



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
MARÍA AUXILIADORA DE ENERO DEL 2020 A ABRIL DEL  
2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**LUIS EDUARDO ARROYO VASQUEZ**

**ALEJANDRA JACQUELINE ERNESTINA IZQUIERDO TERRY**

**ASESOR**

**DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA**

**LIMA, PERÚ  
2021**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
MARÍA AUXILIADORA DE ENERO DEL 2020 A ABRIL DEL  
2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**LUIS EDUARDO ARROYO VASQUEZ**

**ALEJANDRA JACQUELINE ERNESTINA IZQUIERDO TERRY**

**ASESOR**

**DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**



## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Cesar Baltazar Mateo

**Miembro:** Mg. Oscar Otoyá Petit

**Miembro:** Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a aquellas personas que nos brindaron su apoyo en estos años de carrera.

A nuestros padres que supieron guiarnos y con su esfuerzo contribuir con nuestra educación.

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos aquellos médicos y docentes que nos brindaron de su conocimiento para contribuir en nuestro aprendizaje, así como también al Hospital María Auxiliadora que nos abrió sus puertas desde un inicio y pese a la situación actual nos permitió continuar con nuestras prácticas hospitalarias.

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Medicina Interna	2
1.1.1 Casos clínicos	3
1.2 Cirugía general	14
1.2.1 Casos clínicos	16
1.3 Pediatría	20
1.3.1 Caso clínicos	20
1.4 Ginecología y obstetricia	28
1.4.1 Casos clínicos	29
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	35
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	38
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	40
<b>CONCLUSIONES</b>	41
<b>RECOMENDACIONES</b>	42
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	43
<b>ANEXOS</b>	45
1. Procedimientos de laboratorio en Leishmaniasis, según tipos de muestras	46



## RESUMEN

El internado médico, es el año más importante de la carrera ya que es donde se terminan de adquirir y complementar todas las habilidades en la parte práctica previa al año de servicio rural y urbano marginal en salud. En el internado uno espera poner en práctica todo lo aprendido; sin embargo, debido a la pandemia existieron ciertas limitaciones en cuanto al contacto con el paciente debido a las medidas de bioseguridad, sumado a la disminución de pacientes en el área de hospitalización. Por medio de este trabajo se intentará resaltar la diferencia que existió entre el internado antes de la pandemia y durante ésta, así como el hecho de como los internos a nivel nacional tuvieron que adaptarse a esta inesperada situación.

## **ABSTRACT**

The medical internship is the most important year of the career since it is where they finish acquiring and complementing all the skills in the practical part prior to the year of rural and marginal urban health service. In boarding school, one hopes to put into practice all that has been learned; However, due to the pandemic there were certain limitations in terms of contact with the patient due to biosafety measures, in addition to the decrease in patients in the hospitalization area. Through this work, an attempt will be made to highlight the difference that existed between the boarding school before the pandemic and during it, as well as the fact that the inmates nationwide had to adapt to this unexpected situation.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital María Auxiliadora es una institución nivel III-I, siendo actualmente el único centro de referencia de Lima Sur y referente de provincias; brindando una atención integral básica en los servicios de Salud a la población representando aproximadamente 2' 864, 000 personas<sup>1</sup>.

El internado médico, es el año más importante de la carrera ya que es donde se terminan de adquirir y complementar todas las habilidades en la parte práctica previa al año de servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS) en el cual ya uno es responsable de sus acciones además de tener en sus manos la vida de otras personas.

La pandemia en el Perú por el coronavirus ha puesto nuevos desafíos en la educación médica debido a las altas tasas de propagación, las prevenciones tomadas incluyen el distanciamiento social con la finalidad de evitar las aglomeraciones, limitando y reduciendo el número de internos y su participación en ciertos procedimientos. Además, en nuestro país los hospitales del sector público enfrentan realidades en las que existe una falta de material de protección, significando esto una gran problemática.

Por medio de este trabajo se intentará resaltar la diferencia que existió entre el internado antes de la pandemia y durante ésta, así como el hecho de como los internos a nivel nacional tuvieron que adaptarse a esta inesperada situación.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico, es el año más importante de la carrera ya que es el momento en el que el estudiante de pre grado pone en práctica toda la teoría que aprendió en los seis años previos, además de adquirir nuevos conocimientos y experiencias que refuerzan así lo aprendido con anterioridad. En este último año además cobra relevancia la relación médico paciente al tener contacto directo con este, no sólo se aprende a tratar la enfermedad sino también se adquiere mayor empatía para tener la capacidad de ponerse en el lugar del paciente y darle el trato que tal vez a uno le gustaría recibir o que le brinden a algún familiar.

En el internado como se mencionó anteriormente, uno espera poner en práctica todo lo aprendido; sin embargo, debido a la pandemia existieron ciertas limitaciones en cuanto al contacto con el paciente debido a las medidas de bioseguridad, sumado a la disminución de pacientes en el área de hospitalización. Al inicio del internado, los cuartos en los servicios de hospitalización se encontraban llenos pero al regresar en medio de la pandemia, hubo una notable disminución en cuanto al aforo por lo que al momento de la visita médica no había mucha diversidad de casos como lo que se espera normalmente, además que al inicio eran los residentes quienes se encargaban de evolucionar y presentar pacientes durante la misma, también hubieron notables cambios en cuanto al tiempo de hospitalización de los pacientes para evitar algún tipo de contagio. Por otro lado, el ingreso a sala de operaciones (SOP) estaba restringido por parte del servicio de anestesiología; sin embargo, con el pasar de los meses se tuvieron que adaptar a la situación y las restricciones fueron disminuyendo, lo cual significó una gran mejoría para los internos en ciertos aspectos. En tópico de

emergencia también existían limitaciones, comenzando por el hecho de que al inicio no se podía atender a los pacientes si no llegaban con su prueba covid y al momento del examen físico no se podían revisar ciertos aparatos, como en el caso de tórax de pediatría que no se podía examinar la vía respiratoria. En cuanto a los logros alcanzados en el aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos, la pandemia influyó negativamente aunque no fue determinante en la en la adquisición de competencias y aptitudes para el diagnóstico, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de las patologías más importantes en el campo de manejo de un médico cirujano.

### **1.1 Medicina Interna**

Esta fue la primera rotación al inicio del internado en enero del 2020 en épocas de pre pandemia, donde se pudo ver diversas patologías en hospitalización, mientras que en las guardias de emergencia era notorio el predominio de ciertas patologías que se solían recibir de manera regular. En cuanto al aparato gastrointestinal lo más común eran los síndromes dolorosos abdominales relacionados en su mayoría a cólicos biliares, mientras que en cuanto a patologías respiratorias predominaban las crisis asmáticas y en algunos casos también se podían encontrar patologías reumatológicas.

En esta rotación se pudo vivir el internado como tal, ya que no existían las limitaciones que existen actualmente, lo que resultó beneficioso ya que se pudo ver patologías comunes para un médico general, así como el manejo que es de las cosas que más servirán para el SERUMS.

Como internos se busca identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud, lo cual se logró aplicando principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes con problemas infecciosos, problemas del aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, sistema nervioso, hormonales, metabólicos, articulares, renales, de piel y faneras y de salud mental, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

### 1.1.1 CASOS CLÍNICOS

#### Caso 1.

Paciente mujer de 42 años de edad que llega a emergencia por presentar fiebre y dolor muscular generalizado como síntomas principales con un tiempo de enfermedad de 8 meses aproximadamente. Paciente refiere que 8 meses antes del ingreso, presenta urticaria a predominio de miembros inferiores, abdomen y región lumbar por lo que toma Levocetirizina, 6 meses antes del ingreso síntoma persiste motivo por el cual acude a policlínico donde se le prescriben sintomáticos y se le realizan exámenes de laboratorio obteniendo como resultado valores de IgE en 601.1. Un mes antes del ingreso paciente acude a hospital de la solidaridad donde le solicitan examen de orina y se identifica Trichomona Vaginalis por lo que le recetan óvulos por 7 días, al tercer día de tratamiento presenta fiebre de 39°C que cede con Paracetamol pero reaparece por las tardes. Quince días antes del ingreso, persiste la fiebre y se añade urticaria, por lo que acude a emergencia donde le indican corticoides cesando el cuadro por un día, tras lo cual vuelve a presentar fiebre diariamente que varía entre 38.5 y 40°C por lo que decide abandonar tratamiento con óvulos. El día del ingreso, paciente presenta fiebre de 39°C, cefalea de tipo opresivo en región occipital y dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho.

