



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA PREPROFESIONAL COMO INTERNO DE MEDICINA EN EL  
CONTEXTO POR PANDEMIA DE COVID-19, EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA  
Y CENTRO DE SALUD PACHACAMAC, AÑO 2020 AL 2021.

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

PRESENTADA POR  
WALTER JUNIOR ÁGREDA SERNAQUÉ

ASESOR

DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

LIMA , PERÚ  
2021



**Reconocimiento**

**CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA PREPROFESIONAL COMO INTERNO DE  
MEDICINA EN EL CONTEXTO POR PANDEMIA DE COVID-19,  
EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA Y CENTRO DE SALUD  
PACHACAMAC, AÑO 2020 AL 2021.**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**WALTER JUNIOR ÁGREDA SERNAQUÉ**

**ASESOR**

**DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. José Enrique Villarreal Palomino

**Miembro:** Dr. Víctor Wilfredo Ontón Reynaga

**Miembro:** Dr. Edilberto Temoche Espinoza

## **DEDICATORIA**

Este informe está dedicado a mi señor padre y abuelita, quienes en momento de efectuado el presente, se encuentra luchando, como muchas otras personas, contra la covid-19.

Cuento con ustedes para el logro de esta carrera y futuras metas.

## **AGRADECIMIENTO**

Este año ha sido muy difícil por la pandemia que nos tocó vivir, creo que todos hemos perdido un ser muy querido para nosotros, o por lo menos, nos hemos preocupado por la salud de uno de nuestros familiares.

En esos momentos difíciles, siempre hay personas que se caracterizan por darte esa fuerza que tanta falta nos hace y que sólo ellas son capaces de dar. Este agradecimiento es para mi esposa Vanessa Helen Mitma Puri quien antes, ahora y siempre me ha dado su mano y proporciona confianza, fuerza y valentía para afrontar todo problema que me toque vivir.

Igualmente quiero agradecer el amor incondicional de mi hijo Matías quién es mi mayor soporte para no derrumbarme ante cualquier adversidad.

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1. Medicina Interna	2
1.1.1. Caso 1	2
1.1.2. Caso 2	3
1.2. Pediatría	4
1.2.1. Caso 1	4
1.2.2. Caso 2	5
1.3. Cirugía	6
1.3.1. Caso 1	6
1.3.2. Caso 2	7
1.4. Gineco – Obstetricia	8
1.4.1. Caso 1	8
1.4.2. Caso 2	9
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DARROLLA LA EXPERIENCIA</b>	10
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	12
3.1. Medicina Interna caso 1	12
3.2. Medicina interna caso 2	14
3.3. Pediatría caso 1	15
3.4. Pediatría caso 2	16
3.5. Cirugía caso 1	18
3.6. Cirugía caso 2	19
3.7. Ginecología caso 1	19
3.8. Ginecología caso 2	20
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	22
<b>CONCLUSIONES</b>	24
<b>RECOMENDACIONES</b>	25

<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	26
<b>ANEXOS</b>	28
1. Características de laboratorio de DKA y HHS	29



## RESUMEN

El internado médico es el último año de la currícula educativa de un estudiante de medicina, en donde realizará prácticas de todo lo aprendido durante los años académicos, adquiriendo conceptos técnicos de atención a los pacientes y el manejo de los mismos, en los diferentes hospitales del Perú.

Es aquí donde el interno adquiere la responsabilidad de atención con los pacientes que se le asignan y participa activamente en el tratamiento, procedimiento y rutina médica, propio del día a día como profesional de la salud.

Por lo que este trabajo plasma la incidencia y experiencia ganada durante este lapso académico, que fue vivido en el contexto de una pandemia a causa de la COVID-19. Siendo esto para muchos una experiencia nueva dado que la magnitud de esta enfermedad nunca había sido vista con tal importancia; ocasionando que indirectamente el Gobierno vea y se preocupe por las necesidades del sistema de salud que siempre fueron solicitadas y no escuchadas ni atendidas.

## **ABSTRACT**

The medical internship is the last year of the educational curriculum of a medical student, where they will carry out practices of everything learned during the academic years, acquiring technical concepts of patient care and their management, in the different hospitals of the Peru.

It is here where the intern acquires the responsibility of care with the patients assigned to him and actively participates in the treatment, procedure and medical routine, typical of the day to day as a health professional.

Therefore, this work reflects the incidence and experience gained during this academic period, which was lived in the context of a pandemic caused by COVID-19. Being this for many a new experience since the magnitude of this disease has never been seen with such importance; Indirectly causing the Government to see and worry about the needs of the health system that were always requested and not listened to or attended to.

## INTRODUCCIÓN

En el Perú, toda aquella persona que sueña con ser médico tiene que pasar por una lucha constante y perseverante si desea alcanzar esa meta. Generalmente esta ilusión se va enmasillando en nosotros a medida que crecemos, cuando hacemos una visita al médico, al ver un accidente en las calles o al observar el trabajo apasionado de nuestros familiares que son o han sido personal de salud, desde ese momento ganamos el don de la abnegación, que es inherente a todo médico, y decidimos buscar una razón para alcanzar esa meta. Luego al culminar los estudios básicos, existe la gran valla, el gran muro que se tiene que superar, para alcanzar a ser admitidos en una universidad, en esta ocasión, ya al ser mayores, darnos cuenta de que existen muchos factores externos como: la competencia de ingreso, la posibilidad económica, los problemas sociales, distancias, referencias y demás. Una vez superados todos estos problemas, algunos con más dificultades que otros, lograr mantenerse y seguir los siete años de estudios, tanto de ciencias básicas como clínicas, para acceder a tener un lugar como un interno de medicina. La máxima aspiración de todo estudiante de medicina.

Una vez más la realidad hace frente e insiste en quitar la inspiración, porque es aquí donde el estudiante se va haciendo un médico y donde realmente vierte lo aprendido en una vida humana; además de ser donde se percibe las carencias logísticas de tantos gobiernos, el estrés del trabajo de largas horas sin descanso, la falta de capital humano, el exceso de pacientes, la mala infraestructura, mala bioseguridad, y lo que conlleva todo ello; el descontento del usuario de salud, que no encuentra citas médicas en menos de dos meses,

la falta de equipos médicos que apoyen su diagnóstico, la demora en su atención y hasta la falsa percepción de conocimiento y justicia de algunos pacientes y familiares, que intentan hacer valer esto ante la menor oportunidad. Pero es también donde obtienen la dicha, de por primera vez, presenciar el agradecimiento sollozo de una madre por su hijo o el abrazo inesperado de un niño, que se alegra al saber que se curará.

