



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS HOSPITALES
HIPÓLITO UNANUE Y II-2 TARAPOTO JULIO 2021 - ABRIL
2022**

**PRESENTADO POR
JEAN PAUL NINALAYA VEGA
GIANELLA ALEXANDRA NUÑEZ HIDALGO**

**ASESOR
RICARDO MANUEL SANCHEZ SEVILLANO**

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

LIMA– PERÚ

2022



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

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

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





USMP | FACULTAD DE
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES | **MEDICINA HUMANA**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS HOSPITALES HIPÓLITO
UNANUE Y II-2 TARAPOTO JULIO 2021 - ABRIL 2022**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

AUTORES:

JEAN PAUL NINALAYA VEGA

GIANELLA ALEXANDRA NUÑEZ HIDALGO

ASESOR

MG. RICARDO MANUEL SANCHEZ SEVILLANO

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Edilberto Temoche Espinoza

Miembro: Dr. Hugo Efrend Rojas Olivera

Miembro: Dr. Jose Carlos Romero Sanchez

AGRADECIMIENTOS

Dedico este logro a mis padres por la paciencia, apoyo incondicional y la motivación constante. A mis hermanos por siempre estar presentes y darme su apoyo moral. A todos los que a pesar de las dificultades siempre apostaron por mí. Y a todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación profesional y como ser humano.

Gianella Alexandra Núñez Hidalgo

Dedicado a mis padres quienes me brindaron su amor, apoyo incondicional, por la paciencia, comprensión, enseñanzas e inculcarme valores durante toda mi etapa universitaria que fueron fundamentales en la formación de mi ética profesional y personal. Agradecido con todos los docentes por los conocimientos otorgados y amigos por sus ánimos y consejos dados durante estos siete años de la carrera de medicina.

Jean Paul Ninalaya Vega

ÍNDICE

	Págs.
Portada	I
Jurado	II
Agradecimiento	III
Índice	IV
Resumen	V
Abstract	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	4
1.2 Rotación de Gineco obstetricia	5
1.3 Rotación en Pediatría	11
1.4 Rotación en Cirugía	16
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
3.1 Rotación de Medicina Interna	22
3.2 Rotación de Gineco obstetricia	25
3.3 Rotación de Pediatría	28
3.4 Rotación de Cirugía	30
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	39

RESUMEN

El actual informe es un reflejo de la realidad de dos estudiantes del séptimo año de medicina humana de la Universidad San Martín de Porres que realizaron su internado en distintos hospitales del Perú, uno en el hospital nacional Hipólito Unanue y el otro en el hospital II-2 de Tarapoto, en este trabajo se detalla sus prácticas clínicas pre-profesionales en los hospitales ya mencionados durante la pandemia del Covid-19 en el tiempo de julio - abril del 2021 - 2022, donde, a diferencia de años pasados, se ha logrado convivir con la pandemia, de tal manera que desde el inicio oficial del internado, no se ha interrumpido o aplazado a pesar de los incrementos de casos de Covid-19 en nuestro país, logrando de cierta manera, completar las rotaciones sustanciales para la formación de los futuros profesionales de la salud que realizan el presente trabajo. **Objetivo:** Detallar la experiencia sobre las prácticas clínicas del internado médico en las rotaciones de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología-Obstetricia y Pediatría durante la pandemia del Covid-19, asimismo, relatar cómo estas experiencias fueron afectadas por la actual pandemia, que se pudo hacer frente a esta situación y cuál fue la impresión del trabajo en conjunto con el resto del personal de salud de los hospitales antes mencionados. **Desarrollo:** Se hizo una compilación de los casos clínicos más frecuentes que se vieron en los hospitales nacional Hipólito Unanue y Hospital II-2 de Tarapoto, de esta manera, haciendo una asociación entre la práctica clínica realizada en los hospitales y el conocimiento teórico observado en distintas fuentes de información, sumado a esto, las diferencias y similitudes del respectivo manejo dado por un hospital del ministerio de salud con los manejos expuestos en las distintas guías nacionales e internacionales

a las patologías descritas en el actual trabajo. **Conclusión:** El internado médico vendría a ser el último eslabón en el aprendizaje médico de todos los médicos generales, por lo que es una etapa sustancial para perfeccionar los conocimientos adquiridos y aplicados en la práctica médico quirúrgica durante los primeros 6 años de carrera profesional, una actividad que, de no ser realizada, no permitiría una adecuada labor del médico general en las futuras oportunidades que se le presenten. **Palabras clave:** *hospital, internado, pandemia, investigación.*

ABSTRACT

The current work is a reflection of the reality of two USMP seventh-year human medicine students who completed their internships in different hospitals in Peru, one at the Hipólito Unanue national hospital and the other at the II-2 hospital in Tarapoto. This work details their pre-professional clinical practices in the aforementioned hospitals during the Covid-19 pandemic in the time of July - April 2021 - 2022, where, unlike past years, they have managed to live with the COVID-19 pandemic, in such a way that since the official start of the internship, it has not been interrupted or postponed despite the increase in cases of Covid-19 in our country, achieving in a certain way, complete the substantial rotations for the training of future health professionals who carry out this work. **Objective:** To detail the experience of the clinical practices of the medical internship in the Internal Medicine, Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics rotations during the Covid-19 pandemic, as well as to report how these experiences were affected by the current pandemic, what could be done in the face of this situation and what was the impression of working together with the rest of the health personnel of the aforementioned hospitals. **Development:** A compilation of the most frequent clinical cases that were seen in the HNHU hospitals and hospital II-2 of Tarapoto was made, in this way, making an association between the clinical practice carried out in the hospitals and the theoretical knowledge observed in different sources of information, added to this, the differences and similarities of the respective management given by a hospital of the Ministry of Health with the management exposed in the different national and international guides to the pathologies described in the current work. **Conclusion:** The medical internship would be the last link in the medical learning of all general practitioners, so it is a

substantial stage to perfect the knowledge acquired and applied in the medical-surgical practice during the first 6 years of professional career, a activity that, if not carried out, would not allow an adequate work of the general practitioner in future opportunities that may arise.

The present work is a report that describes the experiences of medical interns in the period January-April 2020 - 2021, before the arrival of the first case of covid- 19 infection, after the suspension of the third month of initiation due to the Covid-19 pandemic; a situation that lasted six months in which the universities developed virtual academic activities until the resumption of clinical practices in the hospital sites and/or posts in the month of October 2020. **The objective** was to describe how the pre-pandemic academic practices were carried out in the rotations of Internal Medicine, Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics, and during the pandemic in order to show how the rotations were affected in each of these services as well as the perception of the work on the front line accompanying the entire team of assistant doctors, residents, technical technical staff and nurses. **Development:** A compilation was made of some of the clinical cases most frequently observed in the hospital, associating theoretical knowledge with clinical practice. In addition, the management given in a hospital of the Ministry of Health was compared with different national and international guidelines for the clinical management of the pathologies presented. Conclusion: the medical internship is considered an essential activity for the professional training of every physician, being this the end of the university stage in which the knowledge acquired during the months of rotation is put into practice, which has allowed us to reach the abilities and skills in the medical-surgical activities through clinical judgment. On the other hand, there is too big a gap between the student and the health professional, which is expected to be shortened as time goes by for the benefit of both the senior student and the patient, and this is achieved based on experiences and skills acquired during the internship. **Keywords:** *hospital, internship, pandemic, research work.*

INTRODUCCIÓN

El internado médico corresponde al último año de la carrera de Medicina Humana. Durante este año, el interno y aún estudiante de medicina tiene como objetivo integrar y poner en práctica los conocimientos adquiridos durante los últimos 6 años de carrera, todo esto bajo la supervisión de los tutores de rotación. El estudiante debe rotar por un lapso de 12 meses en las 4 principales especialidades (3 meses por especialidad): ginecología, medicina interna, cirugía y pediatría; las cuales son fundamentales para el proceso de formación integral de los futuros médicos. En el año 2020, el mundo se vio afectado por el coronavirus, un virus ARN responsable de la muerte de, hasta la fecha, 5 millones 79 mil personas a nivel mundial y 208 mil a nivel nacional. Esta circunstancia hizo que se replantearan los actuales métodos de enseñanza logrando ser más factible para la mayoría de las profesiones, sin embargo, no ha sido tarea sencilla resolver la situación para los estudiantes de las carreras de ciencias de la salud. En el caso de los estudiantes de medicina del último año, se vieron obligados a reestructurar la forma en que se desarrolla el internado médico. Por contexto de la pandemia, esto ha cambiado drásticamente siendo de los cambios más significativo el número de horas habilitadas para desarrollar las prácticas, las áreas donde pueden desenvolverse y la remuneración por horas de trabajo. El ministerio de salud junto con la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y la Asociación Peruana de Facultades de Medicina dispuso que los estudiantes de pregrado no fueran expuestos al ambiente hospitalario por la alta carga viral (virus SARS- COV 2) por un lapso no mayor de 5 meses por lo que se decidió que el tiempo de internado se acortara a solo 10 meses de los cuales 5 de estos se desarrollarían en un establecimiento de salud de primer nivel y el resto en un hospital de mayor complejidad. Asimismo, se implementaron medidas de bioseguridad tales como que los estudiantes no podían ser colocados en áreas de riesgo, como las salas de emergencia y que no debían de pasar más de 6 horas diarias en sus centros de prácticas. Estas medidas han sido controversiales ya que colegas graduados afirman que estas son perjudiciales para la formación de las nuevas generaciones. No obstante, esto no ha impedido tratar con una gran variedad de enfermedades de las cuales se hablarán en los siguientes capítulos.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 ROTACION DE MEDICINA

INTERNA

Caso 1

Paciente mujer de 32 años con antecedentes de cáncer de cérvix, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica diagnosticadas un año antes de la hospitalización, quien refiere que hace 7 días presenta aumento de volumen en miembros inferiores y cara asociado a taquicardia y palpitaciones motivo por el cual acude al hospital II-E Banda de Shilcayo donde presenta presiones de 170/110 mmHg por lo que fue hospitalizada por 3 día y posteriormente fue referida a nuestro hospital con diagnóstico de enfermedad renal crónica grado v, 12 horas antes de su traslado paciente presento cuadro de dificultad respiratoria e hipotensión las cual son corregidas. Funciones Biológicas: PA:146/88 FR:20 FC:100 Saturación: 98%. Al examen físico: Edema blando +++/++++ en MMII. Tórax y Ap. Respiración: disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, subcrepitos difusos en ambos campos pulmonares. Además, se le solicitaron exámenes auxiliares cuyos resultados mostraron: hemoglobina: 7.9 g/dl, leucocitos: 9.21, plaquetas: 561.00, glucosa: 76.0, creatinina: 9.6, urea: 178.5, T.P:16.30, INR: 1.25, TGO: 52.10, TGP: 143.50. Ecografía renal: donde se evidenció enfermedad renal crónica bilateral. Hidronefrosis renal bilateral más acentuada del lado izquierdo y leve derrame pleural derecho. La impresión diagnostica fue Cáncer de cérvix estadio IIIB, Síndrome de dificultad respiratoria, Síndrome urémico, Enfermedad renal crónica estadio V. El plan terapéutico fue el siguiente: Ceftriaxona 2 gr ev cada 24 horas, Furosemida 20 mg ev cada 24 horas, Hierro Sacarato 100 mg, Eritropoyetina 4000 UI sc 3 veces a la semana, Ácido Fólico 0.5 mg vo cada 12 horas, Tramadol

50 mg ev cada 6 horas, así como efectivizar ecografía renal e interconsulta a Nefrología para la posibilidad hemodiálisis. En este caso tenemos a una paciente con un antecedente de diagnóstico de cáncer de cérvix en estadio IIIB que por lo que se ha descrito se caracteriza por obstrucción del uréter motivo por el cual la paciente no puede eliminar la orina lo que termina provocando una hidronefrosis que a su vez ocasiona una insuficiencia renal aguda postrenal por obstrucción de vías urinarias. En un principio la paciente fue programada para hemodiálisis, sin embargo, el equipo sufrió fallas motivo por el cual se planteó programar sesiones de hemodiálisis de forma particular. No obstante, al conversar con la familia nos indicaron que esto no les era posible debido al costo de estas (alrededor de 6000 soles por sesión) motivo por el cual se pidió una interconsulta al servicio de urología para la posibilidad de una nefrostomía. Al ser evaluada por la uróloga de turno se decidió que sería programada para dentro de dos días tiempo suficiente para efectivizar sus prequirúrgicos y posteriormente ser intervenida. La intervención fue exitosa y lograron desobstruir ambos riñones, desafortunadamente, el daño en el riñón izquierdo era severo por lo que no pudo salvarse. Finalmente, a los 5 días postoperatorios la paciente fue dada de alta con una cita control por el servicio de urología y una referencia por parte de oncología para su tratamiento en el servicio de Gineco-oncología del Hospital de Moyobamba.

