



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DE PRACTICA PREPROFESIONAL DE INTERNOS DE MEDICINA
EN CONTEXTO DE PANDEMIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRION DURANTE EL PERIODO 2020-2021

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

PRESENTADA POR
CLAUDIA EDELMIRA VALIENTE VASQUEZ
MIGUEL ANGEL VILLENA CARRILLO

ASESOR

DR. GUIJA POMA EMILIO TEODORO

LIMA , PERÚ
2021



**Reconocimiento - Sin obra derivada
CC BY-ND**

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE PRACTICA PREPROFESIONAL DE
INTERNOS DE MEDICINA EN CONTEXTO DE PANDEMIA EN EL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DURANTE
EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE MÈDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
CLAUDIA EDELMIRA VALIENTE VASQUEZ
MIGUEL ANGEL VILLENA CARRILLO**

**ASESOR
DR. GUIJA POMA EMILIO TEODORO**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. José Villarreal Palomino

Miembro: Dr. Manuel Neyra Sotelo

Miembro: M.E. Alberto Cárdenas Venturo

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, porque gracias a su esfuerzo y apoyo incondicional durante todo nuestro proceso formativo logramos culminar con éxito los 7 años de formación profesional.

A nuestros hermanos por ser el apoyo emocional, sostén, por sus consejos y palabras de aliento para seguir luchando por nuestros sueños.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a la Universidad San Martín de Porres.

Institución que nos brindó la oportunidad de la culminación de nuestros estudios profesionales para nuestra formación como médicos,

Al Dr. Frank Lizarazo Caparó

Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres.

Por su apoyo en la facilitación de las edificaciones y recursos tecnológicos para la adquisición de información y nuevos conocimientos que contribuyeron para la formación como profesionales.

A nuestra familia, gracias al apoyo brindado durante todos los años de estudio.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	II
Dedicatoria	III
Agradecimientos	IV
Resumen	VII
Abstract	VIII
INTRODUCCION	IX
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en cirugía general	4
1.2 Rotación en gineco-obstetricia	13
1.3 Rotación en pediatría	20
1.4 Rotación en medicina interna	27
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	36
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	40
3.1 Rotación en cirugía general	40
3.2 Rotación en gineco-obstetricia	44
3.3 Rotación en pediatría	49
3.4 Rotación en medicina interna	56

CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	63
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
FUENTES DE INFORMACION	72
ANEXOS	78
1. Algoritmo para diagnóstico de colecistitis aguda	79
2. Enfoque para el manejo con fluidoterapia en adultos con hipovolemia	80
3. Definición de trastornos hipertensivos en el embarazo	81
4. Flujograma de Hipertensión inducida en la gestación	82
5. Algoritmo de hemorragia digestiva alta no variceal	83

RESUMEN

Este trabajo fue realizado para dar a conocer sobre las experiencias obtenidas durante el internado medico pudiendo hacer una breve comparación entre el inicio del internado en un contexto hospitalario normal con uno realizado durante un contexto de pandemia con las limitaciones propias de dicha situación.

Para esto se realizó una breve explicación sobre las actividades realizadas en un periodo pre- pandemia y los objetivos logrados en el ámbito practico-teórico, una vez puesto en contexto se explica cómo es que la pandemia repercutió no solo en el hospital, generando cambios en el volumen de los pacientes, las limitaciones en la atención y las patologías por las cuales acuden a la institución, sino también en el aprendizaje de los internos de medicina.

Para lo cual se hace una breve presentación de casos clínicos observados en el hospital durante la práctica clínica, descripción y fundamentación del manejo que se realizó basado en el razonamiento clínico, así como una comparación con literatura actualizada.

De esta manera finalmente expresar las limitaciones y dificultades durante el contexto de pandemia, su influencia en el internado y las soluciones que se realizaron para cumplir con los objetivos de esta etapa pre-profesional.

ABSTRACT

This work was carried out to publicize the experiences obtained during the medical internship, being able to make a brief comparison between the beginning of the internship in a normal hospital context with one carried out during a pandemic context with the limitations of that situation.

For this, a brief explanation was made about the activities carried out in a pre-pandemic period and the objectives achieved in the practical-theoretical field, once put into context it is explained how the pandemic had an impact not only on the hospital, generating changes in the volume of patients, the limitations in care and the pathologies for which they come to the institution, but also in the learning of medicine interns.

For which a brief presentation of clinical cases observed in the hospital during clinical practice is made, description and justification of the management that was carried out based on clinical reasoning, as well as a comparison with updated literature.

In this way, finally, express the limitations and difficulties during the pandemic context, their influence in the internship and the solutions that were carried out to meet the objectives of this pre-professional stage

INTRODUCCION

El presente trabajo se realizó con el objetivo de informar las experiencias obtenidas en el internado medico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en un contexto de pandemia.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es una institución de Salud que pertenece a la región y provincia del callao y es un hospital con la capacidad en resolución de problemas de alta complejidad, con lo cual lo hace un hospital de referencia, debido a que brinda atención especializada.

El internado medico es el periodo remunerado en el que inician las practicas pre-profesionales en la carrera de medicina en las cuales el estudiante consolida e integra los conocimientos obtenidos los años anteriores desde un punto de vista práctico en un contexto de la realidad en un Hospital. Además de adquirir competencias a nivel social y poner en práctica las habilidades de relaciones interpersonales, así mejorar las características importantes para una correcta relación médico paciente, como lo es la empatía.

Durante este periodo la realidad de las condiciones a la que los internos de medicina se encuentran expuestos no son las mejores.

Esto es debido al riesgo de contacto con sustancias contaminantes biológicas y accidentes en el ambiente laboral, además del riesgo de agresiones por parte de los pacientes y familiares.

Actualmente debido al contexto de pandemia se añade otro riesgo de exposición para el estudiante de medicina. Esta situación no solo hizo evidente las deficiencias que presenta el área de la salud debido a la deficiencia de recursos, sino que añadió otra dificultad más.

Existen decretos supremos sobre las practicas pre-profesionales en el ámbito de salud, el Decreto Supremo N° 020-2002-EF en el cual se establece la remuneración de 400 soles mensuales además de las gratificaciones en navidad y fiestas patrias, pero el contraste con lo que se ve reflejado en la realidad es que no todos los internos de medicina son remunerados, además que esta compensación económica por el trabajo realizado es muy poco para la jornada laboral que realizan.²

En el año 2008 se promulga el decreto supremo N° 003-2008-TR en donde se establece cuantas horas debe trabajar el interno del área de la salud, además de descansos antes y después de las guardias, si bien esto está estipulado no se cumple en los hospitales.

Durante el inicio del internado medico 2020 no hubo dificultades para la realización de las practicas. El hospital nos brindó charlas de bioseguridad así como información sobre los protocolos y manejo administrativo en casos particulares.

Se obtuvo el mayor provecho en conocimientos gracias a la variabilidad de casos que ingresaban al hospital y porque no había restricciones para la atención de los pacientes.

La jornada laboral era más amplia, no había hora de salida y muchas veces no se respetaban los descansos, además de no tener horarios para comer. Los tres primeros meses fueron remunerados con 400 soles mensuales.

Debido al contexto actual de pandemia en el mes de marzo se suspendieron las practicas pre-profesionales de los estudiantes del área de la salud.³ Se promulgó Decreto de Urgencia N° 090-2020 y la Resolución Ministerial N° 622-2020 con el

objetivo de la reanudación laboral de los internos del área de la salud además de las condiciones en las que lo iban a hacer y de la entrega de los equipos de protección adecuados previstos por el Ministerio de Salud.²

En el Hospital Carrión el 12 de octubre se reiniciaron los internados de las diferentes áreas de la Salud, durante estos meses del internado hubo restricciones para la atención de pacientes, el hospital nos proporcionó el equipo de protección necesario. La jornada laboral se vio disminuida, pero dependiendo del servicio de rotación el cumplimiento de los horarios de salida.

Existieron restricciones en áreas con patologías respiratorias en los diferentes servicios. Además, que en las áreas de emergencia el volumen de pacientes se vio severamente disminuido. En cuanto al servicio de cirugía ya no se realizan cirugías electivas, lo cual genera que el conocimiento de algunas patologías se vea restringido. El manejo de los pacientes por consultorio externo se realiza por teleconsulta.

En el área de medicina interna hubo un aumento de pacientes con síntomas respiratorios los cuales no podíamos atenderlos, así como los pacientes covid IgM/IgG (enfermedad activa). Se obtuvo conocimientos nuevos en cuanto al manejo de los pacientes con secuela de covid sobre todo con los diferentes grados de compromiso pulmonar, así como oxigenoterapia y descalación del oxígeno. Existe restricciones para la evaluación de los pacientes en cuanto al examen físico y anamnesis, añadidas a las carencias que desde antes de este contexto de pandemia ya presentaba como la falta de algunos exámenes, la limitación de los recursos humanos y materiales.

Los internos de medicina aún se encuentran en periodo de formación y es necesaria la supervisión por parte de los médicos, además del cumplimiento y leyes que nos avalan como el acatar las jornadas laborales es importante porque es mayor el riesgo de exposición y las medidas y equipo de protección vital para evitar el contagio.

Dentro de las limitaciones más importantes tenemos a la disminución de pacientes en los diferentes servicios, y aumento de los casos respiratorios, lo cual refleja una disminución en la variabilidad de casos, de esta manera limita el conocimiento sobre el manejo de muchas patologías. Las restricciones para la atención de los pacientes covid 19 que vienen por otras patologías.

El objetivo principal para la realización de este trabajo es que se pueda informar sobre los conocimientos adquiridos en el actual contexto además de hacer una comparación sobre las experiencias y conocimientos obtenidos por esta nueva generación de médicos en un contexto de pandemia, y si es que estas limitaciones serán trascendentales para el futuro médico.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico son las practicas pre-profesionales de la carrera de medicina humana que se tienen que realizar de manera obligatoria debido a que son parte fundamental para el desarrollo y consolidación de conocimientos de todo médico, Además de la adquisición de otros conocimientos prácticos y sociales que son necesarios para la formación del futuro profesional.

