembro: M.E. César Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Se lo dedicamos a nuestros padres, por habernos apoyado en este largo camino, sin importar lo difícil que fue, siempre creyeron en nosotros.

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que conocimos durante el internado y la carrera, los que nos permitieron capacitarnos como excelentes profesionales.

RESUMEN

El presente trabajo es un informe que describe las experiencias del internado en los Centros de Salud La Molina y San Antonio en los meses de Julio 2021 hasta el 30 de noviembre del 2021 y en el Hospital Nacional Hipólito Únanse desde el mes de diciembre del 2021 hasta el 30 de abril del 2022, siendo la segunda promoción que experimenta los cambios ocurridos por la pandemia **COVID 2019**.

Objetivo describir cómo se llevaron las prácticas académicas durante esta fase de la pandemia que comprendió incluso el inicio de la tercera ola y la aparición de una nueva variante Omicron, en los servicios de Medicina interna, Gineco-Obstetricia, Cirugía General y Pediatría, con el fin de dar a conocer cómo se vieron afectadas las rotaciones en cada uno de los servicios

Desarrollo Se realizó una recopilación de casos clínicos en los diversos servicios, logrando consolidar los temas teóricos en la práctica clínica, Además de hacer una comparativa del manejo en el hospital versus las guías clínicas del ministerio

Conclusión Esta etapa es considerada crucial para todo estudiante de medicina, ya que después de seis años de recibir conocimientos teórico-práctico, llega el momento de ponerlos en práctica.

ABSTRACT

The present work is a report that describes the experiences of the internship in the La Molina and San Antonio Health Centers in the months of July 2021 to November 30, 2021 and in the Hipólito Únanue National Hospital from the month of December 2021 to on April 30, 2022, being the second promotion that experiences the changes caused by the COVID 2019 pandemic.

Objective to describe how academic practices were carried out during this phase of the pandemic, which included even the beginning of the third wave and the appearance of a new Omicron variant, in the Internal Medicine, Obstetrics-Gynecology, General Surgery and Pediatrics services, with the in order to publicize how rotations were affected in each of the services

Development A compilation of clinical cases in the various services was carried out, managing to consolidate the theoretical issues in clinical practice, in addition to making a comparison of management in the hospital versus the clinical guidelines of the ministry

Conclusion This stage is considered crucial for every medical student, since after six years of receiving theoretical and practical knowledge, it is time to put it into practice

ÍNDICE

	Págs.
Portada	
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
INTRODUCCIÓN	vii - viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	1
1.2 Rotación de Gineco obstetricia	6
1.3 Rotación en Pediatría	14
1.4 Rotación en Cirugía	21
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	28
3.1 Rotación de Medicina Interna	28
3.2 Rotación de Gineco obstetricia	41
3.3 Rotación de Pediatría	47
3.4 Rotación de Cirugía	53
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	65
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
FUENTES DE INFORMACIÓN	69
ANEXOS	74

INTRODUCCIÓN

El hospital Nacional Hipólito Únanse está localizado en el distrito de El Agustino, en la zona este de Lima Metropolitana, es un Hospital Nivel III-I, centro principal de referencia de todos los centros de Salud de DIRIS Este: Cieneguilla, La Molina, Ate Vitarte, El Agustino e incluso de diversas provincias. Ofreciendo una atención completa básica en los servicios de Salud a la población de distritos urbano, marginal y rural. El hospital cuenta con los servicios de Emergencia, sala de partos, diagnóstico por imágenes, hospitalización, centro quirúrgico, rehabilitación, laboratorio, consultorios externos de distintas especialidades médicas, entre otros.

Actualmente por la coyuntura en la que vivimos cuenta con: Servicios Covid, hospitalización y diagnóstico de esta enfermedad, personal altamente calificado y equipos médicos necesarios para poder responder ante diversas situaciones que ponen en peligro la vida de la comunidad. También cuenta con centros de primer nivel de atención que tienen como objetivo la promoción y prevención de la salud, el manejo de patologías simples evitando la saturación de los centros de mayor complejidad.

El internado comprende las prácticas preprofesionales que todo estudiante de medicina debe recibir cómo médico, este se puede desarrollar en centros de salud públicos del MINSA, ESSALUD, sector privado y Fuerzas armadas. El interno de medicina cumple un rol importante en el equipo del personal de salud, permitiendo así involucrarse en los diversos casos de la atención médica.

A diferencia de los internos del año pasado, el escenario tuvo similitudes y diferencias, nuestro internado se inició habiendo recibido las dos dosis de la vacuna contra el Covid19, si bien tuvimos una reducción en el tiempo de doce a diez meses, 5 meses en centro de salud y 5 meses en hospitales, se tomaron medidas recomendadas por el gobierno para disminuir la exposición de los internos al virus, sin embargo las diversas olas epidemiológicas pusieron en riesgo la estancia de los internos en los diversos niveles de salud, pese a estas

circunstancias se pudo desarrollar el internado en la nueva normalidad por lo que nos adaptamos al nuevo sistema de salud y pudimos adquirir conocimientos y desarrollar las prácticas de manera exitosa, aprendiendo a enfrentar problemas y situaciones que se dan en dentro del ámbito hospitalario, interactuando con médicos asistentes, residentes y el personal asistencial

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de Medicina Interna

1.1.1 Caso 1 Pancreatitis Aguda

Ingresa por emergencia de medicina, paciente de 35 años de Iniciales LCM, con tiempo de enfermedad de 2 meses y un episodio actual de 2 días, de inicio insidioso y curso progresivo refiriendo dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio e HCD principalmente e irradiado hacia toda la espalda e hipocondrio izquierdo, catalogado por la paciente como “En cinturón apretado”, acompañado de sensación de dificultad para respirar, náuseas y vómitos en 2 oportunidades. Niega fiebre. Al examen físico se evidencia paciente hemodinámicamente estable, con abdomen globuloso, dolor a la palpación en hemiabdomen derecho, Signo de Murphy y Mc Burney negativos, con presencia de ruidos hidroaéreos, puntos renoureterales negativos. Ingresa con una ecografía de un centro de salud donde se evidencia litiasis vesicular.

Con todos los hallazgos la impresión diagnóstica es de Síndrome doloroso abdominal a D/C Pancreatitis Aguda. Se solicitan exámenes auxiliares como: Hemograma, urea, creatinina, glucosa, amilasa, lipasa, perfil hepático y prueba COVID, además de una ecografía abdominal y radiografía de tórax. En los resultados de laboratorios, se encontró amilasa y lipasa de 835 u/L y 1035 u/L respectivamente, ecografía abdominal confirmando presencia de litiasis vesicular y prueba antigena negativa para COVID. Se decide hospitalizar.

En la historia clínica: grado de instrucción secundaria completa, ocupación independiente, nacionalidad peruana, funciones biológicas: apetito disminuido y sed aumentada, resto sin alteraciones. Niega: antecedentes fisiológicos, familiares y patológicos. Sin alergias e intervenciones quirúrgicas. Hábitos nocivos como alcohol y tabaco esporádico. No medicación actual. Al examen físico se evidencia aumento de tejido adiposo de distribución centrípeta, ventilación espontánea, piel tibia/húmeda/hidratada con llenado capilar <2

seg, no ictericia. Examen regional de cabeza, cuello, aparato respiratorio, cardiovascular, genitourinario y nervioso sin alteraciones. Al examen abdominal se evidencia no circulación colateral, blando, doloroso a la palpación en hemiabdomen superior, Murphy (-), sonoridad conservada.

La impresión diagnóstica fue pancreatitis aguda leve de origen biliar, Obesidad Grado II. El manejo fue indicar paciente en NPO, hidratación endovenosa, analgesia con tramadol y hioscina y control diario de funciones vitales, además de control laboratorial diario. Paciente evoluciona favorablemente en el transcurso de los días, calmando el dolor e iniciando alimentación por vía oral, dado de alta por el servicio de medicina.

1.1.2 Caso 2 ITU Complicada

Paciente de iniciales MVE ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 días de inicio insidioso y curso progresivo. Paciente con antecedente de reiteradas hospitalizaciones debido a DM tipo 2 descompensada por cetoacidosis diabética. Siendo su última hospitalización hace 3 meses debido a una infección del tracto urinario con tratamiento de ceftriaxona. Familiar refiere que hace 7 días antes de ingresar presenta hiporexia, malestar general, niega SAT, niega fiebre y vómitos. Hace 1 día se agrega astenia y estreñimiento, motivo por el cual lo traen a emergencia. Al examen físico se evidencia taquicardia con FC 111, FR 22, T°36,5 y PA 110/60, con dolor al puño percusión lumbar. Se decide tomar exámenes de laboratorios donde se evidencia hemoglucotest de 486 mg/dL, Leucocitosis de 18700, Hb de 7.5, PCR de 27.3 y un examen de orina patológico con leucocitos con +100 por campo, piocitos +2, Nitritos +. Resto de exámenes sin alteraciones. Ingresa con Dx de Sepsis Urinario D/C ITU Complicada, Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada por lo cual inician con Ceftriaxona EV 2gr C/24h. Se decide hospitalizar para continuar ATB y ampliar estudios. En la historia clínica: grado de instrucción Secundaria Completa, ocupación independiente, nacionalidad peruana, funciones biológicas sin alteraciones, dentro de los antecedentes refieren Diabetes Mellitus tipo 2 hace 6 años en tratamiento y Gastropatía eritematosa moderada en antro diagnosticada por Endoscopia. Niega antecedentes quirúrgicos y transfusiones. Niega hábitos

nocivos. Dentro de los antecedentes familiares, se evidencia HTA por parte del padre. Dentro de la evaluación por aparatos, en la evaluación genitourinario se evidencia PPL + y PRU +. Resto de examen físico conservado y sin alteraciones.

Se plantean como diagnósticos Sepsis Urinario, ITU Complicada y Diabetes Mellitus Tipo 2 no controlada. Se decide como plan de trabajo antibioticoterapia, control glicémico, además de solicitar ecografía renal y exámenes basales.

Se decide continuar con Ceftriaxona 2 mg EV c/24h, además de analgésicos e hidratación. Se solicita los exámenes basales, así como un Urocultivo, el resultado en 5 días. Se reevalúa al paciente con resultado de Urocultivo positivo para E. Coli con resistencia a la ceftriaxona, por lo que se decide cambiar en su terapéutica e iniciar Hidratación a 40cc/h, como antibioticoterapia se inicia con Meropenem 1gr c/8h EV además de la Insulina NPH para control de la diabetes. Paciente evoluciona favorablemente, niega alteraciones durante su evolución y es dado de alta al culminar tratamiento con meropenem de 14 días, con control de su glucemia y examen de orina negativo.

1.1.3 Neumonía Adquirida en la comunidad

Ingresa a emergencia paciente de iniciales RGWM con un tiempo de enfermedad de 1 semana, inicia con hiporexia, debilidad, acompañado de tos + expectoración de coloración amarillo-verdosa, asociado a disnea. Niega sensación de alza térmica. Al pulsioxímetro se evidencia SaO2 de 93%. Los signos vitales evidenciaban taquipnea, resto sin alteraciones. A la evaluación física se evidencia taquipneico, con MV disminuido en hemitórax izquierdo, crepitantes en base izquierda y aumento de las vibraciones vocales. Impresión diagnóstica Neumonía adquirida en la comunidad solicitando Hemograma, PCR, Urea, Creatinina, Glucosa, AGA y Radiografía de Tórax. Se solicita, debido a la coyuntura, una prueba COVID. Además, se le coloca una vía para hidratación y se coloca cánula binasal en caso la Saturación de Oxígeno esté por debajo de 92%. A la reevaluación se evidencia leucocitosis con desviación

a la izquierda, prueba covid negativa, al AGA ligero aumento de pH acompañado de disminución del CO₂, a la Rx de tórax se evidencia un patrón intersticial con broncograma aéreo a nivel del pulmón izquierdo. Se decide hospitalizar al paciente. Con secundaria completa, de ocupación independiente, con antecedente de fractura de cadera hace 3 años y una hospitalización previa por una trombosis de miembro inferior. Niega antecedentes familiares, hábitos nocivos, y alergias. A la exploración por aparatos y sistemas, aparato respiratorio no presencia de tirajes, sonoridad conservada, amplexación conservada, vibraciones vocales aumentadas, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax izquierdo, se auscultan crepitantes en base izquierda, se halla broncofonía y soplo tubárico en hemitórax izquierdo. Finalmente, se diagnóstica Neumonía adquirida en la comunidad y se inicia terapia antibiótica con Ceftriaxona 2 gr EV c/24h, Azitromicina 500mg EV/24h, Metamizol 1gr EV condicional a fiebre, O₂ por cánula binasal en caso la saturación esté por debajo de 92% y Enoxaparina 40 mg SC c/24 h debido al antecedente de trombosis que sufrió el paciente. Además, se solicita AGA control diarios para evolución del paciente que evoluciona favorablemente, recibiendo soporte ventilatorio a través de trabajo respiratorio por parte de Medicina Física y Rehabilitación. Niega molestias a lo largo de la evolución e interurrencias. Paciente es dado de alta al culminar tratamiento antibiótico por 10 días.

1.1.4 Diabetes Mellitus Tipo 2 (Pie diabético)

Ingresa a emergencia paciente de iniciales JABR con un tiempo de enfermedad de 7 años y un episodio actual de 1 semana de inicio insidioso y curso progresivo. Refiere al ingreso que desde hace 1 semana comienza con presentar lesiones descamativas a nivel del 5to dedo del miembro inferior izquierdo, el cual se desprende espontáneamente días posteriores, evidenciándose el tamaño de la lesión asociado a un mal olor y aumento del volumen del miembro inferior izquierdo. Dos días antes del ingreso evidencia coloración negruzca de la lesión, la cual no es dolorosa. Paciente refiere automedicarse durante estos días con amoxicilina, paracetamol y diclofenaco, sin encontrar mejoría. Al ingreso se le evalúa las funciones vitales sin

encontrar alteraciones y a la exploración se evidencia lesión en pie izquierdo localizado en 5to dedo extendido hacia el metatarso de dicho dedo, sin presentar dolor, con secreción de mal olor. Se decide tomar exámenes basales y AGA, donde se evidencia glucosa de 676. En el hemograma se encuentra Leucocitosis de 17.1 mil, resto de exámenes sin alteraciones. Se decide iniciar ceftriaxona + clindamicina durante los 3 días que se encontró en emergencia. Al 3er día se le evaluó con toda la información obtenida y se decide hospitalizar al paciente para manejo y curación de herida.

En la historia realizada en hospitalización paciente con secundaria completa, sin ocupación, con antecedente de diabetes mellitus hace 7 años con uso irregular de tratamiento con metformina e insulina, refiere que al año del diagnóstico de diabetes comenzó con cambios en la coloración de miembros inferiores. Refiere hábitos nocivos (alcohol en 2 oportunidades por semana, tabaco de 6 cigarrillos al día y consumo de marihuana esporádico). Antecedente quirúrgico laparotomía por PAF en 2012 y Colectomía en 2014, este último al realizarse un control prequirúrgico se le diagnóstica diabetes mellitus tipo 2. Antecedente familiar de madre y padre con diabetes mellitus. A la evaluación física se confirma la lesión necrótica en MMII izquierdo a nivel del 5to dedo con secreción purulenta maloliente, con pulso pedio de MMII izquierdo disminuido. Con la información obtenida se diagnóstica Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada, con complicaciones tardías como el Pie diabético infectado Wagner tipo IV.

Se inicia terapia antibiótica con Vancomicina 1gr EV c/12h + Meropenem 2 gr EV cada 8 h, acompañado de Tramadol como analgésico e Insulina NPH durante mañana y noche con Insulina R a escala móvil condicional al Hemoglucotest tomado 3 veces al día.

Al 5to día de hospitalización se decidió intervenir quirúrgicamente siendo ingresado con Diagnóstico de Pie diabético Wagner IV izquierdo y donde se le realizó amputación selectiva 5to dedo del pie izquierdo.

Posterior a la intervención, es evaluado por traumatología donde indican curaciones diarias y continuar ATB, indicando que no hubo alteración articular

posterior a la intervención. El paciente, presenta funciones vitales estables y glucosa controlada a través de la insulina, además de seguir con manejo antibiótico y analgésico.

1.2 Rotación de Gineco obstetricia

1.2.1. Caso 1 Cáncer de Cérvix

Paciente EZA femenino de 60 años procedente de cerro de Pasco, Soltera

- Ocupación: Docente Ingeniería
- Antecedente personal: Niega
- Antecedente quirúrgico: Apendicectomía 2003
- Antecedente ginecológico: Niega
- Menarquia: 18 años RC = 3/28
- IRS: 20 años
- Andría: 2
- MAC = Niega

Antecedente Obstétrico:

- G1P1011 FUR: hace 4 años
- Último parto 1988
- **Fecha de Ingreso 25/01/2022**

Paciente refiere presentar desde hace +/-3 meses (octubre) 3 episodios de sangrado vaginal rojo vivo con necesidad de uso de 4 toallas sanitarias durante 3 días siendo el último asociado a dolor tipo cólico en hipogastrio de 3/10 no asociado a coito, niega otras molestias, sangrado remitió sin necesidad de administración de fármacos.