Es entonces cuando el alumno deja de ser un idealista para que se convierta en médico, formado para lo que demanda su profesión, cumpla sus obligaciones personales y alcance sus metas intelectuales y materiales. Empezará la lucha entonces de aportar al campo para su mejora o asimilar la política que se impone, siempre detrás de una satisfacción personal que lucha por ser titular de preocupaciones.

Es aquí entonces, que las universidades asignan a un interno de medicina para que desarrolle sus capacidades y habilidades en la práctica médica a los distintos hospitales administrados por el Estado. Este periodo tiene una duración de un año en el cual se pasa por cuatro especialidades médicas que son: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia, a continuación, se detalla las características del hospital en el que se le asignó la rotación como interno de medicina.

El hospital de Ventanilla tiene una categoría de II-1, correspondiente a un segundo nivel de atención, se encuentra ubicado en la Av. Pedro Beltrán, cuadra 3 S/N, al costado de la comisaría de Ventanilla, atiende las 24 horas y cuya cartera de servicios incluye: Medicina General, Cirugía General, Pediatría, Neumología, Cirugía Plástica, Ginecología, Obstetricia, Traumatología, Psicología, Cardiología, Nutrición, Odontología, Prevención en cáncer, Infectología, Gastroenterología, Medicina Interna, Urología, Anestesiología, Oftalmología, Neurología, Otorrinolaringología y Psiquiatría, así como cuenta con apoyo al diagnóstico con ecografía, mamografía, radiografía y laboratorio clínico. Asimismo, atiende Urgencias y Emergencia las 24 horas, contando con ambiente de trauma shock y dos camas UCI.

En este hospital comenzó el internado de medicina el 26 de diciembre del 2019 compuesto por 55 estudiantes de la carrera de Medicina de la

Universidad San Juan Bautista y de la Universidad San Martín de Porres, los mismos que fueron recibidos por el director del hospital, el doctor Miguel Ángel Paco quien brindó palabras motivacionales y a través de su personal orientó y capacitó a los estudiantes a fin de que asimilen la nueva experiencia, para poder lograr el último paso para ser futuros médicos.

El periodo de inducción duró 3 días en las cuales se explicó el funcionamiento normal del hospital, nuestro rol en él, el reglamento de internado médico, normas administrativas del hospital, el acto médico, ética y deontología y se dio un examen de entrada para disputar las vacantes pagadas. Este período de internado es de suma importancia para el estudiante de Medicina ya que en él conseguirá completar de una manera práctica todo lo aprendido durante los 6 años de estudios previos, contando siempre con la supervisión de un médico responsable asignado, todo ello, a fin de que se logre una formación integral.

Una de las primeras rotaciones que se indicó, fue la de Medicina interna, en ésta se evidenció la gran demanda de pacientes que existe en este hospital, sobre todo en emergencias y hospitalización, llegando incluso a ver días donde los pacientes hacían cola para alcanzar una atención por emergencia. Cabe señalar que siempre existía dificultades logísticas como inoperatividad de los equipos, lote de fármacos que se agotaban o que no existían en el petitorio.

Para ese momento, el mundo veía con expectativa el progreso de una enfermedad llamada COVID-19 y a causa de este virus, el 31 de diciembre del 2019 la OMS declaró haber recibido reporte de nuevos casos de una neumonía por SARS-COV-2 en la ciudad de Wuján, China; reportándose gran cantidad de enfermos y así se daba luces de una posible pandemia. Es así como este virus se fue expandiendo a otros continentes como Asia, Europa y finalmente a Latinoamérica. El primer reporte que se dio en el Perú fue el 6 de marzo del 2020 con un joven procedente de Europa, de 25 años que visitó los países de España, Francia y República Checa. Es entonces que la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), un 15 de marzo del mismo año, recomendó que todos los internos de Medicina a nivel nacional sean

retirados de sus centros donde realizaban prácticas preprofesionales con la finalidad de resguardar su salud. Esto sumado a que muchos internos de Medicina no contaban con un seguro de salud específico, ni tampoco una retribución económica, por tal condición, se encontraban expuestos sin ningún amparo ante el virus que se propagaba a gran velocidad en ese momento.

Es así como todos los practicantes de las carreras de salud cesaron su plan de estudios, hasta que se retomó nuevamente en el mes de octubre o noviembre en algunos casos. Esto generó un gran retraso en la culminación de la currícula estudiantil para ese año y se vio la forma inesperada de poder culminar este proceso en poco tiempo, siendo así que se dispuso que los internos de medicina prolonguen su internado hasta el mes de abril donde deberían de cumplir con las 4 rotaciones planteadas. Pese a esto, no pudo evitarse muchas complicaciones para la realización del internado como la falta de equipos de protección personal, retraso en los pagos, tutorías inadecuadas, entre otros.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico en el Perú es parte de la currícula de la profesión y es en esta etapa donde los alumnos de medicina adquieren un carácter y asumen una responsabilidad con pacientes que se les designa a su cargo, además de participar activamente en la rutina propia de un médico como son las visitas médicas, procedimientos médicos y demás temas administrativos que se le confieren a un galeno. (1)

Es de suma importancia entonces que los internos se capaciten a través de este programa, que servirá como preparación para lo que toque vivir el siguiente año que, en su mayoría, se encuentren participando del “Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud” (SERUMS), en donde por plan del Estado, todo profesional de salud tiene que trabajar por el lapso de un año en comunidades aisladas o lejanas, con menos desarrollo o capacitación logística, en establecimientos de salud de primer o segundo nivel.

Asimismo, en el transcurso en el que se suspendió el internado médico, la universidad trató de regularizar el plan estudiantil a través de clases y tareas por medio de su portal web, medida que fue muy controversial dentro del alumnado, por no ajustarse a las expectativas de los mismos y a deficiencias que la universidad no supo subsanar en su momento, debido a lo complicado del caso por el contexto de la pandemia.