Caso 2

Paciente mujer de 62 años con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial de larga data asimismo presenta antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada hace aproximadamente 18 años. Familiar de paciente refiere que 2 días antes del ingreso presentó disnea a moderados esfuerzos que progresa a leves esfuerzos, asociada a náuseas, vómitos de contenido alimenticio en 3 oportunidades, además refiere alza térmica no cuantificada, sintomatología persiste y se agrega astenia. Tras realizarse diálisis peritoneal paciente sufre descompensación: hipotensión, trastorno del sensorio, motivo por el cual acude a la emergencia. Funciones Vitales: PA: 60/40 mmHg FC: 121x FR: 21x SatO₂: 98% T: 36.8°C. Examen Físico: Piel y anexos: palidez +/+++ , llenado capilar < de 2 segundos, mucosas húmedas, no ictericia. Abdomen: globuloso, RHA (+). matidez hepática de aproximadamente 13 cm, no doloroso a la palpación.

Paciente cursa con cuadro de shock séptico probablemente foco abdominal, puesto que familiares refieren tras recambios durante la diálisis peritoneal presentaba eliminación de líquido "turbio. El día 04 de febrero se obtienen los resultados del estudio de líquido peritoneal: recuento celular 11 cel /mm³- PMN 11%, descartándose dicha posibilidad.

Asimismo, se le realizó una ecografía abdominal hallándose un hígado con parénquima ecotextura granular, contornos irregulares, ecogenicidad conservada, no lesiones focales. Colédoco: 4mm. En la vesícula biliar dimensiones 58 x 23 mm, pared: 3mm, con presencia de cálculos. A nivel de riñones se halló quistes renales bilaterales, no litiasis no hidronefrosis. Conclusión: signos de cirrosis hepática, quistes renales bilaterales, litiasis vesicular.

Caso 3

Paciente varón de 45 años con antecedentes de diabetes mellitus en tratamiento irregular. Familiar de paciente refiere que 15 días antes del ingreso observa úlcera en planta de pie derecho que con los días se extiende, asimismo se evidenciaba signos de flogosis asociado a secreción purulenta. Paciente refiere que 2 días antes del ingreso mientras se encontraba sentado en una silla intento girar el cuerpo y sufrió caída golpeándose región occipital y parietal sin pérdida de conciencia, sus familiares lo encuentran y lleva a su habitación donde presenta 05 episodios de vómitos de contenido alimenticio y tendencia al sueño por lo que es llevado al Hospital de Lamas para posteriormente ser referido al Hospital Tarapoto. Funciones vitales: PA: 98/60mmHg FC: 61x FR: 20x SatO₂: 98% T: 37.1°C. Examen físico: Cabeza: Normocéfalo, edema de aproximadamente 1x2 cm en región parietal, dolorosa a la palpación. Aparato Locomotor: lesión ulcerosa de 2x3 cm en planta de pie derecho con signos de flogosis y secreción purulenta. Ap. neurológico: Despierto, LOTEPE, Escala de Glasgow 14/15, no signos meníngeos ni de focalización. Impresión Diagnóstica: Pie Diabético Wagner grado III, Diabetes mellitus tipo 2, TEC leve. Exámenes de laboratorio: Hemograma: Hb: 12.2 mg/dL, Leucocitosis: 72 mil, Segmentados: 82%, Linfocitos: 10%, Plaquetas: 508 mil. Bioquímicos: Creatinina: 0.85, Glucosa: 275, Urea: 12. AGA: ph: 7.45, pCO₂: 29.6, Na: 129, K: 3.79, Ca: 108. Plan Terapéutico: Dieta hipoglucida, ClNa 0.9% 1000 300 a chorro luego 450

gotas por minuto, Insulina NPH 13 UI antes del desayuno y 7 UI antes de la cena, Insulina R escala móvil, Ciprofloxacino 400mg ev cada 12 horas, Clindamicina 600mg ev cada 8 horas, Ketoprofeno 100mg ev PRN a dolor. Hemoglucotest cada 8 horas. Sensibilizar TEM cerebral, Ecografía Doppler arterial, Electroencefalograma. Interconsulta a Traumatología con resultados de Ecografía Doppler arterial. A continuación, tenemos a un paciente con antecedentes de diabetes mellitus en tratamiento irregular con metformina y diagnóstico de pie diabético Wagner grado III. Durante su atención en emergencias se le realizó un hemoglucotest que evidenció una glicemia de 300 motivo por el cual se decidió a hidratarlo con cloruro de sodio 300 a chorro y luego a 45 gotas por minuto en su primer frasco. Ampliando la anamnesis se descubrió que 1 semana antes del inicio de síntomas el paciente se había sufrido una lesión en el pie producto de sus labores en la chacra. Asimismo, al comenzar con el tratamiento con insulina se tuvo que aumentar la dosis debido a que aun presentaba niveles de glicemia en ayunas mayores a 200. Actualmente el paciente se encuentra estable y a la espera de sus resultados de ecodoppler arterial con el fin de definir a que nivel será la amputación de la pierna derecha.

Caso 4

El Paciente mujer de 24 años refiere que el día 30 octubre presento sensación de alza térmica no cuantificada, poliartralgia y malestar general, asociado a cefalea retroocular. El día 4 de noviembre se agregan síntomas tales como dolor en epigastrio y 2 episodios de epistaxis motivo por el cual familiares deciden llevarla al Centro de salud de Morales donde es diagnosticada con síndrome febril a descartar Dengue con signos de alarma motivo por el cual es referida al Hospital de Tarapoto, al realizar la historia clínica de hospitalización la paciente informa que 15 días antes viajo al departamento de Amazonas por trabajo, por lo que se agregó entre sus diagnósticos diferenciales malaria. Sin embargo, el Hemograma y cuadro clínico de la paciente eran compatibles con un cuadro de Dengue por lo que se continuo con su hidratación y al 7 día de hospitalización fue dada de alta. Este fue el primer caso de dengue con signos de alarma de la rotación de medicina, por lo que permitió hacer un reforzamiento a cerca de la adecuada hidratación de un paciente que, acorde a la norma técnica, se debe iniciar con un bolo de cloruro de 10ml/kg/hora por 1 hora y repetir el examen de hematocrito. Una vez el paciente fue reevaluado y se vio disminución del

hematocrito se procedió a disminuir el volumen a 7ml/kg/hora durante 6 horas para posteriormente ir disminuyendo el volumen de hidratación acorde a la evolución de la paciente.

1.2 ROTACIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Caso 1

Anamnesis:

a. **Filiación:** Paciente SCM de 33 años, de procedencia y nacida en Lima.

b. Enfermedad Actual

Tiempo de enfermedad: 5 años

Episodio actual: 1 semana **Inicio:** Insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente llega a Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue refiriendo sangrado vaginal abundante, cólicos pélvicos, cansancio y a la palpación en la región abdominal baja se nota presencia de una masa. Por lo cual, se le decide hospitalizar y transfundir 2 paquetes globulares. Luego se le da el alta, sin embargo, la paciente continúa presentando abundante sangrado vaginal catameniales, cólicos menstruales y sensación de tumoración abdominal.

c. Antecedentes:

- **Antecedentes importantes:**

- **En el 2017**, acude a centro de salud por presentar características clínicas de infección urinaria, en el cual de manera incidental se evidencia la presencia de masa uterina

- **En el 2018**, presentó sangrados catameniales de abundante cantidad (14-16 toallas higiénicas al día) con eliminación de coágulos asociado a cólicos pélvicos en mayor intensidad. Por lo tanto, acude a una posta médica donde notan la presencia de una masa abdominal baja.

- **En el 2020**, es intervenida por hematología para corrección de anemia y además enviada por consulta externa de ginecología para ser intervenida quirúrgicamente. Sin embargo, por la pandemia se suspendió.

- **Transfusiones:** Presentó Hemorragia uterina anormal (HUA) en el 2020, de manera que le transfundieron 2 paquetes globulares.

- **Antecedentes generales:**

- Vacunas: La paciente refiere estar vacunada contra BHCG, Polio, DPT, Sarampión, Hepatitis B, Haemophilus, varicela, influenza, neumococo.

- Hábitos nocivos: niega

- Enfermedades infectocontagiosas: niega
- **Antecedente quirúrgico:** Cesárea (2012)
- **Antecedentes clínicos:** Niega
- **Alergia a medicamentos:** Niega
- **Antecedentes ginecológicos:**
 - Menarquia: 12 años IRS: 17 años NPS: 02 RC: +7/28
 - FUR: 10/02/2022 FUP: 2012
 - Gestaciones: 1, A término: 1, Prematuros: 0, Abortos: 0, Hijos vivos: 1
- **Antecedentes familiares:**
- **Hermana:** Falleció por epilepsia

d. Examen Físico:

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos.

TCSC: No edemas

Aparato cardiovascular: Área pericárdica conservada, no se palpa frémito cardiaco, A la percusión matidez conservada, y a la auscultación los ruidos cardiacos son rítmicos, de buena intensidad, sin auscultación de soplos.

Aparato respiratorio: Tórax simétrico, timpanismo conservado, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Abdomen: Blando, depresible, con matidez a la percusión, ruidos hidroaéreos (+). Se visualiza y palpa tumoración en el hemiabdomen inferior de 20 cm, dura, móvil, de bordes regulares. No dolor a la palpación superficial ni profunda. Mcburney (-), Murphy (-), Rebote (-).

Aparto genito-urinario: PPL (-), genitales externos de aspecto normal

Mamas: Simétricas, medianas, sin lesiones visibles, complejo pezón areola sin alteraciones, no se palpan nodulaciones o masas

Tacto vaginal: Vagina amplia, elástica, cuello uterino desplazado, anexos libres

Especuloscopia: Cérvix epitelizado de difícil visualización

e. Diagnóstico presuntivo:

- Tumoración abdomino pélvica:
- Miomatosis uterina
- Leiomioma
- Tumoración digestiva

- Hemorragia uterina anormal
- Leiomiomatosis
- Anemia crónica por pérdida compensada

f. Plan de trabajo

- Ecografía Pélvica
- Exámenes prequirúrgicos
- Laparotomía exploratoria: Miomectomía o histerectomía, según hallazgos intraoperatorios

Es una paciente de 32 años ingresa por emergencia con sangrado vaginal exuberante, cólicos catameniales, y palpación en la región abdominal baja de una masa tumoral, con regímenes catameniales de hasta 15 días de duración. Para ello, la paciente es hospitalizada y se le transfunde 2 paquetes globulares, en el cual cada paquete globular contiene 250ml, para de esa manera aumente la masa eritrocítica. Posteriormente a ello, se decidió darle el alta. Aun así, la paciente permaneció hospitalizada dado que el sangrado vaginal no cesaba.