- Similar episodio se presenta el 1 de diciembre con duración de 1 día que disminuye en cantidad durante el transcurso del día, por **lo que** acude al centro de salud, realizándose PAP. 15 días después de último episodio presenta flujo blanquecino vaginal no asociado a prurito, que se torna amarillento sin mal olor, motivo por lo cual viaja a lima y acude a clínica particular donde le administran tratamiento de levofloxacino 500mg cd 12, metronidazol + nistatina óvulos cd 24 hrs, metronidazol 500mg vo cada 12 hrs, catalogando EPI vs Vulvovaginitis, con mejoría clínica.
- 10 días antes del ingreso presentó episodio de sangrado vaginal por lo que acude el 17/01 /22 a consultorio externo de ginecología del hospital contando con resultado de PAP: “positivo para cáncer, carcinoma de células escamosas”; por lo cual se indica toma de biopsia de cuello uterino y resonancia de pelvis.
- El 25/01/ 22 paciente acude a emergencia por presentar sangrado vaginal asociado a dolor pélvico siendo hospitalizada en ginecología del hospital

Evaluación en Tópico

- Especuloscopia cérvix congestivo hiperémico, se observa lesión en labio inferior de cérvix impresiona exofítica en horas 5, 6, 7, con sangrado activo en poca cantidad.
- Mamas asimétricas no dolorosas, no masas a la palpación ni evidencia de secreciones.
- Genitales externos de acuerdo con la edad, flujo vaginal amarillo verdoso.
- Tvà cérvix indurado móvil, poco doloroso, no impresiona compromiso de parametrios, anexos libres.
- Tacto rectal à se palpa cuello indurado en pared anterior rectal, no impresiona compromiso de parametrios.

ESTUDIO DE IMAGEN

ECO TV (29/12/21)

- Genitales internos de aspecto involutivo, leve hidrometría, cérvix prominente y heterogéneo (38x27mm) sugiere inflamatorio, por aumento difuso de su vascularidad. Correlacionar con especuloscopia.

RMN (17/01/22)

- El estudio realizado evidencia presencia de imagen en relación con cáncer de cuello uterino, la cual por sus dimensiones (53 mm long) estaría tipificado dentro de la clasificación FIGO como estadio IB3.

TAC abdomen y pelvis c/c (26/01/22) Hospitalización

- Impresiona leve incremento de tamaño de cérvix uterino se deberá ampliar estudio con resonancia magnética de pelvis.

Rx Tórax (25/01/22) Hospitalización

- Se evidencia pequeño nódulo calcificado (2.5 x 2 mm) en tercio medio de hemitórax izquierdo, resto sin alteraciones.

Diagnóstico:

1. CA de cáncer de Cérvix 1B3
2. Hidronefrosis

Manejo:

1. Considerado Inoperable, por lo que se hace un manejo de cuidados paliativos, además de interconsulta para Urología

1.2.2. Caso 2 Gestante del Segundo Trimestre - Muerte Materna

Paciente LADB femenino, 21 años soltera con un tiempo de enfermedad de 7 días, acude acompañada de su cuñada por náuseas y vómitos post prandiales, refiere baja de peso, adinamia, no tolera nada por vía oral, tos con expectoración

Examen físico: Aumento de dolor a palpación en hemiabdomen inferior. tv: diferido. Pa: 101/62; fc: 64; fr: 17; t: 37; sat: 99% fio2 21.

Antecedentes:

- Valvulopatía mitral con tratamiento quirúrgico en 2016, Accidente cerebrovascular julio 2021, Hemiparesia izquierda 2021, Sífilis en tratamiento
- Gesta 1, FUR: no recuerda, Menarquia: 13 años y # parejas sexuales: 1

Diagnósticos:

1. Gestante de 16ss x eco II.
2. d/c hiperémesis gravídica

RP 17/08/21 (19:00 HORAS):

- DB +LAV / Cabecera 45°/ O2 X CBN A 3L
- Dextrosa al 5% 1L + NAACL 20% 2 amp + KCL 20% 1 amp + Dextrosa 33% 3 AMP/ Tres frascos.
- Dimenhidrinato 50mg EV C/8 horas
- Metoclopramida 10 mg EV C/8 horas
- Ranitidina 50 mg EV C/8 horas
- CFV + OSA
- SS TSH Y T4L
- Pasa a B1 Covid

17/08/21 (20:00 horas):

- Sintomática respiratoria. taquipneico y desaturando 92 – 94%.
- Funciones vitales: ta: 110/60 fc: 136 fr: 24 t: 37.1 st%: 92 - 94.
- Examen físico: taquipneica, Mv no pasa en ambos campos pulmonares, taquicardia. Hemiplejia de lado izquierdo a predominio de miembro inferior izquierdo.

Diagnósticos planteados:

1. Primigesta 16ss x fur
2. Ira d/c covid moderado

3. ACV x Hcl
4. Cardiopatía mitral operada
5. Hemiplejía izquierda x 3

Indicaciones:

1. S/S AGA Y Dimero D
2. S/S IC Cardiología (Sin respuesta) y Medicina Interna (Sin respuesta)

Tratamiento 17/08/21 (20:00 HORAS):

- NPO
- Dextrosa al 5% 1 l + nacl 20% 2 amp + kcl 20% 1 amp + dextrosa 33% 3 amp/ tres frascos.
- Dimenhidrinato 50mg ev c/8 horas
- Metoclopramida 10 Mg ev c/8 horas
- Ranitidina 50 mg ev c/8 horas
- Cabecera 45°
- O2 por CBN a 5-7 l / sato2 mayor 94% mascara de reservorio 15 litros stat
- Ceftriaxona 2 gr ev c/24 hras
- CFV + osa
- s/s aga, dimero d, i/c medicina interna
- Dexametasona 6 mg ev c/24 hras
- Enoxaparina 60 mg sc c/24 horas
- 23:00 hras: s/s tem tórax y prueba antigénica

- 17/08/21 (22:20 horas): Sat 90-87%. se comunica al jefe de guardia. indica "UCI irá a responder la IC"
- 17/08/21 (22:30 horas): Se comunica telefónicamente al jefe de departamento.
- 17/08/21 (22:35 horas): Se comunica por 4 veces el estado de la paciente al jefe de guardia y que no acuden al llamado de la i/c.
- 17/08/21 (22:40 horas): Se llama a uci covid, responde médico que indica no ser el encargado de responder las interconsultas.

- se sigue a la espera de la llegada del médico de uci encargado. continúa necesidad urgente de evaluación. sat 80-77%.
- 17/08/21 (23:00 horas): Uci covid responde interconsulta y solicita TEM de tórax y prueba antigénica.
 - 17/08/21 (23:15 horas): Paciente en mal estado general, acianótica, fc 86, sat 74%. Se comunica al jefe de guardia la necesidad de traslado a uci. se comunica a un familiar (hermano) sobre la gravedad del caso.
 - 17/08/21 (23:23 horas): sat 74-77%, fc 81, se comunica nuevamente al jefe de guardia.
 - 17/08/21 (23:30 horas): se comunica a jefe de guardia evolución desfavorable.
 - 17/08/21 (23:38 horas): se comunica al jefe de servicio de obstetricia el estado de la paciente. funciones vitales no perceptibles en el momento.
 - 17/08/21 (23:42 horas): paciente en paro cardiorrespiratorio, se procede a masaje cardiaco.
 - 17/08/21 (23:44 horas): Dr. de uci acude a b1, constata muerte, hora de fallecimiento 23:44.
 - 18/08/21 (00:50 hras): resultado de covid antigénica negativo
 - Paciente pasa a mortuorio para necropsia de ley.

1.2.3. Caso 3 Gestante del III trimestre con preeclampsia a descartar criterios de severidad

Paciente con iniciales ALCS femenina de 34 años acude por emergencia referida del centro de salud con los diagnósticos de:

- Gestante de 27 semanas 2/7
- Preeclampsia D/C Signos de severidad

Paciente refiere que presenta cefalea biparietal intermitente durante la gestación, dolor en epigastrio, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

Antecedentes Ginecológicos

- Fecha de última regla: 23/06/20
- G2P0010.

Funciones Vitales

PA: 175/85 mmHg, FC: 125 por minuto, FR: 22 por minuto, T: 36.8C, Sat%:97%.

Examen Físico

Se evaluó abdomen encontrando altura uterina 21cm, LCF: 156, No se evidencia dinámica uterina, MF (Presentes), edemas una cruz, reflejo osteotendinoso una cruz.

Al tacto vaginal se halló cérvix cerrado corto, no se evidencia sangrado vaginal, ni pérdida de líquido amniótico.

Impresión Diagnóstica

Gestante de 27 semanas 2/7 por FUR, no se evidencia labor de parto, Trastorno hipertensivo del embarazo a descartar signos de severidad

Plan de trabajo

Activar clave azul, maduración pulmonar con corticoide, se hospitaliza en ARO B y se realiza interconsulta neonatología para poder notificar el caso y se tenga los cuidados preventivos necesario por si se tiene que finalizar la gestación

-Se le solicita exámenes auxiliares: hemograma, grupo y factor, TGO, TGP, perfil coagulación, glucosa urea creatinina, examen de orina, AGA y electrolitos, proteinuria cualitativa para determinar si existe daño a un órgano blanco.

1.2.4. Caso 4 Gestante y VIH

Acude a la emergencia gestante de 28 años con las iniciales ACDF por presentar dolor abdominal tipo contracciones desde hace más o menos 8 horas, aumentando en frecuencia e intensidad en la última hora, niega sensación de alza térmica, cefalea, náuseas, vómitos, pérdida de líquido y sangre, refiere pérdida de tapón mucoso percibe movimientos fetales. Tiene un diagnóstico de VIH en sus controles prenatales y recibe tratamiento TARGA del servicio de Infectología, no posee ningún antecedente adicional.

Antecedentes Gineco-Obstétricos

FUR: 16/10/20 RC: 5/28. MAC: DIU, fórmula obstétrica: G3 P0020, la primera gestación hace 10 años culminó en aborto espontáneo a las 9 semanas, la segunda hace 5 años que culminó en aborto espontáneo de 6 semanas, embarazo actual de 40 1/7 semanas por ecografía del primer trimestre, con seis controles prenatales en centro materno cercano.

Signos vitales:

FC de 80 por minuto, frecuencia respiratoria de 16 por minuto, presión arterial de 110/80 mmHg, saturación de oxígeno 98%, temperatura corporal de 36.9° C.

Al examen físico:

No presenta ninguna alteración, al examen obstétrico una altura uterina de 35 cm. SPP: longitudinal cefálica izquierdo, movimientos fetales presentes, latidos cardiacos fetales 160 por minuto, dinámica uterina intensidad una cruz y aproximadamente dos en diez minutos, al tacto vaginal se encuentra el cérvix medio, incorporado 60%, dilatación 3 centímetros, altura de presentación -2, pelvis compatible, no se evidencia sangrado ni pérdida de líquido.

Diagnósticos Planteados:

- Tercigesta de 40 1/7 semanas por ecografía del primer trimestre
- Fase latente de trabajo de parto
- VIH con TARV.

Plan de trabajo se indica

- NPO
- Hidratación endovenosa
- Zidovudina endovenosa en infusión
- MMF

Se solicitó batería de exámenes auxiliares Hemograma, Perfil de coagulación, urea, creatinina, glucosa, riesgo cardiológico

Se decide terminar la gestación por cesárea y continuar con la zidovudina hasta corte de cordón umbilical, el informe operatorio refiere que se realizó una cesárea segmentaría transversal primaria, pinzamiento inmediato del cordón umbilical, extracción de feto vivo en cefálico de 39 semanas por Capurro, Apgar 9-9.

En la evaluación post sala de operaciones la paciente permaneció estable con útero contraído a 2 cm por debajo de la cicatriz umbilical y herida operatoria cubierta con secreción serohemática, loquios hemáticos escasos sin mal olor, se discontinúa la zidovudina endovenosa, se agrega bromocriptina y vendaje de mamas. Posteriormente es dada de alta.

1.3 Rotación en Pediatría

1.3.1. Caso 1 Absceso

Paciente ABFG de 9 años acude a emergencia por presentar rinorrea y tos desde hace más o menos 4 días, madre lleva a su menor hijo a su establecimiento de salud, por molestias y le indican amoxicilina, una tableta cada 8 h y otros medicamentos que madre no recuerda, refiere que pese a la

medicación, el menor persiste con malestares, refiere que hace dos días menor presenta dolor de garganta y hace 1 día presenta sensación de alza térmica no cuantificadas, asociado a rinorrea y tos productiva sin expectoración, refiere que hace más o menos 2h horas antes del ingreso el menor presenta convulsiones tónico clónicas generalizadas con retroversión ocular y sialorrea, madre refiere que menor persiste con convulsión y lleva al menor de su establecimiento de salud de Manchay, donde le aplican ampolla para la fiebre y convulsión, pese a medicación, menor persiste con convulsión, motivo por el cual es traído por unidad de trauma de shock a nuestro nosocomio.

Síntomas principales: Fiebre, convulsión, tos y rinorrea

Antecedentes Patológicos:

Enfermedad de la infancia: Epilepsia diagnosticada de 1 a 6m (por convulsión) con medicación con valproato 2.5 ml cada 12 h lo suspendió hace 4 años

Antecedentes de hospitalización: Hospitalizado por convulsión, madre refiere varias veces, no tienes controles por neurología

Examen Físico:

Paciente con obesidad, AREH, AREG.

SNC: Lotep, Glasgow 15/15

TyP: Murmullo vesicular pasa por ambos CP

TyC: RCR, No se evidencia soplo

Abdomen: Blando/depresible, RHA (Presentes), No se evidencia cicatrices, timpanismo conservado, no se evidencia signos peritoneales

GU: No se pudo evaluar

GE: Genitales en dimensiones normales, sin ninguna alteración

Diagnóstico

1. Status Epiléptico Controlado
2. Epilepsia no controlada
3. D/C PIV F
4. D/C ITU
5. D/C Infección del SNC
6. Retraso del lenguaje
7. Obesidad

Reevaluación en Emergencia

FC: 140 FR 25 T: 39.5 SAT: 99%

PyF: Mentón y 2da Molar derecha aumentado de volumen, edematoso, doloroso y caliente

Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos

DX Emergencia: Celulitis Facial D/C Absceso

Exámenes Auxiliares: HMG: L: 27800 N: 61% B: 1% Linf: 21% Plaquetas: 577000 Hb: 8.8 Na: 137 K: 4 Cl: 104 PCR: 453 Ur: 10 Cr: 0.19 Glucosa: 92 P. Antigénica: No reactivo

Evolución: Paciente se hospitaliza para continuar manejo

Evaluación en Servicio:

TCSC: Adenopatía retroauricular cervical en lado derecho, indurada móvil de 2x2cm}}

DX DE PISO: 1. Sepsis por foco dérmico

2. Celulitis Facial

3. Absceso maxilar inferior

Manejo Terapéutico:

Debido a las dimensiones del absceso además de la presencia de adenopatía retro cervical se opta por la cobertura con clindamicina con 700 mg cada 12h por 7 días previos al drenaje del absceso.

Evolución

Paciente post drenaje, se encuentra termodinámicamente estable, ventila espontáneamente, tolera la vía oral, no se cuantifica elevación de la temperatura mayor a 36.7, por lo que se procede a dar de alta al paciente con evaluación en 7 días.

1.3.2. Caso 2 Asma

Paciente SSNM mujer de 5 años, que acude por emergencia, presenta los siguientes síntomas tos sin expectoración y secreción nasal, al día siguiente se añadió SAT, madre del menor refiere haberle dado 35 gotas de paracetamol, generando que la SAT disminuyera, pero se añade tiraje y dificultad para respirar.

Niega antecedentes patológicos de importancia, reacción a medicamentos, cirugías y hospitalizaciones previas.

Examen Físico:

Peso: 21 kg Temperatura: 38.5 FC: 88 FR: 31 Saturación: 94%

Paciente AREN, AREG, AREH

SNC: Lotep/ Glasgow 15/15

Piel: T/H/E LLC menos de 2 segundos, leve cianosis, no ictericia

TyP: MV disminuido en hemitórax izquierdo, sibilantes respiratorios a la espiración e inspiración, tiraje subcostal, se evidencia cianosis

TyC: RCR No soplos

Abdomen: Blando, depresible, no se evidencia signos peritoneales

Según la Escala de Bierman y Pearson de 4 puntos, por este motivo se plantea dos diagnósticos

Dx:

1. Asma

2. Síndrome de condensación: Neumonía

Exámenes Auxiliares solicitados: Placa de Tórax, Hemograma completo, PCR.