Al examen físico:

- Tórax y pulmones (TyP): Tórax simétrico, amplexación simétrica. A la auscultación murmullo vesicular (MV) pasa bien en ambos campos pulmonares (ACP), no ruidos agregados (RA).
- Cardiovascular (CV): Ruidos cardiacos rítmicos (RCR) de buena intensidad (BI), no se auscultan soplos, no ingurgitación yugular.
- Abdomen (Abd): No distendido, ruidos hidroaéreos (RHA) presentes, blando/depresible (B/D), dolor a la palpación profunda en cuadrante superior derecho.
- Genitourinario (GU): Puño percusión lumbar (PPL) (-), puntos renoureterales (PRU) (-).
- Sistema nervioso central (SNC): Paciente despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona (LOTEP). Escala de Glasgow (EG): 15/15.

Se le administra 1g de metamizol y se le solicitan exámenes de laboratorio (Tablas 1 y 2).

EXAMEN DE ORINA	07/02/2020
Células epiteliales	Regular cantidad x campo
Leucocitos	3-5x campo
Leucocitos aglutinados	No se observa
Hematías	1-2 x campo
Cilindros	No se observa
Cristales	Uratos +
Gérmenes	++
Levaduras	No se observa

Tabla 1.

Además, se interconsulta al servicio de ginecología quienes sugieren continuar manejo por el servicio al no encontrar patología ginecológica.

Se decide hospitalizar a la paciente con la impresión diagnóstica:

1. Síndrome febril etiología a determinar

Indicaciones:

- Dieta completa (DC) + Líquidos a voluntad (LAV)
- Vía salina (VS)
- Metamizol 1gr PRN a  $T > 38^{\circ} C$
- Cabecera  $30^{\circ}$
- Control de funciones vitales (CFV) + balance hidroelectrolítico (BHE)
- Se solicita AGA y electrolitos (e-), deshidrogenasa láctica (DHL), hemocultivo x 2, BK en esputo, HIV, RPR

Ya hospitalizada, paciente cuenta con los siguientes resultados de laboratorio (Tablas 2, 3, 4, 5 y 6):

<b>HEMOGRAMA</b>	<b>07/02 (EMG)</b>	<b>08/02</b>	<b>11/02</b>
Leucocitos	13.32	11.93	13.98
Hemoglobina	12.5	11.8	11.2
VCM	79.5	79.1	81.6
Hb corpuscular media	27.5	28.3	26.7
CHCM	34.6	35.8	32.7
Plaquetas	200	201	234
Neutrófilos abastoadados	0	357.90	0
N. segmentados	10629	8948	12009
Linfocitos	1971	1909	1244
Monocitos	453	716	447
Eosinófilos	133	0	126

Tabla 2. VCM: Volumen corpuscular medio, Hb: Hemoglobina, CHCM: Concentración de hemoglobina corpuscular media

<b>AGA</b>	<b>08/02</b>
<b>pH</b>	<b>7.430</b>
<b>pCO2</b>	<b>38.8</b>
<b>pO2</b>	<b>93.6</b>
<b>Hb</b>	<b>12g/dl</b>
<b>K</b>	<b>3.4 (J)</b>
<b>Na</b>	<b>137</b>
<b>Ca</b>	<b>1.01 (J)</b>
<b>Cl</b>	<b>106</b>
<b>Glu</b>	<b>99</b>
<b>Lactato</b>	<b>0.5</b>
<b>PaFiO2</b>	<b>446</b>
<b>Anion GAP</b>	<b>6.4 (J)</b>

Tabla 3. K: Potasio, Na: Sodio, Ca: Calcio, Cl: Cloro, Glu: Glucosa



	08/02	11/02
Glucosa	95	79
Urea	21	9
Creatinina	0.59	0.57

Tabla 4.

PERFIL HEPATICO	08/02	11/02
BT	0.36	0.40
BD	0.14	0.20
BI	0.21	0.20
FA	82	94
PT	6.9	6.6
Albumina	3.5	3.4
Globulinas	3.4	3.2
TGO	83 (↑)	64 (↑)
TGP	72 (↑)	92(↑)
DHL		699

Tabla 5. BT: Bilirrubina total, BD: Bilirrubina directa, BI: Bilirrubina indirecta, FA: Fosfatasa alcalina, PT: Proteínas totales, TGO: Transaminasa glutámico oxalacética, TGP: Transaminasa glutámico pirúvica

<b>P.COAGUL.</b>	<b>08/02</b>	<b>11/02</b>
TP	14.9	15.30
INR	1.09	1.12
Fibrinógeno	480 (↑)	564 (↑)
T. Trombina	18.10	17.00
TPT	37.60 (↑)	35.40 (↑)

Tabla 6. TP: Tiempo de protombina, INR: International normalized ratio, T. Trombina: Tiempo de trombina, TPT: Tiempo parcial de trombloplastina

Se decide descartar diagnósticos, iniciando por infecciosas, seguido por inmunológicas – reumatológicas y luego neoplasia; sin embargo, la paciente al ser pagante no se le podían realizar los exámenes en el orden esperado ya que dependía del factor económico.

Se le solicitan exámenes auxiliares con el objetivo de desfocalización:

- Ecografía abdominal: Útero con endometrio engrosado, heterogéneo, debe correlacionarse con ecografía transvaginal. Resto de órganos adecuados, sin hallazgos significativos.
- Ecografía transvaginal (TV): Miomatosis uterina.
- TEM de tórax: Lesión nodular en el lóbulo superior del pulmón izquierdo sugestivo de granuloma. Pulmón derecho, mediastino y silueta cardiaca dentro de límites normales. Sospecha de reflujo gastroesofágico.

Finalmente se obtienen resultado de laboratorio para descartar patología inmunológica-reumatológica (Figuras 7 y 8):

VIH I-II	12/02: NEGATIVO
ROSA DE BENGALA	13/02 : NEGATIVO
RPR	13/02: NEGATIVO

COOMBS DIRECTO	13/02: NEGATIVO
VSG	13/02: 90 (↑)
Anti HCV	19/02: Negativo
HbsAg	19/02: No reactivo
PCR	19/02: 4.8 (↑)
Ferritina	> 2000

Tabla 7. VSG: Velocidad de sedimentación globular, HbsAg: Antígeno de superficie de la hepatitis B, PCR: Proteína C reactiva

Parasitológico seriado x3 (13/01)	Negativo
TORCH	Negativo
ANA (04/02)	Negativo
FR	Negativo
PCR	16 (↑)
VSG	55 (↑)
Pruebas de Bk (x3) esputo	Negativo
BK en orina	Negativo
ANCA	Negativo

Tabla 8. ANA: Anticuerpos antinucleares, FR: Factor reumatoide, ANCA: Anticuerpo anticitoplasma de neutrófilo

Ya con todos los resultados y con criterios de Yamaguchi, Cush y Fautrel presentes, se analiza el caso y se llega a la conclusión diagnóstica de Enfermedad de Still, tras lo cual paciente es dada de alta con corticoterapia y antiinflamatorios no esteroides (AINES).

## Caso 2.

Paciente varón de 67 años de edad con antecedente de hipertensión arterial controlada llega a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 mes de evolución iniciando con fatiga, acompañado con pérdida de peso >15 kilos en los últimos 4 meses, fiebre cuantificada de 39°C, tos productiva, sudoración nocturna y dolor torácico

Al examen físico:

- Funciones vitales: Frecuencia cardiaca (FC): 77, frecuencia respiratoria (FR): 22, presión arterial (PA): 120/80 y peso 54kg
- TyP: Estertores inspiratorios apicales, MV disminuido.
- PyF: Tibia/hidratada/elástica (T/E/H), llenado capilar <2".
- CV: RCR de BI, no soplos
- Abd: No distendido, RHA (+), B/D leve dolor difuso a la palpación profunda, no masas
- SNC: LOTEP, EG:15/15

Exámenes auxiliares

- Radiografía de tórax: infiltrado apical derecho
- Hemograma, glucosa, urea, creatinina con resultados no patológicos
- Prueba Elisa para VIH (-)
- Muestra de esputo: BAAR+ (10-99 BAAR en 100 campos)

Impresión diagnóstica:

1. Tuberculosis pulmonar

Plan:

- Aislamiento + prueba de sensibilidad a fármacos antituberculoso (prueba molecular, prueba MODS)

Paciente pansensible (sensible al medicamento antituberculoso)

Tratamiento como lo indica la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis<sup>2</sup>:

- 2RHZE / 4R3H3
- Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)
- Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)

El inicio de tratamiento para TB sensible

- Isoniacida (H) Primera Fase Diaria 270mg Segunda Fase Tres veces por semana 540mg

- Rifampicina (R) Primera Fase Diaria 540mg, Segunda Fase Tres veces por semana 540 mg
- Pirazinamida (Z) Primera Fase Diaria 1350mg
- Etambutol (E) Primera Fase Diaria 1080mg

Tras monitorizar y hacerle seguimiento al paciente se puede notar una evolución clínica y radiológica favorable de afección pulmonar y articular, siendo dado de alta al cumplir 5 meses de tratamiento, tras lo cual completa 6 meses de tratamiento con controles ambulatorios y resolución completa del cuadro.