También refiere como antecedentes que hace 5 años además de presentar una clínica de infección urinaria, se le encontró de manera casual una masa uterina a la palpación; aun así, no se realizó más estudios; luego hace 4 años presentó sangrados catameniales profusos asociado a dismenorrea y hallan nuevamente la existencia de una masa abdominopélvica. Finalmente, menciona haber sido diagnosticada hace 2 años de anemia crónica y miomatosis uterina, por el cual, se le transfundió 2 paquetes globulares y se le programo una cirugía; sin embargo, dado que se inició la pandemia se suspendió.

En el 2022 cuando se encontraba en hospitalización, al examen físico se le visualizó y palpo una masa tumoral de 20 cm en la zona abdominopélvica, dura, móvil, sin dolor a la palpación. Por consiguiente, se le decide realizar una ecografía pélvica encontrándose una miomatosis uterina gigante subserosa que abarcaba parte de la vejiga. De modo que se le programa una miomectomía exploratoria, terminando así en una histerectomía subtotal con liberación de adherencias por el gran tamaño que abarcaba la masa. Según bibliografía la histerectomía subtotal es mínimamente invasiva y permite conservar el cuello uterino. A la paciente se le da de alta con analgésicos y se le cita en 15 días para control por consultorio externo de ginecología.

Caso 2

Anamnesis:

Filiación: Paciente JCR de 32 años, de procedencia y nacida en Lima

Enfermedad Actual

TE: 4 días **Inicio:** Insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente es referida de Emergencia al departamento de Ginecología dado que acude por dolor tipo cólico en hipogastrio desde hace más de 3 días incrementándose hace 2 días. Por el cual se le decide hacer una ecografía, donde se le diagnóstico embarazo ectópico en cicatriz de cesárea.

Antecedentes:

- **Antecedentes importantes:**

- **En 1987**, diagnosticada de displasia de cadera.
- **En el 2014**, tuvo un aborto tardío.
- **En el 2015**, cesárea por feto podálico.
- **Antecedente quirúrgico:** Cesárea (2015), Legrado (2014), y Displasia de cadera (1989).
- **Alergia a medicamentos:** Niega
- **Antecedentes ginecológicos:**
 - Menarquia: 12 años IRS: 17 años NPS: 02 RC: 4/30
 - FUR: 03/01/2022 FUP: 2015 MAC: niega
 - Gestaciones: 3, A término: 0, Prematuros: 1, Abortos: 1, Hijos vivos: 1
 - ETS: Niega

Examen Físico:

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos son rítmicos, de buena intensidad, sin auscultación de soplos.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos (+). Dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda.

Aparto genito-urinario: PPL (-), genitales externos de aspecto normal

Mamas: Sin alteraciones.

Tacto vaginal: Útero anteversión +/- 10 cm, cérvix cerrado, no sangrado vaginal, ni masas palpables.

Diagnóstico:

- Gestación inicial
- D/C gestación no evolutiva

Plan de trabajo

- Control de BHCG seriado
- Ecografía TV
- Pedir exámenes auxiliares:
 - Hemograma, perfil de coagulación
 - Prueba de ELISA, RPR, HVB
 - Prueba de antígeno COVID-19
 - Perfil hepático, urea creatinina
- Programar Salpingectomía

El segundo paciente correspondiente a una mujer de 32 años, la cual acude a emergencia y es referida a ginecología por dolor tipo punzada hace 3 días a nivel supra púbico y lumbar, sin presencia de sangrado. Por lo cual, se le decide realizar una ecografía transvaginal, confirmando así, un embarazo ectópico en cicatriz uterina por cesárea. Es importante tener en cuenta que toda paciente con dolor pélvico agudo debe realizarse una buena anamnesis, y exploración física para descartar la presencia de embarazo, y en el caso lo fuese, examinar la posibilidad de ser un embarazo ectópico para una inmediata hospitalización. Además de ello, la paciente tenía como factores de riesgo a desarrollar embarazo ectópico por haber tenido intervenciones quirúrgicas abdominopélvicas previas (legrado por inducción de aborto de hace 8 años, y una cesárea hace 7 años). Por ello, se le plantea realizar una salpingectomía parcial, dado que la paciente no presenta sangrados y el embarazo ectópico no es complicado. Una vez realizado el procedimiento, la paciente se mantuvo en evaluación postoperatoria bajo analgésicos, para controlar el dolor postoperatorio. Teniendo así, una evolución favorable.

Caso 3

Anamnesis:

Filiación: Paciente MCA de 49 años, de procedencia: Chosica, Lima. Con Grupo y Factor: A+

Enfermedad Actual

Tiempo de enfermedad: 6 meses **Episodio actual:** 4 meses

Inicio: Insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente relata que desde hace 6 meses presenta dolor en el hemiabdomen inferior tipo cólico de moderada intensidad de forma esporádica, que incrementa con los ciclos menstruales. Además de ello, desde hace 4 meses presenta hipermenorrea. Por ello, Acude a su centro de salud más cercano, siendo referida al Hospital de Chosica. En el cual, es diagnosticada por ultrasonografía de miomatosis uterina. Dado que la cirugía a realizar es de mayor complejidad, se le decide derivar a consultorio externo del Hospital Hipólito Unanue para ser intervenida quirúrgicamente.

Antecedentes:

- **Antecedentes generales:**

- Grupo y Factor: A +
- Vacunas: La paciente refiere estar vacunada contra BHCG, Polio, DPT, Sarampión, Hepatitis B, Haemophilus, varicela, influenza, neumococo, y COVID 19 (3 dosis)
- Hábitos nocivos: niega
- Enfermedades infectocontagiosas: niega

- **Antecedente quirúrgico:** Apendicetomía (hace 20 años), Cirugía por prolapso uterino (hace 3 años)

- **Antecedentes clínicos:** Niega

- **Alergia a medicamentos:** Niega

- **Antecedentes ginecológicos:**

- Menarquia: 8 años IRS: 20 años NPS: 02 RC: +5/34
- Menopausia: Niega MAC: niega
- FUR: 17/02/2022 FUP: 1997
- Gestaciones: 2, A término: 2, Prematuros: 0, Abortos: 0, Hijos vivos: 2

- **Antecedentes familiares:**

Fallecimiento por neoplasias:

- **Tía abuela:** Mama
- **Tía (paterna):** Ovario
- **Tío (paterna):** Próstata
- **Tío (paterno):** Colon
- **Tío (paterno):** Linfoma

g. Examen Físico:

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos.

TCSC: No edemas

Cabeza y cuello: Sin alteraciones

Aparato cardiovascular: Área pericárdica conservada, sin choque de punta ni frémito cardíaco, A la percusión matidez cardíaca conservada, y a la auscultación los ruidos cardiacos son rítmicos, de buena intensidad, sin auscultación de soplos.

Aparato respiratorio: No tirajes, MV pasa bien en ACP.

Abdomen: Globuloso, no circulación colateral, blando, depresible. RHA (+). Dolor a la palpación profunda en el hemiabdomen inferior.

Aparto genito-urinario: PPL (-), PRU (-)

Mamas: Blando, no dolorosa, sin presencia de masas

Tacto vaginal: De acuerdo a edad y sexo. Se aprecia sangrado catamenial. Útero aumentado de consistencia y tamaño +/-13-14 cm de longitud lateralizada a la izquierda, doloroso a la movilización. Cérvix: +/- 1-2 cm, corto, anexos de difícil precisión por tumoración.

Tacto rectal: Diferido

Examen neurológico: Sin alteraciones. LOTEP. Glasgow 15/15

h. Diagnóstico presuntivo:

- Tumoración abdomino pélvica:
 - Miomatosis uterina
 - D/C mioma ligamentario

i. Plan de trabajo

- Ecografía Pélvica

- Exámenes prequirúrgicos
- Histerectomía abdominal

El tercer caso presenta a una paciente de 49 años, que, desde hace 6 meses antes de su ingreso al Hospital Hipólito Unanue, presento dolor de moderado a alta intensidad en hemiabdomen inferior tipo cólico de forma esporádica. También menciona que 4 meses antes, comenzó a presentar hipermenorrea en sus ciclos menstruales, por lo cual llegaba a utilizar hasta 10 toallas higiénicas diarias.

La paciente es transferida desde el Hospital de Chosica al Hospital Hipólito Unanue, donde le realizan una ultrasonografía dando así el diagnóstico de mioma uterino. Finalmente, la paciente es intervenida quirúrgicamente (histerectomía) en dicho nosocomio. La miomatosis uterina muestra con frecuencia en la mayoría de los casos alteraciones catamenciales, como lo presenta la paciente en sus periodos con el aumento del sangrado en mayor cantidad y el dolor abdominal son signos de compresión. El mejor tratamiento que se le dio a la paciente es la histerectomía dado que esta técnica es la mejor para evitar recidivas y además es usada sobre todo en pacientes multíparas y de edades mayores de 35 años. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con analgésicos y controles por consultorio externo.

Caso 4

Anamnesis

Filiación: Paciente ALV de 51 años, de procedencia: San Juan de Lurigancho, Lima. Tiene: Grupo y Factor: O+

Enfermedad Actual

TE: 6 años **Episodio actual:** 3 meses **Inicio:** Insidioso **Curso:** Progresivo

Paciente con tiempo de enfermedad de 6 años con dolor pélvico de moderada intensidad 5/10 localizado en hemiabdomen inferior no irradiado, dispareunia, sin sangrado, ni pérdida de peso y antecedente de haber sido diagnosticado y tratada en el 2021 con lesión intraepitelial en el cuello. Sin embargo, en su último control, se encontraron rezagos de células epiteliales, por ello ingresa a consultorio externo para finalmente ser hospitalizada e intervenida

quirúrgicamente dado que le diagnostican cáncer de cérvix por resultados de biopsia.

Antecedentes:

- **Antecedentes generales:**

- Vacunas: La paciente cuenta con vacunación completa de BHCG, Polio, DPT, Sarampión, Hepatitis B, Haemophilus, varicela, influenza, neumococo, y COVID 19 (3 dosis)

- Hábitos nocivos: niega

- **Antecedente personal:**

- Diagnóstico de NIC III hace 6 años en tratamiento mediante conización cervical +LEEP

- **Antecedente quirúrgico:** Cesárea (2013)

- **Antecedentes clínicos:** Niega

- **Alergia a medicamentos:** Niega

- **Hábitos nocivos:** Esporádico alcohol

- **Antecedentes ginecológicos:**

- Menarquia: 13 años IRS: 21 años NPS: 02 RC: 3/28

- Menopausia: 45 años MAC: niega

- FUP: 1995

- Gestaciones: 2, A término: 2, Prematuros: 0, Abortos: 0, Hijos vivos: 2

- Enfermedades ginecológicas: Virus de Papiloma Humano (VPH)

- **Antecedentes obstétricos**

- Segundo embarazo: RCIU, insuficiencia placentaria

- **Antecedentes familiares:**

- Padre: ACV, Fallecimiento por Fibrosis pulmonar

- Madre: ACV

Examen Físico:

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos.

TCSC: No edemas

Cabeza y cuello: Sin alteraciones

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos son rítmicos, de buena intensidad, sin auscultación de soplos.

Aparato respiratorio: MV pasa bien en ACP.