Al ser hospitalizado se prescribe la toma de una prueba antigénica de Covid 19, Diagnóstico y Tratamiento terapéutico, usando salbutamol, el paciente menor tiene una mejoría significativa de los síntomas, se le solicita prueba de Espirometría donde se evidencia un patrón obstructivo

En la terapéutica se indica nebulización con 5 gotas de fenoterol más 4 ml de suero fisiológico cada 25 minutos, además del manejo de la SAT con 14 ml de paracetamol. En la placa de tórax no se encuentra infiltrado significativo, se encuentra leucocitos en 13mil a predominio de Eosinófilos, después de administrada la medicación los síntomas comienzan a mejorar FR: 26 Saturación: 95% Temperatura: 37.5.

Al día siguiente se encuentra el paciente en evolución favorable, ventila espontáneamente por lo que se mantiene por 7 días prednisona en jarabe, salbutamol ante una crisis y se da cita para posterior manejo del asma por consultorio externo

1.3.3. Caso 3 Enfermedad Diarreica Aguda

Paciente con iniciales ERGP mujer de 7 años, es traída por la madre por presentar los siguientes signos y síntomas: SAT, diarrea (9 cámaras) describiendo la presencia de deposiciones líquidas con presencia de sangre

y moco desde hace 2 días, refiere además náuseas y vómitos, pero tolerando la vía oral, refiere como antecedentes haber consumido comida fuera de casa en un club campestre hace 4 días.

Antecedentes Familiares:

Papá: Hipertensión Arterial

Antecedentes Personales:

Asma desde los 4 años, niego cirugías, una hospitalización por crisis asmática, Alergia: Paracetamol Peso: 35kg

Examen Físico:

Temperatura: 38°C, FC: 110 lpm, FR: 25 rpm, Sat O2: 97%

Paciente en aparente buen estado general

LOTEP-Glasgow 15/15

Piel: Tibia, no hidratada, elástica sin cianosis ni ictericia, llenado capilar menor a 2 segundos, signo de pliegue positivo

Ty P: MV pasa bien por ambos campos pulmonares

Ty C: RCR, No soplos

Abdomen: Blando Depresible, RHA presentes, no se evidencian signos peritoneales

Manejo Terapéutico

1. Colocación de vía parenteral 10 mL/k/h
2. Ciprofloxacino 30 mg/kg/día cada 12h
3. No restringir la alimentación

1.3.4. Caso 4 Otitis Media Aguda

Niña con siglas FGHG de 8 años acude a la emergencia del hospital Hipólito Unanue con su abuelo por presentar dolor de una intensidad 8/10 en el oído izquierdo, este dolor ha sido progresivo desde hace un día, pero desde hace dos horas el dolor se ha vuelto más intenso, el cual no le permite digerir alimentos ni conciliar el sueño, además refiere hipoacusia y SAT no cuantificada, abuelo no refiere que menor haya tenido diarrea e indica como antecedente hace 5 días, diagnóstico de faringoamigdalitis que fue atendida en casa sin indicación médica con paracetamol por manejo sintomático de fiebre.

Antecedente Familiares:

Madre y Padre: Fallecidos en Accidente de tránsito hace dos años

Abuelo: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2

Antecedentes Personales:

El menor cuenta con todas las vacunas de la infancia, LME, no refiere ninguna enfermedad de la infancia, antecedente de faringo amigdalitis hace 5 días que remitió según abuelo de manera espontánea, trató fiebre con paracetamol en jarabe.

Funciones Biológicas: Orina: Sin alteraciones Deposiciones: Sin alteraciones
Apetito: Alterado Sueño: Alterado

Examen Físico:

- Frecuencia cardiaca: 100 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Temperatura: 38. 0º C. Peso: 33 kg. Talla: 140 cm. SpO2: 99%.
- Paciente en aparente estado regular, AREH, AREN
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15 No signos de focalización ni signos meníngeos

- Piel: T/H/E, no se evidencia alteración en color, no cianosis ni ictericia, signo de pliegue negativo, llenado capilar menor de 2 segundos, no se evidencia tiraje.
- TyP: MV pasa bien por ambos campos pulmonares
- TyC: RCR, No soplos
- Abdomen: Blando/ Depresible, RHA presentes, no se evidencias signos peritoneales
- Oído medio: Se usa el otoscopio, se evidencia un tímpano eritematoso

Plan de trabajo

Inicio de tratamiento antibiótico

1. Amoxicilina en jarabe de 250 ml/ 5 mg c/8h por 7 días
2. Ibuprofeno en jarabe 100 ml/ 5 mg: 10 ml cada 8 horas por 3 días
3. Control por consultorio externo en 48 horas
4. Vigilancia de signos de Alarma

1.4 Rotación en Cirugía

1.4.1. Caso 1 Síndrome de Mirizzi Tipo 1 + Colecistitis aguda

Paciente mujer de 31 años de iniciales YIE con un tiempo de enfermedad de más de 2 meses de inicio insidioso y curso progresivo refiriendo dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho de intensidad 5/10 no irradiado, refiere que calmaba al descansar o consumir analgésicos y empeoraba con la comida copiosa o de grasa. Refiere que el dolor estuvo de manera oscilante durante este tiempo. Ingresa por emergencia con un episodio actual de 2 días de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y epigastrio e irradiado a espalda de intensidad 8/10, acompañado

de náuseas y vómitos de contenido bilioso. A la exploración física se encuentra con signos vitales estables, afebril, al examen físico abdomen blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+), rebote negativo. A la evaluación se le diagnostica como cólico biliar para descartar una colecistitis aguda. Se le solicitan los exámenes auxiliares como urea, creatinina, glucosa, hemograma, perfil de coagulación, grupo y factor, PCR, amilasa, lipasa, perfil hepático, prueba COVID y ecografía abdominal.

Se indicó NPO, hidratación endovenosa, analgesia con ketoprofeno, metamizol, hioscina y omeprazol endovenoso. A la reevaluación con resultados se encontró en la ecografía litiasis vesicular múltiple que se asocia a Hidrocolecisto, un hemograma que indicaba leucocitosis (13 700 cel/ml) con segmentados (79%), proteína C-reactiva en 6 mg/L, resto de resultados sin alteraciones; confirmándose una colecistitis aguda leve. El dolor no calma con analgésicos, por lo que se le inició antibioticoterapia con ciprofloxacino y metronidazol y se le programó a sala para una colecistectomía laparoscópica. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, encontrando vesícula biliar de 8x3x2cm de paredes engrosadas y edematosas, plastronado con epiplón y secreción purulenta perivesicular. Vesícula biliar empotrada a vía biliar principal. Finalmente, el diagnóstico postoperatorio fue Colecistitis aguda litiasica + Sd Mirizzi tipo 1 y la operación efectuada fue una Colelap + Colocación de un Dren Pen Rose. Durante la hospitalización postoperatoria no presentó inconvenientes, inició con dieta blanda, disminuyendo el dolor, así como las secreciones por el Dren. Se continuó con antibioticoterapia endovenosa con ciprofloxacino y metronidazol durante su estadía en hospitalización y oral por 5 días posterior al alta, además de paracetamol condicional al dolor.

1.4.2. Caso 2 Apendicitis Aguda Complicada

Acude a emergencia paciente varón de 58 años de iniciales JCAR con un tiempo de enfermedad de un día aproximadamente, de inicio brusco y curso progresivo refiriendo que el día antes del ingreso a emergencia comenzó con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio no irradiado de intensidad 4/10

durante la noche, posterior a una comida “copiosa”. Refiere, además, que el día del ingreso por la mañana comenzó con un dolor de mayor intensidad 8/10 localizado en FID irradiado desde el epigastrio tipo punzante que no calma con analgésicos, además de añadirse náuseas con vómitos de contenido bilioso. Niega fiebre ni SAT. Impresión diagnóstica síndrome doloroso abdominal a D/C Apendicitis aguda, solicitando exámenes como hemograma, PCR, Grupo y Factor, Glucosa, Urea, Creatinina, Prueba COVID y Perfil de coagulación. Se decide iniciar con terapia de hidratación y omeprazol endovenoso.

Al obtener los resultados, se evidencia Leucocitosis de 19 mil con desviación a la izquierda y PCR de 7.65, sin encontrar otra alteración. A la reevaluación con resultados de laboratorios se evidencia que el dolor no cesa y se encuentra localizado en FID.

Se planteó diagnóstico de Apendicitis Aguda, decidiendo programarse para SOP. En el informe operatorio se diagnosticó como Apendicitis Aguda Complicada, encontrándose al ingreso líquido purulento de +/- 200cc, apéndice paracecal externo de 8x1, 5cm perforado en 1/3 proximal con la base en buen estado.

Durante la hospitalización, recibe analgésicos y antibióticos. Se decide iniciar con ciprofloxacino y metronidazol, acompañado de metamizol. Paciente tolera la vía oral y se le indicó el alta con antibióticos y analgésicos.

1.4.3. Caso 3 Obstrucción Intestinal por Vólvulo de Sigmoides

Acude a emergencia paciente varón de 53 años de iniciales MMC con un tiempo de enfermedad de 3 días, de inicio insidioso y curso progresivo refiriendo que tres días antes del ingreso comenzó con un dolor abdominal leve difuso de intensidad 3/10 acompañado de imposibilidad de defecar a pesar de consumir laxantes, además de náuseas y vómitos de contenido alimentario. Refiere que el día antes del ingreso el dolor se le intensificó a 8/10 difusamente por todo el abdomen, motivo por el cual ingresa a emergencia. A la evaluación se encuentra abdomen distendido, con ausencia de ruidos hidroaéreos y doloroso a la palpación. Impresión diagnóstica Obstrucción

Intestinal solicitando exámenes de laboratorio como hemograma, PCR, Grupo y Factor, Glucosa, Urea, Creatinina, Perfil Hepático, Perfil de Coagulación y Electrolitos, además de radiografía de abdomen de pie.

Una vez obtenido los exámenes de laboratorios se evidenció leucocitosis, PCR de 5 y resto sin alteraciones. En la radiografía de abdomen de pie. Se evidencia niveles hidroaéreos a nivel de lado izquierdo de abdomen. Diagnóstico de Obstrucción Intestinal por Vólvulo de Sigmoides. A la colocación de la sonda Nasogástrica, se evidencia salida de contenido intestinal por la sonda. Se decide intervenir quirúrgicamente ingresando y confirmando el diagnóstico de Obstrucción Intestinal por Vólvulo de Sigmoides y realizándole una Laparotomía Exploratoria: Sigmoidectomía + Colostomía a Hartman + DPR (1) encontrándose como Hallazgos operatorios un sigmoides rotado sobre su eje en +/- 270°, desde +/- 25cm del promontorio. Además, hay presencia de líquido inflamatorio +/- 500cc y asas delgadas parcialmente colapsadas a predominio de mesogastrio.

Durante la hospitalización, recibe analgésicos y antibióticos, además indicaciones de deambulación con faja abdominal. Durante el 1er día postoperado se le clampó la SNG e inició con tolerancia oral y con la medicación mencionada. Finalmente tolero vía oral llegando a dieta blanda, sin presentar distensión abdominal y es dado de alta sin complicaciones

1.4.4. Caso 4 Hernia Umbilical

Acude a emergencia paciente varón de 50 años de iniciales YDBL con un tiempo de enfermedad de más o menos 2 días, de inicio insidioso y curso progresivo. Paciente refiere que desde hace 2 días comenzó con náuseas y vómitos de contenido alimenticio, además de dolor abdominal en región de mesogastrio, niega deposiciones al momento de la evaluación. A la evaluación física se palpa una masa en región umbilical de 6x5cm, no reductible. Se le realizan los controles de laboratorio. Impresión diagnóstica Hernia Umbilical Complicada. Una vez obtenidos los controles de laboratorios prequirúrgicos se decide programar a SOP, ingresando con diagnóstico de Hernia umbilical complicada y el post operatorio de Hernia Umbilical no complicada

realizándole una Hernioplastia umbilical. En los Hallazgos operatorios se apreció masa herniaria de +/-7x4x2 cm que en su interior se evidencio epiplón sin signos de isquemia. Anillo de +/-3cm de diámetro. No se evidenció compromiso de Asa Intestinal

Durante la hospitalización, recibe analgésicos y antibióticos, además de simeticona para los gases y progresión de dieta. Paciente con tolerancia de la vía oral, evolucionó favorablemente, indicándose el alta con analgésicos y simeticona.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Hipólito Unanue, sede hospitalaria donde se desarrolló las rotaciones del internado es un establecimiento de nivel I-III, que se encuentra ubicado al este de Lima, dirección Av. Cesar Vallejo 1390, El Agustino. Este nosocomio es un hospital de referencia en el cono este, ya que atiende zonas urbanas, urbano-marginales, rurales y diferentes partes del país, con mayor afluencia el distrito del Agustino y alrededores

Las unidades de servicios de salud que brinda el Hospital Hipólito Unanue son: consulta externa, emergencia, centro obstétrico, centro quirúrgico, hospitalización, cuidados intensivos, patologías clínicas, diagnóstico por imágenes, medicina de rehabilitación, nutrición y dietética, centro de hemoterapia y banco de sangre, farmacia, hemodiálisis, radioterapia, quimioterapia, radiología. Dentro de cada una de las mencionadas anteriormente, a su vez se desglosa en una amplia cartera prestadora de servicios.

El internado se inició con el ofrecimiento de plazas en diversas DIRIS, por motivos de seguridad, las plazas se manejaban por jurisdicción, para minimizar en lo posible la exposición de los internos, se hizo reuniones por zoom para poder escoger las diversas sedes ofrecidas, además de encuestas para determinar la continuación del internado, ya que por la coyuntura era una decisión voluntaria.

Durante los meses de julio hasta noviembre realizamos el internado en centros de salud de La Molina y San Antonio, se desarrollaron las actividades de acuerdo con el syllabus donde hubo contacto directo con los pacientes, en el diagnóstico y tratamiento, se realizó una adecuada relación médico paciente, con lo que se logró la elaboración de una correcta historia clínica, además realizamos actividades académicas por las diferentes plataformas digitales. Durante los meses de diciembre hasta abril se realizó la segunda fase del internado en el hospital Hipólito Unanue, donde desempeñamos funciones de

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Medicina Interna

3.1.1. Caso 1 Pancreatitis Aguda

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas. La causa más común suelen ser los cálculos biliares. El mecanismo para que los cálculos biliares induzcan la pancreatitis es el reflujo de bilis hacia el conducto pancreático debido a la obstrucción transitoria de la ampolla durante el paso de los cálculos biliares o la obstrucción en la ampolla secundaria a la litiasis. El riesgo de desarrollar pancreatitis aguda en pacientes con cálculos biliares es mayor en hombres; pero la incidencia de pancreatitis por cálculos biliares es mayor en las mujeres.

El evento central para la inducción de pancreatitis aguda es la activación intraacinar de estas enzimas proteolíticas, lo que finalmente conduce a una lesión de la glándula. Esta liberación daña a su vez el endotelio vascular e intersticial, así como las células acinares, ocasionando cambios microcirculatorios como vasoconstricción, isquemia progresiva o estasis capilar; ocasionando inflamación de la glándula. Esto a su vez induce la invasión glandular por macrófagos y leucocitos polimorfonucleares, llevando a la liberación de citocinas proinflamatorias y posterior daño pancreático.

El inicio de la enfermedad es agudo con dolor abdominal intenso en cuadrante superior izquierdo y epigastrio. En caso de ser por cálculos biliares, suele tener un inicio rápido. En algunos casos también se acompañan de náuseas y vómitos. A su vez, también pueden presentar disnea por la inflamación diafragmática secundaria a la pancreatitis. Al examen físico se evidencia epigastrio con sensibilidad a la palpación, distensión abdominal y ruidos intestinales hipoactivos secundario a un íleo por inflamación. En algunos casos puede haber ictericia por coledocolitiasis o edema de la cabeza del páncreas.

Si suele ser una pancreatitis grave, va acompañado de fiebre, taquipnea, hipoxemia e hipotensión. En un 3%, se puede presentar decoloración

equimótica en la región periumbilical (signo de Cullen) o a lo largo del flanco (signo de Grey Turner), los cuales pueden indicar una necrosis pancreática.

Con respecto a los exámenes de laboratorio, la amilasa sérica aumenta dentro de las 6 a 12h posterior al inicio de la pancreatitis aguda. La lipasa sérica aumenta dentro de las cuatro a ocho horas posteriores al inicio de los síntomas. Otros marcadores que se elevan son la proteína C reactiva o las interleucinas, en especial la IL6, IL8, IL10 o el factor de necrosis tumoral. Otros hallazgos son la leucocitosis o el hematocrito elevado por la hemoconcentración debido a la extravasación de líquido intravascular en los terceros espacios.

Con respecto a los exámenes de imágenes, se observa en la ecografía un páncreas difusamente agrandado e hipoeoico. Los cálculos biliares se pueden visualizar en la vesícula biliar o en el conducto biliar. El líquido peripancreático aparece como una colección anecoica. En la Tomografía abdominal se puede observar agrandamiento focal o difuso del páncreas con realce heterogéneo con contraste intravenoso.