Conforme lo estipulado, se detalla a continuación la experiencia que nos dejó este internado que, a pesar de las dificultades, se supo realizar el sobreesfuerzo de todos nosotros, para continuar con la culminación de

nuestra carrera. Por consiguiente, se presentará dos casos por rotación conforme las experiencias vividas dentro del internado en el contexto antes y después de la pandemia:

## **1.1. Medicina Interna**

### **1.1.1. Caso 1**

Fecha: 29 de enero del 2020, hora: 16:00

Anamnesis: Paciente mujer de 28 años acude a emergencia tras haber sufrido un desmayo hace 6 horas, además que desde hace una semana se siente cansada y con sueño incrementado que impide que realice sus actividades en el hogar y trabajo.

Agrega que sensación de cansancio se relaciona con sus menstruaciones de ciclo irregular de o cuando hace actividades exigentes.

Antecedente: anemia no tratada.

SV: PA: 100/60      FC:62      T°:36.5°C      FR: 23      SatO<sub>2</sub>: 97%

FUR: 24/01/20

Examen físico: AREG, MEN (IMC: 18), AREH.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, palidez +/-, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar  $\leq$  2 seg., biotipo leptosómico.

Tórax y pulmones: simétrico, buena amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se evidencian ruidos agregados a la auscultación.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad.

Abdominal: blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Mc Burney (-), Murphy (-)

Génito – urinario: sin alteraciones, no dolor ni ardor al orinar, PPL (-), PRU (-)

Ginecológico: Se evidencia sangrado. No flujo. No mal olor.



SNC: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Colaboradora. EG: 15/15. No signos meníngeos.

### **1.1.2. Caso 2**

Fecha: 17 de febrero del 2020.

Hora: 18:00

Paciente mujer de 50 años es traída por ambulancia tras haber sufrido pérdida del conocimiento en su domicilio, se encuentra desorientada. Familiar indica que es paciente diabética desde hace 20 años y vive sola. Hija agrega que pasaba por cuadro de depresión tras fallecimiento de esposo y no se estaba alimentando correctamente.

Familiar agrega que se le acabó fármaco compuesto de tratamiento y compró medicamentos genéricos por separado hace 5 días.

Antecedentes: Diabetes Mellitus tipo II desde hace 15 años, tratada con metformina 500mg cada 12 horas y glibenclamida 2.5mg cada 12 horas

SV: PA: 125/80    FC:72    T°:37.2°C    FR: 18    SatO<sub>2</sub>: 97%

Examen físico: MEN (IMC: 38), AREH.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar  $\leq$  2 seg.

Tórax y pulmones: simétrico, buena amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se evidencian ruidos agregados a la auscultación.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad.

Abdominal: blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Mc Burney (-), Murphy (-)

Génito – urinario: sin alteraciones, no dolor ni ardor al orinar.

SNC: tendencia al sueño, confusa, responde al llamado, localiza dolor. EG: 12/15. No signos meníngeos.

## 1.2. Pediatría

### 1.2.1. Caso 1

Fecha: 18 de diciembre del 2020. Hora: 10:00

Paciente escolar varón de 4 años llega emergencia en compañía de su padre quién refiere que hace un día presenta tos esporádica que disminuyó con medicamento “Broncophar”, además agrega vómito alimenticio hace 3 horas y dolor abdominal leve con agitación, respiración rápida (taquipnea), “se le hunde el pecho” motivo por el cual lo trae a emergencia.

Antecedentes: asma, sólo se trata cuando tiene crisis en el hospital. Última crisis hace 1 año (nebulizado).

RAM: niega

SV: PA: 115/70    FC:130    T°:37°C    FR: 52    SatO<sub>2</sub>: 93%  
W:11kg

Examen físico: AREG, ABEN, ABEH.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar ≤ 2 seg. Mucosas húmedas

Tórax y pulmones: simétrico. Murmullo vesicular pasa con dificultad. Se evidencian sibilantes en ambos campos pulmonares a predominio bibasal, que logran oírse también sin estetoscopio. Presencia tiraje subcostal e intercostal. Taquipnea.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad. Taquicardia.

Abdominal: blando, depresible, moviliza abdomen al respirar. Mc Burney (-), Murphy (-)

Génito – urinario: sin alteraciones.

SNC: despierto, alerta, obedece órdenes. No focalización.

### 1.2.2. Caso 2

Fecha: 18 de diciembre del 2020. Hora: 10:00

Paciente escolar mujer de 6 años acude en compañía de su madre quien refiere que hace una semana presenta lesiones papulares en pierna derecha de rápido crecimiento aproximadamente 1 cm por día asociado a escozor, y agrega herida en rodilla de la misma pierna dolorosa al tacto que le impide deambular con normalidad.

Antecedentes: no presenta

RAM: niega

Animales: madre cría animales de granja (pollo, conejo, cuy), dos perros, un gato.

SV: PA: 110/65    FC:98    T°:37°C FR: 23 SatO<sub>2</sub>: 98%  
W:20kg

Examen físico: AREG, ABEN, ABEH. No presenta buena higiene.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar  $\leq$  2 seg. Solución de continuidad en cara interna de pierna derecha forma ovalada aproximadamente 5 por 6 cm, contorno elevado, colecciones circundantes asociados a lesiones verrucosas en rodilla ipsilateral, además lesiones verrucosas en rostro, surcos nacarados interdigitales micro pápulas periumbilicales.

Tórax y pulmones: simétrico, buena amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad.

Abdominal: blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Mc Burney (-), Murphy (-)

Génito – urinario: niega alteraciones.

SNC: lúcido, orientado, responde a preguntas, irritado que calma al consuelo materno. No focalización. EG: 15/15.

### 1.3. Cirugía

#### 1.3.1. Caso 1

Fecha: 09 de diciembre del 2020.

Hora: 15:00

Paciente varón de 54 años acude a emergencia tras haberle caído una calamina en la cabeza mientras trabajaba en una construcción, ello ocasionó pérdida profusa de sangre. Es traído por ambulancia, paramédico indica herida a colgajo de cuero cabelludo. Paciente no presenta pérdida de conciencia se encuentra orientado y colaborador, presenta herida en frente de 20 cm aproximadamente.

Antecedente: sin importancia.