Durante el inicio del internado, las expectativas de los internos eran las máximas con respecto a la adquisición de nuevos conocimientos e integración de ellos, realizar el máximo de procedimientos básicos supervisados por los médicos.

En la práctica es mucho más sencillo la adquisición de ciertas técnicas con respecto a ciertos procedimientos debido a que mientras más se realicen se consolidara ese conocimiento.

El Hospital nos brindó las oportunidades de aprendizaje con respecto a la realización e intervención en procedimientos de manera supervisada, así como clases.

Dentro de las competencias que deberíamos haber desarrollado durante el internado según cada rotación es importante mencionarlas.

1. Cirugía general:

- Aprendizaje de nociones éticas y la correcta realización de consentimiento informado
- Reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de patologías básicas de cirugía general.

Dentro de las especialidades quirúrgicas:

- Traumatología: manejo inicial de fracturas, esguinces y luxaciones, infecciones osteoarticulares.
- Urología: diagnóstico, manejo de HBP, traumatismo de tracto urinario, litiasis urinaria.
- Oftalmología: Manejo de conjuntivitis, glaucoma, traumatismos oculares.
- Otorrinolaringología: identificación y manejo de otitis externa, media e interna, epistaxis, cuerpos extraños en vía aérea, rinitis alérgica.
- Cirugía cardiovascular: Identificación y manejo de lesiones en tórax, taponamiento cardiaco, enfermedad arterial y venosa periférica y profunda.
- Neurocirugía: identificación y manejo de TEC, síndrome de hipertensión endocraneana.
- Cirugía pediátrica: identificación y manejo de malformaciones congénitas, además de patologías digestivas agudas quirúrgicas.
- Prevención y prevención: prevención y manejo de escaras, principios de bioseguridad, además de llenado de consentimiento informado para la realización de procedimientos.⁴

2. Medicina interna

- Determinar, aplicar métodos para el buen diagnóstico y manejo de problemas infecciosos: VIH, otras infecciones de transmisión sexual, TBC, malaria, parasitosis, EDAs, Dengue, Infecciones intra y extrahospitalarias. ⁵

3. Gineco-obstetricia

- Reconocimiento, diagnóstico y terapéutica de tumores pélvicos
- Reconocimiento y terapéutica de alteraciones del piso pélvico: distopias e incontinencias
- Diagnóstico de infecciones ginecológicas y conocimientos sobre reproducción femenina
- Aprendizaje sobre trastornos del ciclo menstrual y cáncer ginecológico
- Importancia de la realización de los controles prenatales
- reconocimiento y terapéutica de las complicaciones del embarazo
- Conseguir conocimientos sobre el parto, realización de partogramas y terapéutica del trabajo de parto además de la identificación de las enfermedades durante el embarazo y su manejo.
- Reconocimiento y terapéutica de infecciones y hemorragias obstétricas.
- Conocimientos éticos en la atención de la mujer, identificación y manejo de aborto o violencia. ⁶

4. Pediatría

- Reconocer los problemas del recién nacido: asfixia, sepsis neonatal, hipoglicemia y policitemia. Aprender la correcta realización del RCP neonatal.

- Reconocimiento y aplicación de correcta terapéutica en enfermedades congénitas, además, de malformaciones.
- Identificación de problemas de salud en el niño y adolescente, es importante el correcto manejo de las enfermedades prevalentes en nuestro medio.
- La correcta realización y conocimientos de consentimiento y asentimiento informado.⁷

Debido al actual contexto de pandemia en el que nos encontramos existieron limitaciones para poder ver algunos casos gracias a la reducción de pacientes al hospital, además de que las restricciones que existieron para poder atender a pacientes con covid, que iban por otras patologías. Lo cual dificultó la consolidación de conocimientos y la adquisición de algunos conocimientos prácticos.

1.1 Rotación en cirugía general

- Caso 1:

Paciente mujer de 37 años que acude a emergencia por presentar dolor abdominal en epigastrio que irradia al hipocondrio derecho hace más de 24 horas, que no cede con plidan.

Niega náuseas y vómitos. Hiporexia. Sensación de alza térmica, no cuantificable.

Antecedentes

- Patológicos: Niega
- Quirúrgicos: Apendicetomía laparoscópica hace 10 años.
- Medicamentos: niega

- Familiares: Madre (diabetes mellitus), Padre (Hipertensión arterial)
- Alergias: Niega
- Hábitos tóxicos: Fumadora ocasional.

Examen físico:

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. No presenta edemas. Leve ictericia en conjuntivas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Blando, depresible, plano. No cicatrices, Ni masas. Dolor a la palpación en cuadrante superior. Signo de Murphy +, Blumberg -. Ruidos hidroaereos conservados.
- Genito-urinario: No se palpa globo vesical.
- Sistema nervioso central: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Funciones vitales:

FC: 101lpm FR: 21rpm PA: 130/80 SatO2:98%

Tabla1. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 12,300	ALT: 69 U/L
Hemoglobina: 13,7gr/dL	BT: 2,9mg/dL
Hematocrito: 43%	BI: 0,3mg/dL
Plaquetas: 345,000	BD: 2,6mg/dL
AST: 67 U/L	Amilasa: 24U/L
PCR:3,5	

Historia clinica del HNDAC

Ecografía abdominal: aumento de tamaño de vesicular biliar 10x5cm, paredes vesiculares agrandadas (>5mm), presencia de líquido peri-vesicular, calculo enclavado en bacinete.

Tratamiento:

1° NPO

2° Hidratación endovenosa

3° Analgesia: petidina

4° Colectomía laparoscópica

o Caso 2:

Paciente varón de 56 años que ingresa a emergencia por dolor pulsátil tipo quemante en región perianal intensidad: +++/+++ , además de sensación de bulto o masa en dicha región, el dolor impide que el paciente permanezca sentado y dolor al caminar.

Antecedentes

- Ocupación: chofer de autobús
- Patológicos: diabetes mellitus (hace 14 años en tratamiento con metformina)
- Quirúrgicos: apendicetomía laparoscópica hace 30 años
- Medicamentos: metformina y antiinflamatorios ocasionales por el dolor.
- Familiares: Madre (obesidad), Padre (sano)
- Alergias: Niega
- Hábitos tóxicos: niega

Examen físico:

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. No presenta edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Blando, depresible, plano. No cicatrices, no doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos hidroaereos presentes
- Genito-urinario: No se palpa globo vesical.
- Región perianal: zona flogótica (eritema, calor, aumento de volumen) en lado lateral derecho. Se palpa masa semiblanda de +/- 6cm, dolorosa a la palpación.
- Tacto rectal: En el tacto rectal no se evidencian masas perianales, leve dolor durante el procedimiento.
- Sistema nervioso central: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Funciones vitales:

FC: 96lpm FR: 19rpm PA: 120/70 SatO2:99%

Tabla2. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 11,600	ALT: 24 U/L
Hemoglobina: 12,8gr/Dl	BT: 0,8mg/dL
Hematocrito: 37%	BI: 0,7mg/dL
Plaquetas: 275,000	BD: 0,1mg/dL
AST: 33 U/L	Amilasa: 31U/L

Historia clinica del HNDAC

Ecografía endorrectal: no se evidencian fistulas anorrectales.

Tratamiento:

1° Analgesia

2° drenaje externo de absceso periananal

3°Antibioticoterapia: ciprofloxacino + metronidazol

○ Caso 3:

Paciente varón de 23 años que acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 8 horas caracterizado por dolor tipo cólico intensidad 8/10 en epigastrio que luego irradia a cuadrante inferior derecho aumentando en intensidad acompañado de náuseas y vómitos en 3 ocasiones de contenido bilioso y el último alimentario. Además, presentó hiporexia y sensación de alza térmica no cuantificada.

Antecedentes:

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega

- Medicamentos: niega
- Familiares: Madre (Hipertensión arterial)
- Alergias: niega
- Hábitos tóxicos: niega

Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No cianosis. No ictericia. No edema.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Plano, RHA +, blando, poco depresible, dolor a la palpación superficial en cuadrante inferior derecho. Mc Burney + Rovsing + Blumberg +
- Genitourinario: PPL – PRU –
- SNC: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15

Funciones Vitales:

FC: 110 x minuto FR: 20 x minuto PA: 110/60 mmHg

SatO2: 99% T°: 38. 2° C

Tabla 3. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 11200	BT: 2,5 mg/dL
Hemoglobina: 13.2 gr/dL	BI: 0,3 mg/dL
Plaquetas: 320000	BD: 2,2 mg/dL
PCR: 3,8	

Historia clínica del HNDAC

Se solicitaron exámenes pre quirúrgicos, resto de exámenes con resultados dentro de parámetros normales

Tratamiento:

- NPO
- Hidratación endovenosa
- Analgesia
- Apendicectomía laparoscópica

Pasa al servicio de hospitalización de Cirugía General

- Caso 4:
Paciente varón de 42 años que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 12 horas caracterizado por presencia de masa en zona inguino escrotal derecha acompañada que aparece tras esfuerzo físico acompañada de dolor súbito intenso en dicha zona intensidad 8/10 razón por la cual ingiere 2 tabletas de paracetamol 500 mg VO disminuyendo parcialmente el dolor. Acude a emergencia ya que masa se torna irreductible y el dolor continua.

Paciente refiere presentar dicha masa en dicha zona desde hace 2 años reductible y no generaba molestias.