El diagnóstico de pancreatitis aguda requiere la presencia de dos de los siguientes tres criterios: inicio agudo de dolor epigástrico intenso y persistente que a menudo se irradia hacia la espalda, elevación de la lipasa o amilasas séricas tres veces o más que el límite superior de lo normal, y hallazgos característicos de la pancreatitis aguda en las imágenes.

El manejo inicial de un paciente con pancreatitis aguda consiste en atención de apoyo con reposición de líquidos, control del dolor y apoyo nutricional.

Se proporciona hidratación a una velocidad de 5 a 10 ml/kg por hora de solución cristaloides, a menos que los factores cardiovasculares, renales u otros factores comórbidos relacionados impidan la reposición agresiva de líquidos. En pacientes con hipovolemia severa que se manifiesta como hipotensión y taquicardia, proporcionamos una reposición más rápida con 20 ml/kg de líquido intravenoso durante 30 minutos, seguido de 3 ml/kg/hora durante 8 a 12 horas. El dolor abdominal suele ser el síntoma predominante en pacientes con pancreatitis aguda y debe tratarse con analgésicos. El dolor

no controlado puede contribuir a la inestabilidad hemodinámica. Los opioides son seguros y eficaces para controlar el dolor en pacientes con pancreatitis aguda. Los pacientes con pancreatitis aguda deben ser monitoreados de cerca en las primeras 24 a 48 horas. Deben monitorearse los signos vitales, incluida la saturación de oxígeno, y administrarse oxígeno suplementario para mantener la saturación de oxígeno arterial por encima del 95%. Los electrolitos deben controlarse con frecuencia en las primeras 48 a 72 horas y especialmente con la reanimación agresiva con líquidos. En ausencia de íleo, náuseas o vómitos, la alimentación oral se inicia dentro de las 24 horas según se tolere, si el dolor está disminuyendo y los marcadores inflamatorios están mejorando. No se recomiendan antibióticos profilácticos en pacientes con pancreatitis aguda.

En el caso del paciente se le diagnosticó una pancreatitis aguda cumpliendo los criterios laboratoriales y clínicos. A la evaluación se evalúa como no complicada, y que no presenta falla de órganos siendo catalogado de leve. El tratamiento fue el mismo que se dio según las guías de pancreatitis, manteniéndolo en una dieta de NPO y una vez recuperado comenzó con una dieta hipograsa, hidratación intensiva, además se dio analgesia con un opioide débil. La evolución fue favorable e inició con dieta de forma temprana sin complicaciones. Posterior al alta, se le debe indicar al paciente que se realice una colecistectomía con el fin de prevenir un cuadro similar.

3.1.2. Caso 2 ITU complicada

Las infecciones del tracto urinario incluyen la cistitis (infección del tracto urinario inferior) y pielonefritis (infección del tracto urinario superior). La patogenia comienza con la colonización del introito vaginal o el meato uretral por uropatógenos de la flora fecal, seguida de la ascensión a través de la uretra hacia la vejiga. La pielonefritis se desarrolla cuando los patógenos ascienden a los riñones a través de los uréteres. La ITU complicada es cuando se ha extendido más allá de la vejiga y presenta al menos una de estas características: Fiebre, signos o síntomas de enfermedad sistémica

(escalofríos o rigidez, fatiga significativa), dolor de costado, dolor en el ángulo costovertebral o un dolor pélvico o perineal en hombres, que puede sugerir prostatitis acompañante.

Escherichia coli, es la causa más frecuente de infecciones agudas complicadas del tracto urinario, Otros uropatógenos incluyen otras Enterobacterias (como *Klebsiella spp* y *Proteus spp*) , *Pseudomonas* , enterococos y estafilococos. Los factores de riesgo de infección urinaria con organismos resistentes incluyen el uso reciente de antimicrobianos de amplio espectro.

Los síntomas y signos son disuria, frecuencia y urgencia urinaria, dolor suprapúbico y hematuria. Otros síntomas son fiebre u otras características de enfermedad sistémica (escalofríos, fatiga marcada), dolor en el costado, sensibilidad en el ángulo costovertebral y náuseas/vómitos. La piuria está presente en casi todos los pacientes con ITU. Las complicaciones que se pueden presentar son bacteriemia, sepsis, disfunción de múltiples órganos y sistemas, shock y/o insuficiencia renal aguda. En caso se sospecha de ITU complicada se envía para análisis de orina y urocultivo.

En estos casos de ITU complicada no requiere imágenes para diagnóstico o tratamiento. Se solicita si el paciente está gravemente enfermo, persiste síntomas o más de 48h de terapia antibiótica apropiada o hay obstrucción del tracto urinario.

La tomografía de abdomen y pelvis suele ser el estudio de elección para detectar factores anatómicos o fisiológicos asociados con ITU complicada.

La terapia antimicrobiana debe iniciarse de inmediato, teniendo en cuenta los factores de riesgo de resistencia a los medicamentos, incluido el uso previo de antimicrobianos y los resultados de cultivos de orina recientes. Se hospitaliza si los pacientes están sépticos o en estado crítico, fiebre alta persistente o dolor, debilidad marcada o incapacidad para mantener la hidratación oral o tomar medicamentos orales. La medicación que se utiliza suele ser Piperacilina-tazobactam 3,375 g IV cada 6 horas o Meropenem 1 g IV cada 8 horas en caso el paciente se encuentre séptico. Se puede utilizar

Ceftriaxona 1gr EV C/24h o Ciprofloxacina 400 mg EV dos veces al día en pacientes más estables.

Los resultados del urocultivo y las pruebas de susceptibilidad deben usarse para confirmar que el régimen empírico elegido es activo y adaptar el régimen, si corresponde.

Los pacientes que fueron tratados inicialmente con un régimen parenteral pueden cambiar a un agente oral una vez que los síntomas hayan mejorado, siempre que lo permitan las pruebas de cultivo y susceptibilidad. Los agentes orales apropiados para tratar la ITU aguda complicada incluyen levofloxacino (750 mg una vez al día), ciprofloxacina (500 mg dos veces al día o 1000 de liberación prolongada una vez al día) y trimetoprim-sulfametoxazol (160 mg/800 mg por vía oral dos veces al día). La duración total de la terapia antimicrobiana generalmente oscila entre 5 y 14 días. Los síntomas deben mejorar rápidamente si la terapia antimicrobiana es efectiva.

Con respecto al caso, el factor de riesgo más importante para que sea una ITU complicada fue su diabetes mellitus mal controlada, además de sus reiterados episodios de ITU. El diagnóstico fue clínico mediante los signos y síntomas que se presentaron. Se consideró que el foco de la sepsis fue a partir de la vía urinaria debido al examen de orina patológico y urocultivo positivo. El paciente cumple con los criterios SIRS con leucocitosis elevados, frecuencia cardíaca y respiratoria elevada, sin embargo, no cumple con el Q SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)

En cuanto al manejo de la Infección Urinaria se comenzó con Ceftriaxona 2 gr EV, sin embargo, una vez obtenido el urocultivo se cambió de antibiótico a Meropenem 1gr EV, logrando una mejoría en el paciente. Además, se inició con Insulina para el control glicémico del paciente. Una vez mejorada todo el cuadro se le dio de alta sin interurrencias.

3.1.3 Caso 3 Neumonía adquirida en la comunidad

La neumonía adquirida en la comunidad es una causa principal de morbimortalidad. Se puede presentar desde una neumonía leve por fiebre y

tos productiva hasta una neumonía grave con disnea y sepsis. Esta neumonía se define como una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida fuera del hospital. Los factores de riesgo para presentar esta patología son edad avanzada, comorbilidades crónicas como la EPOC, Bronquiectasia, DM2, ACV o Enfermedades inmunocomprometidas, infecciones virales que predisponen a una neumonía bacteriana secundaria, tabaquismo y alcohol o lugares de hacinamientos o exposición a toxinas.

Los patógenos detectados más frecuentemente son el *Streptococcus pneumoniae* y los virus respiratorios. Otras causas típicas son el *Haemophilus influenzae* o la *Moraxella catarrhalis*. También existen bacterias típicas como la *Legionella*, *Mycoplasma pneumoniae* o una *Clamidia pneumoniae*. Otra causa más importante en este estado actual es la Infección por el Virus SARS Cov 2.

Los patógenos respiratorios se transmiten de persona a persona a través de gotitas o a través de la inhalación de aerosoles. Después de la inhalación, el patógeno coloniza la nasofaringe y luego llega a los alvéolos pulmonares mediante micro aspiración. Cuando el tamaño del inóculo es suficiente y/o las defensas inmunitarias del huésped están disminuidas, se produce una infección.

La presentación clínica de la NAC varía desde una neumonía leve caracterizada por fiebre, tos y dificultad para respirar hasta una neumonía grave caracterizada por sepsis y dificultad respiratoria. La tos, la disnea y el dolor torácico se encuentran entre los síntomas más comunes asociados con la NAC. Los signos de neumonía incluyen taquipnea, aumento del trabajo respiratorio y ruidos respiratorios, como estertores/crepitantes y ronquidos. Estos signos y síntomas resultan de una leucocitosis. La hipoxemia resulta del deterioro posterior del intercambio alveolar de gases. En la radiografía de tórax, la acumulación de glóbulos blancos y líquido dentro de los alvéolos aparece como opacidades pulmonares. También hay síntomas sistémicos como fatiga, escalofríos, malestar general, dolor torácico (que puede ser pleurítico) y anorexia. Los marcadores inflamatorios aumentan. El diagnóstico

de NAC generalmente requiere la demostración de un infiltrado en imágenes de tórax en un paciente con un síndrome clínicamente compatible.

Se solicita radiografías de tórax posteroanterior y lateral. Los hallazgos radiográficos compatibles con el diagnóstico de NAC incluyen consolidaciones lobares, infiltrados intersticiales, y/o cavitaciones. En caso se sospeche NAC **a** en función a la clínica a pesar de una radiografía de tórax negativo se solicita una tomografía de tórax.

Las puntuaciones de gravedad utilizadas son el Índice de gravedad de neumonía (PSI) y CURB65. El primero es el más preciso y su seguridad y eficacia para guiar la toma de decisiones clínicas ha sido validada. Sin embargo, la CURB-65 es la más empleada debido a su facilidad para usar.

Los pacientes que se encuentran con signos vitales normales y sin preocupación por complicaciones, tienen neumonía leve y pueden tratarse en un entorno ambulatorio. Estos pacientes suelen tener puntajes PSI de I a II y puntajes CURB-65 de 0. Los pacientes que tienen saturaciones periféricas de oxígeno <92% deben ser hospitalizados. Además, los pacientes con puntajes PSI \geq III y puntajes CURB-65 \geq 1 generalmente deben ser hospitalizados. Si el paciente presenta una Insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica o una Sepsis que requiere soporte vasopresor se debe manejar al paciente en UCI. La presencia de tres de estos criterios justifica el ingreso en la UCI: Estado mental alterado, Hipotensión que requiere soporte de líquidos, Temperatura <36 °C, Frecuencia respiratoria \geq 30 respiraciones/minuto, PaO₂ /FiO₂ \leq 250, BUN \geq 20 mg/dL, Recuento de leucocitos <4000 células/microL, Recuento de plaquetas <100.000/mL o un Infiltrados multilobares.

El tratamiento se enfoca según donde se tratará al paciente. Para los pacientes con NAC, los regímenes empíricos están diseñados para atacar *S. pneumoniae* y los patógenos atípicos. La cobertura se amplía para pacientes ambulatorios con comorbilidades, tabaquismo y uso reciente de antibióticos para incluir al *H. influenzae*, *M. catarrhalis* y SAMS. Para aquellos con enfermedad pulmonar estructural, se amplía más para incluir *E. coli* y *Klebsiella spp.* En menores de 65 años suelen usarse amoxicilina oral (1 g tres veces al día) más un macrólido como azitromicina o doxiciclina. Para los pacientes que tienen comorbilidades importantes que son fumadores y/o que han usado antibióticos en los últimos tres meses, se solicita amoxicilina con ácido clavulánico 2 gr 2 veces al día más un macrólido o doxiciclina. En caso el paciente no pueda usar betalactámicos, se usa una fluoroquinolona respiratoria como el levofloxacino. El tiempo de tratamiento suele ser de 5 días.

En caso de pacientes hospitalizados, los antibióticos empíricos se utilizan para tratar *S. áureos*, bacilos entéricos gramnegativos, además de patógenos típicos y atípicos.

Generalmente se usa uno de estos 2 regímenes: terapia combinada con un betalactámico más un macrólido o monoterapia con una fluoroquinolona respiratoria. Si se sospecha de MRSA se suele utilizar vancomicina o linezolid. Y si se sospecha pseudomona se utiliza una terapia combinada con un betalactámico antipseudomonas (piperacilina – tazobactam, cefepime, meropenem) más una fluoroquinolona antipseudomonas (ciprofloxacino o levofloxacino).

Los pacientes con infección leve generalmente requieren de cinco a siete días de terapia. Los pacientes con infección grave o comorbilidades crónicas generalmente requieren de 7 a 10 días de tratamiento. El alta hospitalaria es apropiada cuando el paciente está clínicamente estable, puede tomar medicamentos por vía oral, no tiene otros problemas médicos activos y tiene un entorno seguro para recibir atención continua.

Con respecto al caso, el paciente al ingreso presenta síntomas y signos compatibles con una neumonía adquirida en la comunidad. A la reevaluación se evidencia que se confirma diagnóstico. Se hospitaliza al paciente debido a que su factor de riesgo más importante fue la edad, ya que era un adulto mayor. A la evaluación, se evidencia un CURB65 de 2, por lo que se decide su manejo en hospitalización con antibióticos adecuados ya que se usó un betalactámico más un macrólido. El paciente evolucionó sin alteraciones debido a que respondió a los antibióticos. Con la mejoría de los síntomas, el paciente es dado de alta, debido a que tolera además la vía oral sin complicaciones.

3.1.4. Caso 4 Diabetes Mellitus Tipo 2 (Pie Diabético)

Diabetes Mellitus es una enfermedad que se caracteriza por hiperglucemia debido a un metabolismo anormal de carbohidratos. Se asocia con una alteración de la secreción de insulina acompañado de una resistencia a la acción de esta. La presentación más frecuente es la Diabetes Mellitus tipo 2, el cual se caracteriza por hiperglucemia por la pérdida progresiva de la secreción de insulina con un patrón de fondo de resistencia a la insulina. Los síntomas clásicos de la hiperglucemia son la poliuria, polidipsia, nicturia, visión borrosa y pérdida de peso, los cuales aparecen después de que el valor de glucosa en sangre está elevado.

El otro tipo de diabetes es la Diabetes tipo 1 que se da por la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas, lo que lleva a una deficiencia absoluta de insulina. Está asociada, a que la mayoría de su presentación inicial suelen ser complicaciones como la Cetoacidosis diabética.

Esta enfermedad se diagnóstica mediante la prueba de glucosa en ayunas, test tolerancia a glucosa oral o la hemoglobina glicosilada.

El diagnóstico de diabetes mellitus se establece cuando se presenta síntomas clásicos de hiperglucemia (sed, poliuria, pérdida de peso, visión borrosa) y la glucosa aleatoria está en ≥ 200 mg/dL. También se puede dar en un paciente

asintomático con valores de glucosa en ayunas de ≥ 126 mg/dL. Una prueba de tolerancia con glucosa con 75 gr a las dos horas de ≥ 200 mg/dl o un valor de hemoglobina glicosilada de ≥ 6.5 por ciento. El diagnóstico de diabetes debe confirmarse al día siguiente mediante la repetición de la medición, repitiendo la misma prueba para la confirmación.

Existe también, en algunas literaturas, el término de prediabetes, que son los pacientes con alto riesgo de desarrollar diabetes posteriormente. Los criterios son cuando la glucosa en ayunas está entre 100 y 125 mg/dL, el valor de glucosa en plasma de dos horas durante la tolerancia de glucosa con 75 gr entre 140 y 199 mg/dL o si la hemoglobina glicosilada está entre 5,7 a $<6,5\%$. Si la prueba diagnóstica es compatible con prediabetes, debe repetirse anualmente.

Los problemas de los pies son una causa importante de morbilidad en pacientes con diabetes mellitus. Existen factores de riesgo que son predictivos de úlceras y amputaciones, los cuales son: Ulceración previa del pie, Neuropatía, Deformidad del pie o una Enfermedad vascular.

Existen clasificaciones de riesgo para predecir la úlcera del pie en pacientes con diabetes. Un sistema de clasificación estratifica a los pacientes como Grupo 0 (sin neuropatía), Grupo 1 (Neuropatía presente, pero sin evidencia de deformidad del pie o enfermedad vascular periférica), Grupo 2 (Neuropatía con evidencia de deformidad o enfermedad vascular periférica) o Grupo 3 (Historia de ulceración del pie o amputación de las extremidades inferiores)

Todos los pacientes con diabetes deben ser examinados para identificar el riesgo de ulceración del pie. Los pies deben inspeccionarse visualmente en cada visita de rutina para identificar problemas con el cuidado de las uñas, calzado que no calce bien y que produzca barotrauma, infecciones fúngicas y formación de callos que pueden provocar problemas más graves en los pies.