### Caso 3.

Paciente mujer de 54 años de edad con antecedentes diabetes mellitus tipo 2 (DM2) desde hace 10 años con tratamiento Metformina 850mg una tableta después del desayuno y la cena, ingresa con un tiempo de enfermedad de 11 horas caracterizado por cefalea acompañado de disuria, polaquiuria, polidipsia, náuseas, sensación de vómitos, calambres en miembros inferiores, dolor abdominal, SAT y malestar general.

Al examen físico:

- Funciones vitales: PA 110/60, FC 78, FR 18, saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) 98%, hemoglucotest (HGT) 512mg/dl y T 38°C.
- PyF: T/E/H llenado capilar <2”
- TyP: MV pasa bien en ACP
- CV: RCR de BI, no soplos
- Abd: No distendido, RHA (+), B/D, leve dolor difuso a la palpación profunda, no masas
- SNC: LOTEP, EG:15/15

Diagnóstico presuntivo de ingreso:

1. Hiperglicemia a descartar (D/C): Cetoacidosis diabética
2. DM2 descompensada
3. Síndrome doloroso abdominal
4. Síndrome febril

Se solicitan exámenes de laboratorio con los siguientes resultados:

- AGA y e-: pH: 7.28, PCO<sub>2</sub>: 33, PO<sub>2</sub>: 110, K: 5.5, Na: 127, Ca: 0.92, Cl: 112

- Glu: 469 mg/dl, Lactato: 0.6, HCO<sub>3</sub>: 15.0, Osmolaridad: 280.1, Aniongap 0

Se decide mantener al paciente en observación de emergencia con impresión diagnóstica de cetoacidosis diabética y las siguientes indicaciones:

- Nada por vía oral (NPO)
- Cloruro de sodio (NaCl) 0.9% 1000cc-----200cc/ hora
- Insulina R 100UI 7cc/ hora (titulable)
- NaCl 0.9% 100cc
- Si HGT es < 250mg/dl Cambiar:  
Dextrosa al 5% 1000cc 104 cc/hora  
NaCl 20% 2 ampollas (amp)
- Paracetamol 500mg 2 tabletas (tab) vía oral (VO) si T° > 38.5
- AGA c/4 h
- Titular infusiones de acuerdo a los resultados
- CFV + BHE

Se le realiza evoluciones diarias.

Guardia diurna:

- Funciones vitales: PA: 110/60, FC 90 FR: 18, SatO<sub>2</sub>: 97%

Indicaciones:

- NPO
- NaCl 0.9% 1000cc-----200cc/ hora
- Insulina R 100UI 7cc/ hora (titulable)
- NaCl 0.9% 100cc
- Si HGT es < 250mg/dl cambiar  
Dextrosa al 5% 1000cc 104 cc/h  
NaCl 20% 2 amp
- Paracetamol 500mg 2 tab VO si T°>38.5°
- AGA c/4h
- Titular infusiones de acuerdo a los resultados
- CFV + BHE

Guardia nocturna:

- Funciones vitales: PA: 110/70, FC 78, FR 20, SatO<sub>2</sub>: 98%

Indicaciones:

- Dieta líquida amplia (DLA)

- Dextrosa al 5% 1000cc
- NaCl 20% 2 amp
- Insulina NPH 14 UI Mañana  
07 I Noche
- Paracetamol 500mg 02 tab VO si T> 38.5°
- HGT c/8h
- CFV + BHE.

#### Guardia diurna

- Funciones vitales: PA 100/60, FC 83, FR:20, SatO<sub>2</sub>: 95%

#### Indicaciones:

- Dieta blanda para pacientes diabéticos
- NaCl 0.9% 1000CC----- I – II
- Insulina NPH 14 UI Mañana  
07 I Noche
- Insulina R según escala de corrección
- HGT: 6AM, 2 horas Postprandial 10PM
- Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, AGA + e-
- CFV + BHE

Se obtienen resultados del hemograma: Hemoglobina (Hb) 11.1, leucocitos 10300, glucosa 125, urea 25, creatinina 0.75 y plaquetas 322.

#### Criterios de resolución:

- Glucosa: < 250mg/dl
- pH: > 7.3
- Anión Gap: Normal
- HCO<sub>3</sub>: > 18MEq/l

Teniendo lo anterior en cuenta, paciente fue dado de alta con diagnóstico de cetoacidosis diabética resuelta y control por consultorio externo de endocrinología.

#### Caso 4.

Paciente mujer de 38 años con un tiempo de enfermedad de 3 meses, refiriendo cefalea, artralgias difusas e hinchazón de cara u piernas. Además, nota aumento de volumen en rostro (mejillas) y presenta aumento de la presión arterial. Como antecedente, diagnóstico de hipotiroidismo hace 22

años tratado con Levotiroxina 150mcg, hipotiroidismo de Hashimoto en el 2010 con niveles de anticuerpos antiperoxidasa >600 que fue tratado con Levotiroxina 150 mcg una vez al día.

Al examen físico:

- Funciones vitales: PA: 140/100, FC: 72, FR: 22, peso: 69 kg y talla: 1.64 m
- PyF: Estrías de color rojo vinoso en brazos, abdomen y muslos
- Tejido celular subcutáneo: (TCSC): Edema de miembros inferiores ++/+++
- TyP: Semiológicamente normal
- CV: Semiológicamente normal
- Abd: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando/depresible, no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierta, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, ni de focalización.

Se solicitan exámenes de laboratorio siendo los valores más resaltantes: Hb 11.9, leucocitos 76000, segmentados 74%, K 3.22 y Vitamina B12 198.

Impresión diagnóstica:

1. Probable síndrome de Cushing por hipercortisolismo endógeno
2. Hipertensión arterial (HTA) secundaria por 1
3. Hipotiroidismo primario de Hashimoto
4. Trastorno hidroelectrolítico (THE): Hipokalemia leve

Plan de trabajo:

- Glucosa e insulina basal, hemoglobina glicosilada (Hba1c)
- Hormonas: Cortisol libre en orina (CLO) 24 h, hormona adrenocorticotropa (ACTH) y cortisol (8 am), prolactina, hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), aldosterona.
- e- séricos
- Resonancia magnética (RMN) de Hipófisis
- Interconsulta al servicio de oftalmología: Campimetría
- Hemograma

En los exámenes de laboratorio control, se encuentran valores de dehidroepiandrosterona sulfato en 652. Además, se le realizan pruebas de



función dinámica: hiperfunción = supresión, obteniendo ACTH 89 y cortisol de 35 por las mañanas.

Imágenes:

- TEM adrenal: Engrosamiento del brazo medial de la glándula izquierda de 9.5mm (se sugiere RNM).
- TEM de tórax: Ambos campos pulmonares densidad y transparencia normal. No adenomegalias. Tiroides: densidad heterogénea a predominio derecho sugestiva a bocio. Espondilitis degenerativa.
- RNM Abdomen superior - glándulas adrenales: Engrosamiento del brazo medial 8.5mm de la glándula suprarrenal izquierda sin evidencia de lesiones focales.
- Ecografía tiroides: Lóbulo derecho isoecogénico, vascularidad ligeramente incrementada, no microcalcificaciones, parénquima pseudomacronodular con micronódulos hiperecogénicos. Lóbulo izquierdo isoecogénico, vascularidad ligeramente incrementada, no microcalcificaciones. Micronódulo, bordes mal definidos, predominantemente quístico. 5.6x6x5.3mm (tercio supero posterior), no se descarta adenoma paratiroideo.

**RASTREO CORPORAL Y SPECT SCAN CON HYNIC -PENTRIOCTIDE**

- Adenohipófisis 1.3X1cm
- Glándula suprarrenal izquierda 1.4cm x 1.4cm

Plan:

- Resección transesfenoidal del tumor de hipófisis.
- Inmunohistoquímica: ACTH: Positivo débil
- Ki67: 10%

Se realiza nuevamente pruebas de función dinámica: hiperfunción = supresión obteniendo valores de ACTH y Cortisol dentro de los rangos normales por lo que paciente es dada de alta.

## **1.2 Cirugía general**

Después del retiro de internos de los hospitales el 15 de marzo del 2020 a inicios de la pandemia, se reinició el internado en el mes de octubre del mismo año tras la publicación de la Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA sobre

los Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020<sup>2</sup>, iniciando en el servicio de cirugía general y especialidades.

Lo esperado en esta rotación es poder entrar a sala de operaciones, asistir en alguna intervención quirúrgica e incluso poder realizar alguna operación como una apendicectomía; sin embargo, desde al ser la primera rotación tras el retorno, fue en la que existieron mayores limitaciones en cuanto al objetivo principal que es entrar a sala. Los asistentes estaban predispuestos a la participación de los internos por lo menos en una intervención ya que ellos saben que eso forma parte del aprendizaje del interno de medicina; sin embargo, la restricción en cuanto entrar a sala se refiere provenía por parte del servicio de anestesiología. De manera particular, existía más posibilidades de entrar a sala rotando en especialidades, siendo las más permisivas traumatología, cirugía plástica y urología.