Antecedentes:

- Ocupación: Obrero
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Medicamentos: niega
- Familiares: niega
- Alergias: niega
- Hábitos tóxicos: marihuana y cocaína ocasional

-Examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No cianosis. No ictericia. No edemas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Distendido, RHA + conservados en intensidad y frecuencia, no dolor a la palpación. Sonoridad abdominal normal
- Región inguinoescrotal derecha: se palpa tumoración de +- 6 x 3 cm, doloroso a la palpación, sin cambio de coloración, irreductible.
- Genitourinario: PPL – PRU –
- SNC: Despierto. Lúcido, otientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15

Funciones vitales:

FC: 105 lpm FR: 20 rpm PA: 130/70 mmHg T°: 36.8° SaO2: 98%

Tabla 4. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 8800
Hemoglobina: 14 gr/dL
Plaquetas: 410000
PCR: 3,9

Historia clinica del HNDAC

Se solicitaron exámenes pre quirúrgicos, resto de exámenes con resultados dentro de parámetros normales.

Ecografía de partes blandas de región inguinal derecha: Se observan varias imágenes hipocogénicas, la mayor 30 x 28 mm de bordes irregulares.

Tratamiento:

- NPO
- Hidratación endovenosa
- Analgesia
- Hernioplastia TEP

Se programa al paciente a sala de operaciones donde se realiza el método TEP (totalmente extra peritoneal) donde se observa el apéndice cecal con cambios inflamatorios contenido en el saco herniario, se reparó el defecto herniario con malla de polipropileno y se cerró por planos

Pasa a servicio de hospitalización de Cirugía General

1.2 Rotación en gineco-obstetricia

- Caso 1

Paciente mujer de 29 años puérpera primipara post cesárea por macrostomia fetal, en alojamiento conjunto presenta cuadro febril (38°C), aumento de volumen y flogosis en mama derecha además de eritema, la lactancia materna es escasa y a los siguientes dos días aparece induración dolorosa en cuadrante supero-externo y sigue caliente al tacto. No presenta adenopatías. El personal de salud logra evidenciar mala técnica de lactancia materna.

Antecedentes:

- Primigesta 39 semanas
- CPN: 7
- Ocupación: ama de casa
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Medicamentos: niega
- Familiares: Madre: preeclampsia en primer embarazo, Padre (-)
- Alergias: Niega
- Hábitos tóxicos: niega

- Examen físico:

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. No presenta edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaereos presentes, no dolorosos a la palpación profunda y superficial. Útero se palpa contraído por debajo de 2cm de la cicatriz umbilical. Cicatriz transversa de 13 cm supra púbica, bien afrontada, sin signos de flogosis, sin secreciones y cubierta por apósitos.
- Genito-urinario: PPL (-)
- Sistema nervioso central: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Funciones vitales:

FC: 79lpm

FR: 20rpm

PA: 110/70

SatO2: 98%

Tabla 5. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 13,200	ALT: 22 U/L
Hemoglobina: 13,2gr/dL	AST: 31 U/L
Hematocrito: 41%	Plaquetas: 284,000
PCR: 3	P. coagulación: normal

Historia clinica del HNDAC

Ecografía de mama derecha: se encuentra lesión inflamatoria aguda de aspecto heterogéneo con presencia de ecos.

Tratamiento:

1° Analgesia

2° Antipiréticos

3° Antibioticoterapia (clindamicina 450mg cd/8h)

4° Mantener la lactancia

Debido a la evolución favorable y s que se encontró afebril durante 48 horas, se le dio de alta con tratamiento ambulatorio y control en 10 -14 días.

- Caso 2

Paciente mujer de 18 años primigesta de 7 semanas, no sabía que se encontraba en periodo de gestación, que ingresa a emergencia por un sangrado vaginal autolimitado acompañado de dolor a nivel abdominal tipo sordo.

Antecedentes:

- Ocupación: estudiante
 - Patológicos: niega
 - Quirúrgicos: niega
 - Medicamentos: niega
 - Familiares: Madre (sano), Padre (sano)
 - Alergias: Niega
 - Hábitos tóxicos: alcohol y cigarro de manera ocasional

Examen físico:

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. Palidez (+/+++)
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Blando, depresible, plano. No cicatrices, no doloroso a la palpación superficial y profunda. Ruidos hidroaereos presentes

- Genito-urinario: No se palpa globo vesical. PPL (-)
- Sistema nervioso central: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Funciones vitales:

FC: 78lpm FR:18rpm PA:120/70 SatO2:99%

Tabla 6. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 10,600	ALT: 27 U/L
Hemoglobina: 11,3gr/dL	BHCG (ingreso): 1550
Hematocrito: 34%	BHCG (48 horas): 1470
AST: 41U/L	Plaquetas: 197,000

Historia clinica del HNDAC

Ecografía transvaginal: se encontró masa anexial a nivel infundíbular de 2cm de diámetro, sin presencia de latidos cardiacos, sin flujo y sin presencia de líquido libre.

Tratamiento:

Durante la emergencia se estabilizo a la paciente se le coloca vía endovenosa y se inició infusión continua con NaCl 0,9%, además se monitorizo las funciones vitales.

Se le realizo una ecografía transvaginal por la sospecha de embarazo, además de una batería de exámenes de laboratorio dentro de los cuales tenemos a hemograma, BHCG- sérico,

En el dosaje de BHCG: 1550 y a las 48 horas: 1470. Además, que la paciente se encuentra hemodinamicamente estable se realiza tratamiento médico con metotrexate.

Se administró 50mg por m² de superficie corporal, por vía IM, en dosis única.

Debido a la buena respuesta de la paciente se le da de alta con indicaciones: control los 4 días después del tratamiento con metotrexate y a la semana una ecografía transvaginal. Si todo está bien después de la semana se harán controles semanales de la BHCG hasta que sea totalmente negativa.

○ Caso 3

Paciente mujer segundigesta de 34 años con 34 semanas 2/7 de gestación por ecografía de primer trimestre acude a la emergencia del HNDAC con tiempo de enfermedad de +- 6 horas caracterizado por cefalea frontal intensidad 8/10, visión borrosa asociado a 1 episodio de vómito de contenido alimentario. Niega pérdida de líquido, sangrado, percibe movimientos fetales y contracciones uterinas esporádicas.

Antecedentes:

- Patológicos: Pre eclampsia en gestación anterior
- Quirúrgicos: Cesárea previa una vez hace 5 años
- Medicamentos: niega
- Familiares: Madre (Hipertensión arterial) y Padre (Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2)
- Alergias: niega

Examen físico:

- Piel: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No cianosis. No ictericia
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados

- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Ocupado por útero grávido. Altura uterina 29 cm. LCF: 145 x minuto. Movimientos fetales presentes. Maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica
- Tacto vaginal: Cérvix posterior, altura de presentación -3, borramiento 0, consistencia intermedia, dilatación 0
- Genitourinario: PPL – PRU -
- SNC: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15

Funciones vitales:

PA: 170/100 mmHg FC: 98lpm FR: 19 rpm T°: 36.5°C SaO2: 99%

Tabla 7. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 7500	Creatinina: 0.7 mg/dL
Hemoglobina: 12 gr/dL	Glucosa: 87 mg/dL
Hematocrito: 36%	TGO: 68 UI/L
Plaquetas: 160000	LDH: 380 UI/L

Historia clinica del HNDAC

Tratamiento:

Se le coloco doble vía a la paciente, en una se le inicio infusión continua con cloruro de sodio al 0.9% y sulfato de magnesio dosis de ataque y mantenimiento. Se le inicio tratamiento antihipertensivo con nifedipino.

Se hospitaliza a paciente en el servicio de UEPA (Unidad de embarazo patológico)

- Caso 4

Paciente mujer de 30 años que acude a su primer control pre natal a las 8 semanas de gestación según FUR, 5 días después obtiene resultado de urocultivo positivo para e. Coli. Paciente niega molestias.

Antecedentes:

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: cesárea previa una vez hace 3 años
- Medicamentos: niega
- Familiares: niega
- Alergias: niega

Examen físico:

- Piel: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos
- Abdomen: Útero grávido. RHA +. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: PPL – PRU -
- SNC: LOTEPE. Glasgow 15/15

Funciones vitales:

PA: 120/70 mmHg FC: 88 lpm FR rpm T°: 36.6° C SaO2: 98%

Tabla 8. Exámenes de laboratorio

Examen de orina
Leucocitos: 12 – 14 x campo
Hematíes: 2 – 3 x campo
Células epiteliales: 5 – 7 x campo

Historia clínica del HNDAC

Tratamiento:

Se indica tratamiento VO dosis única con fosfomicina 3 gramos

Control de urocultivo 2 semanas finalizado el tratamiento

1.3 Rotación en pediatría

- Caso 1

Paciente de sexo femenino RN a término de 39 semanas por parto eutócico después de 12 horas de vida presenta leve coloración amarillenta en escleras y piel que llega hasta los tobillos, pasadas las 48 horas de vida presenta succión débil y pérdida de peso -12% del peso al nacimiento.

Antecedentes:

- Peso al nacer: 3,010gr Talla al nacer: 49cm Apgar: 9-9
- Obstétricos: G1 P1001
- Grupo sanguíneo: materno: 0+ RN: A+
- CPN: 7 (completos)

Examen físico:

- Estado general: succión débil y mucosa oral deshidratada

- Piel: Ictérica hasta los tobillos, tibia, hidratada, llenado capilar <2seg
- Cabeza: normocéfalo, fontanela anterior normotensa
 - Ojos: ictericos, sin secreciones en ojos
 - Nariz: fosas nasales permeables
 - Orejas: normoinseratas
- Torax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato Cardio-vascular: Ruidos cardiacos rítmicos.
- Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes
- Cordon umbilical: clampado
- Caderas: ortolani (-), bartlow (-)
- Sistema nervioso central: Despierto, somnoliento, reactivo a estímulos, buen tono muscular.

Tabla 9. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 8,320	GGT: 73 U/L
Hemoglobina: 15,6gr/dL	BT: 16,85mg/dL
Hematocrito: 43,6%	BD: 0,71mg/dL
Plaquetas: 229,000	BI: 16,14mg/dL
Fosfatasa alcalina: 199 U/L	PCR: 0,55U/L
Historia clinica del HNDAC	

Tratamiento: Debido al estado del recién nacido y a que presenta hiperbilirrubinemia que según las curvas de NICE requiere ir a fototerapia, por lo cual la paciente es hospitalizada para el inicio de la fototerapia.