Se debe evaluar la integridad de la piel. La presencia de eritema, calor o fisuras pueden indicar áreas de tejido dañado. También deben evaluarse las deformidades óseas, la movilidad articular y la marcha y el equilibrio. Una complicación que se puede dar posterior es la artropatía de Charcot, que se caracteriza por el colapso del arco de la parte media del pie y prominencias óseas anormales, la cual a su vez va acompañada en ocasiones de una neuropatía autonómica ocasionando que la piel de los pies está seca y tiende a volverse escamosa y agrietada, permitiendo que la infección penetre debajo de la piel. Otra consecuencia es la disminución de la circulación capilar, ocasionando que los tejidos no estén nutridos y que el pie que se siente caliente y tiene venas distendidas y pulso saltón, ocasionando que el pie sea vulnerable a la gangrena. Los hallazgos del examen físico, como la disminución de los pulsos, la disminución de la temperatura de la piel, piel delgada, falta de vello y color azulado de la piel no son suficientes para el manejo. Los pacientes con sospecha de arteriopatía periférica deben someterse a una prueba del índice tobillo-brazo para el manejo posterior. Otra prueba que se debe realizar es la pérdida de la sensación protectora con un monofilamento, con las puntas de los dedos o con una prueba de vibración con un diapasón.

El primer paso en el manejo de las úlceras del pie diabético es evaluar, graduar y clasificar la úlcera. La clasificación se basa en la evaluación clínica de la extensión y profundidad de la úlcera y la presencia de infección o isquemia.

Existen sistemas de clasificación para las heridas de pie diabético, siendo la más conocida la clasificación de Wagner. Esta clasificación se basa en la evaluación clínica. Se divide en Grado 1 (Úlcera superficial: solo piel y tejido subcutáneo), Grado 2 (Úlcera profunda en tendón, músculo, cápsula articular o hueso), Grado 3 (Úlcera profunda con absceso, osteomielitis o tendinitis), Grado 4 (Gangrena parcial del pie) o Grado 5 (Gangrena de todo el pie).

El tratamiento de las úlceras del pie diabético comienza con una evaluación integral de la úlcera y el estado médico general del paciente. El cuidado de la úlcera local incluye un desbridamiento agudo y una cobertura adecuada de la

herida. Cuando se necesita realizar un desbridamiento, se sugiere ser quirúrgico.

El tratamiento se basa en la clasificación de la úlcera. Si la úlcera es superficial y no infectada se puede desbridar de forma ambulatoria. Si ya se extiende a tejidos más profundos, se realiza el desbridamiento quirúrgico. Si se encuentra infectada ya incluye terapia antibiótica y desbridamiento quirúrgico. Si ya existe isquemia, además de los cuidados locales deben ser evaluados para una posible revascularización. Se debe considerar la revascularización en pacientes con cualquier grado de isquemia de las extremidades y úlcera del pie que no mejora con el transcurso del tiempo apropiado. Si existe concomitante infección e isquemia, esto ya es un mayor riesgo de falta de cicatrización y amputación.

El desbridamiento del tejido necrótico es importante para la cicatrización de las úlceras. El desbridamiento cortante es el método más utilizado, usa un bisturí para eliminar el tejido necrótico. El desbridamiento enzimático es apropiado en casos como una enfermedad vascular extensa que no está bajo control. El desbridamiento autolítico puede ser una buena opción en pacientes con úlceras dolorosas, utilizando un vendaje de modo que el tejido necrótico sea digerido por las enzimas normalmente presentes en el tejido de la herida.

Después del desbridamiento, las úlceras deben mantenerse limpias y húmedas, pero sin exceso de líquidos. La terapia hiperbárica con oxígeno se asocia a una mejor cicatrización como un componente del tratamiento de las úlceras diabéticas.

Las úlceras sujetas a presión y estrés sostenido o frecuente o presión moderada repetitiva se benefician de la reducción de la presión, que se logra con descarga mecánica. Los dispositivos de descarga incluyen yesos de contacto total, andadores para yesos, modificaciones del calzado y otros dispositivos para ayudar en la deambulación.

El manejo de la infección se basa en las etapas clínicas de la infección. Los organismos infecciosos más comunes son los cocos aerobios grampositivos. Otros patógenos frecuentes son los bacilos gram negativos aerobios y los

anaerobios. La terapia antimicrobiana empírica debe seleccionarse en función a la gravedad de la infección y la probabilidad de organismos resistentes. La duración del tratamiento depende de la gravedad de la infección y de la presencia de osteomielitis subyacente o residual.

La revascularización juega un papel importante en el tratamiento de las úlceras del pie diabético en pacientes con enfermedad arterial periférica con el fin de evitar la necesidad de amputación. Sin embargo, si no se puede realizar, se recomienda la amputación selectiva con el fin de evitar la propagación de la enfermedad. Se piensa en la amputación cuando el potencial de curación es bajo o si una infección grave se propaga.

La amputación es una complicación que se busca evitar. La amputación no siempre debe verse como un fracaso del tratamiento, sino como un medio de rehabilitación más rápido y confiable para poder regresar a las actividades de la vida diaria. La cirugía puede ser la mejor manera de controlar una infección grave que podría necesitar una amputación más traumática en el futuro. La amputación no siempre implica la pérdida de todo el pie o toda la pierna.

El seguimiento es importante para garantizar una mejora continua y para evaluar la necesidad de modificar la terapia antimicrobiana o una intervención quirúrgica adicional.

En el caso expuesto el paciente presentó un curso irregular en el tratamiento de la diabetes, glucosa elevada al momento de la evaluación en emergencia, la cual se acompaña de una afectación en el 5to dedo de su MMII izquierdo sobrellevando a un pie diabético de clasificación Wagner IV. La sospecha diagnóstica fue al observarse el área necrótica del 5to dedo, ausencia del dolor y la secreción purulenta junto con el factor de riesgo más importante que es la diabetes mellitus. Se inició con una antibioticoterapia empírica en emergencia, la cual fue reemplazada en hospitalización, sin embargo, se optó 4 días después por una intervención quirúrgica con el fin de minimizar los daños al paciente, así como su mejoría clínica.

Fue importante el manejo quirúrgico temprano con el fin de eliminar el tejido necrótico infectado y salvaguardar la mayor cantidad de tejido del pie.

Posteriormente continuó con la terapia antibiótica, así como el manejo de las curaciones diarias. Como se mencionó, no se pudo continuar con el seguimiento del caso debido a la culminación de la evaluación del paciente por parte del interno, sin embargo, es importante saber que la mortalidad de esta patología es alta y los factores de buen pronóstico está en la prevención de los factores de riesgo, desbridamiento temprano, amputación oportuna, una adecuada cobertura antibiótica, y control de la glucosa.

3.2 Rotación de Gineco obstetricia

3.2.1 Discusión caso 1 Cáncer de Cérvix

El cáncer de cérvix es un problema importante es nuestro país, ya que tiene una alta frecuencia a pesar de que la evolución de la patología es lenta, entre 10 a 15 años aproximadamente, esto debido a que nuestra cultura de prevención es pésima

Para poder determinar cuál es el manejo de la enfermedad es necesario usar una escala, que nos permitirá saber ante qué estado de la patología estamos y cuál será el tratamiento, esa escala es conocida como FIGO

Para asignar el estadio del cáncer, se evalúa el tumor y si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

La determinación del estadio se basa en los resultados de un examen físico, las exploraciones por imágenes y las biopsias.

Estadio I: el cáncer se ha diseminado desde el revestimiento del cuello uterino hacia el tejido más profundo, pero todavía se encuentra únicamente en el útero. El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Este estadio puede dividirse en otros grupos para describir el cáncer con más detalle:

- Estadio IA: el cáncer se diagnóstica solo observando el tejido o las células del cuello uterino con un microscopio. También se pueden utilizar pruebas por imágenes o evaluación de muestras de tejido para determinar el tamaño del tumor.

- Estadio IA1: hay un área cancerosa de menos de 3 milímetros (mm) de profundidad.
- Estadio IA2: hay un área cancerosa de 3 mm a menos de 5 mm de profundidad.
- Estadio IB: en este estadio, el tumor es más grande pero todavía está confinado al cuello uterino. No hay diseminación distante.
 - Estadio IB1: el tumor mide 5 mm o más de profundidad y menos de 2 centímetros (cm) de ancho. Un centímetro es aproximadamente igual al ancho de un lapicero o un lápiz estándar.
 - Estadio IB2: el tumor mide 2 cm o más de profundidad y menos de 4 cm de ancho.
 - Estadio IB3: el tumor mide 4 cm o más de ancho.

Estadio II: el cáncer se ha diseminado más allá del útero hacia áreas cercanas, como la vagina o el tejido cercano al cuello uterino, pero todavía está dentro del área pélvica. El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Este estadio puede dividirse en grupos más pequeños para describir el cáncer con más detalle (ver más abajo).

- Estadio IIA: el tumor está limitado a los dos tercios superiores de la vagina. No se ha diseminado al tejido próximo al cuello uterino, que se denomina región parametrial.
 - Estadio IIA 1: el tumor mide menos de 4 cm de ancho.
 - Estadio IIA 2: el tumor mide 4 cm o más de ancho.
- Estadio IIB: el tumor se ha diseminado a la región parametrial. El tumor no llega a la pared pélvica.

Estadio III: el tumor compromete el tercio inferior de la vagina y/o se ha diseminado a la pared pélvica y/o causa hinchazón del riñón, denominada hidronefrosis, o impide que el riñón funcione y/o compromete los ganglios linfáticos regionales. No hay diseminación distante.

- Estadio IIIA: el tumor compromete el tercio inferior de la vagina, pero no ha crecido hasta el interior de la pared pélvica.
- Estadio IIIB: el tumor ha crecido dentro de la pared pélvica y/o afecta un riñón.
- Estadio IIIC: el tumor compromete los ganglios linfáticos regionales. Esto puede detectarse mediante pruebas por imágenes o anatomía patológica. Agregar una “r” minúscula indica que se usaron pruebas por imágenes para confirmar el compromiso de los ganglios linfáticos. Una “p” minúscula indica que se usaron los resultados de la anatomía patológica para determinar el estadio.
 - Estadio IIIC1: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos de la pelvis.
 - Estadio IIIC2: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos paraaórticos. Estos ganglios linfáticos se encuentran en el abdomen cerca de la base de la columna vertebral y cerca de la aorta, una arteria principal que va del corazón al abdomen.

Estadio IVA: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto, pero no a otras partes del cuerpo.

Estadio IVB: el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Recurrente: un cáncer recurrente es aquel que reaparece después del tratamiento. Si el cáncer regresa, se realizará otra serie de pruebas para obtener información sobre el alcance de la recurrencia. Esas pruebas y exploraciones a menudo son similares a aquellas que se realizan al momento del diagnóstico original.

En el caso de la paciente por la edad hace sospechar ante el sangrado de un proceso maligno, motivo por el cual se hace un procedimiento PAP: dando “positivo para cáncer, carcinoma de células escamosas”; por lo que se indica toma de biopsia de cuello uterino y resonancia de pelvis, al realizarse da como

resultado carcinoma de células escamosas bien diferenciado, queratinizante, infiltrante y ulcerado por lo que se solicita exámenes de imagen para poder tener evidencia de imagen en relación con cáncer de cuello uterino, la cual por sus dimensiones (53 mm long) estaría tipificado dentro de la clasificación FIGO como estadio IB3 por lo que sería considerado un tumor inoperable. Por lo que se hace un manejo sintomático y se procede a una interconsulta con Oncología y Paliativos.

3.2.2 Discusión caso 2 Muerte Materna Fetal

La mortalidad materna es alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) sólo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);

- complicaciones en el parto;
- los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

En el caso de la paciente, un cuadro que se pudo complicar debido a los antecedentes de importancia ya antes mencionados, por lo que se debió tener un mayor control de estos y monitoreo de los signos vitales, a pesar de que este caso no fue de los clásicos que generan muerte, ya que la mayoría son post parto y este fue producido en el primer trimestre, la activación de la clave roja y el manejo invasivo debieron estar en consideración.

3.2.3 Discusión caso 3 Gestante del III trimestre con preeclampsia a descartar criterios de severidad

La preeclampsia es una de las principales causas de mortalidad materna en el Perú y en el mundo. El manejo de la preeclampsia con elementos de severidad en pacientes con menos de 34 semanas de gestación es un tema polémico. En este artículo presentamos una revisión de la literatura y la evidencia y últimas recomendaciones para el manejo de preeclampsia con elementos de severidad en países de América Latina

La preeclampsia se define como cifras tensionales sostenidas por arriba de 140/90 asociado a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. Siendo esta una de las patologías con mayor morbi mortalidad materna y perinatal es de gran importancia mantener dentro de los controles prenatales un adecuado seguimiento para documentar la presencia de factores de riesgo, signos y síntomas que nos conlleven a un posible diagnóstico además criterios de severidad para evitar llegar a fases tan críticas como lo son el síndrome de HELLP o la Eclampsia entre otros.

Los trastornos hipertensivo durante la gestación van aumentando en incidencia, estos pueden ser desde la Hipertensión gestacional que solo tiene como variabilidad de las presiones, hasta los cuadros donde hay una afección

de otros órganos, por lo que el control de los exámenes auxiliares debe ser riguroso ya que pone en riesgo la vida del paciente, en el caso de este paciente se hizo correcto activar la clave azul , además de un proceso de maduración pulmonar ya que estábamos frente a un feto de 27 ss, por lo que dado la decisión de finalizar el embarazo, poder tener al feto lo máximo maduro posible

Los criterios de diagnóstico de la preeclampsia son hipertensión y proteinuria, sin embargo, la ausencia de proteinuria no excluye el diagnóstico de Preeclampsia. La hipertensión es definida como la presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg o diastólica igual o mayor de 90 mmHg, tomada en dos ocasiones y con un intervalo de 4 horas, y que ocurre después de las 20 semanas de embarazo en mujeres con presión arterial previa normal; o presión arterial sistólica igual o mayor de 160 mmHg o diastólica igual o mayor de 110 mmHg en cualquier momento ^(1,7-10). La elevación de la presión arterial (PA) a valores menores de 140/90 debe ser un signo de alerta y requiere una vigilancia muy estrecha. Se señala que las pacientes menores de 18 años fisiológicamente presentan cifras tensionales menores que las mujeres adultas.

3.2.4 Discusión caso 4 VIH y Gestante

La incidencia de personas contagiadas con el virus del VIH que se encuentran en gestación son considerablemente altas, un gran porcentaje de los pacientes suelen encontrarse en estadios SIDA, por lo que existen ciertos protocolos básicos que se debe seguir, La mujer embarazada con un diagnóstico de VIH sin tratamiento puede transmitir la infección a su bebé en un 25% durante el embarazo y/o parto vaginal, y hasta un 20% si lo alimenta con su leche materna.

1. Evitar el contagio por el canal vaginal
2. Proporcionar un tratamiento retroviral previo y post cirugía
3. Evitar la Lactancia Materna

Con las medidas mencionadas la infección del feto se reducen de manera considerable y permite al recién nacido poder tener una vida con normalidad,

de esta manera los protocolos evitan que un tipo de contagio sea la vía vertical madre-Hijo permitiendo tener una vida normal, en el caso de la paciente se siguió con todos los protocolos establecidos para el manejo de este tipo de pacientes, por lo cual generó seguridad en todo el proceso, limitando al máximo los riesgos, recordando que una mujer que toma conciencia de su enfermedad y sigue el tratamiento debido, puede llevar una gestación sin riesgo para ambos, lamentablemente en el Perú no existe un nivel de conciencia sobre la enfermedad y cómo se debería manejar, por lo que las pacientes acuden a los establecimientos con la enfermedad activa o en trabajo de parto, los niveles de contagio por vía vertical son altas, a pesar de tener los protocolos establecidos.

3.3 Rotación de Pediatría

3.3.1 Discusión de Caso 1 Absceso

Un absceso cutáneo es una acumulación de pus localizada en la piel; puede aparecer en cualquier superficie cutánea. Los signos y síntomas son dolor y edema fluctuante o firme y doloroso. El diagnóstico suele ser obvio en el examen físico. El tratamiento es la incisión y el drenaje, los antecedentes son de importancia ya sea el sobrecrecimiento bacteriano, traumatismo, inmunosupresión o alteración de la circulación, la discusión del uso o no antibióticos va a depender de la dimensión del absceso, además de la consistencia de este mismo, ya que ante una consistencia líquida es recomendable el drenaje directo, en cambio frente a un absceso con drenaje pastoso es recomendable una cobertura antibiótica previa para la reducción de las dimensiones y posterior drenaje, el diagnóstico y manejo temprano de los absceso tiene un grado de importancia significativa ya que pueden ser un foco de infección que si no se diagnostica a tiempo podría generar una infección que puede generalizarse, en el caso del paciente, el foco dérmico bucal es una causa muy frecuente debido a la mala higiene bucal.