Abdomen: Cicatriz umbilical mediana, blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación,

Aparto genito-urinario: PPL (-), PRU (-)

Mamas: Blando, no dolorosa, sin presencia de masas

Tacto vaginal: Paredes vaginales elásticas sin lesiones, útero AVF +/-6 cm.
POPQ 2 Aa

Tacto rectal: Parámetros libre

Especuloscopia: Cérvix retraído de superficie lisa sin lesiones exofíticas.

Diagnóstico presuntivo:

- Cáncer cérvix in situ con extensión glandular en labio anterior y posterior

Plan de trabajo

- Histerectomía abdominal +Salpingooforectomía bilateral

El cuarto caso presenta a una paciente de 51 años, que, desde hace 6 meses antes de su ingreso, presentaba dolor moderado en hemiabdomen inferior y sangrado vaginal. Además de ello, refiere que en el 2021 le diagnosticaron neoplasia intraepitelial de cuello uterino. Una de las causas principales para desarrollar NIC es el virus de papiloma humano, lo cual la paciente relata haber sido diagnosticada hace 2 años de VPH. Aun así, se mantuvo bajo tratamiento con conización cervical y procedimiento de escisión electro quirúrgica con asa (LEEP). El cual, vienen hacer procedimientos escisionales de elección para destruir las lesiones neoplásicas del cérvix.

Sin embargo, se le encontró a la paciente en su último control ginecológico rezagos de células neoplásicas, por lo cual es transferida a internamiento hospitalario para intervención quirúrgica de histerectomía con Salpingooforectomía bilateral. Esta técnica se realiza en paciente que cuenten lesiones intraepiteliales de alto grado y sobre todo que se encuentren en la menopausia, dado que es una técnica radical. Finalmente, luego de la intervención la paciente tuvo una evolución satisfactoria hasta el alta bajo medicación analgésica con paracetamol 1gr cada 8 horas, antiemética con metoclopramida 10 mg cada 8 horas y antiespumante con simeticona 30 gotas cada 8 horas; y como recomendación final se le prescribió seguir con los controles ginecológicos.

1.3 ROTACIÓN EN PEDIATRÍA

Caso 1

Paciente femenina de 1 año y 3 meses sin ningún antecedente de importancia. Mamá refiere que una semana antes del ingreso presentó rinorrea sin fiebre. Asimismo, cuatro días antes del ingreso, paciente tuvo alza térmica no cuantificada, cediendo con Ibuprofeno, una cucharadita y media. No obstante, cinco días antes del ingreso, continuó con alza térmica y presentó tos seca sin expectoración. Tres días antes del ingreso, paciente presentó tos con flema amarillenta, dificultad respiratoria generándole náuseas. Mamá lleva a la paciente a una farmacia donde le administran clorfenamina, dexametasona y medicamento que no recuerda nombre, de manera intramuscular solo una vez, cediendo la fiebre. Dos días antes continua con síntomas por lo que la lleva a otra farmacia donde le administran intramuscular clorfenamina y dexametasona. Un día antes del ingreso, sin mejoría de síntomas y con mayor dificultad respiratoria, mamá refirió que tórax se hundía es llevada a la posta de Yarina, donde le dan de alta médica con indicación de paracetamol y amoxicilina. Mamá refiere que paciente tomó el paracetamol, vomitándolo en el mismo momento, por lo que decide no administrarle la Amoxicilina. El día del ingreso, mamá acude a emergencias de este hospital por empeoramiento de síntomas. Funciones Vitales: FC: 170x FR: 40x SatO₂: 94% T: 36.3°C Peso: 9kg, Talla: 80 cm. Examen Físico: Tórax Y Ap. respiratorio: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, crépitos en Hemitórax Derecho. No tirajes. Radiografía de tórax: se muestra patrón intersticial, aumento de los tractos broncovasculares y engrosamiento peribronquial.

Impresión Diagnóstica: Bronquitis complicada, Neumonía atípica.

Plan Terapéutico

- Reposo en posición semifowler
- Dieta completa + LAV
- Vía Salinizada
- Azitromicina 2.5ml VO c/24hrs
- Salbutamol inhalación 2puff c/2horas por aerocámara
- Dexametasona 1mg EV c/8h
- Paracetamol 100mg/1ml → 25gotas PRN a T>38.5°C
- Control de funciones viales cada 4 horas + balance hidroelectrolítico

La paciente es un caso típico de una bronquitis aguda mal tratada que llegó a complicarse con una neumonía atípica. Como sabemos estas patologías tienen como principal agente a la bacteria *Mycoplasma pneumoniae* por lo que solo se procedió a indicar sintomáticos y azitromicina 10 mg/kg/día, como se aconseja en la guía. Asimismo, se prescribió oxigenoterapia en caso paciente presentase dificultad respiratoria, que no fue el caso. Debido a su evolución favorable después de 5 días la paciente fue dada de alta.

Caso 2

Paciente varón de 2 años 6 meses que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad 6 días. Mamá refiere que 5 días antes del ingreso presentó moco color blanquecino en tratamiento con levocetirizina. Asimismo, 4 días antes del ingreso se agregó tos seca, por lo que fue llevado a un médico particular en donde recibió tratamiento con Misoprex. De igual manera, 3 días antes del ingreso presenta fiebre dándole repriman 3ml más tos seca persistente. No obstante, 2 días antes del ingreso paciente continúa presentando fiebre a pesar de tratamiento con repriman, familiar comenta que a esta fiebre se acompaña de convulsiones con movimientos tónico-clónico sin relajación de esfínteres que duró aproximadamente menos de 1 minuto, además menciona que aparecieron “ronchas en tórax hasta ombligo y en región inguinal (zona del pañal)”. Es traído a emergencias del hospital en donde quedó en observación hasta las 5 pm, siendo dado de alta con cefaclor y paracetamol. Día del ingreso continua con fiebre persistente y enrojecimiento de todo el cuerpo “como el color de un camarón, todo rojo” motivo por el cual es traído nuevamente a emergencias. Funciones vitales al ingreso: PA: 110/60 mmHg, FC: 176 por minuto, FR: 26 por minuto, SatO₂: 98%, T: 38.8 C. Al examen físico: piel y faneras se evidencia lesiones eritematosas en cara, tórax, abdomen y extremidades, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, a nivel tórax y pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos, regulares buena intensidad no soplos; a nivel abdominal, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.

Impresión diagnóstica: Síndrome febril, Convulsión Febril, Exantema viral, descartar Dengue sin signos de alarma.

Exámenes auxiliares: hemograma completo, urea, creatinina, transaminasas, VSG, lámina periférica, PCR. Los resultados muestran: leucocitosis (18 mil/uL), hemoglobina: 11.4 g/dl, hematocrito: 33.90% plaquetas: 303 00, creatinina: 0.95 mg/dl, TGO: 27,20 U/L, TGP: 17,40 U/L, urea: 21.2 mg/dl.

Caso 3

Paciente masculino de 4 años que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad 15 días. La madre refiere que desde entonces percibe que su hijo orina menos. Asimismo, 8 días antes del ingreso paciente presenta deposiciones líquidas sin mocos, sin sangre en varias oportunidades de poca cantidad que remiten 2 días después sin administrar algún tratamiento. En 5 días se agrega edema en cara y párpados. Finalmente, 1 día antes del ingreso madre percibe aumento de volumen en región abdominal, por lo que lleva a su hijo a un médico particular donde le realiza exámenes de laboratorio y le sugiere acudir a este nosocomio. Funciones vitales: FC: 97 por minuto, FR: 28 por minuto, T: 36.4 C, Saturación: 98%, peso: 24.4 kg, talla: 108 cm. Al examen físico: en piel se observa edema duro en cara, párpados, abdomen ++/+++. En región tórax y pulmones sin alteraciones, a nivel cardiovascular sin alteraciones, sistema nervioso central menor despierto, reactivo a estímulos externos.

Impresión diagnóstica: Síndrome edematoso, Descartar síndrome nefrótico y nefrítico.

Plan de trabajo: Los exámenes auxiliares que se le solicitaron fueron hemograma completo; Hb, hemaocrio, plaquetas, GS, VSG, lámina periférica, proteínas en orina al azar, orina de 24 horas, coprológico funcional, reacción inflamatoria, PCR, G, U, Cr, electrolitos séricos. Ecografía abdominal.

Plan Terapéutico:

- Dieta hiposódica, normoproteica
- volumen en 24 horas: 600cc
- CFV c/ 4 horas + control peso diario
- Balance hídrico estricto
- Vía salinizada
- Furosemida 25 mg ev c/12 horas
- OSA
- I/C Odontología, otorrinolaringología, nefrología

Durante el relato cronológico, la madre menciona que este no era el primer episodio de su hijo. Asimismo, explico que 2 años antes el pequeño había mostrado los mismos síntomas, motivo por el cual lo trajo al hospital donde le receto unas pastillas las cuales no recordaba el nombre y que con estas “la hinchazón bajo”. Esto hizo que pidiéramos la historia clínica antigua del paciente donde figuraba los exámenes de laboratorio que se le realizaron donde confirmaban el diagnóstico de Síndrome nefrótico. Posteriormente, el menor fue evaluado por los servicios de odontología y otorrinolaringología con el fin de descartar algún foco infeccioso oculto que al administrar los corticoides necesarios pudiesen desencadenar su activación. Una vez realizado esto se procedió a administrarle prednisona 40 mg/m²/cada 48 horas por seis semanas. Finalmente fue dado de alta a los 6 días de hospitalizado con una cita control con pediatría en 7 días.

Caso 4

Paciente varón de 8 años que ingresa por emergencia acompañado de su madre con un tiempo de enfermedad de 5 días. La madre refiere que cinco días antes del ingreso el paciente presentó caída recibiendo impacto en cadera izquierda, deambulaba con dificultad por lo que es llevado a un sobador que le coloca ampolla IM, no refiere el nombre ni dosis. 4 días antes del ingreso, refirió aumento del dolor en cadera y extremidad inferior, así como la dificultad en la deambulación. Tres días antes del ingreso no puede incorporarse ni deambular sin apoyo, por lo que es llevado a clínica particular donde lo hospitalizan y le administran medicamentos, por la noche inicia dificultad respiratoria y edema en ambos miembros inferiores. Dos días antes del ingreso síntomas se agravan por lo que es llevado a Hospital de Juanjui donde le inician Oxacilina asociado a clindamicina endovenosa, sin embargo, dificultad respiratoria aumenta, paciente quejumbroso y con edema generalizado. Un 1 día antes del ingreso presento saturaciones menores a 92% motivo por el cual al paciente se le coloco máscara de reservorio. El día del ingreso paciente quejumbroso, afebril, polipneico y con bolsa de reservorio a 5 L/min, por lo que es referido al Hospital II-2 de Tarapoto. Funciones vitales: PA: 90/50 mmHg FR: 45 rpm, FC: 127 lpm , T°: 36.7 °C, Saturación: 98%, Oxígeno SpO₂: 125. Al Examen físico: General: Mal estado general, mal estado de hidratación y nutrición, ventilando con apoyo oxigeno por

CBN a 5L/min. Regional: Ap. Respiratorio: Tórax simétrico, MV pasa en ACP, presencia de sibilantes escasos y subcrepitos base de hemitórax derecho, presencia de tirajes subcostales. Ap. Locomotor: dolor a la movilización de extremidades inferiores, limitación a la extensión y rotación externa.

Exámenes auxiliares mostraron: 15 000 leucocitos, Hb: 10g/dl, plaquetas: 440 000, abastionados 1%.