○ Caso 2

Paciente varón RN de 4 días de nacido por parto eutócico que presenta secreción mucopurulenta en ambos ojos lo cual impide que pueda abrirlos, debido a esto acude a emergencia. No presenta fiebre, no náuseas, ni vómitos.

Antecedentes:

- RN de 39 semanas por parto eutócico
- Peso al nacer: 2,860gr Talla al nacer: 49cm Apgar: 7-8
- Obstétricos: G5 P4014
- Grupo sanguíneo: materno: O+ RN: O+
- CPN: 3 (incompletos)
- Gonorrea: + VIH: - sífilis: -

Examen físico:

- Estado general: Adecuado y activo.
- Piel: Rosada, tibia, hidratada, llenado capilar <2seg
- Cabeza: normocéfalo, fontanela anterior normotensa
 - Ojos: no ictericos, con secreción mucopurulenta e inyección conjuntival, y edema bpalpebral.
 - Nariz: fosas nasales permeables
 - Orejas: normoinsertas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato Cardio-vascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos
- Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes
- Cordón umbilical: clampado
- Caderas: ortolani (-), bartlow (-)

- Sistema nervioso central: Despierto, activo, reactivo a estímulos, buen tono muscular

Tabla 10. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 7,250	PCR: 0,40U/L
Hemoglobina: 16,6gr/dL	BT: 13,74mg/dL
Hematocrito: 46,7%	BD: 0,62mg/dL
Plaquetas: 283,000	BI: 13,12mg/dL

Historia clinica del HNDAC

Tratamiento: La paciente se encuentra estable y con buen estado general, el tratamiento es limpieza de la secreción de ambos ojos y antibiótico: ceftriaxona 50mg/kg.

○ Caso 3

Paciente de sexo femenino de 1 año y 4 meses de edad, ingresa por emergencia con su madre con un tiempo de enfermedad de 3 días, en el cual indica presentar deposiciones líquidas sin moco sin sangre en más de 5 ocasiones al día y sensación de alza térmica no cuantificada. Además de ello madre indica que al primer día de evidenciar los síntomas, llevo a la menor al centro de salud, donde la trataron con antibiotico no recuerda el nombre y suero de rehidratación oral, al no haber mejoría clínica y que los síntomas de la menor persisten acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Antecedentes:

- Patológicos: niega
- Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega

Examen físico:

- Piel: Tibia. Poco Hidratada. Llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, mucosa oral semi húmeda
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardíaco rítmicos.No soplos
- Abdomen: Plano, RHA de intensidad aumentada, blando, poco depresible, no doloroso a la palpación superficial, dolorosa a la palpación profunda
- SNC: despierta, alerta, responde a estímulos táctiles y verbales

Funciones vitales:

FC: 142 lpm FR: 28 rpm Saturación: 98 % Temperatura: 37.1 °C

Tabla 11. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 5500	Creatinina: 0.40
Hemoglobina: 13.3 g/Dl	Na sérico: 122
Plaquetas: 374000	K sérico: 3.78
Glucosa: 78	Reacción inflamatoria en heces negativo

Historia clínica del HNDAC

Tratamiento: se le administra hidratación con SRO y sintomáticos y pasa a observación.

Paciente tolera la vía oral, se mantiene tranquila, hubo un episodio de deposición líquida de misas características.

Exámenes de laboratorio son normales por lo que se le da alta hospitalaria con indicaciones

- Caso 4

Paciente varón de 7 años acude con la madre la cual refiere hace aproximadamente 1 día con presencia de tos productiva, rinorrea acuosa en las mañanas y en las noches. Luego la tos se hace persistente a predominio nocturno que interfiere con el sueño. Hace 6 horas presenta vomitos alimentarios, exacerbada con la actividad física. Refiere también respiración agitada y sensación de alza térmica no cuantificada. Sin mejoría a pesar de tratamiento de médico particular (trae receta) Azitromicina suspensión 200 mg 5 ml, 4 mL vía oral c/24 horas por 5 días, aplicación nasal de solución fisiológica al 0.9%, Prednisona 5 mg 5 ml cada 12 horas por 3 días, Clenbuterol + ambroxol en gotas 12 gotas cada 12 horas via oral por 5 días.

Antecedentes:

- Familiares:

Padre asmático desde los 6 años de edad, alérgico a ácaros del polvo . Madre presenta Rinitis Alérgica.

- Antecedentes personales no patológicos

- Alergias: niega

- Contacto COVID: niega

Esquema de vacunación completo para su edad.

Presenta episodios de enfermedades respiratorias agudas desde el año de vida, tratadas ambulatoriamente con broncodilatadores en gotas y prednisona via oral.

En los ultimos seis meses presentó cinco episodios de tos productiva de predominio nocturno con presencia de sibilancias y dificultad respiratoria. Ha acudido al servicio de urgencias en varias ocasiones para nebulización, la última vez requirió tres días de hospitalización.

Funciones vitales:

FC: 120 x minuto FR: 28 x minuto Saturación: 92% Temperatura: 37

Examen físico:

- Piel: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos
- Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilancias difusas al final de la espiración
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Plano, RHA + conservados en intensidad y frecuencia, blando, depresible, no dolor a la palpación. Sonoridad conservada
- GU: PPL – PRU –
- SNC: LOTEPE. Glasgow 15/15

Tabla 12. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 7900	PCR: 0.9 UI/L
Hemoglobina: 14	Glucosa: 79
Plaquetas: 410000	Creatinina: 0.5

Historia clínica del HNDAC

Tratamiento inicial:

1°Hidratacion IV

2°Hidrocortisona IV,

3° Nebulizaciones con salbutamol.

Se decide hospitalización en Piso Pediatría No COVID aislados

1.4 Rotación en medicina interna

- Caso 1

Paciente varón de 64 años que ingresa a emergencia por dolor súbito hace 33 horas en epigastrio que se irradia a hipocondrios y región lumbar, además presenta distensión abdominal y nauseas.

Antecedentes:

- Patológicos: Hipertensión arterial hace aprox 10 años.
Hernia inguinal izquierda hace 8 años
- Quirúrgicos: Apendicetomía laparoscópica hace 20 años,
hernio plastia con malla laparoscópica hace 8 años.
- Medicamentos: Enalapril 25mg
- Familiares: Madre (sano), Padre (sano)
- Alergias: Niega
- Hábitos nocivos: Ingesta crónica de alcohol hace 30 años,
cigarrillo ocasional.

- Examen físico:

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. No presenta edemas.

- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Blando, depresible, plano. Cicatrices post quirúrgicas de +-2 cm, no masas. Doloroso a la palpación en hemiabdomen superior. Ruidos hidroaereos ausentes.
- Genito-urinario: No se palpa globo vesical.
- Sistema nervioso central: Despierta, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Funciones Vitales:

FC: 108lpm FR: 22rpm PA: 100/60 SatO2: 98%

Tabla 13. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 14,560	Glucosa: 190
Hemoglobina: 12,8gr/dL	Cr: 0,5
Hematocrito: 37%	BT: 1,02mg/dL
Plaquetas: 210,000	LDH: 113
ALT: 58 U/L AST: 53 U/L	Lipasa: 260U/L
PCR: 1,5	Amilasa: 350U/L

Historia clinica del HNDAC

En el momento del ingreso se le realiza el score de Ranson para poder evaluar el pronóstico del paciente. Al ingreso en el momento de la admisión solo presento 1 pt que es la edad más de 55 años. Presento un BISAP: 1 pt. Se le realizo exámenes de laboratorio.

A las 48 horas se reevaluó con el score de Ranson y no presento ningún punto, con lo cual el ponderado fue de solo un punto con lo cual no cumple criterios de mal pronóstico.

Se le pide tomografía con contraste para poder evaluar si existe necrosis. En la tomografía no se evidencia necrosis, con lo cual en el Índice de Petrov se encuentra en una severidad leve.

Tratamiento:

1° NPO

2° Reposición hidroelectrolítica: cristaloides (NaCl): 250-500ml/kg

3° Analgesia: petidina

4° monitorización continua: diuresis, funciones vitales

5° Aspiración nasogástrica: por íleo

6° Nutrición parenteral: no tolera via oral

Debido a la mejoría de los síntomas, y disminución de la amilasa y PCR se probó la tolerancia oral, de acuerdo a la buena evolución del paciente se le dio de alta

○ Caso 2

Paciente mujer de 46 años ingresa a emergencia por dolor abdominal de moderada intensidad que apareció de manera súbita, acompañada de náuseas y vómitos, cefalea.

Antecedentes:

- Patológicos: Diabetes Mellitus hace 10 años con tratamiento no continuo
- Quirúrgicos: Colectomía laparoscópica hace 7 años

- Medicamentos: Metformina
- Familiares: Madre (diabetes mellitus), Padre (desconoce)
- Alergias: Niega
- Hábitos nocivos: alcohol ocasional

Examen físico:

- Piel y TCSC: fría, deshidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos. No presenta edemas.
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en acp.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Blando, depresible, plano. Doloroso a la palpación profunda en abdomen de manera difusa. Ruidos hidroaereos conservados.
- Genito-urinario: No se palpa globo vesical. PPL (-)
- Sistema nervioso central: Despierta, somnolienta, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Funciones vitales:

FC: 104lpm FR: 21rpm PA: 130/80 SatO2:98%

Table 14. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 9,740	AST: 29 U/L
Hemoglobina: 13,2gr/dL	PCR:0,5
Hematocrito: 41%	Glucosa: 310
Plaquetas: 360,000	LDH: 125
ALT: 35 U/L	

Historia clínica del HNDAC

ANALISIS DE GASES ARTERIALES (AGA):

PH: 7,2

PO₂: 98mmHg

PCO₂: 37mmHg

HCO₃: 14

K⁺: 4mEq/L

Na⁺: 140 mEq/L

Examen de orina:

Leucocitos: 3 x campo Nitritos: negativo Germenes: negativo Cetonas: ++

Células epiteliales: 2 x campo

El paciente presento una cetoacidosis diabética y el tratamiento que se le dio fue:

1° Hidratación: Debido a que el cuadro es leve y el sodio se encuentra dentro de los parámetros normales se decide colocar por vian endovenosa NaCl 0,45% 250-500ml/kg

2° Como la glucosa disminuyo se le añadió Dextrosa 5%+ NaCl 250ml/kg

3° Insulina (R- cristalina: 0,1U/kg/ bolo) + [K⁺]

4° Después se mantuvo la glucosa en valores normales con una infusión de 0,05 U/kg/h.