Por medio de comentarios de residentes y asistentes, se supo que las hospitalizaciones habían disminuido llegando a haber incluso solo 4 pacientes en un cuarto en el que normalmente las 6 camas deberían estar ocupadas, pero este no era el caso por motivos de normas de bioseguridad siendo la más importante evitar el hacinamiento. En este servicio, la patología más común que se podía encontrar en la hospitalización era apendicitis aguda.

En cuanto a especialidades, se podía encontrar diversos tipos de fracturas en traumatología, en cirugía plástica injertos en pacientes como gran quemados, en neurocirugía traumatismos encéfalo craneanos por diversos tipos de accidentes y por último en urología, le dieron especial importancia la enseñanza de la correcta colocación de sonda Foley, siendo exclusivamente los internos quienes estaban encargados de este procedimiento atendiendo entre 5 y 6 pacientes por la mañana. En cuanto a tópico de emergencia la afluencia de pacientes era similar a la de la época pre pandemia según los residentes (ya que fue durante la cuarentena que hubo una disminución), lo más común era encontrar en cirugía general diversos tipos de corte con necesidad de sutura además de mordedura de perro y en ciertos casos retiro de cuerpo extraño en oído, así como taponamiento anterior en caso de epistaxis; en traumatología, al igual que en hospitalización se podía encontrar fracturas, esguinces y cortes con maquinaria pesada que incluían compromiso

ósea, en este caso lo más importante era aprender la correcta colocación de yeso.

### 1.2.1 CASOS CLÍNICOS

#### Caso 1.

Paciente varón de 14 años de edad que llega a emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 días, quien refiere que 7 días antes del ingreso presenta de manera intermitente dolor abdominal tipo difuso con una intensidad de 8/10, 5 días antes del ingreso el dolor persiste con una intensidad 7/10 y se le añade vómito de contenido gástrico en escasa cantidad y sensación de alza térmica no cuantificada que calma con paracetamol. 1 día antes del ingreso paciente persiste con dolor y vómito de contenido gástrico en más de una oportunidad por lo que acude al hospital y al examen físico se encuentra:

- PyF: Palidez ++/+++
- Abd: En tabla, RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda, Blumberg (+)

Impresión diagnóstica:

1. Abdomen agudo quirúrgico: D/C Apendicitis aguda complicada

Se solicita hemograma obteniendo como resultados: Hb 14.2, leucocitos 11750, bastonados 1762.5 (15%) y segmentados 8366.

Se realiza ecografía abdominal:

- A nivel de espacio recto vesical líquido libre 40 cc aproximadamente.
- Signos de proceso inflamatorio apendicular complicado al momento del examen.

Por lo que paciente entra a sala de operaciones durante 1 hora aproximadamente, donde se le realiza:

- Incisión mediana
- Laparotomía exploratoria: Drenaje de absceso, apendicectomía, omentectomía parcial, lavado de cavidad abdominal (LCA)

Hallazgos:

- Absceso apendicular, apéndice digerido en 1/3 distal, coprolito libre en cavidad, base congestiva, ciego sin alteración. Regular fibrina interasas. Secreción purulenta de 150 cc en hemiabdomen inferior.

Diagnóstico Post-operatorio:

- Absceso apendicular, peritonitis generalizada

Tras salir de sala, paciente queda en NPO, dextrosa, metamizol, metoclopramida y antibioticoterapia (ciprofloxacino y metronidazol).

Tras 48 horas de evolución favorable, paciente es dado de alta.

Caso 2.

Paciente varón de 10 años que llega a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días, quien refiere que 2 días antes del ingreso presenta dolor abdominal tipo opresivo de moderada intensidad en mesogastrio, hiporexia, náuseas y vómitos por lo que es llevado a una posta donde le recetan analgésicos; sin embargo, 1 día antes del ingreso dolor se localiza en fosa iliaca derecha, se añade constipación y sensación de alza térmica no cuantificada por lo que acude nuevamente a la posta y es referido al hospital.

Al examen físico se encuentra:

- Abd: No distendido, RHA (+), B/D, doloroso a la palpación profunda a nivel de fosa iliaca derecha, resistencia y rebote.

Impresión diagnóstica:

1. Abdomen agudo quirúrgico: D/C apendicitis aguda

Se solicita hemograma obteniendo como resultados: Hb 12.8, leucocitos: 15650, bastonados: 3% y segmentados: 40%.

Por lo que paciente entra a sala de operaciones durante 1 hora y 45 minutos aproximadamente, donde se le realiza:

- Incisión transversa +/- 0.5 cm
- Apendicectomía retrógrada + drenaje

Hallazgos:

- Secreción seropurulenta +/- 30 cc, perforado en 1/3 medio

Diagnóstico Post-operatorio:

- Apendicitis aguda perforada + peritonitis focal

Tras salir de sala, paciente queda en NPO, dextrosa, metamizol, metoclopramida y antibioticoterapia (ceftriaxona y metronidazol).

Tras 48 horas de evolución favorable, paciente es dado de alta.

### Caso 3.

Paciente varón de 41 años refiere que hace 2 días inicia con dolor tipo cólico que se localiza en hipocondrio derecho de intensidad 8/10 asociado a náuseas sin vómitos, persisten los síntomas y se agrega sensación de alza térmica por lo que acude a emergencia.

Al examen físico:

- Funciones vitales: PA 110/70, FC 105, FR 18, SatO<sub>2</sub> 98%, T 37.2°C
- PyF: T/HE llenado capilar <2''
- TyP: MV pasa bien en ACP, no RA
- CV: RCR de BI, no soplos audibles
- Abd: No distendido, RHA (+), poco depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+)
- GU: PPL (-), PRU(-)
- SNC: Despierto, EG: 15/15

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: leucocitos 14170, Hb: 14.2, hematocrito (Hto) 41.6, plaquetas 239000
- Bioquímica: Glucosa 94mg/dl, urea 16, BT 0.78, BD 0.35, BI 0.43, TGO 17, TGP 25.

Ecografía abdominal:

- Vesícula biliar 85x40mm, pared: 4mm, engrosada presencia de cálculos uno de 5mm y otro de 15mm

Impresión diagnóstica

1. Colecistitis aguda litíásica

Paciente entra a sala de operaciones para una colecistectomía laparoscópica de aproximadamente 2 horas.

Hallazgos:

- Vesícula biliar distendida 10x6cm, plastronado por epiplón con bordes engrosados edematosos, necrosados en fondo con cálculos <5mm y 30mm.

Diagnóstico post operatorio:

- Colecistitis aguda litíásica necrosada.

Paciente permanece 48 horas hospitalizado y tras notar mejoría es dado de alta.

#### Caso 4.

Paciente mujer de 22 años refiere que hace 20 horas inicia con dolor abdominal tipo opresivo de moderada intensidad en hemiabdomen inferior asociado a hiporexia, náuseas y vómitos en 3 oportunidades de contenido alimentario hace 4 horas, dolor aumenta de intensidad y predomina en fosa iliaca derecha asociado a fiebre cuantificado de 38°C por lo cual acude a emergencia.

#### Al examen físico

- Funciones vitales: PA 110/70, FC 105, FR 18, SatO<sub>2</sub> 98%, T 38°C
- PyF: T/HE llenado capilar < 2"
- TyP: MV pasa bien en ACP, no RA
- CV: RCR de BI, no soplos audibles
- Abd: En tabla, RHA (+), doloroso en hemiabdomen inferior a la palpación profunda, Blumberg (+)
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, EG: 15/15

Se interconsulta al servicio de ginecología, quienes sugieren impresión diagnóstica:

- Abdomen agudo quirúrgico, no patología ginecológica

Plan: Seguir seguimiento por cirugía

#### Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos 9760, abastionados 20%, segmentados 67%, Hb 13.2, Hto 37, Plaquetas: 223000
- Bioquímica: Glucosa 110mg/dl, urea: 29, creatinina 0.78

#### Ecografía abdomen inferior:

- Útero y ovarios: no presencia de lesiones solidas o quísticas. Se observa dilatación difusa de asas delgadas, aperistálticas. En fosa iliaca derecha se observa imagen tubular aperistáltica de 8.2 mm asociado a alteración en la ecogenicidad de la grasa mesentérica. Conclusión: signos ecográficos en relación a apendicitis aguda complicada

El paciente entra a sala de operaciones durante 1 hora donde se le realiza una apendicectomía laparoscópica

Hallazgos:

- Apéndice cecal perforado en tercio medio, base y ciego sin alteraciones, secreción purulenta en hemiabdomen inferior de aproximadamente 60cc.