Diagnóstico: Sepsis punto de partida dérmico vs respiratorio, d/c neumonía estafilocócica, d/c Artritis séptica.

Plan Terapéutico:

- Reposo cabecera ángulo de 45
- Dieta hiponatémica. No agua libre
- CFV C/4hrs + BHE
- O2 por CBN para Sato2 > igual a 94%
- V.S
- Oxacilina 1g; 125mg IV c/6hrs
- Clindamicina 600mg; 250 mg IV C/6hrs
- Ranitidina 50 mg; 25 mg IV c/ 8hrs
- Paracetamol 120 mg/5m; 10.5 ml vo PRN T> igual a 38.5
- Monitoreo flujo urinario 75cc/h
- Dextrosa 10% 50cc bolo IV
- Noradrenalina 2mg } inicia 0.05 mg/kg/min
- Dextrosa 5% 50cc } 2,5cc/H
- Control de FC

Cuando el paciente llego a nuestro establecimiento, este se encontraba en mal estado general, ventilando a través de mascara de reservorio de 5L/min, hipotenso por lo cual, una vez fue evaluado, paso a ser hospitalizado en el área de trauma shock del hospital en espera de una cama en UCI. Una vez este fue trasladado a UCI se procedió a su entubación e inicio de ventilación mecánica. Asimismo, la placa de tórax junto con el cultivo de secreciones confirmó el diagnostico de neumonía estafilocócica, por lo que se le inicio vancomicina asociado a clindamicina debido al fracaso terapéutico que hubo con el uso de oxacilina. De igual manera fue evaluado por la especialidad de Traumatología debido a un resultado de la ecografía de partes blandas que evidenciaba un piomiositis de los músculos aductores y vasto interno del cuádriceps femoral en

su tercio superior del muslo izquierdo, por lo que se acordó que una vez sea controlado el cuadro de la neumonía, el paciente pasaría a ser programado para una Limpieza quirúrgica. Posteriormente, a diez días de su hospitalización e inicio de tratamiento con vancomicina, el paciente es intervenido quirúrgicamente por primera vez para lo que resultó ser un absceso en muslo interno y musculo iliaco izquierdo asociado a liquido citrino en cavidad abdominal por lo que se tuvo que solicitar la presencia del cirujano pediatra en sala de operaciones. Seguido de ello continuo con vancomicina y oxacilina, sin embargo, aun presentaba picos febriles además de la aparición de múltiples abscesos en ambos tobillos y rodillas. por lo que se decidió que el día 14 de hospitalización sea nuevamente intervenido. A pesar de todas estas medidas el paciente aun presentaba picos febriles además de la formación de nuevos abscesos por lo que se le realizo una interconsulta a infectología donde recomendaron el añadir rifampicina a la antibioticoterapia por sospecha de tuberculosis. Posterior a ello, el paciente presento cierta mejoría, sin embargo, por la complejidad de su caso se decidió que la paciente seria referido al Instituto nacional de salud del niño de San Borja donde recibió la antibioticoterapia adecuada (Linezolid). Actualmente, el menor se encuentra con evolución favorable próximo a ser dado de alta.

1.4 ROTACIÓN EN CIRUGIA

Caso 1

Paciente CCG de sexo masculino y de 42 años, con antecedentes familiares de hipertensión arterial por parte de la madre y padre, refiere que hace 12 horas presentaba dolor abdominal localizado inicialmente en epigastrio de intensidad 7/10 que no calmaba con analgésicos, con el pasar de las horas el dolor migra a fosa iliaca derecha de intensidad 9/10 tipo punzada, acompañado de náuseas y vómitos, hiporexia, niega fiebre, por lo que acude a la emergencia del hospital nacional Hipólito Unanue.

Al examen físico:

- Funciones vitales estables
- Aparato respiratorio: no tirajes, amplexación conservada, hipersonoro, sin

ruidos agregados, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares

- Aparato cardiovascular: no choque de punta, matidez cardiaca, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulsos periféricos conservados
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+), matidez hepática, el resto es timpánico, dolor a la palpación superficial en cuadrante inferior izquierdo y derecho.
- Aparato urinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical
- Aparato locomotor: rangos articulares conservados
- Examen neurológico: LOtep, Glasglow 15/15

Diagnostico sindrómico: Síndrome doloroso abdominal

Diagnostico presuntivo: Peritonitis difusa por Apendicitis aguda complicada (K 35.0)

En emergencia se indicó NPO, Na Cl 9% 1000 cc y Omeprazol 40 mg EV c/ 24 horas; se solicitó hemograma, donde los resultados indicaron leucocitosis a predominio de segmentados con linfocitopenia, la hemoglobina y las plaquetas están en valores normales

Se programa su cirugía el día siguiente (11/02/2022), se plantea hacer una LE + apendicetomía + DPR (2), su diagnóstico preoperatorio fue abdomen agudo quirúrgico, su diagnóstico postoperatorio fue peritonitis difusa por apendicitis aguda complicada y los hallazgos operatorios fueron que al ingreso a cavidad se evidencia liquido purulento en hemiabdomen inferior de 200 cc, el apéndice de 6 x 2 cm con porción retroperitoneal necrosada en 1/3 distal y la base en buen estado; su destino después de la operación fue URPA

Su tratamiento fue a base de analgésicos (metamizol de 1 gr), deambulacion, antibioticoterapia (ciprofloxacino de 400 mg, metronidazol de 500 mg), omeprazol de 40 mg, metoclopramida de 10 mg, curación de herida y CFV.

La epidemiologia habla que entre un 7 - 12% de la población global padecerá alguna vez en su vida apendicitis, siendo más probable que ocurra entre los 10 y 30 años de vida y en las personas de género masculino en un 20% a diferencia de las mujeres, también es considerada como la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en el mundo, ocupando el 50% de todas estas

patologías; en el caso número 1 se habla de un paciente que ingresa a emergencia con dolor intenso en fosa iliaca derecha, que se le añade náuseas, vómitos e hiporexia, al examen físico no hay fiebre, ni hipotensión, por lo que se sospecha inicialmente que es una apendicitis aguda no complicada, pero al ingreso en sala de operaciones se evidencia necrosis en apéndice y presencia de líquido purulento, por lo que se hablaría de una peritonitis, este caso corresponde a una apendicitis aguda complicada, en el Perú casi un 50% de los casos corresponde a apendicitis aguda complicada, esta se diferencia de una no complicada en que son gangrenosas, perforadas o que tengan absceso periapendicular, en los casos de apendicitis se debe usar los criterios de Alvarado para establecer su diagnóstico, en este paciente se concluiría que tiene un score de 8 por lo que se trataría un caso de alta probabilidad de apendicitis, el manejo inmediato es la cirugía en cualquier caso de probable apendicitis, el manejo postquirúrgico de la apendicitis consiste en antibióticos (como la piperacilina-tazobactam y el amoxicilina/ácido clavulánico), analgésicos y curación de herida, a pesar de este manejo, muchas veces puede presentarse complicaciones postquirúrgicas, como la infección del sitio operatorio (que es la más frecuente), abscesos parietal o intraabdominal, hemorragias e incluso la obstrucción intestinal.

Caso 2

Paciente de sexo masculino y de 27 años de edad, con antecedente personal de postoperado de apendicitis aguda hace 10 años, refiere que hace aproximadamente 1 semana comienza a presentar molestias a nivel abdominal, donde sentía dolor en epigastrio que lo asocia a una gastritis, por lo que compra medicamentos para la gastritis, pero el dolor persiste y se acompaña de náuseas y vómitos de contenido alimenticio que se presenta a la ingesta de alimentos y líquidos, 8 horas antes de su ingreso refiere que el dolor fue de intensidad 9/10 con vómitos alimenticios impidiéndole consumir alimentos, por el cual acude a EMG donde fue evaluado y diagnosticado con obstrucción intestinal por bridas y adherencias.

Al examen físico:

- Funciones vitales estables, a excepción de la presión arterial (donde

presentaba hipotensión arterial de 90/60 mm Hg)

- Aparato respiratorio: no tirajes, amplexación conservada, hipersonoro, sin ruidos agregados, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares
- Aparato cardiovascular: no choque de punta, matidez cardiaca, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos conservados
- Abdominal: Abdomen distendido, RHA (aumentados en tono, intensidad y frecuencia), matidez conservada y el resto timpánico, dolor moderado a la palpación en epigastrio y mesogastrio.
- Aparato urinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical
- Aparato locomotor: rangos articulares conservados
- Examen neurológico: LOTEPE, Glasglow 15/15, fuerza muscular conservada, marcha conservada, sensibilidad conservada

Diagnostico sindrómico: Síndrome doloroso abdominal

Diagnostico presuntivo: Obstrucción intestinal por bridas y adherencias

En emergencia se solicitó hemograma, donde los resultados indicaron leucocitosis, la hemoglobina, hematocrito y las plaquetas están en valores normales; se solicitó una radiografía abdominal de pie, donde se evidenció niveles hidroaéreos; y se solicitó una ecografía abdominal donde se evidenció barro biliar, dilatación de asas intestinales delgadas a nivel de flanco izquierdo y presencia de líquido libre escaso a nivel de espacio recto vesical que se asocia algunos tabiques delgados hiperecogénicos finos.

Se programa su cirugía el mismo día (06/02/2022), se plantea hacer una laparotomía exploratoria (la efectuada fue una LE con liberación de adherencias más resección intestinal y anastomosis con DPR (1)), su diagnóstico preoperatorio fue obstrucción intestinal, su diagnóstico postoperatorio fue obstrucción intestinal por bridas y adherencias, y los hallazgos operatorios fueron que al ingreso a cavidad se evidencia escaso líquido inflamatorio, múltiples adherencias firmes y laxos del epiplón a pared abdominal, de asas intestinales a pared, interasas que condicionan un conglomerado de asas delgadas a 1 m de VIC con asas proximales dilatadas y distal colapsadas; su destino después de la operación fue URPA. Su tratamiento fue a base de dieta blanda, analgésicos (metamizol de 1 gr), deambulación, antibióticos (ciprofloxacino de 400 mg,

metronidazol de 500 mg), simeticona, metoclopramida de 10 mg, curación de herida y CFV.

La obstrucción intestinal constituye una de las causas de ingreso quirúrgico de urgencia a nivel mundial, comprendiendo entre el 3 y el 20% de estas, además que comprende el 25 a 35% de las patologías abdominales que se encuentran relacionadas de manera directa o indirecta; dentro de sus causas, el cáncer en varias literaturas corresponde al 60% en todos los pacientes, mientras que otras literaturas dan a las bridas y adherencias como la principal causa en los pacientes postoperados; en este caso, se nos presenta un paciente de 27 años con antecedente de postoperado de apendicitis aguda, que acude con la sintomatología de náuseas, vómitos, hiporexia y dolor abdominal intenso; el dolor en una obstrucción intestinal en las literaturas es descrito como de aparición insidiosa o brusca, parecido al cólico, y también intenso si es que hay perforación, estrangulación o peritonitis.