Gracias a la buena evolución de la paciente, a que se encontró asintomática y a la normalización de los exámenes de laboratorio es dada de alta.

- Caso 3

Paciente mujer de 68 años acude con familiar a la emergencia del HNDAC con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por melena y hematemesis en dos oportunidades, malestar general y leve dolor abdominal. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Patológicos: HTA diagnosticada hace 10 años en tratamiento enalapril 25 mg
- Quirúrgicos: niega
- Alergias: niega
- Contacto COVID: niega

Examen físico:

- Piel: Tibia. Poco hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No ictericia. No cianosis. Palidez +++/+++
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruido cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
- Abdomen: Plano, RHA +, blando, depresible, dolor a la palpación profunda
- Genitourinario: PPL - PRU –
- SNC: LOTEP. Glasgow 15/15
- Tacto rectal: dedo en guante con presencia de heces oscuras

Funciones vitales

PA: 100/ 60 mmHg FC: 92 lpm FR: 20 rpm Saturación: 97%

Temperatura: 36.8 ° C

Tabla 15. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 9800	Urea: 12 mmol/L
Hemoglobina: 6.7	Creatinina: 0.8 mg/dL
Plaquetas: 190000	PCR: 1.1

Historia clínica del HNDAC

Tratamiento: Al paciente se lo mantuvo en NPO se le colocó una vía periférica para la administración de cristaloides e IBP EV y otra vía periférica para la administración dos paquetes globulares

Escala Blatchford: 12 puntos

Se hospitaliza a paciente en 7A medicina interna y se programa endoscopia

- Caso 4

Paciente mujer de 63 años acude con familiar a la emergencia del HNDAC con un tiempo de enfermedad de 10 días caracterizado por aumento de volumen de pie derecho con solución de continuidad a nivel del calcáneo con bordes necróticos y signos de flogosis acompañado de dolor punzante intensidad 9/10 que cedía parcialmente a la administración de analgésico vía oral además de pérdida de sensibilidad en zona de herida.

Refiere hace aproximadamente un mes se incrusta clavo en esa zona y posterior a ello realiza lavado de herida y se automedica con antibióticos, no se percata del mal estado de la herida por pérdida de sensibilidad.

Antecedentes

- Patológicos: DM 2 diagnosticada hace +- 15 años con tratamiento regular
- Quirúrgicos: cesárea hace +- 30 años por feto macrosómico
- Alergias: niega
- Contacto COVID: niega

Examen físico

- Piel: Tibia. Hidratada. Elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No cianosis. No ictericia
 - Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados
 - Cardiovascular: Ruido cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos
 - Abdomen: Globuloso. RHA +. Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda
 - Genitourinario: PPL – PRU -
 - Región calcánea izquierda: Solución de continuidad en región calcánea izquierda con signos de necrosis y flogosis
 - SNC: LOTEPE. Glasgow 15/15
- Funciones Vitales:
PA: 120 / 70 mm Hg FC: 90 por minuto FR: 18 por minuto
Saturación: 98% Temperatura: 36. 6° C

Hemoglucotest: 220 g / dL

Tabla16. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 17800	Glucosa: 240
Hemoglobina: 14.8	Creatinina: 0.8
Plaquetas: 320000	PCR: 10
Historia clínica del HNDAC	

Recibe en emergencia hidratación, insulina, antibioticoterapia

Se hospitaliza en piso Medicina Interna 7^a

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se ubica en la Av. Guardia Chalca 2176, Bellavista en región Callao. Es de categoría III-1 siendo el centro de referencia de mayor complejidad de la región Callao donde laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos que necesitan equipo e instalaciones especiales.¹

El HNDAC está dividido en tres servicios, los cuales son las especialidades médicas, no médicas y las especialidades para el apoyo de diagnósticos.

Dentro de cada una de ellas tenemos a las diferentes áreas para la atención de los pacientes. En cuanto a las especialidades médicas aquí tenemos a Anestesiología, Atención ambulatoria y área de hospitalización, Cirugía, Emergencia y cuidados clínicos, enfermería, Ginecología, Medicina, Oncología, Pediatría; Odontoestomatología, Hospital de día.¹

Dentro de las especialidades no medicas tenemos a Farmacia, Nutrición, Servicio Social y Psicología y por último en el área de apoyo al diagnóstico se encuentra Patología clínica, Diagnóstico por imágenes y Laboratorio. Todos estos servicios están involucrados en la atención y resolución de las patologías de los pacientes.

Actualmente la institución cuenta con 565 camas netamente para la hospitalización de pacientes, 1 servicio de Emergencias la cual tiene una unidad de Shock trauma, 109 consultorios externos para las especialidades de cirugía, Medicina interna, ginecología, Pediatría. Una UCI, UCIM, una UCI Pediátrica, una UCI neonatal, además de 5 salas quirúrgicas para cirugías de carácter electivo. Además de 3 salas para cirugías de emergencia, una unidad para pacientes quemados, un departamento de oncología, y una Unidad de intervenciones neurológicas y un servicio para la detección temprana de cáncer.¹

Además de estos servicios el hospital Carrión cuenta con un centro para el entrenamiento en operaciones laparoscópicas, además de contar con un consultorio de Infertilidad. En cuanto a los servicios de promoción dentro de los trabajadores de la institución, el hospital cuenta con su propio Lactario para las madres trabajadoras.

Como antes mencionado el Hospital Carrión es un centro de referencia en la región del Callao, pero debido a que existen casos de alta complejidad que requieren tanto a especialistas como al equipo especializado para su manejo muchos de estos pacientes son referidos a Instituciones especializadas en resolver ese tipo de situaciones, es decir a centros que presentan mayor capacidad resolutoria. Siendo los más frecuentes el INCOR (Instituto Nacional Cardiovascular), INMP (Instituto Nacional Materno Perinatal), INO (Instituto Nacional de Oftalmología).

La situación Nacional del Hospital antes de la pandemia por SARS CoV2 dentro de las estadísticas reportadas por la institución se puede extrapolar que durante los 4 primeros meses del año 2020 se reportaron como causa de morbilidad general más frecuente a la faringitis aguda no especificada.⁸

En su contraparte durante la pandemia a partir del mes de mayo hasta diciembre los casos de mayor morbilidad general en el servicio de emergencias eran las infecciones por covid 19.

En cuanto al servicio de ginecología el número de partos durante el mes de febrero del año 2020, es decir antes de la pandemia, el número de partos reportados ascendió a 304, dentro de los cuales 115 fue por cesárea y 189 partos por vía vaginal.⁹

En comparación los meses durante la pandemia se observó, una disminución del número de partos sobretodo en el mes de diciembre, donde el número total de partos es de 225, siendo por vía cesárea un total de 93 partos y por vía vaginal de 132 partos.⁹

Dentro del servicio de cirugía general es importante recalcar que antes de la pandemia se realizaban cirugías tanto electivas como de emergencia. A partir del mes de abril se dejaron de realizar las cirugías electivas hasta la actualidad.

Las cirugías realizadas durante el mes de enero del 2020 fueron un total de 923, siendo de estas 310 intervenciones quirúrgicas de emergencia y 613 intervenciones quirúrgicas de ámbito electivo. En comparación a la realización de cirugías durante la pandemia se obtuvo durante el mes de abril de 2020 un total de 174 intervenciones quirúrgicas, las cuales todas fueron admitidas por el servicio de emergencia.⁹

La patología más frecuente atendida en el servicio de cirugía por emergencia a los traumatismos superficiales múltiples, durante el mes de enero del año 2020 se asumió la atención de 97 casos, seguido de los traumatismos intracraneales con 70 casos. En oposición con los meses durante la pandemia se observó una disminución en la atención de casos totales durante el mes de abril con 160 casos y el mes de mayo con 165 casos, siendo durante estos dos meses las causas más frecuentes de atención en tópico de cirugía la retención urinaria con 25 casos, seguida de traumatismos superficiales con 22 casos.

En el servicio de pediatría durante el mes de enero del 2020 antes de la pandemia se atendieron 2442 pacientes pediátricos teniendo como causa más frecuente de morbilidad en el tópico de emergencia a la rinofaringitis con 236 casos, seguido de infecciones gastrointestinales con 239 casos.

Estos casos se vieron notablemente disminuidos durante la pandemia desde el mes de abril hasta la actualidad. En el mes de mayo solo se atendieron a 377 pacientes pediátricos que acudieron al hospital por emergencia, siendo la comorbilidad más frecuente la infección por covid 19. ⁸

En general debido a la pandemia por el SARS COV 2 la consulta externa a migrado a un servicio de Teleconsulta donde el paciente puede hacer seguimiento de su enfermedad, además cuenta con atención hospitalaria, donde resuelven de manera tanto médica como quirúrgica problemas de salud dentro de la capacidad resolutive del hospital.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

El manejo de los pacientes en el Hospital Carrión se basa tanto en evidencia científica de acuerdo a guías de manejo internacional, así como también de guías elaboradas por la misma institución. En este acápite vamos a hacer una breve comparación sobre el manejo de algunos casos realizados en el Hospital en contraste con información actualizada de Uptodate.