Diagnóstico post operatorio:

- Apendicitis aguda perforada con peritonitis difusa.

### **1.3 Pediatría**

En este servicio, al inicio el manejo de la hospitalización era similar al de cirugía; sin embargo, con el pasar de los días se tuvieron que aumentar el número de camas disponibles debido al aumento de ingresos en el servicio y en este caso eran los internos los encargados de evolucionar y presentar a los pacientes. Las patologías más comunes tanto en hospitalización como en emergencia eran las crisis asmáticas, la enfermedad diarreica aguda (EDA) y las crisis convulsivas/convulsiones febriles. Mientras que, en neonatología los internos estaban a cargo de la atención inmediata del recién nacido así como de evaluarlos, predominando patologías como ictericia neonatal, sífilis neonatal y prematuridad.

#### **1.3.1 CASOS CLÍNICOS**

Caso 1.

Menor de 1 año 8 meses procedente de Junín sin antecedentes de importancia que llega a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 meses de inicio insidioso y curso progresivo. Padre refiere que en octubre del 2020 aparece una lesión papular (“granito”) en ala nasal derecha, la cual luego se convierte en una “herida pequeña” por lo que acude a su puesto de salud y le recetan Dicloxacilina + Ibuprofeno por 7 días + curación de herida diaria. En el mes de noviembre la herida aumenta de tamaño y presenta “ulceración” por que acude a consultorio particular y se le receta un antibiótico + una crema (padre no recuerda los nombres). En diciembre la lesión abarca casi toda la pirámide nasal y se le añade secreción verdosa motivo por el que acude a una clínica y lo catalogan como “picadura de araña” por lo que le recetan un jarabe + curación. 1 semana antes del ingreso, menor sufre caída sobre área nasal

por lo que la lesión aumenta su área de extensión, 2 días antes del ingreso hay aumento de volumen a nivel nasal y se añade eritema además de aumento de la temperatura local por lo cual padre decide traer a la menor a lima. En emergencia, al examen físico, menor presenta T° 36.8, FC 110 latidos por minuto, FR 25 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 98%. En cuanto a la piel, se aprecia lesión ulcerativa a nivel de narina derecha que se extiende hasta dorso de la nariz, aumento de volumen con signos de flogosis en región preseptal y nariz, además de aprecian costras mielicéricas a nivel de surco nasolabial. Como impresión diagnóstica:

1. Celulitis de cara (preseptal bilateral + nariz)
  - D/C leishmaniasis cutánea
  - D/C amebiasis cutánea
  - D/C neoplasia maligna
  - D/C osteomielitis de huesos propios de la nariz
2. Desnutrición crónica

Se le solicitaron diversos exámenes auxiliares, siendo lo más resaltante la elevación de linfocitos, eosinófilos y Transaminasa glutámico pirúvica. En la radiografía de huesos propios de la nariz se observa las estructuras óseas del macizo facial de caracteres conservados, además de moderada tumefacción de partes blandas a nivel del labio superior y alas nasales con marcado estrechamiento de la fosa nasal del lado derecho.

Se interconsultó a diferentes servicios cuyas impresiones diagnósticas fueron:  
Dermatología:

1. D/C Amebiasis cutánea
2. D/C Tuberculosis cutánea: Lupus vulgar
3. D/C Leishmaniasis lupoide
4. D/C Linfoma cutáneo

Plan:

- Biopsia de piel

Infectología pediátrica

1. Leishmaniasis cutánea
2. D/C Mycobacterium TBC
3. D/C Actinomicosis/Nocardiosis
4. D/C Neoplasia



Plan:

- Se hospitaliza
- Tratamiento con antibióticos sistémicos (Oxacilina)
- Tomar inmunofluorescencia indirecta (IFI) para Leishmania como se indica en el Manual de Procedimientos de Laboratorio para el Diagnóstico de Leishmaniasis<sup>3</sup> y en las Normas y Procedimientos para el control de las Leishmaniasis en el Perú<sup>4</sup> (Ver Anexo N°1)
- Tomar exámenes para evaluar función renal y hepática para luego iniciar Antimonial Pentavalente o Estibogluconato de Sodio por 21 – 28 días
- Posibilidad de notificación de maltrato y/o negligencia con servicio social

Se decide hospitalizar con los siguientes diagnósticos:

1. Celulitis facial
2. Tumorción nasal etiología a determinar
  - D/C Leishmaniasis cutánea
  - D/C Amebiasis cutánea
  - D/C TBC cutánea
  - D/C Neoplasia maligna
3. Desnutrición aguda leve
4. Negligencia familiar

Ya hospitalizada se realizan nuevas interconsultas:

Otorrinolaringología:

1. Celulitis facial
2. Vestibulitis nasal
3. D/C Leishmaniasis
4. D/C TBC cutánea
5. D/C Amebiasis
6. D/C Neoplasia

Plan:

- Aplicación de NaCl 0.65% (Xylosol), 2 puff en cada fosa nasal 6 horas
- Continuar curaciones con mupirocina
- Efectivizar resultados de biopsia e IFI en INS

- Ampliar cobertura antibiótica

Cirugía Plástica sugiere:

- Interconsulta a cirugía de cabeza y cuello
- Curaciones con mupirocina por servicio de Pediatría

Cirugía Pediátrica:

1. Celulitis en cara
2. Úlcera crónica en cara sobreinfectada
3. D/C Leishmaniasis
4. D/C TBC cutánea
5. D/C NM maligno

Se obtiene resultado de biopsia con cuadro histológico sugerente de infección por amebas de vida libre por lo que se solicita:

- RMN cerebral con contraste en la cual se concluyen caracteres morfológicos normales, proceso inflamatorio que compromete los tejidos blandos de la región nasal y labio superior.
- Posibilidad de inicio de tratamiento para amebiasis

Se inicia esquema para Amebiasis/Leishmania:

- Miltefosina 10 mg VO c/12h
- Albendazol 100 mg VO c/24h
- Fluconazol 100 mg VO c/24h
- Cefalexina 250 mg VO c/8h (5)

Se reciben resultados de biopsia en la que se observa la presencia de amastigotes de Leishmania spp. y reacción de Montenegro positiva.

Se hace interconsulta Otorrinolaringología porque paciente presenta dificultad para respirar:

Al examen pirámide nasal con signos de flogosis, aumentada de tamaño con costras mielécricas, rinorrea verdosa abundante que no permite visualizar fosas nasales.

Plan:

- Limpieza quirúrgica en SOP
- Ampliar cobertura antibiótica

Infectología:

- Epidemiología: Zona compatible con Leishmaniasis, títulos IgG IFA muy altos, más frecuentes en Leishmania que en otros diagnósticos.
- Clínicamente: Hanseniasis no es inflamatoria. Amebiasis tipo Balamuthia no espera tanto tiempo. Micosis de piel son generalizadas y con inmunocompromiso.
- Frotis: Mostró que la ameba no es característico. No hay núcleo prominente.

Por lo que se sugiere iniciar con tratamiento específico para Leishmania con Antimonial Pentavalente o Estibogluconato de sodio y agregar tratamiendo antibiótico EV por superinfección.

- Oxacilina 500 mg EV c/8h
- Estibogluconato de sodio 200 mg EV lento c/24h
- Miltefosina 10 mg VO c/12h (9)
- Albendazol 100 mg VO c/24h (9)
- Fluconazol 100 mg VO c/24h (9)
- Omeprazol 10 mg VO c/24h

Examen directo – frotis coloración Giemsa: Positivo, se observa la presencia de amastigotes de Leishmania spp.

Cultivo: Positivo, se observa desarrollo de promastigotes de Leishmania spp.

A la séptima semana de hospitalización los diagnósticos son:

1. Leishmaniasis cutánea
2. Celulitis facial resuelta
3. Retraso del lenguaje
4. Anemia moderada

Tras concluir el tratamiento y con una notable mejoría, paciente es dada de alta con control por telemedicina.

## Caso 2.

Paciente varón de 12 años de edad que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día, refiriendo que 1 día antes del ingreso ingiere alimentos en la calle tras lo que presenta malestar general. 5 horas antes del ingreso presenta fiebre de 39°C por lo que su madre le da metamizol, también presenta deposiciones líquidas en 3 oportunidades, sin moco, sin sangre y

dolor abdominal. Los síntomas persisten y se agrega vómito de contenido alimentario en una oportunidad, motivo por el cual es traído al hospital.

Llega a emergencia con temperatura de 38.9°C y al examen físico:

- Abd: No distendido, RHA (+), B/D, doloroso a la palpación profunda a nivel de cuadrante inferior derecho.

Impresión diagnóstica:

1. Diarrea aguda bacteriana
2. Síndrome emético

Para lo cual se le indica metamizol y paracetamol, se le solicita hemograma y electrolitos, examen completo de orina y ecografía abdominal.