SV: PA: 125/80 FC: 85 T°:37.3°C FR: 25 SatO<sub>2</sub>: 98%

Examen físico: AREG, ABEN, ABEH.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar  $\leq 2$  seg. Herida de continuidad de 20 cm aproximadamente de tipo colgajo en cuero cabelludo, presenta sangrado activo.

Tórax y pulmones: simétrico, buena amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se evidencian ruidos agregados a la auscultación.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad.

Abdominal: blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Mc Burney (-), Murphy (-)

Génito – urinario: sin alteraciones, no dolor ni ardor al orinar.

SNC: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Colaborador. EG: 15/15. No signos meníngeos.

### 1.3.2. Caso 2

Fecha: 15 de diciembre del 2020.

Hora: 09:00

Paciente varón de 18 años acude emergencia por presentar dolor intenso abdominal que incrementa desde hace 3 horas y no calma con medicación. Tiempo de enfermedad de hace un día, indica inicio del dolor en epigastrio que migró a fosa iliaca derecha. Por la mañana presentó un vómito alimenticio y disminución del apetito.

Agrega que molestias digestivas e inicio del dolor abdominal fue después de ingesta de chocolate caliente y panetón por la noche y en almuerzo chicharrón. Sensación de alza térmica hoy por la mañana por lo que acude a emergencia.

Antecedente: sin importancia.

SV: PA: 120/75 FC: 90 T°:37.9°C FR: 23 SatO<sub>2</sub>: 98%

Examen físico: AREG, ABEN, ABEH.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar ≤ 2 seg. Mucosas hidratadas.

Tórax y pulmones: simétrico, buena amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se evidencian ruidos agregados a la auscultación.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad.

Abdominal: blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda, sensibilidad al tacto. Mc Burney (+), Murphy (-), Blumberg (+).

Génito – urinario: sin alteraciones, no dolor ni ardor al orinar. PRU (-), PPL (-)

SNC: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. EG: 15/15. No signos meníngeos.

## 1.4. Gineco – Obstetricia

### 1.4.1. Caso 1

Fecha: 02 de febrero del 2021.

Hora: 10:00

Paciente mujer de 23 años que acude a emergencia por dolor pélvico intenso 8/10 que la incapacita para realizar labores diarias desde hace 2 días de forma progresiva, indica que presenta flujo blanquecino de aspecto grumoso, sensación de picazón por el día, ardor al orinar y sensibilidad al roce. No presenta mal olor.

Antecedente: niega

SV: PA: 120/70    FC:75    T°:37.2°C    FR: 20    SatO<sub>2</sub>: 98%

FUR: 26/01/21

Examen físico: AREG, ABEN, ABEH.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar  $\leq$  2 seg.

Tórax y pulmones: simétrico, buena amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se evidencian ruidos agregados a la auscultación.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad.

Abdominal: blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Mc Burney (-), Murphy (-)

Génito – urinario: ardo al orinar. PPL (-), PRU (-).

Ginecológico: a la inspección no se evidencia masas, leve inflamación en labios mayores. Al TV, vagina sin alteraciones, se evidencia secreción blanquecina grumosa en dedo de guante, no mal olor. Cuello móvil, no doloroso.

SNC: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Colaboradora. EG: 15/15. No signos meníngeos.

## 1.4.2. Caso 2

Fecha: 11 de abril del 2021.

Hora: 12:00

Paciente mujer de 22 años nulípara acude a cita por planificación familiar. Indica que tiene una pareja estable, es la primera vez que usa método anticonceptivo y desea un método eficaz para no gestar.

Antecedente: no refiere

SV: PA: 125/85      FC:75      T°:37°C FR: 18 SatO<sub>2</sub>: 99%

FUR: 28/03/21

URS: 04/04/21

menarca: 12 años

Nro. de parejas: 2

Examen físico: AREG, ABEN, ABEH.

Piel y faneras: Piel tibia, hidratada y elástica, no se observa cianosis ni edemas. Llenado capilar  $\leq$  2 seg.

Tórax y pulmones: simétrico, buena amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se evidencian ruidos agregados a la auscultación.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, pulsos de buena intensidad.

Abdominal: blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda. Mc Burney (-), Murphy (-)

Génito – urinario: sin alteraciones. PPL (-), PRU (-).

Ginecológico: a la inspección no se evidencia alteraciones o lesiones por ITS.

SNC: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. EG: 15/15. No signos meníngeos.

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

Una vez que se permitió el regreso de los internos de medicina a los centros de salud, el primero de noviembre del 2020, se me asignó en el centro de salud de Pachacamac, el cual pertenece a la DIRIS Lima sur, de categoría I-3 y perteneciente al primer nivel de atención. Brinda servicio las 24 horas, todos los días y se encuentra ubicado en la avenida colonial S/N esquina con avenida Castilla dirigido por el doctor Iván Ángeles Reque.

La población de Pachacamac tiene un total de 110 071 pobladores según censo del INEI el 22 de octubre del año 2017 cuya mayoría son adolescentes y niños, siendo un 98.9% moradores en las zonas urbanas, su población estimada de pacientes es de 137 726, su población femenina es de 13 802 de las cuales se espera 652 pacientes gestantes.

El distrito de Pachacamac está ubicado a 25 km cuadrados al sur de Lima, limita por el norte con el distrito de Cieneguilla, por el sur con el distrito de Lurín y el océano Pacífico, por el este con Punta Hermosa y Santo Domingo de los Olleros (provincia de Huarochirí), por el oeste con Villa El Salvador, Villa María del Triunfo y la Molina. Tiene una superficie territorial de 267,87 km cuadrados. (2)

El centro de salud de Pachacamac tiene una dimensión de 1009 m<sup>2</sup> y funciona como cabecera de otros establecimientos de menor nivel de complejidad, como son:

- PS Villa libertad



- PS Pampa Grande
- PS Quebrada Verde
- PS Guayabo
- PS Picapiedra
- PS Cardal
- CS Manchay alto
- PS Tambo Inga

La cartera de servicios del centro de salud de Pachacamac incluye: Tópico, Servicio Social, Oficina SIS, consulta externa de medicina general, ginecología y obstetricia, enfermería, nutrición, psicología, urgencias, emergencias y partos, servicios de apoyo como: farmacia, laboratorio, radiografías, ecografías entre otros. Toda atención que requiera mayor capacidad resolutiva se deriva al hospital de Villa El Salvador o al hospital María Auxiliadora.