También se menciona que en los pacientes con obstrucción intestinal hay inapetencia (hiporexia) por la presencia de vómitos (biliosos si la obstrucción es a nivel del intestino delgado y fecaloides si la obstrucción es a nivel del intestino grueso), ausencia de heces por la misma hiporexia y en los casos de obstrucción incompleta se presenta con diarrea. Con respecto a la analítica, el paciente no presentaba anemia pero si leucocitosis, que es un signo que indica hemoconcentración o compromiso vascular; dentro de las imágenes solicitadas, la radiografía mostró niveles hidroaéreos, la radiografía es considerada la prueba imagenológica más útil, lo que se ve en la radiografía en bipedestación son los mencionados niveles hidroaéreos, cuando la obstrucción es a nivel del intestino delgado se presenta dilatación de asas de posición central, edema en pared y el signo de "pila de monedas", y cuando la obstrucción es en el colon, se visualizan asas dilatadas de una ubicación más lateral y se observan los pliegues de las haustras. El uso de ecografía abdominal es útil para la detección de íleo biliar, asas edematizadas y presencia de líquido libre (en nuestro paciente se halló barro biliar, dilatación de asas intestinales delgadas y presencia de líquido libre escaso), el tratamiento generalmente es a base de analgésicos (utilizados en el íleo mecánico pero no en el íleo funcional) y antibioticoterapia (los antibióticos

dependen del grado de infección del paciente), hidratación, en los pacientes con íleo mecánico se hace reposo digestivo y descompresión nasogástrica si hay vómitos, mientras que en el íleo funcional se hace control de la diuresis y uso de sonda nasogástrico aspirativa si hay dilatación de asas intestinales o vómitos.

Caso 3

Paciente MMA de sexo femenino y de 32 años, sin antecedentes de importancia, refiere que hace 3 días acude por EMG con dolor tipo cólico 5/10 en hipocondrio derecho, el cual calma con analgésicos, haciendo que el dolor ceda, pero luego vuelve con mayor intensidad de 7/10, por lo cual le aplican ampollas sin poder calmar el dolor, sumado a esto, también presenta náuseas, hiporexia, malestar general, por lo que acude a EMG nuevamente del HNHU.

Al examen físico:

- Funciones vitales estables
- Aparato respiratorio: no tirajes, amplexación conservada, hipersonoro, sin ruidos agregados, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares
- Aparato cardiovascular: no choque de punta, matidez cardiaca, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos conservados
- Abdominal: Abdomen semiglobuloso, blando, depresible, RHA (+), matidez hepática conservada y el resto es timpánico, también hay dolor moderado a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Aparato urinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical
- Aparato locomotor: rangos articulares conservados
- Examen neurológico: LOTEPE, Glasglow 15/15, fuerza muscular conservada, marcha conservada, sensibilidad conservada, rangos articulares conservados

Diagnostico sindrómico: Síndrome doloroso abdominal

Diagnostico presuntivo: Litiasis vesicular (K 60. 0)

En la primera emergencia que acudió se solicitó una ecografía abdominal donde se evidenció esteatosis hepática de grado I, colecistitis crónica calculosa, meteorismo intestinal abundante y difuso, y ausencia de líquido libre.

Se programa su cirugía el mismo día (10/02/2022), se plantea hacer una colecistectomía laparoscópica (la efectuada fue una colecistectomía laparoscópica con liberación de plastrón sumado a un dren pen rose (1)), su diagnóstico preoperatorio fue litiasis vesicular, su diagnóstico postoperatorio fue plastrón vesicular, y los hallazgos operatorios fueron que al ingreso a cavidad se aprecia patrón formado por epiplón, colon transverso, duodeno y vesícula biliar, la vesícula biliar presentaba paredes edematosas de +/- 11 x 6 x 3 cm, múltiples litos de +/- 0.5 mm, a predominio de bacinete con escaso fluido, el conducto cístico de +/- 3 mm y la vía biliar no estaba dilatada; su destino después de la operación fue URPA.

Su tratamiento fue a base de NPO, luego se progresó la dieta, también analgésicos (metamizol de 1 gr, tramadol de 50 mg), deambulación, antibióticos (ciprofloxacino de 400 mg, metronidazol de 500 mg), omeprazol de 40 mg, metoclopramida de 10 mg, curación de herida y CFV. Su recuperación fue favorable y se le dio de alta al día siguiente.

La litiasis vesicular o colelitiasis es una patología que se describe como la presencia de cálculos (o litos) dentro de la vesícula biliar, esta se presenta en un promedio del 20% de todos los adultos a nivel mundial, en la literatura se menciona varios factores de riesgo para el desarrollo de esta patología, los cuales son: sexo femenino (nuestra paciente es femenina), edad superior a los 50 años (mayor prevalencia cuando hay mayor edad), obesidad (nuestra paciente tiene esteatosis hepática grado I), embarazo y las dislipidemias; en nuestro caso se habla de una paciente con náuseas, malestar general, hiporexia y un dolor intenso (tipo cólico) ubicado en hipocondrio derecho, este caso sería una colelitiasis, en ausencia de fiebre y con un diagnóstico sospechoso según los criterios de Tokyo, no se consideraría como una colecistitis aguda, pero también es un diagnóstico a descartar de todas formas; la mayoría de los signos y síntomas de la litiasis vesicular no son específicos de este cuadro, estos pueden ser la diaforesis, náuseas, a veces vómitos, sensación de plenitud, síntomas de dispepsia y los eructos. Las pruebas que se utilizan para el diagnóstico de la litiasis vesicular vendrían a ser: la ecografía (permite la visualización de los cálculos biliares), el hemograma (descartar la leucocitosis), PCR (puede confirmar un proceso inflamatorio); para confirmar si es de gravedad, se solicita bilirrubinas, BUN, TP, creatinina y la amilasa sérica.

La colecistectomía está indicada en los pacientes con riesgo a complicaciones o que sean sintomáticos (como un cólico biliar típico), una de las posibles complicaciones sería el plastrón vesicular, en el caso presentado se habla de un cuadro de que tiene más de 72 horas de evolución, no se confirmó el diagnóstico por imágenes, ni se hallaron signos de irritación peritoneal a la evaluación, la confirmación diagnóstica llegó al ingreso de sala de operaciones, donde se observa un patrón formado por epiplón, colon transverso, duodeno y vesícula biliar; nuestra paciente siguió inicialmente un tratamiento sin alimentación enteral, acompañado de analgésicos (en este caso se utilizó el metamizol y el tramadol) y antibióticos (en este caso se utilizó ciprofloxacino y metronidazol).

Caso 4

Paciente masculino de 81 años de edad, con antecedente patológico de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 10 años, antecedentes familiares de neoplasia maligna de colon por parte de la madre y diabetes mellitus tipo 2 por parte del padre, también que se encuentra en hemodiálisis hace 25 años, refiere que hace 10 días acude al servicio de medicina interna porque presentaba malestar general, dolor abdominal y coloración amarillenta de piel y mucosas, es informado que debe hacerse el descarte de covid-19 (donde se confirma diagnóstico), sepsis de punto de partida hepático y obstrucción intestinal, agregado a esto que el paciente no puede hacer deposiciones desde hace 5 días, por lo que se solicita una interconsulta al servicio de cirugía general, donde al evaluarlo y solicitarle imágenes, se evidencia un absceso hepático por lo que se solicita sus prequirúrgicos para entrar a sala de operaciones, una vez terminada la intervención es pasado a URPA y posteriormente al pabellón E-2.

Al examen físico:

- Funciones vitales estables, a excepción de la presión arterial (donde presentaba hipotensión arterial de 90/60 mm Hg)
- Aparato respiratorio: no tirajes, amplexación conservada, hipersonoro, sin ruidos agregados, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares
- Aparato cardiovascular: no choque de punta, matidez cardiaca, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos conservados

- Abdominal: Abdomen globuloso, blando, depresible, RHA (+), matidez hepática aumentada, y el resto timpánico, también hay dolor moderado a la palpación en hipocondrio derecho
- Aparato urinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical
- Aparato locomotor: rangos articulares conservados
- Examen neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15, fuerza muscular conservada, marcha conservada, sensibilidad conservada, rangos articulares conservados

Diagnostico sindrómico: Sepsis abdominal

Diagnósticos presuntivos: absceso hepático (K 75. 0), colangitis compresiva, azoemia de causa prerrenal, diabetes mellitus

En emergencia se solicitó hemograma, donde los resultados indicaron leucocitosis, niveles bajos de hematocrito, y niveles altos de INR, urea y creatinina; se solicitó una ecografía abdominal donde se evidenció que en el hígado: lóbulo hepático derecho se observa una lesión heterogénea sin vascularización al doppler.

Se programa su cirugía el mismo día (01/02/2022), se plantea hacer una laparotomía exploratoria (la efectuada fue LE: colecistectomía con drenaje de absceso más lavado, DPR, dren lobular y biopsia hepática), su diagnóstico preoperatorio fue absceso hepático, su diagnóstico postoperatorio fue absceso hepático con hidrocolecisto, y los hallazgos operatorios fueron que al ingreso a cavidad se observa liquido de color amarillo verdoso de +/- 500 cc distribuido en cuatro cuadrantes, vesícula biliar mide +/- 12 cm, paredes delgadas con contenido liquido claro transparente en su interior, no litiasis, a nivel del segmento hepático VI se hallan 2 cavidades de contenido liquido purulento (amarillo) con mal olor de +/- 400 cc; su destino después de la operación fue puesto en observación.

Su tratamiento fue a base de dieta blanda hipoglucida, analgésicos, antibióticos (meropenem), curación de herida y control de funciones viales.

Su recuperación fue favorable y se le dio de alta a los 10 días siguientes, con las indicaciones de metformina de 850 mg y paracetamol de 500 mg.

El absceso hepático es considerado un cuadro bastante infrecuente, llegando a tener 5 a 22 por 100 000 habitantes en países desarrollados, su incidencia es

más frecuente en hombres, y la edad más frecuente de aparición es entre los 30 y 60 años; dentro de los factores de riesgo que puede tener un paciente tenemos: infección bacteriana en otro órgano abdominal, trauma abdominal, cáncer, medicamentos inmunosupresores y enfermedad sistémica (nuestro paciente tiene antecedente de diabetes mellitus); existen 3 tipos de abscesos hepáticos de acuerdo al agente etiológico: piógenos (bacterias), amebianos (parásitos) y fúngicos (hongos), en el caso nos menciona a un paciente de 81 años con comorbilidades que presenta un cuadro de ictericia, malestar general y dolor abdominal, donde luego se confirma un cuadro de absceso hepático piógeno con una obstrucción intestinal (que se hace evidente por la ausencia de deposiciones), el cuadro de absceso hepático piógeno se caracteriza por presentar fiebre, dolor y sensibilidad en el hipocondrio derecho, posible hepatomegalia, y síntomas no específicos como malestar general, náuseas y baja de peso, algo que también puede ocurrir es el shock séptico (como en el caso de nuestro paciente) y la ictericia (como en este caso), esta última es de aparición tardía y muchas veces se asocia a patología biliar concomitante.

Usualmente estos cuadros en los exámenes auxiliares se caracterizan por presentar leucocitosis, anemia y la presencia de parámetros inflamatorios, en la analítica de este paciente se vio hematocrito disminuido y leucocitosis, la urea y creatinina elevadas son debido al compromiso renal que tiene el paciente; las imágenes (de elección la tomografía computarizada) constituyen, junto con la punción-aspiración de colección para el estudio microbiológico, los métodos electivos para el diagnóstico del cuadro, mientras que el tratamiento se basa en el tamaño del absceso, los abscesos menores a 3 cm se utiliza el tratamiento con antibióticos, mientras que los mayores a 3 cm se hace el drenaje percutáneo, si este falla, se recurre al drenaje quirúrgico (mediante cirugía abierta); en el manejo postcirugía de este paciente se utilizó el meropenem como antibiótico, este fármaco es utilizado como segunda línea en el tratamiento de monoterapia con carbapenémicos (otros fármacos que se pueden usar son el imipenem y el meropenem).