- Hemograma: Hemoglobina 12.7, leucocitos 12.51, abastados 1251 (10%) y segmentados 10008 (80%).
- Electrolitos: Sodio 137.9, potasio 3.93, cloro 103 y calcio 1.12.
- Examen completo de orina no patológico
- Ecografía abdominal donde no se encuentra proceso inflamatorio.

Paciente permanece en observación donde se nota disminución del malestar general pero persiste febril, dolor abdominal así como vómito de contenido alimentario y deposiciones líquidas en una oportunidad.

Debido a la pobre tolerancia oral se decide hospitalizar con el diagnóstico de Intoxicación alimentaria estafilocócica con las siguientes indicaciones:

- Tolerancia oral
- DLA a tolerancia
- Dextrosa 5%
- NaCl 20%
- KCl 20%
- Ciprofloxacino 400mg EV c/12h
- Paracetamol

Se realiza control de flujo urinario y diarreico según superficie corporal, notando una gran mejoría y tolerando la vía oral, por lo que es dado de alta tras 48 horas de hospitalización, enviado a casa con tratamiento antibiótico.

Caso 3.

Paciente mujer de 2 meses de edad acude a emergencia en brazos de su madre quien refiere que aproximadamente 6 días antes del ingreso paciente

inicia cuadro clínico con estornudos, luego se le añade tos seca y rinorrea hialina, 2 días antes del ingreso la tos incrementa en frecuencia e intensidad haciendo que el paciente presente rubicundez por eso motivo la madre llevó a la paciente a su centro de salud donde le indican dexametasona y cetirizina; sin embargo, sintomatología persiste. Madre refiere que el día del ingreso paciente presenta tos asociada a cianosis (2 episodios) y por este motivo acude a emergencia.

Al examen físico:

- Funciones vitales: FC 150, FR 53, SatO<sub>2</sub> 98%, peso 5kg
- PyF: T/HE llenado capilar <2''
- TyP: MV pasa bien en ACP, escasos subcrépitos y leve tiraje subcostal.
- CV: RCR de BI, no soplos audibles.
- Abd: No distendido, RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación.
- SNC: Activo, reactivo a estímulos, tono adecuado, fontanela anterior normotensa.

Cuenta con hemograma: Hb 10.6, leucocitos 7740, plaquetas 250000

- Radiografía de tórax: Ausencia de infiltrado parenquimal ausencia de consolidación
- RT Lamp negativo

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome coqueluchoide
2. Anemia leve

Se decide hospitalizar con las siguientes indicaciones:

- Azitromicina 50ml vo c/24h
- Paracetamol 75mg vo si T°>38
- Oxígeno por cánula binasal (1-4lts) condicional a cianosis y/o SatO<sub>2</sub>< 92%

A la evolución en hospitalización, madre refiere que menor solo presenta 2 episodio de tos, niega sensación de alza térmica, niega vómitos. Se decide mantener las mismas indicaciones. Tras cuatro días de hospitalización paciente presenta notable mejoría por lo que es dada de alta con control por consultorio externo.

#### Caso 4.

Paciente varón de 7 años de edad que acude a emergencia porque madre refiere aumento de volumen en región retro auricular derecha de cuatro días de evolución, 1 día antes del ingreso se añade cefalea y sensación de alza térmica no cuantificada, motivo por el cual es llevado al hospital.

Antecedente de importancia: Tiene como mascota un gato de 2 meses de edad.

Al examen físico:

- Funciones vitales: FC 120, FR 17, T 38.2°C, y peso: 31.2kg
- PyF: T/HE llenado capilar < 2"
- Región auricular derecha: aumento de volumen de aproximadamente 4x3cm, signos de flogosis, dolor a la digitopresión.
- Región cervical lateral: Aumento de volumen de aproximadamente 2x2cm, no signos de flogosis, dolor a la digitopresión.
- TyP: MV pasa bien en ACP, no RA
- CV: RCR de BI, no soplos audibles
- Abd: No distendido, RHA (+), B/D, leve dolor a la palpación profunda.
- SNC: Despierto, EG: 15/15

Se le solicito exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos 9760, bastonados 0%, segmentados 60%, Hb 12.37, Hto 36 y plaquetas: 350 000.
- Bioquímica: Glucosa 10mg/dl, urea: 20, creatinina 0.51
- RT lamp (-)

Ecografía de partes blandas:

- Región cervical: A nivel retroauricular derecho se observa colección heterogénea de 22x11 mm con un volumen de 2.8cc en relación a ganglio abscedado, además se observan ganglios a nivel cervical de aspecto inflamatorio.

Impresión diagnóstica:

1. Adenopatía retroauricular derecha abscedada
  - D/C enfermedad por arañazo de gato

Se hospitaliza a paciente con las siguientes indicaciones:

- Sello salino
- Clindamicina 415mg EV c/8h
- Paracetamol 470mg VO si T°>38

Ya hospitalizado se realiza interconsulta al servicio de cirugía de cabeza y cuello, quienes drenan el absceso refiriendo salida de pus 2,5mm con escaso sangrado y lo cubren con apósito, sugieren continuar con tratamiento antibiótico

Se solicita inmunofluorescencia indirecta para detectar IgG para bartonella henselae.

Paciente responde favorablemente al tratamiento antibiótico con clindamicina de 415mg EV>/8h, al quinto día de hospitalización se le realiza ecografía abdominal, la cual impresiona órganos evaluados conservados.

Al haber una mejoría en la tumoración y sin signos de flogosis se le decide dar alta con control por consultorio externo de pediatría.

#### **1.4 Ginecología y obstetricia**

En este servicio es donde pudimos ver mayor variedad de patologías ya que al ser la última rotación, las restricciones no eran tantas como al inicio, además que no hubo mucha variabilidad en cuanto al número de gestantes en el caso de obstetricia. Como internos, éramos los encargados de evolucionar a las pacientes en piso, mientras que en centro obstétrico evolucionábamos a las puérperas y controlábamos a las gestantes que se encontraban en el área de dilatación, además de recibir algunos partos, pudiendo entrar en mi caso a una cesárea. En emergencia lo más común eran las gestantes pre eclámpicas o con ruptura prematura de membranas, en caso de las referencias eran pacientes enviadas de sus postas con alguna complicación como feto podálico, macrosomía fetal, cesareada anterior, entre otras. En este servicio, también tuvimos la oportunidad de estar en consultorio de obstetricia donde se monitorea gestantes de riesgo, ya que por motivo de la pandemia no hay consultorio de ginecología.

### 1.4.1 CASOS CLÍNICOS

#### Caso 1.

Paciente mujer de 19 años que acude tópicamente de ginecología referida del centro materno infantil Villa María del Triunfo con los diagnósticos de gestante de 38 semanas, no labor de parto y ruptura prematura de membranas (RPM) de +/- 6 horas. Paciente refiere pérdida de líquido desde hace 6 horas, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega signos premonitorios de eclampsia, G1P0.

Al examen físico:

- Funciones vitales: PA 110/70
- Altura uterina (AU): 35 cm, latidos cardiacos fetales (LCF): 145 por minuto, movimientos fetales (MF): +/+++ , dinámica uterina (DU): 1/10/+ , situación presentación posición (SPP): longitudinal cefálico, dilatación (D): 2 cm, altura de presentación (AP): -3, membranas (M): rotas, incorporación (I): 80%, pelvis ginecoide, genitales externos (GE): pérdida de líquido claro.

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 38 semanas
2. Fase latente de labor de parto
3. RPM +/- 6 horas

Indicaciones según lo indicado en la Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas<sup>5</sup>:

- NPO
- CFV + OSA
- MMF
- NaCl 9% 1000cc 45 gotas
- Ampicilina 1g EV c/6h
- Gentamicina 80mg EV c/8h si RPM >12h
- Se solicita hemograma y grupo factor
- Sube a centro obstétrico

Paciente sube a centro obstétrico a las 12 del medio día donde se le realiza el monitoreo materno fetal, se obtienen resultado de laboratorio con una leve leucocitosis. A las 4:55 de la tarde, parto eutócico, recién nacido vivo de sexo femenino APGAR 9 – 9, peso 2991 gr, talla 50 cm, perímetro cefálico (PC)



34.5 cm, perímetro torácico (PT) 33 cm y 40 semanas por examen físico. Paciente pasa a puerperio inmediato donde se le realiza un hemograma control, obteniendo resultados dentro de los valores normales, además de una evolución favorable, sin complicaciones por lo que es dada de alta pasadas las 24 horas del parto con antibioticoterapia, analgésicos y sulfato ferroso 300mg 1 tableta al día por 30 días.

#### Caso 2.

Paciente mujer de 33 años, con 37 semanas de edad gestacional (EG), cesareada anterior una vez por feto macrosómico que llega a tóxico de ginecología referida de su centro de salud debido preeclampsia, G2P1001. Paciente no refiere otro síntoma.