En este caso por ser un centro de salud nivel I-3, no recibía la designación de internos de medicina, sino que a raíz de la pandemia por COVID-19 es que por acuerdo con la ASPEFAM se recomendó que los internos continuaran con sus prácticas en centros de primer nivel de atención y a pacientes “NO COVID”. Estas medidas se dieron con la intención de salvaguardar la salud de los internos, pero muchas veces estos se vieron afectados por este proceso administrativo que no fue del todo adecuado debido a la poca cantidad de vacantes y a la distancia que se supone tenía que acortarse a su domicilio por medidas de salud.

### **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

Para ejercer una correcta atención de la salud al usuario, es necesario seguir las normas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud esencialmente, que nos dará seguridad y base legal para cualquier acontecimiento que pueda perjudicar la salud de los pacientes. Así mismo no sólo basta con estas normas, que no son de carácter obligatorio, sino más bien como una referencia y base para el galeno que acude a su consulta, sino también los estudios con base científica que se desarrollan en el país y a nivel mundial, sumado a esto, la praxis que pueda tener el médico en su trayecto como un profesional de salud que ejerce la medicina basada en evidencias. Así mismo se pasa a relatar las metodologías de investigación por cada caso clínico presentado, conforme la realidad que acontece:

**3.1. Medicina Interna caso 1:** en este caso observamos que es una paciente joven con un ciclo menstrual irregular de una duración de 7 días, indica además que gran cantidad, por lo que bien pudiera ser una hipermenorrea ( $\geq 80\text{ml}$ ) o una menorragia (menstruación  $>7$  días), por lo que tendríamos que pensar que la paciente puede estar cursando una anemia que pueda causar síncope, que sería de moderada a severa.

Entonces como diagnósticos presuntivos podríamos estar frente a:

- Anemia moderada o severa
- Hipermenorrea y/o menorragia de etiología a determinar

- Coagulopatía
- Desnutrición
- Psicopático

Entonces nuestra primera causa a descartar sería anemia, ya que si la paciente presentara este tipo de patología podría poner en peligro su vida dado que podemos estar frente a una anemia de moderada a severa y esto a causar los síntomas que indica, por lo que debemos descartar en primera instancia este diagnóstico presuntivo. Lo siguiente que debemos pedir a esta paciente es el nivel de hemoglobina y hematocrito (hemograma completo de preferencia a descartar alteraciones en serie blanca de ser el caso), perfil de coagulación ferritina, índice de saturación de transferrina y sideremia. La prueba más confiable sería el aspirado de médula ósea (gold standard), pero se reserva su uso por ser una técnica invasiva y presentar mayores complicaciones si no se realiza por un especialista. (3)

Con estos exámenes podremos saber el tipo de anemia que pueda presentar la paciente y tratarla específicamente con el diagnóstico respectivo. Si es de etiología ginecológica deberemos encontrar la causa.

De ser la causa de anemia una patología ginecológica esta puede ser teniendo en cuenta el problema de hipermenorrea, el uso de anticonceptivo de T de cobre, ingesta de pastillas anticoagulantes o tal vez un problema intramural y si la causa es una menorragia tendríamos que descartar una falla orgánica o una alteración de la coagulación, además de descartar una hiperplasia endometrial de etiología a determinar.

Para saber si existen alteraciones uterinas deberemos pedir un examen de imagen como es la ecografía transvaginal la misma que es específica para dilucidar si existen problemas orgánicos en la matriz.

De no existir una causa orgánica del sangrado debemos pensar que exista una alteración en la coagulación esto mediante el interrogatorio a la paciente si toma determinados tipos de fármacos anticoagulantes o mediante estudios de laboratorio que acrediten problemas en la coagulación.

Así mismo de descartar todo lo anterior debemos pensar si la paciente se encuentra bien alimentada sí y que no presente alguna alteración psicológica como ansiedad o depresión que generalmente se relacionan a desórdenes alimenticios en adolescentes y jóvenes. Si sospechamos de esta etiología deberemos pedir interconsulta al servicio de psicología o psiquiatría de ser el caso.

Cabe señalar que es importante indagar en adolescentes y jóvenes la fecha de la última relación sexual (sexualmente activas) para descartar embarazo que puede relacionarse con síncope, dolor de cabeza, malestar general, vómitos entre otros; en este caso, de igual manera, se debe sospechar a pesar de tener un FUR cercano a la fecha de atención ya que si existe la posibilidad debemos descartar con un examen serológico de  $\beta$ -HCG.

**3.2. Medicina interna caso 2:** en este caso es una paciente mujer de 50 años que acude a emergencia traída por una ambulancia tras haber sufrido un síncope y no haber sido asistida por otra por un familiar dado que vive sola, familiar indica ser diabética desde hace 15 años y que pasaba por un cuadro de depresión por fallecimiento de familiar. A la evaluación se encuentra desorientada con un Glasgow 12 de 15.

Diagnósticos presuntivos:

- Coma hiperosmolar (EHH)
- Hipoglicemia
- Síndrome conversivo
- Depresión

Al ser este caso un paciente diabético lo primero que tenemos que preguntarnos es si su glucosa se encuentra en valores normales y teniendo en cuenta que la paciente presentaba un problema psicológico o emotivo tenemos que descartar la ingesta de fármacos que puedan inducir una pérdida de conocimiento (sobredosis o envenenamiento).

Entonces lo primero que pedimos en esta paciente es un hemo-glucotest (HGT), para darnos ideas de los dos primeros diagnósticos presuntivos como

es el coma hiperosmolar si la glucosa se encuentra elevada o una hipoglicemia si se encuentra disminuida dependiendo de ello se realizará el tratamiento respectivo.

Cabe mencionar que, si la glucosa se encuentra elevada hasta niveles de 600 miligramos por decilitro, debemos solicitar un análisis de gases arteriales para descartar una cetoacidosis diabética, si los niveles son superiores, pensaremos en un estado hiperosmolar. (Véase Anexo 1) (4)

En este caso específico una vez que se entrevistan con la paciente esta se encontraba desorientada, lo que presumiblemente también pudiera ser un estado de hipoglucemia (<70 mg/dl), teniendo el antecedente de haber vivido sola y no llevar un control de su tratamiento por un tercero sobre todo con la toma de sulfonilureas, esto agregado que debido al cuadro de depresión que pasaba la paciente posiblemente haya conllevado a una mala alimentación o una mala medicación que hubiera podido bajar los niveles de glucosa ocasionando la alteración del sensorio.(5)

De haber descartado todo lo anterior podríamos pensar en un síndrome conversivo dado el fuerte estrés que debe estar pasando en la paciente a causa de la muerte de un familiar querido o también presentar un cuadro depresivo que tendríamos que derivar al especialista.