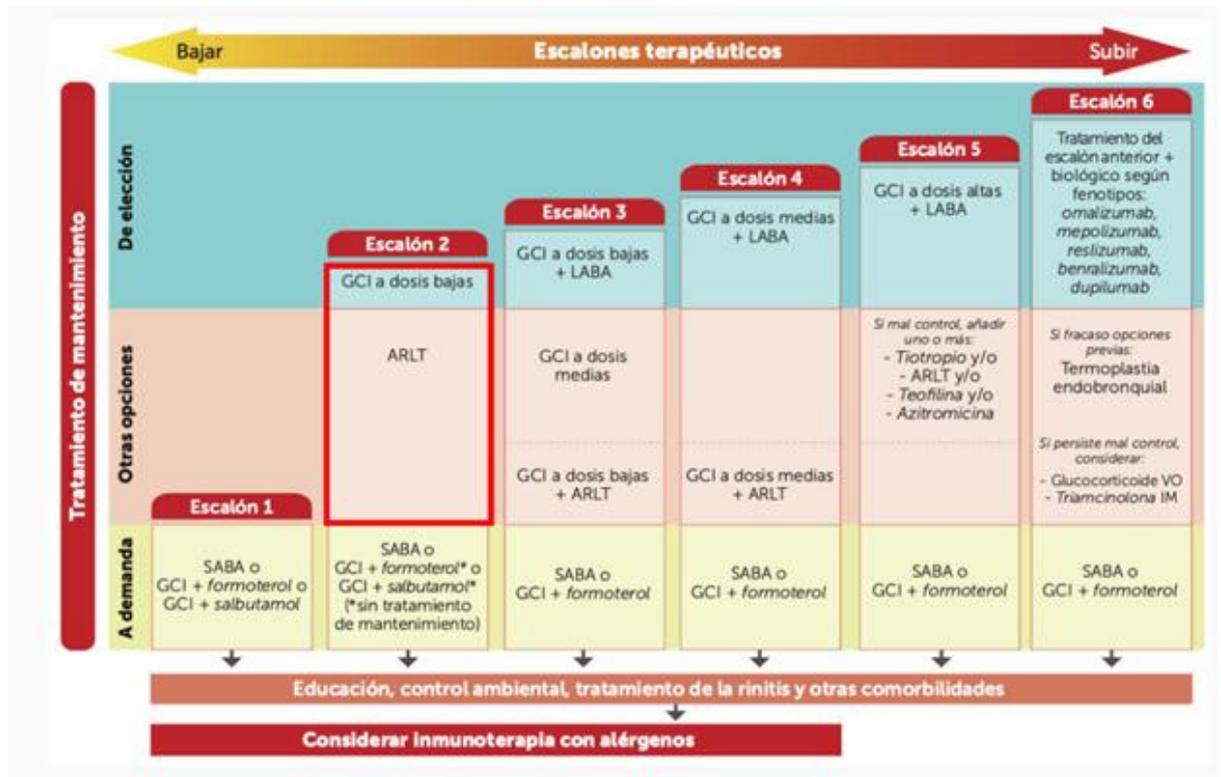
3.3.2. Caso 2 Asma

El asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la infancia, afecta alrededor de 1 de cada 10 niños. El asma se entiende como un

síndrome que engloba a los pacientes que presentan síntomas recurrentes provocados por una obstrucción variable de la vía aérea inferior, que varían en el tiempo y en intensidad. Su origen es multifactorial. Es muy posible que el asma, en cada sujeto particular, resulte de la interacción entre los genes, el ambiente en el que se produce el desarrollo fetal y las circunstancias que rodean al niño tras el nacimiento, que pueden condicionar la maduración y la respuesta de su sistema inmunológico y de su aparato respiratorio frente a diversos estímulos.

El diagnóstico de asma depende, fundamentalmente, de la historia clínica y de la observación del paciente durante la crisis o de los informes de otros médicos que hayan atendido al paciente en una crisis. La reiteración de los síntomas, la regresión de estos espontáneamente o en respuesta al tratamiento y la exclusión de otros posibles trastornos asientan el diagnóstico de asma en los niños. Las pruebas de función respiratoria juegan un papel en el diagnóstico y en el seguimiento de la enfermedad. También es importante el estudio alérgico y la valoración de la inflamación bronquial. Es importante el seguimiento del paciente para asegurar el diagnóstico, valorar el cumplimiento y la respuesta al tratamiento, y reforzar la educación sanitaria del paciente, siendo labor conjunta de los profesionales de Atención Primaria y Especializada.

Actualmente el diagnóstico de esta patología puede ser confundida con COVID 19, por eso es sumamente importante la importancia de una buena anamnesis y correcto diagnóstico, ya que es una enfermedad de la infancia que tiene una alta frecuencia en hospitales y primer nivel, la escala de Bierman y Pearson nos ayuda en el diagnóstico clínico de la patología, nos permite poder darle un grado y de esa manera utilizar el manejo escalonado adecuado.



3.3.3. Caso 3 Enfermedad Diarreica Aguda

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte en niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables.

- Las enfermedades diarreicas ocasionan la muerte a 525 000 niños menores de cinco años cada año.
- Una proporción significativa de las enfermedades diarreicas se puede prevenir mediante el acceso al agua potable y a servicios adecuados de saneamiento e higiene.
- En todo el mundo se producen unos 1700 millones de casos de enfermedades diarreicas infantiles cada año.
- La diarrea es una de las principales causas de malnutrición de niños menores de cinco años.

Por eso el manejo de estos pacientes es crucial, por lo que los pasos a seguir deben estar bien definidos para un correcto tratamiento.

Tratamiento de la deshidratación

- Está indicado iniciar la terapia de rehidratación oral en pacientes con DAI y en presencia de al menos dos signos clínicos de deshidratación. (A)
- En pacientes con DAI y deshidratación, se recomienda hidratar por VO o por sonda nasogástrica (gastroclisis). (A)
- Está indicada la terapia de hidratación endovenosa en pacientes pediátricos con DAI y deshidratación que presentan (B): Deshidratación severa/Deshidratación severa con Shock, deshidratación moderada e incapacidad de ser hidratado por vía enteral (vía oral o sonda nasogástrica) por vómitos persistentes o flujo de deposiciones "alto" (10 mL/k/h), pacientes con comorbilidades asociadas al tracto gastrointestinal (Intestino Corto, ostomías del intestino anterior), pacientes con íleo metabólico.
- Cuando la hidratación por vía endovenosa está indicada, el volumen (cálculo de la pérdida de volumen de agua corporal), la solución y la duración de la hidratación (4 a 6 horas) son importantes para la recuperación del estado de hidratación del paciente. (A)

Tratamiento Antibiótico

- La ciprofloxacina está indicada como terapia empírica de primera línea en los pacientes con sospecha de diarrea invasiva y además, deterioro del estado general. La azitromicina está indicada como terapia de segunda línea.
- La ciprofloxacina es el antibiótico de primera línea para los pacientes con DAI por Shigella. Son alternativas la azitromicina y la cefixima.
- La eritromicina es el antibiótico de primera línea (cuando está indicada) en pacientes con DAI por Campylobacter. (A)
- La azitromicina es el antibiótico de primera línea en pacientes con DAI por Vibrio cholerae. (A)

- No existe evidencia suficiente, para indicar de manera rutinaria, antibióticos en la DAI por Salmonella. (A)
- La terapia antibiótica es controversial en pacientes con DAI por Escherichia coli enterohemorrágica. (A)

Tratamiento Coadyuvante

- Existe evidencia suficiente para indicar Lactobacillus rhamnosus cepa GG y Saccharomyces boulardii como coadyuvantes en el manejo de la DAI. (A)
- No hay evidencia suficiente que sustente el uso rutinario de racecadotril en pacientes con DAI. (A)
- En zonas donde la mortalidad por DAI es importante, el zinc ha demostrado beneficios a dosis de 10 mg para menores de 6 meses y 20 mg en mayores, administrado por lo menos 14 días. (A)
- En pacientes con DAI y vómitos persistentes, la administración de ondansetrón disminuye los vómitos, la necesidad de hidratación por vía EV y la necesidad de hospitalización. (A)

Soporte Nutricional

En los pacientes con DAI no se debe restringir la alimentación (lactancia materna, leche con lactosa, alimentos sólidos) ni alterar la calidad de los alimentos.

3.3.4. Caso 4 Otitis Media Aguda

La otitis media aguda es una patología infecciosa del oído medio muy frecuente. El diagnóstico es clínico, por lo que es fundamental un acucioso examen físico y una neumatoscopia para evaluar la movilidad timpánica. Hay dos tendencias respecto al manejo, tratamiento antibiótico inmediato u observación estricta (dependiendo de las características del paciente y del cuadro clínico). Los gérmenes más frecuentes son los virus, Neumococo, Haemophilus influenzae y Moraxella catarrhalis. La prevalencia de cada uno

de ellos varía según región geográfica y según la presencia de vacunación. La resistencia a antibióticos ha ido en aumento en estos años, pero aún puede considerarse sensible a amoxicilina por lo que se recomienda su uso como primera línea. En el caso de fracaso a tratamiento pueden utilizarse asociaciones con B-lactámicos y/o cefalosporinas, dejando en forma excepcional clindamicina o quinolonas.

La patogénesis es multifactorial, jugando un rol primordial la ventilación de la trompa de Eustaquio, la madurez del sistema inmune del niño y factores ambientales.

El mecanismo por el que ocurre una otitis media aguda bacteriana habitualmente está dado por inflamación de la trompa de Eustaquio debido a un cuadro respiratorio alto, luego existe colonización de la trompa por gérmenes de la rinofaringe, los cuales alcanzan el oído medio (mecanismo fue demostrado por Bluestone en 1978⁸, mediante cultivos concomitantes de rinofaringe y de oído medio en otitis media en los cuales los gérmenes presentes son idénticos, teniendo en cuenta que en condiciones fisiológicas normales, el oído es una cavidad estéril). La llegada de los microorganismos a la trompa y oído medio provocando una reacción inflamatoria con liberación de interleucinas las que provocan vasodilatación exudado e infiltración leucocitaria, provocando aumento de la presión retro timpánica, hiperemia del tímpano lo cual provoca dolor. Si este proceso persiste puede ocurrir una perforación timpánica por la que se exterioriza exudado dando origen a la otorrea.

La causa más frecuente es viral, siendo los virus habituales como el virus respiratorio sincicial, adenovirus, rinovirus, coronavirus e influenza⁹⁻¹¹. En los cultivos y PCR de exudado de OM (obtenidos de otorrea y mediante miringocentesis) se obtienen cultivos positivos para *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* y *Streptococcus pyogenes*. La prevalencia de cada uno de estos gérmenes varía de acuerdo a la región que se estudie y la presencia de vacunación masiva. Efectivamente se han reportado variaciones en la presencia de *Haemophilus* versus Neumococo y de los serotipos de Neumococo no incluidos en la vacuna que

se cultivan del exudado de niños con OMA y en enfermedad invasiva en aquellos países con planes de vacunación masiva para estos gérmenes como España ¹⁴, Francia ¹⁵ y Estados Unidos ¹⁶. Esto lleva a cuestionarse cómo será el comportamiento de esta enfermedad con los nuevos gérmenes detectados y nos debe llevar a tener un comportamiento inquisitivo acerca del manejo y evaluación constante de las recomendaciones y guías de manejo

Los casos de otitis media son una causa de consulta médica muy frecuente, por lo que el manejo de igual manera debe ser oportuno y correcto, usualmente las personas que desarrollan este tipo de patologías suelen tener un antecedentes previo de alguna infección en orofaringe, que permite guiar la clínica, por lo que ahondar en los antecedentes es muy importante, el uso de antibióticos es el pilar del tratamiento frente a la enfermedad, lamentablemente el uso de amoxicilina tiene un bajo nivel de respuesta, ya que en el medio existe mucha resistencia a ese medicamento por automedicación, por lo que se suele manejar con amoxicilina con clavulánico, los casos tratados con este medicamento manifiestan tener una mejor respuesta al tratamiento, el control del dolor también tiene mucha importancia ya que este mismo puede alterar la calidad de vida del paciente.

3.4 Rotación de Cirugía

3.4.1 Caso 1 Colecistitis Aguda + Síndrome de Mirizzi

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar. Esto ocurre como una complicación de la enfermedad de cálculos biliares. La clínica de la enfermedad es un dolor en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis asociado con inflamación de la vesícula biliar. La colecistitis aguda es la complicación más común de la enfermedad de cálculos biliares. Esta enfermedad ocurre en el contexto de una obstrucción del conducto cístico, además de que los mediadores inflamatorios se liberan en respuesta a la inflamación de la vesícula biliar y propagan aún más la inflamación. La infección de la bilis dentro del sistema biliar también tiene un papel en el desarrollo de la colecistitis. Las principales especies aisladas son la

Escherichia coli, Enterococcus, Klebsiella y Enterobacter. Los cambios histológicos de la vesícula biliar en la colecistitis aguda pueden variar desde edema leve e inflamación aguda hasta necrosis y gangrena.

Los pacientes con colecistitis aguda presentan dolor abdominal en el hipocondrio derecho o epigastrio de larga duración además de acompañarse de fiebre, náuseas, vómitos y anorexia. En muchas ocasiones hay antecedentes de ingestión de alimentos grasos. Al examen físico abdominal se presenta defensa voluntaria e involuntaria, signo de Murphy positivo. El signo de Murphy tiene una alta sensibilidad para la colecistitis aguda pero no es específico. En los exámenes de laboratorio se puede hallar una leucocitosis con desviación a la izquierda.

El diagnóstico de colecistitis aguda requiere la demostración de engrosamiento o edema de la pared de la vesícula biliar. Las características ecográficas incluyen el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (más de 4 a 5 mm), líquido pericolecístico o edema (signo de doble pared).

El manejo consiste en la hidratación intravenosa, corrección de cualquier anomalía electrolítica, control de dolor, antibióticos intravenosos y los pacientes deben mantenerse en ayunas. En caso no mejore el paciente, se procederá a realizar una colecistectomía. El control del dolor se logra con AINES y opioides. Los antibióticos se administran de forma profiláctica para proteger contra la sepsis y la infección de la herida.

Se han desarrollado varios sistemas para estratificar el riesgo de pacientes con colecistitis aguda con el objetivo de determinar la necesidad y la candidatura para una colecistectomía temprana. Tokio de 2018 clasificó a los pacientes en colecistitis de grado I (leve), II (moderada) o III (grave). La colecistectomía laparoscópica se considera el abordaje estándar para el tratamiento quirúrgico de la colecistitis litiásica aguda. Debe intentarse a menos que exista una contraindicación anestésica absoluta para la laparoscopia o una falta de experiencia quirúrgica necesaria.

Una condición poco común (<1%) que podría ocurrir en la colecistitis aguda es el síndrome de Mirizzi, que es la obstrucción del conducto hepático común

por la compresión extrínseca de un cálculo impactado en el conducto cístico o el infundíbulo de la vesícula biliar.

El síndrome de Mirizzi se ha clasificado según la presencia y la extensión de una fístula colecistobiliar:

- Tipo I (11%): compresión externa del conducto hepático común debido a un cálculo impactado en el cuello/infundíbulo de la vesícula biliar o en el conducto cístico.
- Tipo II (41%): la fístula involucra menos de un tercio de la circunferencia del conducto biliar común.
- Tipo III (44%): compromiso de entre un tercio y dos tercios de la circunferencia del conducto biliar común.
- Tipo IV (4%): destrucción de toda la pared del conducto biliar común.

Los pacientes pueden presentar ictericia, fiebre y dolor en el cuadrante superior derecho. Los principales hallazgos del laboratorio son elevaciones en las concentraciones séricas de fosfatasa alcalina y bilirrubina en más del 90 por ciento de los pacientes.

Las características que sugieren el síndrome de Mirizzi en la ecografía son la dilatación del sistema biliar por encima del nivel del cuello de la vesícula biliar, la presencia de un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar y un cambio abrupto a un ancho normal del conducto común por debajo del nivel del cálculo.

La cirugía es el pilar de la terapia para el síndrome de Mirizzi. El Tipo I se realiza una colecistectomía parcial o total, ya sea laparoscópica o abierta. El tipo II se resuelve con una Colecistectomía más cierre de la fístula, ya sea por reparación con sutura con material absorbible, colocación de tubo en T o coledocoplastia con la vesícula biliar remanente. El Tipo III: Coledocoplastía o anastomosis bilioentérica (coledocoduodenostomía, colecistoduodenostomía o coledocoyeyunostomía) según el tamaño de la fístula. No está indicada la sutura de la fístula. Y finalmente el tipo IV, en el cual se prefiere la anastomosis bilioentérica, típicamente coledocoyeyunostomía, porque se ha destruido toda la pared del colédoco.