Al examen físico:

- Funciones vitales PA 150/90
- AU: 34 cm, LCF: 148 por minuto, MF: ++/+++, DU: 2/10/+, SPP: longitudinal cefálico, D: 5 cm, AP: -3, M: íntegras, I: 80%, pelvis ginecoide.

Impresión diagnóstica:

1. Gestante de 37 semanas
2. Fase activa de labor de parto
3. Cesareada anterior una vez
4. Preeclampsia leve

Indicaciones:

- NPO
- CFV + OSA
- Vía periférica
- NaCl 0.9% 1000cc: 1L a chorro, luego 35 gotas por minuto
- Sulfato de magnesio al 20% 4g (2 amp) + 100cc suero, luego continuar a 1g por hora (1/2 amp): pasar en volutrol, suspender si la frecuencia respiratoria es menor de 12 por minuto, si reflejos osteotendinosos están abolidos y/o si hay oliguria
- Nifedipino 10mg si  $PA \geq 160/100$
- Colocación de sonda Foley

- BHE
- Se solicita mini protocolo de toxemia
- Se hospitaliza en centro obstétrico

Paciente sube a centro obstétrico a las 10 de la mañana, donde se le realiza el monitoreo materno fetal y se obtienen resultados de laboratorio con valores dentro de los rangos normales. Aproximadamente a la 1:30 de la tarde, paciente con 9 de dilatación, se le realiza ruptura artificial de membranas y es llevada a sala de partos, recién nacido vivo de sexo masculino APGAR 9 – 9, peso 3200 gr, talla 48 cm, PC 32.3 cm, PT 32 cm y 40 semanas por examen físico. Paciente pasa a puerperio inmediato donde se le realiza un hemograma control y perfil toxemia, obteniendo resultados dentro de los valores normales, además de ser monitorizado presentando una evolución favorable y sin complicaciones por lo que es dada de alta pasadas las 24 horas del parto con analgésicos y sulfato ferroso 300mg 1 tableta al día por 30 días.

### Caso 3.

Tercigesta nulípara de 26 años con 20 semanas de (EG)por fecha de última regla (FUR), ingresa a emergencia refiriendo sangrado vaginal que mancha su ropa interior, niega dolor tipo cólico, y percibe movimientos fetales.

Antecedentes obstétricos: Régimen catamenial: 3/30 Inicio de relaciones sexuales: 14años, FUR 24/11/2020, fecha probable de parto (FPP): 31/08/21  
EG: 20 semanas G3 P0020 G1: Aborto hace 6 años, se realizó legrado G2: aborto hace 4 años, se realizó legrado G3: actual

Al examen físico:

- Funciones vitales: PA 100/60, FC 72, FR 18, SatO<sub>2</sub>: 98%
- PyF: T/HE llenado capilar<2”, palidez +/-+++
- TyP: MV pasa bien en ACP, no RA.
- CV: RCR de BI, no soplos audibles
- Abd: AU: 21cm, LCF:145, DU (-)
- Especuloscopía: Sangrando activo en cérvix, cuello cerrado
- GU: PPL(-), PRU(-)
- SNC: Despierta, EG: 15/15

Exámenes auxiliares:

- Examen de orina: No patológico

- Hemograma: leucocitos: 8990, Hb 10.2, Hto 30.

Ecografía TV:

- Longitud de cérvix 3.7cm canal cervical con imagen anecoica, bienestar fetal adecuado

Impresión diagnóstica

1. Gestante 20 semanas por FUR
2. Amenaza de aborto tardío
3. Anemia leve

Indicaciones:

- CFV+OSA
- NaCl 0.9% 1000cc ----- 500 cc a chorro luego 30gts por minuto
- Diclofenaco 75ml IM stat
- Progesterona 200mg vo c/24h
- Reposo absoluto
- Se hospitaliza

Evolución de la paciente al segundo día de hospitalización:

Paciente hemodinámicamente estable, no presencia de sangrado vaginal, por lo que es dada de alta con progesterona 200mg c/24 VO, reposo relativo, analgésicos y control por telemedicina.

Caso 4.

Paciente mujer de 30 años de edad G2P1001 acude por emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 horas, de evolución progresiva caracterizado por dolor intenso en hemiabdomen inferior tipo hincada que se asocia a amenorrea y sangrado vaginal en moderada cantidad motivo por el cual acude al hospital.

Antecedente quirúrgico: Cesárea anterior por desproporción céfalo-pélvica.

FUR: 7/3/21

Al examen físico:

- PyF: T/HE llenado capilar < 2"
- TyP: MV pasa bien en ACP, no RA.
- CV: RCR de BI, no soplos audibles
- Abd: RHA(+), B/D, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior.

- Tacto vaginal: Cérvix cerrado, escaso sangrado, se palpa masa anexial derecha, dolorosa
- SNC: Despierta, EG: 15/15

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: Leucocitos 8. HB: 11.5 HTO:33 grupo y factor:O+
- BHCG cualitativo: positivo

Ecografía transvaginal: Se evidencia masa paraovárica de 26x23mm en el anexo derecho, con abundante líquido en el fondo del saco, útero: línea endometrial 4mm.

Presunción diagnóstica

1. Hemorragia del primer trimestre: D/C embarazo ectópico complicado

Indicaciones:

- NPO
- CFV+OSA
- NaCl 0.9% 1000cc 500 a chorro luego 30 gotas por minuto
- Cefazolina 2g
- Cruzar 1 PG
- Programar para SOP

Paciente entra a sala de operaciones durante 1 hora, donde se le realiza una salpinguectomía derecha laparoscópica.

Hallazgos:

- Trompa derecha tumoración 5x3cm no sangrado activo adherido a pared abdominal
- Ovario y anexo izquierdo: normal
- Hemoperitoneo 300cc

Diagnóstico post operatorio:

- Embarazo ectópico complicado

Tras 2 días hospitalizada y evolución favorable, paciente es dada de alta con monitoreo por telemedicina.

Al haber recapitulado todo lo visto durante el internado médico, podríamos decir que hasta cierto punto el interno se mecaniza, pero de manera positiva, poniendo en práctica de manera inconsciente toda la teoría aprendida. Es decir, mediante la práctica el interno adquiere experiencia y confianza al

momento de atender al paciente y realizar algún tipo de procedimiento. En un comienzo todo es bajo la guía de residentes y/o asistente; sin embargo, con el pasar del tiempo ellos te dan la confianza y posibilidad de tomar decisiones previa aprobación.

## CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital María Auxiliadora (HMA) es una institución nivel III-I ubicado en la Av. Miguel Iglesias N° 968 en el distrito de San Juan de Miraflores, siendo actualmente el hospital de referencia para toda la población de Lima Sur y provincias comprendiendo zonas urbanas, urbano-marginales, rurales y balnearios<sup>6</sup>. Tiene influencia en los distritos de Villa María del Triunfo, Villa el Salvador, Lurín, Pachacamac, Barranco, Chorrillos, Surco, San Bartolo, Punta Hermosa, Punta Negra, Pucusana, Santa María del Mar, de Lima Metropolitana, así como otras provincias del Sur de Lima y departamentos de Ica, Ayacucho y Junín<sup>7</sup>. El HMA no tiene población programada y asignada en su jurisdicción, atiende pacientes por referencia de los distritos de la región Lima Sur y procedentes de diferentes partes del país, siendo el mayor porcentaje proveniente de SJM (43%) y VMT (29%), no recibiendo referencias de VES por contar con el Hospital de Emergencias (HEVES). En cuanto a la atención por edades, el 37% son adultos, seguido de adulto mayor en un 26%, 19% niños, jóvenes 14% y niños en un 4% tal como lo mencionan en la Resolución Directoral (R.D. N° 377-2020-HMA-DG)<sup>1</sup> (Figura 1).

Figura 1.



Esta institución está especializada en la atención integral del Niño, Adolescente, Salud Sexual y reproductiva de la mujer, Adulto y Adulto Mayor y contribuye a la solución de los principales problemas de salud mediante actividades de recuperación de la salud, así como de rehabilitación y control de enfermedades, incorporando sistemas de mejoramiento continuo de calidad en el marco de los Lineamientos de Política Nacional del Sector Salud, además de tener un rol importante en la contribución a resolver la problemática asistencial, docente y de investigación en el área respectiva tal como lo mencionan en la Resolución Directoral (R.D. N° 85-2017-HMA-DG), por lo que cuenta con una gran infraestructura para intentar satisfacer las necesidades de la población que representa un aproximado de 2' 864, 000 personas<sup>7</sup>. Desde el punto de vista estructural el hospital está compuesto 02 edificios de 07 niveles y sótano, que albergan la mayor parte de las áreas críticas<sup>6</sup> para la amplia cartera de servicios (emergencia, sala de parto, dx por imágenes, hospitalización, centro quirúrgico, rehabilitación y laboratorio), así como especialidades (cardiología, dermatología, endocrinología, enfermedades infecciosas y tropicales, gastroenterología, geriatría, hematología, medicina complementaria, medicina física y rehabilitación, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, psiquiatría y reumatología)<sup>7</sup>.