3.1 Rotación en cirugía general

Caso 1:

La paciente del caso presenta el diagnóstico de colecistitis aguda no complicada. El abordaje de esta patología es quirúrgico. Para poder hacer el diagnóstico se realizan los criterios de Tokio, el cual cuenta con tres puntos. En cuanto a los signos locales la paciente presentaba signo de Murphy y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. Dentro de los signos sistémicos presenta fiebre no cuantificada, PCR de 3,5 y leucocitosis de 12,300. En la ecografía presento un aumento de tamaño de la vesícula biliar, la presencia de cálculo enclavado en bacinete y un aumento de las paredes vesiculares producto de la inflamación. Gracias a la positividad de todos los parámetros evaluados en los criterios de Tokio, se hace el diagnóstico definitivo de colecistitis aguda.¹⁰

De acuerdo a la clasificación de severidad, la paciente se encuentra en grado I, severidad leve. Por lo cual la paciente es tributaria a una colecistectomía laparoscópica.¹⁰

Según información obtenida en Uptodate, nos sugieren como primera medida los cuidados de apoyo, es decir la hidratación por vía endovenosa, si es que existiese alguna anomalía hidroelectrolítica corregirla y aliviar el dolor, el uso de los antibióticos es contradictorio, pero en casos de colecistitis aguda no complicada algunos médicos no usan antibióticos. Solo lo usan en casos complicados o en pacientes con factores de riesgo.¹¹

Haciendo una comparación de lo que se realizó en el hospital con lo que dice la literatura, el abordaje y tratamiento fue el adecuado. Al hacer el diagnóstico de una colecistitis aguda no complicada en una paciente sin factores de riesgo, colocaron a la paciente en ayuno para la cirugía, aliviaron el dolor con petidina y no usaron antibiótico previo a la cirugía porque se trataba de una colecistitis aguda no complicada. Después de eso se procedió a la realización de la cirugía laparoscópica.

Caso 2:

El paciente ingresa con una clínica de un absceso con signos de celulitis cerca de la zona anal. El diagnóstico se realiza gracias al examen físico, en el tacto rectal no se evidencia trayectos fistulosos o la presencia de otros abscesos, lo cual se confirma con la ecografía endorrectal y a su vez descarta la posibilidad de otros abscesos en zonas más profundas.

En cuanto al manejo del absceso en el hospital fue el adecuado, según Uptodate el manejo más importante de un absceso perianal es el drenaje debido a que existe el riesgo a la fistulización o la expansión a espacios adyacentes y poder de esta manera generar una infección sistémica.¹²

Una vez realizado el drenaje del absceso gracias a que existía una celulitis alrededor de la zona del absceso y a que el paciente presenta como factor de riesgo diabetes es necesario dar antibioticoterapia empírica para el alta así como analgesia.

La sociedad Americana de Cirugía Colorrectal, sugiere que la antibioticoterapia empírica después del drenaje externo del absceso sea solo en el caso de pacientes con: celulitis perianal, signos de infección sistémica, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca valvular e inmunosupresión.¹²

Dentro de los esquemas que se muestra en la revisión tenemos a amoxicilina+ Ac. Clavulánico o la combinación de ciprofloxacino + metronidazol.¹² Esta última combinación fue la que se usó con el paciente lo cual fue el tratamiento correcto.

Caso 3:

El paciente del caso presenta el diagnóstico de apendicitis aguda siendo el abordaje quirúrgico.

Para realizar el diagnóstico se utiliza el Score de Alvarado Modificado el cual asigna puntaje de acuerdo con los siguientes criterios: dolor migratorio hacia la fosa iliaca derecha (1 punto), anorexia (1 punto), náusea y vómito (1 punto), dolor a la palpación en fosa iliaca derecha (2 puntos), rebote positivo (1 punto), temperatura > 37.5°C (1 punto) y leucocitosis (2 puntos) y de acuerdo al puntaje se dará el manejo:

- 0 – 3 puntos: bajo riesgo de apendicitis, buscar otras causas.
- 4 – 6 puntos: hospitalización, si el puntaje se mantiene después de 12 horas se recomienda intervención quirúrgica. Se recomienda TAC o ecografía.
- 7 – 9 puntos: apendicectomía laparoscópica.

Según Uptodate, la primera medida son los cuidados de apoyo como hidratación endovenosa, analgesia y antibioticoterapia que cubra gram – y anaerobios 30 a 60 minutos del pre operatorio manteniendo el tratamiento solo en casos de complicación, aunque esto es controversial. El tratamiento definitivo se realiza mediante apendicectomía preferentemente vía laparoscópica.¹³

En el caso clínico, según los Criterio de Alvarado Modificado se obtuvo un puntaje de 8 con lo cual se preparó al paciente para sala de operaciones, a diferencia de lo que recomienda la literatura al paciente se le brindo antibioticoterapia EV desde el ingreso siendo la operación aproximadamente 2 horas después.

Se realizó apendicectomía laparoscópica donde se evidenció apéndice cecal de 4.8 x 3 cm paracecal descendente supurado en 2/3 distales con base indemne, meso ancho, ciego móvil.

Paciente en hospitalización mantuvo antibioticoterapia EV y dos días después del post operatorio con mejoría clínica fue dado de alta hospitalaria.

Caso 4:

Paciente ingresa con clínica de hernia inguino escrotal derecha complicada, el diagnóstico es clínico.

Se recomiendan cuidados de apoyo con hidratación endovenosa, analgesia y antibioticoterapia para gram + profiláctica 30 minutos antes de la intervención quirúrgica la cual preferentemente debe de ser con técnica sin tensión con malla de polipropileno y vía laparoscópica.¹⁴

En el caso clínico se siguió el tratamiento en emergencia recomendado, se programó al paciente a sala de operaciones donde se realizó la técnica laparoscópica TEP (totalmente extra peritoneal) donde se observa el apéndice cecal con cambios inflamatorios contenido en el saco herniario, se reparó el defecto herniario con malla de polipropileno y se cerró por planos.

Paciente en hospitalización mantuvo antibioticoterapia EV y presento febril el primer día por lo que se realizan exámenes de laboratorio y radiografía de tórax siendo resultados normales, al 3er día de hospitalización al mantenerse afebril, tolerar vía oral, ambular es dado de alta hospitalaria.

3.2 Rotación en gineco-obstetricia

Caso 1:

La paciente presenta sintomatología de mastitis puerperal, el diagnóstico de mastitis se basa en las manifestaciones clínicas, añadido los factores de riesgo que presenta la paciente para su desarrollo.

La paciente tiene una mala técnica de lactancia, por lo que eso le pudo generar las lesiones en el área de la mama, añadido las alimentaciones escasas, lo cual hace que se retenga leche y se obstruyan los conductos lo que genera que proliferen organismos en la leche estancada.

Uptodate indica que para el diagnóstico solo es necesario la evaluación clínica, no es necesario los exámenes de laboratorio. En cuanto a las imágenes, la ecografía es la mejor prueba para poder descartar la presencia de abscesos en la mama. Lo cual se realiza en el caso de la paciente y se descarta la presencia de estos.¹⁵ Según la información obtenida de uptodate el manejo consiste en el tratamiento sintomático y lo más importante es que no se cese la lactancia materna. En el caso de una mastitis infecciosa como en el caso de la paciente se le tiene que añadir antibioticoterapia contra Staphylococo Aureus, como la paciente se encuentra en un ambiente hospitalario es necesario cubrir a MRSA, con lo cual nos mencionan que dentro del esquema de antibióticos eficaces tenemos a trimetoprim-sulfametoxazol VO 2 veces al día, en el caso de este antibiótico hay que tener cuidado debido a que debe usarse con precaución en bebés de mínimo un mes de edad, o clindamicina 450mg tres veces al día.¹⁵

Haciendo una comparación al plan de tratamiento realizado por el servicio de ginecología este se basó en manejo sintomático analgesia, antipiréticos, antibioticoterapia la cual fue clindamicina 450mg cada 8 horas, lo cual cumple con el manejo correcto de la fuente de información consultada.

Caso 2:

Se presenta una paciente con sangrado y dolor abdominal en edad fértil. Es importante realizar un buen examen físico y anamnesis para corroborar que la paciente sea sexualmente activa para poder descartar un embarazo.

Uptodate nos menciona que es importante tener a consideración el diagnóstico de embarazo ectópico en una paciente de edad fértil con sangrado vaginal y dolor abdominal en gestante que no se confirmó embarazo intrauterino, que este gestando producto de fecundación in vitro o con estado de embarazo incierto.¹⁶

En cuanto a la paciente del caso para poder confirmar un embarazo es necesario el dosaje de BHCG y realizar una ecografía transvaginal. El primer control de BHCG de la paciente es de 1550 y en la ecografía se evidencia una masa anexial a nivel infundibular, pero sin la presencia de latidos cardiacos fetales, lo cual demuestra la presencia de un embarazo ectópico no viable.

En la fuente uptodate nos indica que el manejo de un embarazo ectópico puede ser manejado de tres maneras, quirúrgico, medico con metotrexate o expectante, este último es solo una pequeña parte de los casos y es cuando cumple todos los siguientes criterios: el dosaje de BHCG es inferior o igual a 200mIU/mL, en la ecografía transvaginal no se evidencia latido cardiaco fetal, no se evidencia saco gestacional y no hay masa extrauterina que haga sospechar de embarazo ectópico, es capaz de cumplir con seguimiento cercano o cuando prefiere el manejo expectante sobre el manejo con metotrexate.¹⁶

En cuanto al manejo con metotrexate solo los pacientes que cumplen con los siguientes criterios son óptimos para este manejo: pacientes estables, BHCG<5000mUI/mL, sin actividad cardiaca en la ecografía y masa anexial <4cm. El metotrexate se puede usar como dosis única o múltiple, este último se usa para embarazos intersticiales o cervicales, para títulos elevados de BHCG o cuando la masa anexial mide más de 2cm. Se prefiere usar solo una dosis de metotrexate para evitar efectos adversos, además que con una sola dosis se ha visto una alta respuesta de resolución.¹⁶

La dosis de metotrexate es de 50mg/m² (superficie corporal) por vía intramuscular, después de su aplicación es necesario hacer seguimiento, a los 7 días después se tiene que dosar la BHCG la cual se repite todas las semanas y tiene que haber una disminución de esta de más del 15% hasta que se negativice en su totalidad.¹⁷

Analizando el manejo de la paciente por parte del servicio de ginecología podemos ver que lo primero que se realizó es la estabilización de la paciente al colocarle la vía periférica para su hidratación, además de los exámenes para poder descartar un embarazo como causa del sangrado. Se confirma la presencia de un embarazo ectópico, en la ecografía muestra la presencia de un embarazo no viable, por lo cual optan por el manejo médico con metotrexate para la resolución del embarazo ectópico, indican una dosis, como la paciente tuvo una buena respuesta le dan de alta con seguimiento a través de ecografía transvaginal y dosaje de BHCG a la semana.