Con respecto al caso, se buscó descartar un cólico biliar vs colecistitis aguda. El cólico biliar es común y se da por el consumo de alimentos ricos en grasa, caracterizándose por un dolor en hipocondrio derecho que cesa con los analgésicos; los cuales en el paciente no calmaron. Igualmente, a la reevaluación con ecografía, solicitada en el establecimiento de salud, y exámenes de laboratorios se evidenció un patrón inflamatorio de la vesícula, cumpliendo con los tres criterios diagnósticos de Tokio (Dolor abdominal y Murphy positivo, leucocitosis y una vesícula con pared aumentada). El manejo del paciente fue con el fin de calmar el cólico, sin embargo, al no encontrar mejoría se inició con antibioticoterapia adecuada, hidratación endovenosa, analgésicos. Durante el procedimiento quirúrgico se encontró una vesícula evidentemente inflamada con secreción purulenta. Sin embargo, se halló también que la vesícula estaba empotrada a vía biliar principal evidenciando además un diagnóstico de Síndrome de Mirizzi tipo 1

En cuanto al manejo en hospitalización, fue adecuado iniciar con antibióticos endovenosos y continuar con orales al alta, debido a la secreción hallada en la operación

3.4.2. Caso 2 Apendicitis Aguda Complicada

La apendicitis es una causa muy común de abdomen agudo quirúrgico. La incidencia es mayor entre 10 a 19 años y entre los hombres. El apéndice se localiza en la base del ciego, cerca de la válvula ileocecal. La inflamación inicial del apéndice es seguida por isquemia localizada, perforación y desarrollo de un absceso contenido o peritonitis generalizada.

La obstrucción apendicular se ha propuesto como la principal causa de apendicitis. Esto puede ser causado por fecalitos, cálculos, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos y tumores benignos o malignos.

El sobrecrecimiento bacteriano ocurre dentro del apéndice enfermo. Los organismos aeróbicos predominan al principio y la infección mixta aparece en la apendicitis tardía. Los organismos más comunes son la *Escherichia Coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides fragilis* y especies de *Pseudomonas*.

El síntoma más común es el dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, seguido de náuseas y vómitos y anorexia. El dolor suele ser periumbilical, con una migración hacia el cuadrante inferior derecho. Sin embargo, el dolor migratorio solo sucede en un 50 a 60%. Con respecto a los signos, puede haber fiebre leve que alcance los 38,3 °C. En el examen físico se puede apreciar una sensibilidad localizada en el cuadrante inferior derecho, el punto de sensibilidad de McBurney (sensibilidad máxima a 1,5 a 2 pulgadas en una línea recta desde la espina ilíaca anterosuperior hasta el ombligo), el signo de Rovsing (dolor en el cuadrante inferior derecho a la palpación del cuadrante inferior izquierdo), el signo del psoas (asocia con un apéndice retrocecal. Dolor en el cuadrante inferior derecho con extensión pasiva de la cadera derecha) y el signo del obturador (Se asocia con un apéndice pélvico. Con la flexión de la cadera y la rodilla derechas del paciente, seguido de la rotación interna de la cadera derecha, esto provoca dolor en el cuadrante inferior derecho).

Con respecto a los exámenes de laboratorio, la mayoría presentan leucocitosis, y el 80%, tienen leucocitosis y desviación a la izquierda. La apendicitis aguda es poco probable cuando el recuento de glóbulos blancos es normal, excepto en el curso muy temprano de la enfermedad. La elevación de la bilirrubina total es un marcador de perforación apendicular.

Con respecto a los exámenes de imágenes, en la ecografía el hallazgo más preciso para apendicitis aguda es un diámetro apendicular de >6 mm, mientras que, en la tomografía computarizada, los hallazgos más sugestivos son un diámetro apendicular agrandado > 6 mm con una luz ocluida, engrosamiento de la pared apendicular (>2 mm), varamiento de la grasa periapendicular, realce de la pared apendicular o un apendicolito.

La escala de Alvarado utiliza el curso de la enfermedad, el examen físico y las pruebas de laboratorio para describir la probabilidad clínica de apendicitis aguda. Aquellos con una puntuación de Alvarado baja, pueden evaluarse otros diagnósticos. En pacientes con una puntuación de Alvarado más alta, se utilizan imágenes y exploración laparoscópica quirúrgica para mejorar la especificidad de la evaluación y minimizar la probabilidad de una laparotomía negativa.

La escala de Alvarado modificada asigna una puntuación a cada uno de los siguientes criterios: dolor migratorio en cuadrante inferior derecho (1 punto), anorexia (1 punto), náuseas o vómitos (1 punto), sensibilidad en el cuadrante inferior derecho (2 puntos), sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho (1 punto), fiebre $>37.5^{\circ}\text{C}$ (1 punto) y leucocitosis de recuento de leucocitos $>10\text{mil}$ (2 puntos). El puntaje <4 es un punto de corte para bajo riesgo de apendicitis.

La apendicitis aguda se divide en apendicitis aguda no complicada o complicada. La apendicitis no perforada o apendicitis no complicada, es la apendicitis aguda que se presenta sin signos clínicos o radiográficos de perforación (masa inflamatoria, flemón o absceso). En estos casos se realiza una apendicectomía oportuna, ya sea abierta o laparoscópica. Los pacientes con apendicitis aguda requieren una hidratación adecuada con líquidos intravenosos, corrección de anomalías electrolíticas y antibióticos perioperatorios. Los antibióticos profilácticos son importantes para prevenir la infección de la herida y el absceso intraabdominal después de la apendicectomía. Los antibióticos profilácticos deben abarcar la flora apendicular, siendo utilizadas una cefalosporina de 3era generación o una fluoroquinolona más metronidazol.

El abordaje laparoscópico brinda una ventaja en comparación con la apendicectomía, ya que permite la inspección de otros órganos abdominales. La apendicectomía laparoscópica es útil en pacientes obesos o con sobrepeso, ya que la exposición del cuadrante inferior derecho durante la apendicectomía abierta puede requerir incisiones más grandes y propensas a la morbilidad. Los pacientes adultos mayores pueden beneficiarse significativamente de un abordaje laparoscópico, ya que la estadía en el hospital es más corta. Después de una apendicectomía abierta o laparoscópica por apendicitis no perforada, los pacientes pueden comenzar con una dieta de líquidos claros y avanzar según la tolerancia a una dieta regular. No se requieren antibióticos después de la operación. La mayoría de los pacientes son dados de alta dentro de las 24 a 48 horas posteriores a la cirugía.

Los pacientes con apendicitis perforada pueden presentar deshidratación significativa y anomalías electrolíticas, y más si la fiebre y los vómitos han estado presentes durante mucho tiempo. El dolor suele localizarse en el cuadrante inferior derecho si la perforación ha sido tapada por estructuras intraabdominales circundantes, como el epiplón, pero puede ser difuso si se produce una peritonitis generalizada. Otras complicaciones que se pueden formar son una fístula entero-cutánea que resulta de un absceso intraperitoneal que se fistuliza a la piel, la perforación apendicular que resulta en una obstrucción del intestino delgado, manifestada por vómitos biliosos y estreñimiento, y las fiebres altas y la ictericia se pueden observar con pyleflebitis (trombosis séptica de la vena porta).

Para pacientes sépticos o inestables o peritonitis generalizada, se requiere apendicectomía de emergencia, así como drenaje e irrigación de la cavidad peritoneal. Los pacientes estables con apendicitis perforada que tienen síntomas localizados en el cuadrante inferior derecho pueden tratarse con apendicectomía inmediata o manejo no quirúrgico inicial. Los pacientes con un absceso apendicular pequeño (≤ 3 cm) pueden someterse a una apendicectomía inmediata. Los abscesos más grandes (>3 cm) deben tratarse primero con antibióticos intravenosos y drenaje percutáneo, aunque se requiere una apendicectomía inmediata si el absceso no es susceptible de drenaje percutáneo. Los pacientes con flemón en el cuadrante inferior derecho deben ser evaluados para una apendicectomía de manera segura sin necesidad de una resección ileocecal. Si la apendicectomía es factible, se puede realizar una apendicectomía inmediata. Si ocurre lo contrario, el paciente debe ser tratado primero con antibióticos intravenosos.

En el manejo postoperatorio, la dieta debe avanzar según lo amerite la situación clínica. Los pacientes pueden ser dados de alta una vez que toleran una dieta regular.

Con respecto al caso, debido a la clínica que presentaba el paciente, tal como la migración de Murphy del dolor, el dolor posterior en el cuadrante inferior derecho y la presencia de vómitos se sospechaba en un primer inicio de una apendicitis aguda. Se le solicitó exámenes de laboratorios, con el fin de confirmar dicha patología y se le inició con hidratación endovenosa. Una vez obtenido los resultados de laboratorio se confirmó apendicitis aguda, teniendo un puntaje de Alvarado de 7. El manejo fue de manera quirúrgica realizándole una apendicectomía donde confirmaron el diagnóstico de apendicitis aguda complicada, debido a la perforación del apéndice. En el manejo postoperatorio se le inició antibioticoterapia y analgésicos, logrando además una buena progresión de la dieta, culminando en una dieta blanda posterior a los 4 días y siendo dado de alta sin complicaciones.

3.4.3. Obstrucción Intestinal por vólvulo de sigmoides

El vólvulo es la torsión de un segmento del tubo digestivo, que conduce a la obstrucción intestinal. Los sitios más comunes de vólvulo son el colon sigmoide y el ciego. El vólvulo sigmoideo ocurre en adultos mayores con una edad promedio de 70 años y tiene una mayor incidencia en los hombres. Si afecta en pacientes más jóvenes y en niños es asociado a motilidad colónica anormal. El vólvulo sigmoideo ocurre cuando un asa llena de aire del colon sigmoideo se retuerce alrededor de su mesenterio. La obstrucción de la luz intestinal y el deterioro de la perfusión vascular se producen cuando el grado de torsión supera los 180 y 360 grados, respectivamente.

El inicio es insidioso de dolor abdominal lentamente progresivo, náuseas, distensión abdominal y estreñimiento. Los vómitos aparecen después del inicio del dolor. El dolor es continuo e intenso. En el examen físico, el abdomen está distendido y timpánico con dolor a la palpación. En caso el paciente presente fiebre, taquicardia, hipotensión o rigidez abdominal, son indicativos de perforación o peritonitis.

El diagnóstico se da en pacientes con dolor abdominal, náuseas, distensión abdominal y estreñimiento y un examen físico que revela un abdomen distendido y timpánico. Dentro de las pruebas de laboratorio que se realiza son un hemograma completo, electrolitos, niveles de lactato sérico y análisis de orina. En pacientes con sospecha de peritonitis, se deben obtener los niveles séricos de aminotransferasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina, amilasa y lipasa para descartar otras causas de dolor abdominal agudo. La tomografía abdominal establece el diagnóstico de vólvulo sigmoideo y puede descartar otras causas de dolor abdominal y obstrucción intestinal. En ausencia de tomografía, se debe realizar radiografías abdominales. Los hallazgos diagnósticos de la tomografía del vólvulo sigmoide incluyen un patrón de torbellino, causado por el colon sigmoide dilatado alrededor de su mesocolon y vasos, y una apariencia de pico de pájaro de los segmentos colónicos aferentes y eferentes, ausencia de gas rectal, la separación aparente de las paredes sigmoideas por la grasa mesentérica adyacente debido a una torsión o plegado incompletos (signo de la pared dividida).

Los hallazgos de diagnóstico en la radiografía abdominal incluyen la presencia de un colon sigmoide distendido en forma de U que se extiende desde la pelvis hasta el cuadrante superior derecho tan alto como el diafragma. El manejo de los pacientes con vólvulo de sigmoide depende de la presencia de signos de alarma (perforación o peritonitis). Se requiere manejo quirúrgico inmediato en pacientes con perforación o peritonitis. En estos pacientes no se debe detorsionar el vólvulo para evitar lesiones por reperfusión. En su lugar, deben someterse a una resección del intestino comprometido en su posición volvulizada. La extensión de la resección depende del estado del colon proximal al vólvulo. Las opciones de reconstrucción incluyen colostomía a lo Hartmann, anastomosis colorrectal con derivación proximal y anastomosis colorrectal sin derivación proximal. Se prefiere el procedimiento de Hartmann en presencia de inestabilidad hemodinámica, coagulopatía, acidosis o hipotermia.

En pacientes que no tienen perforación ni peritonitis, se sugiere una sigmoidoscopia flexible en un intento de detorsionar el segmento torcido y, si

tiene éxito, una resección quirúrgica durante el ingreso inicial o poco después. Una sigmoidoscopia puede detorsionar el vólvulo sigmoide, restaurando el flujo luminal del contenido entérico y asegurando que se mantenga o restablezca el suministro de sangre al colon sigmoide afectado. Una ventaja es que permite evaluar la viabilidad del colon. La reducción endoscópica del vólvulo convierte una cirugía de emergencia en una cirugía semiurgente, realizada de 24 a 72 horas después de la reducción endoscópica del vólvulo, de modo que se puede lograr la preparación intestinal (limpieza) y se pueden corregir los desequilibrios subyacentes de líquidos y electrolitos. En caso de detorsión endoscópica fallida deben derivarse para tratamiento quirúrgico urgente. El tratamiento quirúrgico de un vólvulo sigmoide después de la detorsión endoscópica generalmente implica una colectomía sigmoidea con anastomosis colorrectal primaria.

En relación con el caso, el paciente ingresa con un cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal, dolor abdominal, los vómitos, el estreñimiento, y que a la evaluación física distendido con ausencia de ruidos hidroaéreos y dolor a la palpación. Se decide realizar exámenes de laboratorios y radiografía de abdomen de pie, evidenciando un signo radiológico como de “Grano de café” evidenciándose un vólvulo de sigmoides. Se le colocó una Sonda Nasogástrica con el fin de descomprimir el abdomen, sin encontrar respuesta por lo que se le intervino quirúrgicamente confirmando el diagnóstico e evidenciando la rotación de más de 270° del vólvulo. Durante el estadio post hospitalario, se mejoró notoriamente, evidenciándose por el clampaje de la sonda y la no distensión abdominal. Tolero durante los días la vía oral y las dietas, por lo que fue dado de alta sin interurrencias en su evolución.

3.4.4 Caso 4 Hernia Umbilical

Una hernia es una protuberancia de un órgano o parte de un órgano a través de la pared del cuerpo que normalmente lo contiene. Las hernias se forman cuando hay una pérdida de la integridad mecánica de los músculos y tendones

de la pared abdominal necesarios para contener las vísceras y sostener el torso.

Las hernias pequeñas pueden ser asintomáticas o presentarse con dolor e incomodidad a medida que el contenido de la hernia sobresale a través del defecto. La tos o el esfuerzo pueden producir o agravar el dolor o la incomodidad. Las hernias más grandes pueden ejercer una presión excesiva sobre la piel suprayacente, lo que genera áreas de eritema, isquemia o ulceración.

La pared abdominal debe examinarse con el paciente de pie y acostado. El examen en decúbito supino a menudo permitirá que el contenido de la hernia se reduzca para poder determinar el tamaño del defecto de la hernia. Las imágenes preoperatorias pueden ser necesarias en pacientes con dolor abdominal sin una hernia palpable o en pacientes obesos para medir el tamaño del defecto al planificar el abordaje quirúrgico. La tomografía abdominopélvica es la mejor modalidad de imagen para confirmar el diagnóstico e identificar el contenido del saco herniario en estos casos del paciente.

La hernia umbilical es una hernia ventral primaria ubicada en el centro del anillo umbilical. Se adquiere con mayor frecuencia debido al aumento de la presión intraabdominal provocado por la obesidad, distensión abdominal, ascitis o el embarazo. Ocurre más comúnmente en mujeres que en hombres. En los hombres, se presentan con mayor frecuencia encarceladas. Por lo general, el epiplón o la grasa preperitoneal están contenidos dentro del saco herniario.

Las hernias umbilicales que son tan pequeñas y asintomáticas que el paciente ni siquiera se da cuenta de su presencia no requieren reparación y pueden observarse.

Las hernias umbilicales pueden ser pequeñas (<1 cm), medianas (1 a 4 cm) o grandes (>4 cm). El tratamiento de las hernias umbilicales sintomáticas es quirúrgico y se puede realizar de forma abierta o laparoscópica, dependiendo del tamaño de la hernia y otras características del paciente.

Para la reparación abierta, se puede hacer una incisión curvilínea o vertical sobre el saco herniario o junto al mismo; luego se identifica el saco herniario y se disecciona hasta sus uniones fasciales. Una vez que se ha limpiado la fascia, el saco herniario puede invertirse o extirparse y, posteriormente, cerrarse la fascia con una sutura no absorbible. Si el defecto es grande o si los bordes de la fascia no se pueden aproximar sin tensión, se debe usar una malla. La malla se puede colocar por debajo (subcapa o base) o sobre la fascia (sobreposición) y debe suturarse circunferentemente a la fascia circundante para evitar la migración. Se suele reforzar con malla para todas las hernias incisionales y aquellas hernias primarias que miden más de 1 cm de diámetro.