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital II-2 Tarapoto fue fundado el 6 de enero de 1968 bajo el nombre de Hospital de Tarapoto por el entonces presidente del Perú, Fernando Belaunde Terry y el entonces Ministro de Salud, Javier Arias Stella. Asimismo, se formó el primer grupo médico bajo la dirección del Dr. Juan B. Lozno. Este establecimiento forma parte de la Red Nacional de Salud y depende administrativamente de la Dirección Regional Médica San Martín (DIRES San Martín). Como hospital de referencia regional por su nivel de categorización tiene asignada la población de Tarapoto para rendir servicios extramurales preventivos promocionales. La Dirección regional de Salud a la vez junto a las Redes de Servicios de Salud de San Martín Dorado, Picota y Lamas financieramente integra la Unidad Ejecutora.

Actualmente el Hospital de Tarapoto está considerado como un Hospital de Mediana Complejidad Nivel II-2 tal como lo estipula la Resolución Directoral N° 168DG DIRESSM09 que aprueba la recategorización al Hospital de Tarapoto de la Dirección Regional de Salud de San Martín cuyas disposiciones son de cumplimiento obligatorio por parte de las Unidades Orgánicas que la conforman. Creado como unidad ejecutora el 09 de diciembre del año 2010 mediante la promulgación de la Ley N° 29626.

El hospital nacional Hipólito Unanue fue fundado en el 24 de febrero del año 1949 bajo el nombre de “hospital sanatorio n° 1 para pacientes con tuberculosis” con el objetivo de cumplir con una correcta atención y tratamiento para las personas enfermas de las tuberculosis a nivel nacional, fundada por el entonces presidente del Perú, Manuel A. Odría, en conjunto con su entonces ministro de salud pública y asistencia social, mantuvo su objetivo hasta el año 1962, donde

se cambió su nombre a “hospital del tórax” y se le construyeron los principales departamentos del nosocomio, como el de cirugía de tórax, ginecoobstetricia, neumología, entre otros, además que fueron añadidos nuevos servicios como el cardiología, otorrinolaringología y oftalmología. En 1968 es cambiado a un hospital general y ya no especializado, en 1969 es denominado “Hospital General Base Centro de Salud Hipólito Unanue Área Hospitalaria N° 3 La Victoria” y en 1972 es transformado en un hospital base docente para la enseñanza de los futuros profesionales de la salud.

Actualmente el hospital nacional Hipólito Unanue está considerado como un Hospital de alta complejidad Nivel III-1, dentro de la DIRIS - Lima este como el hospital de referencia de la mencionada DIRIS; cuenta con 653 camas para la disposición de los pacientes hospitalizadas y 28 camas para los pacientes en Emergencia por distintas patologías en todos los servicios ofrecidos por el hospital, el hospital es centro de atención para las más de 3, 000, 000 personas ubicados y/o habitantes de los distritos de El Agustino, Santa Anita, La Molina, Ate - Vitarte, Cercado de Lima y San Juan de Lurigancho

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Medicina Interna:

Una de las grandes especialidades con un gran flujo de pacientes. A diferencia de las otras, esta se caracteriza por contar con pacientes de diversas subespecialidades (gastroenterología, infectología, nefrología, oncología, entre otros), cada uno con más de 3 patologías distintas. Debido al estado de emergencia, en un inicio, el servicio se dividió en pacientes covid y no covid, limitando a los internos ya que solo podían atender a aquellos con prueba antigénica negativa. De igual manera, durante esta rotación se reforzó la importancia de realizar una buena historia clínica, así como se aprendió a realizar diversos procedimientos básicos como paracentesis, toracocentesis, entubación endotraqueal, punción lumbar, entre otros. Asimismo, se restringió rotaciones como emergencias, ya que la exposición del interno esa enfermedad era inminente, sin embargo, se vieron alternativas seguras para poder realizar la primera atención evitando la exposición directa al virus.

3.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia:

En el servicio de ginecología y obstetricia se dividió en 3 partes: en el área de ginecología, donde se encontraban patologías ginecológicas y la atención de post cesareadas; la otra área es de obstetricia, en la cual están las gestantes que necesitan un cuidado especial y por último está el área de emergencia con sala de partos; en cada una de estas áreas se rotaba cada 25 días. En la emergencia, en muchas ocasiones se aplicó la clave azul, la cual consistía en derivar a las gestantes en fase expulsiva al área de sala de partos, en la cual mediante las enseñanzas de las obstetricas se aprendió el procedimiento para parto vaginal.

También se pudo ingresar a sala de operaciones como instrumentista en

cesáreas y a algunas cirugías ginecológicas como la histerectomía radical, mastectomías, polipectomía histeroscópica. Por otro lado, en el área de hospitalización se monitorizaba constantemente a las gestantes y mediante los asistentes, se aprendió a utilizar las pruebas estresantes, pruebas no estresantes, el perfil biofísico y ecografía. Se programaron 18 exposiciones guiadas por la médica residente, que a su vez complementaba con nuevas actualizaciones de algunas guías internacionales. Por último, se pudo observar lo bien preparado que se encuentra el servicio en general, desde los médicos asistentes, las obstetras, enfermeras y técnicas.

3.3 Rotación de Pediatría

Una rotación dividida en dos: Pediatría y Neonatología. En el caso de esta se acordó que los internos rotarían 15 días en cada servicio, así como se agendaron una guardia diurna cada 7 días, las cuales se cumplirían en la rotación en la que se encontrara esa semana. En el área de Pediatría también se programaron 2 guardias nocturnas las cuales se desarrollaban netamente en emergencias. Durante esta el interno estaba encargado de brindarle las primeras atenciones al menor en cuestión, así como de su reevaluación antes del cambio de turno. Todo esto siendo supervisado por su residente a cargo y el asistente de turno. En el caso de Neonatología, el asistente de turno era el encargado de instruir al interno en lo que respecta a la atención inmediata del recién nacido, así como era el encargado de evaluar al bebé en sus primeras 24 a 48 horas dependiendo de la vía por la cual había nacido (parto vaginal o cesárea). En caso de nuestros respectivos tiempos de rotación tuvimos la oportunidad de atender desde recién nacidos a término hasta extremadamente prematuros lo que nos dio la facilidad de realizar ciertos procedimientos como reanimación cardiopulmonar, colocación de tubo endotraqueal y administración de surfactante; experiencias que nos servirán para nuestro futuro actuar médico.

3.4 Rotación de Cirugía General

El servicio de cirugía general en hospitalización actualmente cuenta con un número de 55 camas comunes y también tiene 8 camas que pertenecen a intermedios, que son camas destinadas a pacientes con múltiples patologías y comorbilidades; además se encuentra un número aproximado de 15 camas en tópico de emergencia de cirugía, que son para pacientes donde se les programa el ingreso a sala de operaciones por emergencia y para aquellos pacientes que son destinados a otras especialidades quirúrgicas como neurocirugía, traumatología, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de tórax y cardiovascular, entre otras.

Cuenta con un número de 20 doctores asistentes aproximadamente, de 10 residentes sin distinción de su año y un número de 10 internos que tienen el rol de apoyo en la atención y manejo en las distintas partes del servicio, desde la evolución de un paciente post o prequirúrgico, hasta asistiendo a las guardias nocturnas en tópico de cirugía y participando como instrumentistas en algunas cirugías como apendicetomías, colelaps, laparotomías exploratorias.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es la pieza fundamental en el desarrollo completo de las prácticas clínicas del estudiante de medicina humana, previo aprendizaje teórico y práctico entre el cuarto y sexto año de la carrera de medicina, los internos (estudiantes de medicina del séptimo año) realizan sus prácticas en los distintos hospitales de Lima y provincia para perfeccionar sus habilidades y aplicar sus conocimientos en los diferentes servicios donde se rote dentro del hospital.

El internado médico dentro del hospital nacional Hipólito Unanue inició el 01 de julio del año 2021 y terminó el 30 de abril del año 2022, se inició el internado con la rotación del servicio de cirugía general, donde las responsabilidades del interno van desde hacer las historias clínicas de ingreso, las evoluciones diarias, incluyendo la realización de la anamnesis y examen físico de la patología correspondiente, el análisis de los exámenes complementarios para reforzar o descartar un diagnóstico presuntivo, hasta la atención en emergencia en los turnos diurnos de 6 a.m. a 6 p.m. o en los turnos nocturnos de 6 p.m. a 6 a.m., donde los internos del turno anterior son los encargados de presentar los casos en emergencia además de las responsabilidades que deben asumir los internos del turno entrante con respecto a los pacientes; la jornada del interno cada semana es realizar sus responsabilidades en el área de hospitalización con guardias nocturnas (realizadas por 2 internos) en el área de emergencia cada 3 días, durante la rotación se realizan 8 guardias diurnas seguidas que puede darse 1 vez o 2 veces durante el tiempo que están en el servicio, mientras realizan estas guardias diurnas, no tienen camas de hospitalización asignadas, normalmente cada interno tiene 6 a 7 camas asignadas, pudiendo ser hasta 8 camas, dando así atención a las 63 camas (8 pertenecientes a intermedios) del servicio.

La siguiente rotación fue en el servicio de ginecoobstetricia, donde hay un número de

32 camas en ginecología, 20 camas en obstetricia y 8 camas en UCEGO (unidad de cuidados intermedios de ginecobstetricia), en el área de hospitalización se realizan las historias de ingreso y evoluciones diarias por parte de los internos, donde en el área de ginecología pueden ser de 6 a 5 camas por cada interno, en el área de obstetricia son de 3 a 4 camas, por otro lado, durante las emergencias diurnas y nocturnas (donde comienzan a las 7 a.m. o 7 p.m. y duran 12 horas completas), son atendidas por 6 internos, donde hay 1 interno en el tópico de emergencia de ginecobstetricia, 1 interno en sala de partos, 1 interno en el servicio de hospitalización de ginecología y 1 interno en el servicio de hospitalización de obstetricia; durante la rotación se aprendió el manejo de distintas patologías, desde complicaciones propias del embarazo, hasta problemas hormonales u oncológicos, también se ve la parte de prevención sobre infecciones de transmisión sexual, además de embarazos no planificados, donde se propone el uso de métodos anticonceptivos como charlas gratuitas sobre la orientación para la falta de información de estos temas.

En cuanto al hospital II-2 Tarapoto, el primer grupo de internos de medicinas iniciaron sus labores el primero de junio del año 2021 hasta el 3 de noviembre del mismo año. Asimismo, la dirección regional designó que cada interno rote por los cuatro servicios por un periodo de 1 mes y medio. Se inicio el internado con la rotación de cirugía general, seguida del servicio de pediatría, ginecología y medicina interna.

Medicina Interna es considerada como la rotación que pone más en práctica tus conocimientos como médico y que ayudara a perfilar nuestro actuar medico en un futuro. Durante esta rotación se pudo recordar y reforzar concepto tales como el diagnóstico, manejo y posibles complicaciones de diversas patologías. De igual manera esta ayudó a recalcar la importancia de ver al paciente como un todo y no “por patologías” y las posibles consecuencias de no hacer esto. Asimismo, esta rotación sirvió a practicar diversos procedimientos que nos ayudaran a lidiar con las emergencias de nuestro servicio rural. También acentuó la importancia de investigar el historial medico personal e incluso familiar del paciente para poder llegar al adecuado diagnostico y, por ende, realizar un correcto manejo de la enfermedad. En el caso de la subrotación en el área de emergencias, esta nos permitió manejar los casos más frecuentes, así como definir el plan diagnóstico y terapéutico hasta su ingreso a hospitalización. Finalmente, esta rotación nos ayudo a recordar conceptos básicos en medicina así como el adecuado uso de estos.