Es importante hacer mención que en el Hospital los datos y puntos de corte para el manejo se basan en la guía del hospital Carrion y esta muestra como punto de corte un valor de BHCG<1500 para el tratamiento médico con metotrexate, según la fuente consultada, Uptodate, los valores actualizados como corte para el manejo médico con metotrexate es una BHCG>5000¹⁵, los demás criterios se mantienen.

Sin embargo, el manejo y diagnóstico de la paciente fue el correcto de acuerdo a la información revisada.

Caso 3:

Paciente ingresa con clínica de pre eclampsia con criterios de severidad

El diagnóstico de dicha entidad se realiza mediante los criterios del ACOG (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos) siendo:

- PAS \geq 160 mm Hg y/o PAD \geq 110 mmHg en dos ocasiones separadas por 4 horas con la paciente en reposo
- Síntomas como: cefalea intensa, alteraciones visuales, tinnitus, epiastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho
- Oliguria $<$ 500ml en 24 horas o $<$ 0.5 ml/kg de peso / h y/o insuficiencia renal
- Creatinina sérica $>$ 1.1 mg/dL o duplicación de su valor en ausencia de enfermedad renal
- Síndrome HELLP
- Edema agudo de pulmón
- Bilirrubina total $>$ 1.2 mg/dL
- Trombocitopenia ($<$ 100000)
- Hemolisis (LDH $>$ 600 UI/L + presencia de esquistocitos y/o Hp $<$ 0.3 g/L)

En el caso clínico se siguió el tratamiento sugerido por la Guía Práctica Clínica de Hipertensión Arterial Inducida por la Gestación del HNDAC la cual recomienda hospitalización para el manejo, en la emergencia colocar doble vía e iniciar hidratación e infusión de sulfato de magnesio para prevenir convulsiones, cateterizar vejiga con Sonda Foley e iniciar control de diuresis horaria, manejo con anti hipertensivos, control estricto de funciones vitales, monitorización fetal estricta y pruebas de bienestar fetal. Además, recomienda que, en caso la paciente este en trabajo de parto y feto en presentación cefálica se puede intentar parto vaginal según gravedad del cuadro, de lo contrario terminar gestación por cesárea de emergencia.¹⁸

Paciente pasa a Hospitalización en la Unidad de Embarazo Patológico.

Al 5to día de internamiento y debido a que la paciente se encuentra refractaria al tratamiento anti hipertensivo se decide culminar gestación vía cesárea donde se obtiene RN femenino 2400 gr de 34 semanas por examen físico.

Al 4to día de post operatorio la paciente es dada de alta médica ya que evoluciono favorablemente manejando PA de 120 / 80 mm Hg sin anti hipertensivos.

Caso 4:

La paciente acude a tele consulta con diagnóstico de bacteriuria asintomática en el embarazo.

Los criterios diagnósticos se realizan mediante los criterios del ACOG

- Bacteriuria asintomática: urocultivo positivo (> 100000 UFC/mL en orina recolectada de chorro medio previa asepsia o 100 UFC/mL en orina recolectada mediante cateterización vesical) con un solo uropatógeno en una gestante asintomática con la muestra adecuadamente tomada en la primera orina de la mañana

En el caso clínico se siguió el tratamiento sugerido por la Guía Práctica Clínica de tratamiento para la Infección de Tracto Urinario en el Embarazo en el HNDAC el cual recomienda en bacteriuria asintomática tratamiento ambulatorio:

Tabla17. Antibioticoterapia de ITU en gestantes.

Fármaco	Dosis	Intervalo de tomas	Duración de tratamiento	Categoría FDA
Cefalexina	500 mg	Tid o qid	5 a 7 días	B
Nitrofurantoína de liberación prolongada	100 mg	Bid	7 días	B
Nitrofurantoína	100 mg	Qid	5 a 7 días	B
Acetil cefuroxima	500 mg	Bid	5 a 7 días	B
Fosfomicina	3g	Dosis única		B
Amoxicilina	500 mg	Tid	5 a 7 días	B

Guía del HNDAC de manejo de infección urinaria en gestantes

La paciente fue tratada con fosfomicina 3 gramos dosis única que es el tratamiento más recomendado y se le solicito control de urocultivo dos semanas post tratamiento como dicta la guía.¹⁹

3.3 Rotación en pediatría

Caso 1:

Recién nacido de 39 semanas que presenta leve ictericia hasta tobillos, disminución de peso y somnolencia. Uptodate indica que ante la sospecha de enfermedad hemolítica es importante descartar incompatibilidad de grupo como de factor. En el caso del paciente al momento del nacimiento una vez confirmado su grupo sanguíneo del recién nacido se corrobora la presencia de la incompatibilidad de grupo. Una vez confirmada la incompatibilidad, la literatura indica que es necesario hacer exámenes de laboratorio como hemograma, prueba de coombs y bilirrubinas. En cuanto al paciente los exámenes de laboratorio salieron normales excepto el dosaje de bilirrubinas que salieron elevados.²⁰

Uptodate menciona que la base del tratamiento de la hiperbilirrubinemia en lactantes con enfermedad hemolítica del feto es la monitorización de la bilirrubina, hidratación y fototerapia. Si el recién nacido no respondiese al tratamiento base se podría pensar en el uso de hidratación endovenosa o a la exanguineotransfusión, en caso presente signos de encefalopatía por bilirrubina.²⁰

Existen directrices para los lactantes de acuerdo a la edad gestacional y el total de bilirrubina sérica que presentan para poder evaluar si es que son candidatos para fototerapia o no.²⁰

El paciente presenta una bilirrubina total de 16 mg/dL lo cual para la edad gestacional del recién nacido se encuentra elevado y para el tiempo de vida de 48 horas es tributario según las curvas de NICE para tratamiento con fototerapia para disminuir la hiperbilirrubinemia.

En cuanto al caso clínico el paciente es manejado según este criterio y es tratado mediante fototerapia por lo cual es hospitalizado.

El inicio de la fototerapia, así como el cese de este tratamiento se basa en los valores séricos de bilirrubina, para esto es necesario que una vez iniciado el tratamiento las bilirrubinas sean monitorizadas para evidenciar su reducción y así interrumpir la fototerapia.²⁰

Caso 2:

Recién nacido de 4 días de vida que presenta secreción mucopurulenta en ambos ojos, sin compromiso sistémico.

Uptodate menciona que la conjuntivitis por gonococo se presenta dentro de los 5 primeros días después del nacimiento con una secreción purulenta con exudado que si no es tratada de manera oportuna puede causar lesión corneal y por consiguiente deterioro visual. Debido a esto es importante la profilaxis durante el nacimiento.²¹

La literatura menciona que la confirmación del diagnóstico se hace mediante el cultivo positivo para *N. gonorrhoeae* de la secreción purulenta. Además se menciona que de ser positivo para gonococo es importante descartar coinfección por *Chlamydia*. El tratamiento se basa en una dosis de ceftriaxona 25-50mg/kg o como alternativa a cefotaxima o ceftazidima. Se menciona que una vez instaurado el tratamiento sistémico no es necesario el tratamiento tópico.²¹

Es importante la limpieza de ambos ojos con solución salina hasta que se elimine por completo la secreción purulenta.

Uptodate recalca que a todo recién nacido que se le haga el diagnóstico de conjuntivitis por gonococo es necesario hospitalizarlo para poder observar si responden al tratamiento y no presenten la enfermedad sistémica.²¹

Comparando el tratamiento que se brindó en el hospital con la información antes mencionada, el tratamiento fue el adecuado, pero debió hospitalizarse al recién nacido para poder observar si el tratamiento funciona y de esa manera descartar algún compromiso sistémico.

Caso 3:

El paciente presenta diagnóstico de gastroenteritis aguda la cual se define según la Asociación Española de Pediatría como infección del tracto gastrointestinal, habitualmente auto limitada, cuya manifestación clínica habitual es la diarrea que se caracteriza por grandes cantidades de agua, así como incremento de la motilidad intestinal que generalmente provoca aumento de frecuencia de deposiciones (según OMA > 3 en 24 horas). La característica más importante es la disminución de la consistencia, por delante de la mayor frecuencia de las mismas.

El manejo está basado según las Guías del MINSA el cual tiene como objetivo restaurar y mantener el equilibrio hidroelectrolítico del paciente, así como el estado nutricional. ²²

Se aborda la enfermedad diarreica identificando el tipo:

Tabla18. Tipos de diarrea en pediatría

	Acuosa	Disentérica
Características	Diarrea sin sangre, se puede asociar a vómitos, fiebre y disminución del apetito	Diarrea con sangre, se puede acompañar de: fiebre elevada, mal estado general, cólicos, pujo, tenesmo, convulsiones en ocasiones (Shigella)
Frecuencia	80 – 85% de casos	15 – 20% casos
Evolución	Generalmente remite espontáneamente en una semana	Debe ser derivado al Centro de Salud
Etiología	Rotavirus E. coli enterotoxigénica V. cholerae	Shigella sp. Campylobacter jejuni E. coli enteroinvasiva

Manejo de diarrea-Minsa

El plan de tratamiento depende del estado de hidratación del paciente.