La reparación laparoscópica puede ser ventajosa en un defecto de hernia más grande (> 4 cm), sospecha de múltiples defectos y obesidad, además es útil para evaluar la viabilidad de un asa de intestino encarcelada.

En el paciente, este ingresa con síntomas como náuseas y vómitos además de dolor abdominal en mesogastrio y falta de deposiciones. Durante la evaluación se evidencia una masa umbilical por lo que, añadido a los síntomas, se le diagnosticó como Hernia Umbilical Complicada, solicitando los exámenes de laboratorio, sin encontrar alteraciones. Se le decidió intervenir quirúrgicamente, se halló Hernia Umbilical, sin embargo, sería no complicada, debido a que evidenciaba epiplón en su interior, pero no había isquemia ni compromiso de asa intestinal. Durante el manejo post quirúrgico, el paciente evolucionó favorablemente, no presentando interurrencias durante los días y tolerando la vía oral, siendo dado de alta solo con analgésicos y simeticona, debido a la poca movilidad del paciente.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En el Hospital Hipólito Unanue se atiende una gran cantidad de pacientes diariamente, en épocas prepandemia, la cantidad era mayor en comparación a la actualidad. Durante la pandemia el sector salud fue uno de los más afectados, debido al colapso de diversas instituciones, además de la significativa pérdida del personal de salud que se encontraba en la primera línea frente a esta enfermedad, motivo por el cual las prestaciones de los diversos servicios de salud ofrecidos por el Hospital se limitaron con el fin de confrontar la problemática de la pandemia por el Covid 19. Los Hospitales, incluyendo el establecimiento de salud en mención, tomaron una organización dividiendo los servicios de salud en áreas covid y no covid, además de limitar la aceptación de los internos de la salud y su ingreso a las áreas covid, debido a la protección y justificado mediante lineamientos de la salud de los internos de medicina.

El internado al ser realizado en un hospital del MINSA y centros de salud de primer nivel, corríamos un gran riesgo de contagio, por lo que dentro de los lineamientos se determinó la obtención de un seguro social SIS para todos los internos, además de tener acceso a material de protección personal que nos permitió realizar nuestras labores con mayor seguridad

La pandemia puso en evidencia la carencia en la que se encuentra el sistema de salud desde hace muchos años, tanto en infraestructura, insumos, capacidad administrativa, llevando a colapsar a las instituciones en poco tiempo, era común ver pacientes sin una cama disponible, hacinados en los pasillos, falta de personal calificado, que de por si era escaso, la ausencia aumentó ya que mucho de ellos tenían comorbilidades

Viendo el lado positivo de las carencias, ante la escasez de personal, el interno de medicina toma un rol más importante, que le permite hacer más procedimientos y tener más participación en los diversos casos, obtener más experiencia en la identificación de diversas patologías, de igual manera en los centros de primer nivel, aprender hacer diagnósticos correctos y manejo de las patologías frecuentes de la población.

En el centro de Salud se vivieron diversos momentos, algunos de tranquilidad cuando la pandemia se encontraba en una fase de meseta y otras de preocupación cuando había un nuevo pico o una nueva variante del virus. En esta etapa los lineamientos fueron respetados de acuerdo con lo estipulado, hubo Material de Protección, no ingresamos si no teníamos las dos vacunas contra el covid, se respetaba el horario, además de evitar en lo máximo posible la exposición con pacientes covid. Por otro lado el ingreso al hospital fue diferente, si bien ya había una normalidad de protocolos frente a la nueva enfermedad, apareció una nueva variante, que tenía algunas características importantes de mencionar, era mucho más contagiosa que las anteriores, pero mucho menos letal, además de que el personal de salud ya venía recibiendo la tercera dosis de refuerzo, el panorama cambió de manera muy rápida, un alto incremento de nuevos casos, de tomas de muestra, pero no se evidenciaba un incremento en las hospitalizaciones, uno de los participantes de este trabajo se contagió en el proceso del internado, presentando sintomatología leve y una prueba positiva, esto nos hizo entender que la pandemia ha ido evolucionando, un virus que hace un año generó mucho temor, hoy en día y gracias a las diversas medidas que se tomaron, solo generaba un cuadro muy similar a la gripe, con síntomas que emitían en cuestión de días. Si bien se tiene un número máximo de horas establecido para el internado, en los establecimientos hospitalarios estos no se respetan, haciendo énfasis que el internado es una etapa de sacrificio, donde debemos pasar múltiples horas para poder aprender, esto no es del todo verdad, el agotamiento físico y mental por el cual somos sometidos es real, lamentablemente es un proceso por el que la mayoría de los internos han pasado.

CONCLUSIONES

1. El internado médico, etapa final de la carrera de Medicina Humana y considerado por diversos profesionales como una etapa importante en la carrera por la adquisición mayor de conocimiento práctico y la aplicación de conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera y criterio que servirá de mucho a la hora de ejercer la carrera. Además, es de vital importancia tener en cuenta que un médico no es solo la parte asistencial, comprende más allá de eso, como la parte administrativa, pero sobre todo la parte humana.
2. Se debe adquirir habilidades como la comunicación, interpretación, seguridad frente a los problemas, con el fin de reconocer fortalezas y debilidades por parte del interno de medicina
3. La parte académica es fundamental para reforzar la parte práctica que implementas en el hospital, durante la presentación de casos clínicos y posterior evaluación por las diversas áreas de rotación del internado
4. La experiencia adquirida durante el proceso del internado médico permite una mayor experiencia, la cual será muy beneficiosa durante el desarrollo de su SERUMS
5. La presencia de los tutores es de suma importancia para el desarrollo de un buen internado, ya que ellos permiten el acceso a información, diversas áreas y que las condiciones sean las óptimas, además de la función de incentivar el aprendizaje y el pensamiento crítico generando una competitividad positiva.
6. El interno debe ser guiado por un equipo apto, en este caso los residentes y asistentes, por lo que debería existir un buen ambiente laboral, una buena comunicación y entendimiento en todo el equipo multidisciplinario.

RECOMENDACIONES

1. Que se mantenga el estipendio mínimo vital, ya que son consideradas prácticas preprofesionales, donde se respete las fechas de pago
2. Adecuada capacitación sobre el uso de equipos de protección personal y medidas de bioseguridad
3. Cumplimiento de horas establecidas de trabajo brindadas en el decreto de urgencia.
4. Mantener la incorporación de las prácticas en primer nivel, pero en menor tiempo, 2 meses, ya que permite preparar al interno para desarrollarse en el SERUMS
5. Mayor participación en procedimientos médicos que en trámites administrativos y técnicos.
6. Exigencia de una cuota de docencia por los médicos contratados por las universidades

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-diabetic-infections-of-the-lower-extremities?sectionName=Empiric%20therapy&search=pie%20diabetico&topicRef=8175&anchor=H48099014&source=see_link
2. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers?search=pie%20diabetico&topicRef=7651&source=see_link
3. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=DIABETES%20MELLITUS&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
4. Gob.pe. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3971.pdf>
5. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-diabetic-foot?search=pie%20diabetico&topicRef=7651&source=see_link
6. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-who-require-hospitalization?search=NEUMONIA%20ADQUIRIDA%20EN%20LA%20COMUNIDAD&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=3
7. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=NEUMONIA%20ADQUIRIDA%20EN%20LA%20COMUNIDAD&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
8. Gob.pe. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2418.pdf>

9. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F131022&topicKey=ID%2F16109&search=infeccion%20del%20tracto%20urinario&rank=1~150&source=see_link
10. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=infeccion%20del%20tracto%20urinario&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Gob.pe. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/093-2013-GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_INF_URINARIA_EMERGENCIA.pdf
12. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
13. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
14. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
15. Gob.pe. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: http://diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20MINSAs%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Cuidados%20Intensivos/oo.Pancreatitis.UCl.oct.pdf
16. Mortalidad materna [Internet]. Who.int. [cited 2022 Mar 3]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

17. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2015 [cited 2022 Mar 3];60(4):385–93. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015
18. La Rosa M, Ludmir J. Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. Rev peru ginecol obstet [Internet]. 2015 [cited 2022 Mar 3];60(4):373–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400013
19. De G, Clínica P. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia -Versión extensa [Internet]. Gob.pe. [cited 2022 Mar 3]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>
20. Dra K, Herrera S. Medigraphic.com. [cited 2022 Mar 3]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
21. Gob.pe. [cited 2022 Mar 3]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
22. Gob.pe. [cited 2022 Mar 3]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
23. Gob.pe. [cited 2022 Mar 3]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2087-1.pdf>
24. Krause FJ. OTITIS MEDIA AGUDA. DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 3]; 27(6):915–23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-otitis-media-aguda-diagnostico-y-S0716864016301274>
25. Gil LM, De La Cruz A, Lozano J. Asma: aspectos clínicos y diagnósticos [Internet]. Aeped.es. [cited 2022 Mar 3]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_asma_clinica_diagnostico.pdf

26. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
27. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
28. Gob.pe. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/080920161158541.pdf>
29. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
30. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/mirizzi-syndrome?search=sindrome%20de%20mirizzi&source=search_result&selectedTitle=1~18&usage_type=default&display_rank=1
31. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~129&usage_type=default&display_rank=2
32. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~129&usage_type=default&display_rank=1
33. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=obstruccion%20intestinal%20por%20volvulo%20de>

%20sigmoides&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

34. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [cited 2022 Mar 2]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-wall-hernias-in-adults?search=hernia%20umbilical&source=search_result&selectedTitle=1~54&usage_type=default&display_rank=1

ANEXOS

ANEXO 1

Calculator: CURB-65 pneumonia severity score

- Confusion* (1 point)
- Urea >20 mg/dL (7 mmol/L)[†] (1 point)
- Respiratory rate ≥ 30 breaths per minute (1 point)
- Low systolic (<90 mmHg) or diastolic (≤ 60 mmHg) Blood pressure (1 point)
- Age ≥ 65 years (1 point)

Total criteria point count:

[Reset form](#)

CURB-65 score

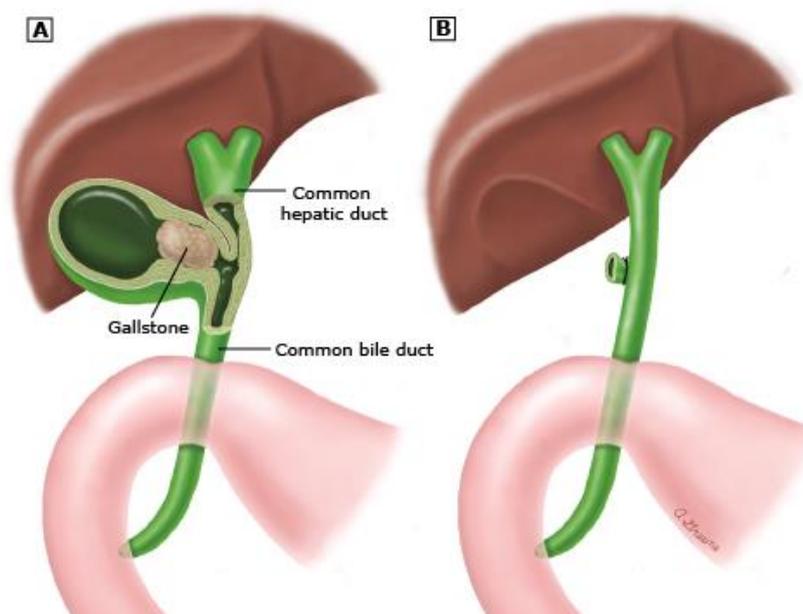
0 to 1 point: Low severity (risk of death <3%)

2 points: Moderate severity (risk of death 9%)

3 to 5 points: High severity (risk of death 15 to 40%)

ANEXO 2

Síndrome de Mirizzi con compresión del conducto hepático común por un cálculo impactado



ANEXO 3

Conclusión:

EL ESTUDIO REALIZADO EVIDENCIA PRESENCIA DE IMAGEN EN RELACIÓN CON CA DE CUELLO UTERINO, LA CUAL POR SUS DIMENSIONES ESTARÍA TIPIFICADO DENTRO DE LA CLASIFICACIÓN FIGO COMO UN ESTADIO IB3, SEGÚN DESCRIPCIÓN. CIE-10:R93.2

El presente estudio de Resonancia Magnética, ha sido realizado en las siguientes secuencias:

- Spin Eco Rápido potenciadas en T1 simple y contrastado, en planos axial y coronal
- Spin Eco Rápido potenciadas en T2, en planos axial y coronal
- STIR planos axial y coronal.
- Spin Eco Rápido en T2 con supresión grasa en planos axial y coronal

DESCRIPCIÓN DEL EXAMEN

El estudio realizado muestra al útero de 73 x 39 x 27 mm, para sus diámetros longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, sin observarse alteraciones en el miometrio ni a nivel de su capa endometrial, observándose la cavidad uterina sin alteraciones.

Llama la atención la presencia de una formación expansiva localizada y confinada al cuello del útero, de 53 x 38 x 35,5 mm, para sus diámetro longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente, el cual infiltra el estroma uterino de manera concéntrica sin observarse compromiso de la serosa y mucho menos de la región parametrio.

La imagen descrita presenta restricción a la difusión, mostrando señal hipointensa durante el estudio contrastado, con un halo de intensidad de señal aumentada en la periferia a manera de anillo.

No observamos compromiso de la pared de la vejiga, la cual se muestra distendida, sin alteraciones en su contenido; igualmente, no observamos alteración de la pared a nivel de la ampolla rectal, la cual presenta caracteres conservados.

En la excavación pélvica y a nivel inguinal no se llega a observar presencia de adenomegalias sospechosas de infiltración neoplásica.

Tampoco observamos presencia de líquido libre en la excavación pélvica.

Las estructuras óseas muestran signos de recambio graso, pero no se evidencian lesiones que sugieran implantes secundarios a estos niveles.

El ovario derecho de 19 x 9,5 mm se muestran sin alteraciones.

El ovario izquierdo no lo logramos a identificar pero no apreciamos alteraciones en la región anexial de este lado.

La lesión descrita, por su dimensión mayor (53 mm de longitud) estaría considerada dentro de la clasificación FIGO como un estadio IB3.

Procedimientos: TEM ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE Ciudad: LIMA Fecha Cita: 2022-01-26

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN Y PELVIS CON CONTRASTE

HIGADO: DE TAMAÑO CONSERVADO. PARENQUIMA DE ASPECTO HOMOGÉNEO. VIAS BILIARES INTRAHEPÁTICAS NO DILATADAS.
VESÍCULA BILIAR: DISTENDIDA, PAREDES REGULARES. NO CÁLCULOS HIPERDENSOS
ESTÓMAGO: COLAPSADO NO PERMITE EVALUAR SUS PAREDES.
ASAS INTESTINALES DELGADAS Y GRUESAS DE ASPECTO CONSERVADO.
RÍÑONES DE MORFOLOGÍA CONSERVADA, CONTORNOS LISOS. PARENQUIMA DE ASPECTO HOMOGÉNEO, NO LITIASIS, NO HIRONEFROSIS.
ADRENALES, BAZO Y PANCREAS SIN ALTERACIONES.
RETROPERITONEO CON ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE CONSERVADO. NO ADENOMEGALIAS.
VEJIGA: CON POCA REPLECIÓN, NO PERMITE EVALUAR SUS PAREDES. NO MASAS.
GENITALES INTERNOS: IMPRESIONA LEVE INCREMENTO DEL TAMAÑO DE CERVIX UTERINO.
AMPOLLA RECTAL DE CALIBRE CONSERVADO NO MASAS.
NO LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINO-PELVICA.
PARTES BLANDAS DE PARED ABDOMINAL SIN ALTERACIONES.
BASES PULMONARES REPRESENTADAS NO MUESTRAN CONSOLIDACIÓN NI EFUSIÓN.

CONCLUSIÓN:
IMPRESIONA LEVE INCREMENTO DEL TAMAÑO DE CERVIX UTERINO SE DEBE AMPLIAR ESTUDIO CON RM DE PELVIS.

[Firma]

ANEXO 4

RX. DE TORAX P-A:

En el presente estudio radiográfico del tórax obtenida se observa:

Adecuadamente ventilada.

→ Pequeño nódulo calcificado de 2.5x2mm en tercio medio del hemitorax izquierdo.

Recesos costodiafragmáticos libres.

Silüeta cardiovascular de configuración habitual. Botón aórtico conservado.

Estructuras óseas muestran adecuada morfología y densidad.

Partes blandas de pared torácica sin alteración.

CONCLUSIÓN:

PEQUEÑO NÓDULO CALCIFICADO EN TERCIO MEDIO DE HEMITORAX IZQUIERDO.

ANEXO 5

Puntaje de Alvarado modificado para el diagnóstico de apendicitis

Rasgo	Puntos
Dolor migratorio en cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Dolor de rebote en el cuadrante inferior derecho	1
Fiebre >37.5°C (>99.5°F)	1
Leucocitosis de glóbulos blancos >10 × 10 ⁹ /litro	2
Total	9

La puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y se deben buscar otros diagnósticos. Una puntuación de ≥4 indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo por apendicitis.