En el caso de Pediatría, esta rotación fue completamente nueva ya que, debido a los acontecimientos del año pasado, no se nos permitió realizar prácticas preinternado por lo que se tuvo que aprender desde cero el manejo tanto en piso de hospitalización como en el área de emergencias. Sin embargo, los residentes fueron un gran apoyo durante este periodo. Junto con ellos realizábamos el manejo inicial, plan diagnóstico, terapéutico y seguimiento de los pacientes. Esto nos permitió poner en práctica conceptos que para nosotros eran únicamente teóricos. También nos permitió replantear los conceptos de escuchar, observar y examinar al paciente debido a que muchos de estos no se encontraban colaboradores al momento de su evaluación. No obstante, esto no impidió que la experiencia sea menos fructífera ya que nos permitió ser más minuciosos al momento de la evaluación además de más empáticos con lo que pasaban ellos. Finalmente, se pudo observar las patologías más frecuentes y, por ende, también reforzar concepto tales como el diagnóstico, manejo y posibles complicaciones.

En conclusión reflexionamos que esta experiencia es vital para la formación medica así como afirmamos la idea de que esta define el carácter tanto personal como profesional de los futuros profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa imprescindible para la formación del médico. No sólo se consolidan los conocimientos adquiridos a lo largo de los estudios de pregrado, sino que adquieren una mirada diferente al sistema de salud de su país. La pandemia de COVID-19 en Perú ha logrado evidenciar brechas en el sistema de salud que no están siendo atendidas de manera oportuna, particularmente en la respuesta médica a emergencias. Además, muestra que el conocimiento en medicina es muy dinámico y que el médico debe adaptar su práctica clínica a las circunstancias.

Como se ha venido recalando en los anteriores capítulos estos dos últimos años han traído cambios significativos en cuanto al desarrollo del Internado Médico. Estas medidas incluso fueron vistas como un atentado a la formación de los futuros profesionales, sin embargo, las patologías que se ven en el primer nivel de atención sirven de experiencia para la realización del SERUMS. Finalmente, esperamos demostrar con nuestro futuro actuar médico que las circunstancias no hacen al profesional.

RECOMENDACIONES

- Aprovechar al máximo el tiempo en cada rotación, tanto hospitalaria como en atención primaria, ya que ambas ayudaran para un mejor desempeño profesional en las siguientes etapas (SERUMS, Residencia Medica).
- Crear una red para la gestión de rotaciones médicas en la que los pasantes registren lo aprendido en cada curso y se pueda comparar con las metas mínimas esperadas. Además, la universidad puede ver las reseñas de los miembros del cuerpo docente y los aprendices también pueden proporcionar comentarios a través del sistema.
- Dado que es la primera vez que se realiza la rotación en los centros de atención primaria, que no tienen experiencia previa en esta materia, se recomienda la realización de un plan de trabajo específico para cada ciclo.
- Promulgación de una ley para el desarrollo adecuado y correctamente regulado del internado médico. Donde se establezcan horarios, estipendio y equipo de protección para cada interno del país.
- Que en lo posible las practicas hospitalarias sean en las cuatro especialidades. Asimismo, que estas sean agendadas en todas las áreas correspondientes (emergencias).
- Involucrarse en procedimientos médicos más que procedimientos administrativos y técnicos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Decreto de urgencia que establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la respuesta sanitaria de atención en los establecimientos de salud en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID-19, 053-2021 (26 de junio, 2021).
2. Norma técnica, disposiciones para la prevención, atención y monitoreo ante el Coronavirus (COVID-19) en universidades a nivel nacional, 081 - 2020 (marzo 12, 2020).
3. Flores, S., Echavarría, A. F., Becerra, R. U., Flores, R. L., & Laura, N. (2021, marzo 8). Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. Citado abril 18, 2021, website: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf>
4. Norma Técnica de Salud para la implementación de la vigilancia y control del Aedes aegypti, vector del dengue y la fiebre chikungunya y la prevención del ingreso del Aedes albopictus en el territorio nacional", Resolución Ministerial N° 288-2015/MINSA, 12 de octubre del 2020.
5. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Enfermedades no transmisibles, raras y huérfanas. Ministerio de 4 Salud, febrero del 2017.

6. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía en la Niña y el Niño, Resolución Ministerial N° 1041-2019-MINSA, 6 de Noviembre del 2019.
7. Chong Bartra A. Historia del Hospital II-2 Tarapoto. Tarapoto, Perú. 2019 [Actualizado el 2020; Fecha de acceso 13 de febrero]. <http://www.hospitaltarapoto.gob.pe/web/Historia>
8. Ministerio de Salud Pública. Manual de uso clínico de Sangre y Derivados. St Domingo, DN [Internet]. 2014;1–136. Available from: file:///C:/Users/pc/Downloads/GUIA-DE-USO-CLINICO-DE-SANGRE-Y-HEMODERIVADOS.pdf.
9. Alvarez R, Harris P. COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. Rev chil pediatr [Internet]. 2020;91(2). Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000200179
10. Arnaez M., Rodriguez A., Pérez J. Myoma in cervical remnant after laparoscopic supracervical hysterectomy, case report and literature review. Rev chil Obs ginecol [Internet]. 2020;85(6). Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600670&lng=pt&tlng=en#:~:text=La histerectomía subtotal laparoscópica en,del cáncer de cérvix uterino
11. Escobar B., Pérez C., Martínez H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. Rev Médica del Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. 2016; Available from: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457750970002/html/>
12. Embarazo Ectópico. Guia para pacientes. Am Soc Reprod Med [Internet]. 2014; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.reproductivefacts.org%2Fglobalassets%2Ffr%2Fnews-and-publications%2Fbookletsfact-sheets%2Fspanish-fact-sheets-and-info-booklets%2Fembarazo_ectopico_booklet_spanish.pdf&clen=557578&chunk=true
13. Fábreguesa F. PJ. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades

actuales de tratamiento conservador. Inst Clin Obstet Ginecol y Neonatol Hosp Clin Barcelona. 2002;40(5):190–5.

14. Rámirez J.V. Tema 7: Mioma Uterino. Ginecología [Internet]. 2004;1–14. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.uv.es%2Fjvramire%2Fapuntes%2Fpassats%2Fginecologia%2FTEMA%2520G-07%2520(2004).pdf&clen=74637&chunk=true
15. M.R. S. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino. Cent Investig Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2008;1–9. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fpdf%2Fgin%2Fv34n2%2Fgin04208.pdf&clen=44490&chunk=true
16. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la prevención y el control del cáncer del tracto genital inferior femenino. Paraguay [Internet]. 2015;1–84. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.iccp-portal.org%2Fsystem%2Ffiles%2Fresources%2FManual%2520de%2520Normas%2520y%2520Procedimientos%2520para%2520la%2520prevencion%2520y%2520tratamiento%2520del%2520Cancer%2520de%2520tracto%2520genital%2520inferior%2520femenino.pdf&clen=1720917
17. Carrillo A.B. Variables asociadas a Apendicitis aguda complicada en pacientes adultos en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel A. Carrión. Univ Ricardo Palma Fac Med [Internet]. 2019; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.urp.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2FURP%2F1721%2FACARRILLO.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy%23%3A~%3Atext%3DSeg%25C3%25BA%2520estudios%2520se%2520estima%2520que%2Ccomo%2520casos%2520de%2520apendicitis%2520complicada.&clen=761381

18. Rojas C.G. Epidemiología de la apendicitis aguda en el Perú 2009 - 2011. UNMSFacultad Med Humana [Internet]. 2013; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.12672%2F3442%2FRojas_sc.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=3646883
19. Vera R.A. MC. Perfil epidemiológico, clínico, quirúrgico y anatomopatológico de pacientes con apendicitis aguda del Hospital Regional Docente Las Mercedes y Hospital Luis Heysen Incháustegui en el año 2017. Repos académico USMP [Internet]. 2020; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.usmp.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.12727%2F6037%2Fvera_pra.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=1575885
20. Hernández J., García R., Martínez M. Empleo de antibióticos en el postoperatorio de apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir gen [Internet]. 2018;40(4). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400262#:~:text=sobre el uso de antibióticos,reserva para aquellos casos de
21. Rodriguez Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. Rev Cuba Cir [Internet]. 2010;49(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200006#:~:text=Se citan%2C entre otras%2C las,fístulas estercoráceas%2C evisceración y eventración.
22. Ramos L. Apendicitis aguda complicada en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue: prevalencia y factores asociados durante el año 2018. Univ Nac Federico Villareal Fac Med Humana [Internet]. 2019; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Frepositorio.unfv.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2FUNFV%2F2933%2FUNFV_LAYME_RAMOS_FIDEL_ARTEMIO_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=1458673

23. Pereira G.D.P. Obstrucción intestinal en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” de Enero 2014 a Diciembre 2015. Univ Nac La Amaz Peru [Internet]. 2016; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.unapiquitos.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.12737%2F3941%2FGabriela_Tesis_Titulo_2016.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=1652459
24. Verástegui J.A. “Obstrucción intestinal en adultos estudio de complicaciones post operatorias en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo en el año 2006.” Univ Ncional del Cent del Perú Fac Med Humana [Internet]. 2007; Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.uncp.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.12894%2F3076%2FVerastegui.pdf%3Fsequence%3D1&clen=593812>
25. Bassy N., Dombriz M. Tratado de Geriatria para residentes: Capítulo 56. Obs Intest [Internet]. :575–9. Available from: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/pdf/s35-0556_iii.pdf
26. Zarate AJ., Torrealba A., Patiño B., Alvarez M., Raue M. Colelitiasis. Man enfermedades Dig quirúrgicas [Internet]. 2021; Available from: <https://medfinis.cl/img/manuales/colelitiasis.pdf>
27. Llatas J., Hurtado Y., Frisancho O. Coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (2010-2011): incidencia, factores de riesgo, aspectos diagnósticos y terapéuticos. Rev gastroenterol Perú [Internet]. 31(4). Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000400004
28. Almora C.L., Arteaga Y., Plaza T., Prieto Y., Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 16(1):200–14. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n1/rpr21112.pdf>
29. Moreira V. F., López San Román A. Litiasis biliar. Rev Esp Enferm Dig

- [Internet]. 2005;97(10):pp.752. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fscielo.isciii.es%2Fpdf%2Fdiges%2Fv97n10%2Fpaciente.pdf&clen=82565&chunk=true
30. Guía de Práctica Clínica GPC. Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis. Inst Mex del Seguro Soc [Internet]. 2007; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.imss.gob.mx%2Fsites%2Fall%2Fstatics%2Fguiasclinicas%2F237GRR.pdf&clen=849775&chunk=true
31. Quevedo L. Complicaciones de la colecistitis aguda: diagnóstico y tratamiento. Rev Cuba Cir [Internet]. 2007;46(2). Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fpdf%2Fcir%2Fv46n2%2Fcir14207.pdf&clen=137009&chunk=true
32. Berdejo J.C, Troche M., Arredondo J. Tratamiento del absceso hepático. experiencia en el Hospital Nacional de Itaugua. Rev Cir Parag [Internet]. 38(2). Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202014000200005
33. Moreira V.F., Garrido E. Abscesos hepáticos. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2014;106(5):pp.359. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v106n5/paciente.pdf>
34. Carillo L., Cuadra J.L. E a. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2010;30–1:46–51. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.pe%2Fpdf%2Frgp%2Fv30n1%2Fa07v30n1.pdf&clen=144627&chunk=true
35. Pizarro C. Estudio y tratamiento de los abscesos hepáticos. Gastroenterol latinoam [Internet]. 2013;24(1):81–4. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A

A%2F%2Fgastrolat.org%2FDOI%2FPDF%2F10.0716%2Fgastrolat2013s1
00019.pdf&clen=2383836&chunk=true