**3.3. Pediatría caso 1:** se menciona un paciente en edad escolar que presenta tos esporádica que calma con medicación, además el padre agrega que presentó un vómito alimenticio hace 3 horas y dolor abdominal leve, seguido de aceleración respiratoria. Al examen físico se le encuentra sibilantes en ambos campos pulmonares que son perceptibles sin estetoscopio, además de presencia de tiraje subcostal e intercostal. El padre indica que hace un año fue tratado en un hospital por un cuadro parecido con diagnóstico de asma.

En este caso con múltiples síntomas, tenemos que enfocarnos en los que puedan comprometer la vida del paciente, especialmente si es un paciente pediátrico. Podemos notar que el paciente está con una saturación de oxígeno de 93%, la frecuencia respiratoria de 52 y una frecuencia cardíaca de 130

afebril. Sobre los otros síntomas, que pueden ser secundarios o a consecuencia al diagnóstico presuntivo principal, llama la atención la presencia de sibilantes sin ayuda del estetoscopio, contando con el antecedente de que el padre indica que el año pasado presentó una crisis asmática.

Por tanto, los diagnósticos presuntivos serían los siguientes:

- Crisis asmática moderada o severa
- Síndrome doloroso abdominal
- neumonía

Por el relato que cuenta el padre, de haberse presentado un cuadro parecido el año pasado en condiciones similares estacionarias, al parecer sería un asma por hipersensibilidad tipo 1 de etiología a determinar y al mantener una frecuencia respiratoria mayor de 30 y una frecuencia cardíaca mayor de 120 estaríamos hablando de una de una crisis asmática severa que se considera una emergencia y tiene que ser controlada de inmediato para evitar el broncoespasmo.(6)

Asimismo, la disnea que presenta el paciente, relacionada a tos persistente, que finalmente fue disminuido con un fármaco, pudo conllevar a náuseas y vómitos, que fue lo que presentó el paciente, y con esto la utilización de músculos abdominales, generados por las arcadas, conllevando a un dolor abdominal leve como es que presenta el paciente.

De no resolver el cuadro de forma reversible, como es en el asma, nos alejaríamos del diagnóstico y pensaríamos en una neumonía, dada la edad del paciente, y para apoyar nuestra sospecha nos apoyamos de exámenes de imagen, como una radiografía de tórax donde podremos observar un patrón consolidado y/o broncograma aéreo.

**3.4. Pediatría caso 2:** en este caso es una niña de 6 años que presenta lesiones papilares en pierna derecha de crecimiento rápido aproximadamente 1 cm diario, seguido de una lesión de continuidad en rodilla ipsilateral. Es

notoria la apariencia descuidada de la menor por parte de la madre tomando esto como un factor de riesgo para infecciones a nivel dérmico.

La infección se encuentra lesiones papilares en pierna derecha de rápido crecimiento, al parecer de causa fúngica por el tipo de lesión verrucoso elevado, acompañado de la pérdida de continuidad en rodilla derecha, al parecer debida a una celulitis. Hay que señalar que no es la única lesión en esta zona dado que presenta otras lesiones conforme lo señala el examen físico de la historia clínica en rostro y zona interdigital.

Por consiguiente, los diagnósticos presuntivos serían los siguientes:

- Celulitis de rodilla derecha
- tiña corporis
- escabiosis
- Dermatitis atópica

Como siempre en atención por emergencia debemos de enfocarnos en la lesión o enfermedad que pueda conllevar riesgo la vida o futuras complicaciones a corto plazo; en este caso debemos de dar solución en primera instancia a la celulitis que puede ocasionar una infección sistémica. Asimismo, es importante distinguir una celulitis de una erisipela por el tipo de lesión que esta última caracteriza, que tiene bordes limitados y bien definidos.

Un dato importante de la historia clínica es que la menor no presentaba buena higiene a simple vista además del hecho de que se menciona la crianza de animales de granja en casa, siendo esto un foco importante de contaminación a nivel dérmico y digestivo, dado que desconocemos el cuidado y la limpieza de estos animales, y sobre todo en una población pediátrica cuando no existe un control estricto por los padres.

La atención por el caso de celulitis se llevará a cabo dependiendo la magnitud y profundidad de la lesión, manteniendo una buena limpieza diaria de la herida y con la posibilidad de prescribir antibióticos.

Una vez dada solución el foco que puede conllevar a riesgos sistémicos, nos enfocamos a otras menores como en el caso a una posible infección micótica que debe ser debidamente diagnosticado siguiendo la experiencia del galeno

o con la ayuda de métodos diagnóstico como un raspado de la lesión para conocer y el germen a contraatacar y solicitando la interconsulta o derivación de ser el caso, al servicio de dermatología pediátrica.

**3.5. Cirugía caso 1:** el siguiente caso es un varón de 54 años quien sufrió un accidente al transitar por la calle cuando le cayó una calamina en la cabeza ocasionándole una herida de 20 cm aproximadamente y un sangrado profuso. no presentó pérdida de la conciencia.

Los diagnósticos son los siguientes:

- Herida en cuero cabelludo y cara.
- Traumatismo encéfalo craneano
- Shock hipovolémico

Al ser este caso un traumatismo por un material punzo-cortante en la cabeza, debemos descartar cualquier indicio de una lesión cerebral interna, apoyándonos por los signos y síntomas que presenta el paciente. en este caso, se encuentra lúcido y orientado, esto no descarta que pudiera presentar una lesión cerebral, dado que una hemorragia intraparenquimal puede manifestarse al transcurrir del tiempo. Si esto se llega a sospechar y existiera pérdida de conciencia, disminución de la fuerza o parestesias, se recomendaría un examen de imagen cómo es una tomografía axial computarizada de cabeza.