Debido a la gran cantidad de pacientes la oficina de seguros del hospital tiene entre sus funciones, el proceso de referencia y contrarreferencia. Las referencias recibidas de pacientes, así como las contrarreferencias, son coordinadas a través del sistema REFCON<sup>6</sup>. El HMA refiere a los pacientes de alta complejidad y/o con necesidades más específicas, siendo los más frecuentes el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN).

Teniendo en cuenta todo lo anterior mencionado, concluimos que el HMA tiene por finalidad “lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, así como la administración y optimización de los recursos humanos, materiales, económicos, financieros y logísticos”<sup>1</sup>.

- OE1.01 Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales.
- OE1.02 Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en redes integradas de salud; centradas en la persona; familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- OE1.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública.
- OE1.05 Mejorar la gestión y el desarrollo de los recursos humanos en salud con énfasis en competencias; y la disponibilidad equitativa en el país.
- OE1.08 Fortalecer la gestión de riesgo y defensa ante emergencias y desastres.

Con el inicio de la pandemia y subsecuente cuarentena, hubo una disminución en la afluencia de pacientes además de suspenderse la atención por consultorio y por otro lado, se implementó la atención por telemedicina. Como internos, al regresar al hospital tuvimos ciertas restricciones en cuanto al contacto con el paciente existiendo restricciones al momento de examen físico, además de no encontrar la variedad de patologías que hubiéramos podido encontrar en otra época al haber una disminución en las hospitalizaciones en base a las prioridades y al evitar el hacinamiento.



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

La parte práctica es un componente muy importante en este último año de la carrera y pese a las limitaciones, el hospital logró brindar la oportunidad de adquirir gran parte de las capacidades básicas de resolución sobre todo en situaciones de emergencia.

Desde un primer momento el recibimiento fue bueno en los diversos servicios, al convivir mayor tiempo con los residentes y estar bajo su cargo, eran ellos quienes brindaban las oportunidades para realizar diversos procedimientos bajo su supervisión.

Los internos no solo se hacen cargo de la parte médica, sino también hasta cierto punto de la parte administrativa ya que son los encargados del correcto llenado de documento necesarios para cierto tipo de procedimientos como tomografías, referencias y movilización de pacientes, así como también consentimientos informados.

Medicina interna, la primera rotación, fue fundamental para aprender lo básico para el tratamiento de las emergencias, tratar los síntomas más comunes que son también aquellos que muy probablemente se verán en el SERUMS. Además, iniciar el internado en este servicio ayudó a adquirir un conocimiento general de algunas patologías así como de ciertos procedimientos que luego fueron de gran utilidad para los demás servicios.

En cirugía general fue esencial, el manejo básico de heridas, suturas y curaciones, así como la colocación de yeso en traumatología y colocación de sonda Foley en urología.

En pediatría el manejo de las patologías más comunes en esta etapa como son las diarreas, crisis asmáticas, infección del tracto urinario, entre otras.

Mientras que neonatología la correcta atención inmediata del recién nacido fue lo más importante.

En ginecología y obstetricia, aprender sobre el correcto manejo de gestantes y sus respectivas patologías, siendo las más importantes y comunes preeclampsia y ruptura prematura de membranas, así como la atención del parto. En cuanto a ginecología las hospitalizaciones y emergencias eran menores con respecto a obstetricia, no habiendo mucha variedad siendo la más frecuente miomatosis.

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

Como se mencionó anteriormente, el inicio del internado fue en el servicio de medicina interna, lo que de cierta forma fue ventajoso con respecto a los otros servicios ya que en emergencia y/o hospitalización se veían patologías que tenían relación con otras especialidades.

En cuanto al desempeño, debido a la cantidad de internos que iniciaron, se podría decir que las responsabilidades eran compartidas y existía una organización adecuada la cual era esencial para lograr cumplir con todos los requerimientos solicitados. Con el pasar del tiempo, se adquirieron habilidades y competencias gracias al apoyo de los residentes y por ese mismo motivo ellos confiaban al dejar en algunas ocasiones a los internos a cargo del servicio.

Al regresar al internado durante la pandemia, las cosas cambiaron en ciertos aspectos. En cuanto al desempeño y responsabilidades, existió una variación ya que el número de internos era reducido así como los días de asistencia a la sede hospitalaria. Pese a lo establecido en la resolución ministerial<sup>6</sup>, el interno muchas veces solía quedarse más allá del horario para terminar con los deberes así como para poder ampliar sus conocimientos, ya que era consciente que con el poco tiempo y limitaciones existentes no iba a ser suficiente para lograr los objetivos planteados en un comienzo y es gracias a eso que se logró concretar y en cierta medida más de lo que se creía probable por la situación que se enfrenta actualmente.

## **CONCLUSIONES**

Podemos concluir que, pese a los inconvenientes existentes, el interno supo aprovechar las oportunidades brindadas así como reenfocar sus objetivos o la manera de lograrlos utilizando los recursos que tenía a su alcance.

El hospital María Auxiliadora brindó dentro de lo posible, muchos conocimientos y experiencias que serán de gran utilidad a futuro. Claro está que un internado en mejores condiciones hubiera sido lo ideal; sin embargo, así fueron como se dieron las cosas.

## **RECOMENDACIONES**

Se sugeriría un mejor trato al interno por la parte administrativa, ya que pese a no estar en contacto directo con el área Covid, existía un riesgo y no fueron brindados los equipos de bioseguridad prometido en un inicio en el decreto. Por otro lado, antes del inicio de la pandemia, no todos los internos eran remunerados pese a las horas de trabajo que no necesariamente estaban dentro del horario, mientras que al reingreso la remuneración fue tardía e incluso no llegando a completar los meses prometidos y esto es importante ya que muchos internos a nivel nacional cuentan con ese dinero como sustento, por lo cual debería ser replanteado.

Finalmente, debido al aumento de casos covid a nivel nacional, en el HMA a los internos sólo se les realizó la prueba rápida en tres oportunidades ya que luego escasearon y esto debería estar mejor organizado para garantizar el cuidado de los internos que de cierta forma fueron parte de la primera línea de defensa en esta pandemia.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución del 26 de octubre de 2020 del Ministerio de Salud Hospital María Auxiliadora, por la que se publica la aprobación de la segunda modificación del plan operativo institucional anual 2020, del hospital María Auxiliadora. Resolución Directoral R.D. N°377-2020-HMA-DG, 26 de octubre de 2020. 1-41. <http://www.hma.gob.pe/pdf/transparencia/transparencia/172.pdf> (último acceso 13 abril 2021)
2. Resolución del 17 de agosto de 2018 del Ministerio de Salud, por la que se publica la aprobación de la modificación de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis. Resolución Ministerial N°752-2018/MINSA, 17 de agosto de 2018. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/186939/Resolucion\\_Ministerial\\_752-2018-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/186939/Resolucion_Ministerial_752-2018-MINSA.PDF) (último acceso 15 abril 2021)
3. Instituto Nacional de Salud. Manual de Procedimientos de Laboratorio para el Diagnóstico de Leishmaniasis. Ministerio de Salud; 1995 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2209.PDF> (último acceso 15 abril 2021)
4. Programa de Control de Malaria y otras Enfermedades Metaxénicas. Normas y Procedimientos para el Control de las Leishmaniasis en el Perú. Ministerio de Salud; 1993 [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/248\\_nor14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/248_nor14.pdf) (último acceso 15 abril 2021)

5. Dirección General de Salud de las Personas. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva. Ministerio de Salud; 2007 [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf) (último acceso 15 abril 2021)
6. Resolución del 14 de agosto de 2020 del Ministerio de Salud por la que se publica la aprobación del documento técnico “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N°090-2020”. Resolución Ministerial N°622-2020/MINSA, 14 de agosto de 2020. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237051/RESOLUCIO%CC%81N\\_MINISTERIAL\\_N\\_622-2020-MINSA.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237051/RESOLUCIO%CC%81N_MINISTERIAL_N_622-2020-MINSA.pdf) (último acceso 13 abril 2021)
7. Resolución del 07 de marzo de 2017 del Ministerio de Salud Hospital María Auxiliadora, por la que se publica la aprobación del plan operativo anual 2017, del hospital María Auxiliadora. Resolución Directoral R.D. N°85-2017-HMA-DG, 07 de marzo de 2017. <http://www.hma.gob.pe/pdf/institucional/intGestion/96.pdf> (último acceso 13 abril 2021)

## **ANEXOS**



ANEXO N°1

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO EN LEISHMANIASIS,  
SEGUN TIPOS DE MUESTRAS