Al no presentar signos que acrediten o nos hagan sospechar de una lesión cerebral, lo ideal es descartar, por el tipo de lesión en este caso, un compromiso óseo, mediante una radiografía de cráneo y columna cervical, que nos pueda dar más información acerca de lesiones que no son visibles a simple vista.

Una vez descartado esto y controlada la hemorragia, sin otras lesiones secundarias a causa del traumatismo, se procede, de ser posible, a afrontar la herida en cuero cabelludo y dejar al paciente en observación por el lapso de una hora en el servicio de emergencia.



Es importante en estos casos apoyarnos con un hemograma que nos indique el nivel de hemoglobina y el tipo de sangre que presenta el paciente, a fin de prevenir un choque hipovolémico.

**3.6. Cirugía caso 2:** el siguiente caso nos habla de un paciente varón de 18 años que acude a emergencia por un dolor abdominal intenso con un día de tiempo de enfermedad y 3 horas de dolor intenso. Presentó migración del dolor, vómito alimenticio e hiporexia. Agrega sensación de alza térmica por lo que acude a emergencia.

Al examen físico presenta un abdomen doloroso agudo, con un signo de Mc. Burney y Blumberg positivo, además de que, a la palpación, el abdomen se encuentra sensible a nivel superficial y profundo orientando el diagnóstico a una irritación peritoneal.

En este caso tendremos que evaluar si es un abdomen quirúrgico, mediante la escala de Alvarado, siendo que si es mayor de 7 se recomienda una resolución quirúrgica o si es menor un tratamiento médico con resolución quirúrgica programada.(7)

De presentar un abdomen quirúrgico el paciente debe ser referido al servicio de cirugía para su atención inmediata o ser hospitalizado en caso contrario para resolver el proceso inflamatorio local que pudiera existir, debiendo pedir interconsulta al servicio de cirugía para la programación quirúrgica de este paciente.

**3.7. Ginecología caso 1:** nos ha hablado de una paciente femenina de 23 años que acude a emergencia por dolor intenso 8 de 10 Así mismo presenta descenso color blanquecino de características grumosa sin mal olor y que le genera picazón.

Al examen ginecológico se evidencia inflamación de los labios mayores y secreción blanquecina de aspecto grumoso sin mal olor, cérvix móvil y no doloroso.

Los diagnósticos presuntivos son los siguientes:

- Candidiasis vaginal
- Vaginosis bacteriana
- Infección del tracto urinario

En este caso se tienen todas las características clásicas de una infección por cándida, se recomienda el tratamiento específico con clotrimazol 500 miligramos en monodosis, pudiendo variar tratamiento si existe recurrencia como antecedente. Si existe una duda clínica, se recomienda cultivo con hidróxido de potasio para observar la presencia de pseudo hifas.

Como segundo diagnóstico tenemos la posibilidad de una inflamación vaginal de causa bacteriana por un desbalance de la flora normal, situación que puede generar incomodidad en la paciente, pero que, debido a las características de secreción que presenta la paciente nos podemos alejar un poco de este diagnóstico o pensar en la posibilidad de tener una coinfección. Así mismo el descarte es mediante la prueba de hidróxido de potasio que incrementará el olor de la muestra (test de aminas).

Asimismo, debemos descartar, si existiera, síntomas urinarios como ardor o dolor al orinar, una infección del tracto urinario mediante un examen de orina, donde se debe descartar la presencia de leucocitos, gérmenes, cetonas, hematíes, entre otros, toda vez que la muestra de orina idealmente es estéril.

**3.8. Ginecología caso 2:** paciente mujer de 22 años que acude al servicio de planificación familiar debido a que desea un método anticonceptivo ideal. indica que tiene una pareja estable y que es la primera vez que usará un método anticonceptivo. Así mismo no refiere enfermedades de transmisión sexual.

Al examen físico no se evidencian alteraciones o lesiones de etiología infecciosa venérea. Indica haber presentado dos parejas sexuales a la fecha.

En este caso dependiendo la edad de la paciente se recomienda un método hormonal combinado por vía oral ya que demuestra mejor eficacia

anticonceptiva al tener una acción de anovulación central y espesamiento del moco cervical.

Asimismo, es importante indagar sobre si la paciente registra vacunación por VPH, si no lo tuviera examinar los beneficios de recibir la vacuna, con la paciente, dada la alta incidencia de esta infección en esa población etaria.

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

Al iniciar el internado médico mi primera experiencia fue en el Hospital de Ventanilla, con la rotación de medicina interna. Es el servicio con más demanda del hospital por parte del total de pacientes y su servicio se divide en: emergencia, hospitalización y consulta externa, la mayoría de las oportunidades las camas siempre están llenas y en lo que respecta a emergencia siempre hay pacientes por atender, teniendo además el personal que se encuentra en emergencia, la responsabilidad de velar por el cuidado de los pacientes que se encuentran en observación. El interno de esta rotación requiere gran capacidad y rapidez para facilitar la atención y el trámite administrativo de los pacientes para que todo esté resuelto antes del mediodía. Es además uno de los servicios con más interconsultas por las demás especialidades en este hospital. Cabe mencionar que los internos de medicina aportan un gran apoyo a los médicos encargados dado que la demanda y el trabajo administrativo impiden una adecuada y rápida atención de los pacientes.

Al terminar la pandemia y autorizarnos el retorno al internado médico se me asignó el centro de salud de Pachacamac, en este lugar el manejo es totalmente diferente al de un hospital, sobre todo por la capacidad resolutive del mismo, se manejan casos no complicados, urgencias y emergencias; la mayoría de ellas son derivadas a hospitales de mayor complejidad. El retorno del internado con una pandemia a cuestas requirió de un gran cambio en el manejo administrativo de los internos dado que era necesario brindarles un

equipo adecuado de bioseguridad, un seguro y una retribución económica, necesidades que fueron dadas a través de una ley por el Gobierno.

La atención de los pacientes cambió notoriamente dado que en un inicio de pandemia se vivía el miedo y el desconocimiento por la infección del virus, esto modificaba la conducta y el procedimiento del acto médico. Ya no se podía acercarse de la manera acostumbrada para realizar el examen físico del paciente a voluntad, tenía que cumplir los requisitos normados por el MINSA para que pase a una evaluación, en un área estrictamente "NO COVID" y aquellos pacientes que no cumplían o que presentaban síntomas respiratorios cualquiera sea, eran atendidos por fuera del centro médico para evitar la contaminación de instalaciones que no estaban acondicionadas para la atención de este tipo de pacientes. Personalmente a inicios de pandemia pude notar el temor de algunos médicos por revisar físicamente a su paciente y se limitaban a dar diagnósticos en base a síntomas y exámenes de laboratorio o de imágenes, esto fue asimilado con el tiempo por los galenos y poco a poco a medida que el personal se contagiaba o vacunaba volvían a lo que siempre fue la revisión física completa de los pacientes.

Así mismo en el centro médico no se cuenta con rotaciones por especialidad, dado que los internos están designados únicamente a apoyar en el área de tópicos de emergencia y no de otros servicios porque la atención de estas especialidades estaba llevándose a cabo por medio de la telemedicina con los médicos especialistas atendiendo desde casa, pero la universidad dio algunas vacantes para poder realizar un externado a hospitales como el de ATE Vitarte y el hospital Sergio Bernales para los servicios de cirugía, pediatría y ginecología; estas rotaciones eran a voluntad del interno.

## **CONCLUSIONES**

El internado médico es una de las etapas más importantes del estudiante de medicina, dado que es aquí donde desarrollará y capacitará en la atención de los pacientes, siendo ellos en muchas ocasiones, responsables de que se siga un tratamiento o velar por su estabilidad dentro del centro.

Es la única parte donde entrará en contacto real con pacientes y tendrá la responsabilidad de dar opinión sobre la atención y tratamiento que les corresponde, aportando ideas y apoyando en el proceso de atención, tomando conocimiento de todos los procesos administrativos y logísticos que son necesarios, fuera de la atención médica. Esto es importante conocer, dado que la realidad de los pacientes no siempre es la misma y está en manos del interno y del médico a cargo, muchas veces ayudar al paciente.

Por tanto, es necesario que se brinden las garantías por parte del Estado, para que el interno de medicina y de todas las carreras de salud, cuenten con los medios necesarios para que puedan ejercer libremente sus prácticas y consoliden adecuadamente su formación profesional, más aún por el contexto de pandemia en el que vivimos.

## **RECOMENDACIONES**

Es ya conocido la falta de inversión en el sistema de salud estatal, esta falta de preocupación propinó que los hospitales colapsen en esta pandemia y que el total de profesionales de la salud no se dieran abasto para la atención de los pacientes.

Esto conlleva a que, si no se toman medidas importantes, para evitar que el sistema de salud colapse, no podrá manejar entonces cambios administrativos para velar por un buen cambio en el plan de internado médico anual, dado que no sólo es por carencias que pudieran necesitar los internos, sino por una inadecuada administración del sistema de salud y falta de interés necesario por parte del Estado.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *Anales de la Facultad de Medicina*. enero de 2016;77(1):31-8.
2. ASIS\_DISTRITO PACHACAMAC 2019.pdf [Internet]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD\\_MINSA/DOCUMENTOS\\_ASIS/ASIS\\_DISTRITO%20PACHACAMAC%202019.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis-lima-2019/CD_MINSA/DOCUMENTOS_ASIS/ASIS_DISTRITO%20PACHACAMAC%202019.pdf)
3. Means RT. Abordaje diagnóstico de la anemia en adultos. [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-anemia-in-adults?search=anemia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-anemia-in-adults?search=anemia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
4. Hirsch IB. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis. [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=estado%20hyperosmolar&source=search\\_result&selectedTitle=1~131&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=estado%20hyperosmolar&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1)
5. Cryer D. Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus. [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/hypoglycemia-in-adults-with-diabetes-mellitus?search=hypoglycemia&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/hypoglycemia-in-adults-with-diabetes-mellitus?search=hypoglycemia&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3)
6. Scarfone RJ. Acute asthma exacerbations in children younger than 12 years: Emergency department management. [Internet]. UpToDate. 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-asthma-exacerbations-in->



children-younger-than-12-years-emergency-department-management?search=asthma%20crisis&source=search\_result&selectedTitle=3~150&usage\_type=default&display\_rank=3

7. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation. [Internet]. UpToDate. 2019. Disponible en:  
[https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=escala%20alvarado&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=escala%20alvarado&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

## **ANEXOS**

## ANEXO N°1

### Características de laboratorio típicas de DKA y HHS \*

	CAD			HHS
	Templado	Moderar	Grave	
Glucosa plasmática (mg / dL)	> 250	> 250	> 250	> 600
Glucosa plasmática (mmol / L)	> 13,9	> 13,9	> 13,9	> 33,3
PH arterial	7,25 a 7,30	7,00 a 7,24	<7,00	> 7,30
Bicarbonato sérico (mEq / L)	15 a 18	10 hasta <15	<10	> 18
Cetonas en orina ¶	Positivo	Positivo	Positivo	Pequeña
Cetonas séricas: reacción al nitroprusiato	Positivo	Positivo	Positivo	≤ Pequeño
Cetonas séricas: ensayo enzimático de beta hidroxibutirato (rango normal <0,6 mmol / L) Δ	3 a 4 mmol / L	4 a 8 mmol / L	> 8 mmol / L	<0,6 mmol / L
Osmolalidad sérica efectiva (mOsm / kg) ◇	Variable	Variable	Variable	> 320
Brecha aniónica §	> 10	> 12	> 12	Variable
Alteración de la sensoria u obnubilación mental	Alerta	Alerta / somnoliento	Estupor / coma	Estupor / coma

CAD: cetoacidosis diabética; HHS: estado hiperglucémico hiperosmolar.

\* Puede haber una superposición de diagnóstico considerable entre la CAD y el HHS.

¶ Método de reacción de nitroprusiato.

Δ Muchos ensayos para beta hidroxibutirato solo pueden informar valores marcadamente elevados como > 6,0 mmol / L.

◇ Cálculo:  $2 [\text{Na medido (mEq / L)}] + \text{glucosa (mg / dL)} / 18$ .

§ Cálculo:  $(\text{Na}^+) - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$  (mEq / L).

Copyright © 2006 Asociación Americana de Diabetes. Tomado de Diabetes Care Vol 29, Edición 12, 2006. Información actualizada de Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN. Crisis hiperglucémicas en pacientes adultos con diabetes. Diabetes Care 2009; 32: 1335. Reproducido con permiso de la Asociación Estadounidense de Diabetes.