Tabla 19. Tratamiento de deshidratación en Pediatría.

Tratamiento	PLAN A	PLAN B	PLAN C
Estado de conciencia	Alerta	Intranquilo Irritable	*Comatoso Hipotónico*
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos
Lágrimas	Presentes	Escasas o ausentes	Ausentes
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
Sed	Bebe normal	Sediento, bebe rápido y ávidamente	*Bebe mal o no es capaz de beber*
Signo del pliegue	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	*Desaparece muy lentamente (> 2 segundos)*
DECIDA:	NO SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN	SI 2 O +: TIENE DESHIDRATACIÓN	SI 2 O + INCLUYENDO POR LO MENOS UN *SIGNO* TIENE DESHIDRATACIÓN CON SHOCK

Manejo de diarrea-Minsa

PLAN A: aumentar ingesta de líquidos, continuar con alimentación.

PLANB: reponer pérdidas con SRO a libre demanda en vaso o con cucharadita. Si el niño desea beber más líquido de lo calculador, ofrecérselo. Si el niño vomita suspender por 10 minutos y reiniciar dando menor volumen, pero más frecuentemente.

Si persisten los vómitos se puede administrar vía sonda nasogástrica a razón de 5 – 10 gotas / kg / minuto. Si persisten los vómitos o aparece distensión abdominal reducir la dosis a la mitad. Si tolera aumentar el goteo de forma progresiva, si no, aplican PLAN C.

PLAN C: reponer el déficit vía EV.

Administrar 100 ml/kg de peso de solución Polielectrolítica, Lactato de Ringer o Solución Salina normal.

- Primera hora: 50 ml/kg peso
- Segunda hora: 25 ml/kg peso
- Tercera hora: 25 ml/kg peso

En el caso clínico la paciente presentó deshidratación leve, por lo cual se dio tratamiento en la emergencia adecuado de acuerdo a lo que dicta la Guía y siguiendo el PLAN B, paciente toleró vía oral y fue dado de alta hospitalaria a la mejoría clínica con indicaciones: reforzar la higiene ambiental en el medio familiar, con limpieza adecuada de manos y objetos que sea manipulado por la niña

Caso 4:

El paciente ingresa con sospecha clínica de crisis asmática, la cual se define como exacerbación sintomática potencialmente peligrosa y rápidamente progresiva caracterizada por la presencia de tos, disnea, sibilancias, tirajes o una combinación de alguno de estos síntomas. La dificultad respiratoria es común.

El manejo se basa de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Asma Bronquial en Pacientes Pediátricos del HNDAC,

Para dirigir el tratamiento se debe estratificar la severidad de la crisis asmática según la escala de Bierman y Pearson.

Tabla 20. Escala de Bierman y Pearson

Puntuación	Puntuación FR por edad		Sibilantes	Cianosis	Tirajes
	< 6 meses	> 6 meses			
0	< 40	< 30	No	No	No
1	41-55	31-45	Espiratorios con estetoscopio	Perioral llanto	al Leve (1 paquete muscular)
2	56-70	46-60	Espiratorios e inspiratorios con estetoscopio	Perioral reposo	en Moderados (2 paquetes musculares)
3	> 70	> 60	Espiratorios e inspiratorios sin estetoscopio o tórax silente	Generalizada en reposo	Severos (> 2 paquetes musculares)

Guía de manejo de asma-Minsa

- Leve: 1 a 5 puntos Moderado: 6 a 9 puntos Severo: 10 a 12 puntos

En el caso del paciente se obtuvo un puntaje de 5 y se siguió manejo según la Guía, recomienda medidas generales con hidratación adecuada VO o EV según necesidad, oxigenoterapia. En caso de crisis asmática leve recomienda inhalar, Salbutamol (100 ug/puff) con aerocámara, 4 – 6 puff cada 20 minutos por 5 veces, luego continuar cada 60 minutos por 1 a 3 horas y evaluar respuesta.²⁹

3.4 Rotación en medicina interna

Caso 1:

La pancreatitis es una inflamación aguda del páncreas la cual se evidencia clínicamente por el dolor abdominal en epigastrio que aparece de manera abrupta y es de manera persistente, este dolor puede tener irradiación a zona lumbar. La etiología puede ser extensa siendo la causa más frecuente causada por litiasis vesicular.

En cuanto al caso presenta la causa resulta ser por alcohol, debido a que en antecedentes menciona ser un consumidor crónico de alcohol.

Uptodate menciona que ante la sospecha clínica de pancreatitis la presencia de 2 de tres se los siguientes criterios se podría hacer el diagnóstico, siendo estos: dolor en epigastrio de inicio agudo y que es de manera persistente con irradiación a espalda, es decir un dolor típico en pancreatitis), elevación de las enzimas pancreáticas tres veces su valor normal y la presencia de imágenes positivas para pancreatitis. Debido al tiempo en que permanecen elevadas las enzimas, la lipasa es más sensible y específica pasadas las 72 horas desde el inicio del cuadro clínico.²⁴

Una vez realizado el diagnóstico se debe realizar scores para poder evaluar la severidad y pronóstico del paciente además del manejo inicial del paciente. Dentro de los más usados tenemos al Score de Ranson, BISAP, APACHE.

La literatura menciona que lo más importante dentro del manejo del paciente durante las primeras 24 horas es evitar falla de órgano y dentro de las complicaciones tardías, es decir pasadas las 24 horas es evitar la infección del paciente.²⁴

Debido a esto lo más importante para la supervivencia del paciente es que una vez hecho el diagnóstico se maneje de manera oportuna, mediante la monitorización y control, además de los cuidados de apoyo mediante la hidratación, manejo del dolor y nutrición.

El manejo inicial se inicia con la hidratación del paciente, la cual tiene evidencia de disminuir la mortalidad y mejorar el pronóstico de los pacientes con pancreatitis, la solución a usar podría ser cristaloides o lactato de Ringer, se inicia con 5-10ml/kg, este valor varía de acuerdo a las comorbilidades del paciente, como enfermedades renales o problemas cardiovasculares. Una vez iniciada la reposición de líquidos es importante la reevaluación del paciente durante las primeras 6 horas desde el ingreso de manera continua.²⁵

Otro punto para el manejo inicial del paciente es el control del dolor, Uptodate menciona que se pueden usar opioides de manera segura, siendo el fentanilo EV o meperidina los más usados por su eficacia y seguridad. Y el monitoreo continuo durante las primeras 24-48 horas, signos vitales, diuresis, electrolitos.²⁵

Uptodate menciona que a menos que exista sospecha o se evidencie la presencia de gérmenes mediante un cultivo, no dar tratamiento con antibioticoterapia, no recomiendan dar de manera profiláctica independientemente del tipo de pancreatitis o la gravedad.²⁵

Entonces evaluando el manejo del paciente por parte del hospital vemos que clínicamente se sospecha de una pancreatitis aguda y ante la sospecha se le realizan pruebas de laboratorio con las cuales hacen el diagnóstico, una vez hecho el diagnóstico proceden al manejo angular del paciente, además de la realización de los scores para evaluar el pronóstico del paciente.

Al encontrarse el paciente estable hemodinamicamente y presentar una pancreatitis leve, proceden con el seguimiento y monitorización para poder ver la evolución del paciente en las siguientes horas. Una vez que el paciente se encontró asintomático y tolero la vía oral, además de que los exámenes de laboratorio revirtieron se pudo dar de alta. El manejo de la pancreatitis fue el adecuado según la fuente consultada.

Caso 2:

Paciente con diagnóstico de diabetes que no cumple con tratamiento de manera continua, llega a emergencia con síntomas de dolor abdominal, náuseas, vómitos y cefalea.

Uptodate menciona que el abordaje de los pacientes diabéticos en la emergencia es basado principalmente en descartar las complicaciones que causa esta enfermedad. Al ser la cetoacidosis una emergencia es importante hacer un buen examen físico y solicitar los exámenes de laboratorio adecuados para el manejo de esta condición.²⁶

Gracias a que el paciente tiene antecedente de diabetes y que no recibe un tratamiento estricto para esta, además de la sintomatología se sospecha de una descompensación de la enfermedad. Se le solicitaron exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico de cetoacidosis, en el hemoglucotest se evidencia la elevación de la glucosa, en el examen de gases arteriales se evidencia una disminución del ph y del bicarbonato, encontrándose los electrolitos dentro de los valores normales, además de un examen de orina patológico, donde se encontró cuerpos cetónicos.

La literatura menciona como base del tratamiento para estos pacientes es la estabilización y reposición de líquidos y electrolitos si existiese anomalías, esto se realiza gracias a la infusión con solución salina isotónica NaCl 0,9%.²⁶ Es importante la corrección de los niveles de potasio si es que este se encontrase <3,3 mEq/L, se deberá añadir entre 20-40 mEq/h hasta que esta aumente y luego inicial con la insulino terapia. Si se encontrase entre 3,3 a 5,3 mEq/L: dar entre 20-30 mEq/L de potasio para mantener valores entre 4 y 5 mEq/L, pero si se encuentra >5,3mEq/L no dar potasio y controlar cada 2 horas.²⁶

En cuanto al manejo de la glicemia el tratamiento es la insulina por vía endovenosa, se da a dosis bajas en los pacientes con cetoacidosis leve a moderada con valores de potasio dentro de los niveles normales.

Una vez la glicemia $<200\text{mg/dL}$ se debe añadir dextrosa 5%, junto con la infusión continua de insulina. El uso de bicarbonato de sodio se usa para corregir la acidosis, pero su uso solo está indicado para ciertos pacientes donde su uso puede ser beneficioso, los cuales son: $\text{pH} < 6,9$, con hiperpotasemia mortal ($\text{K} > 6,4$).²⁶

Analizando el manejo realizado por el hospital en el caso de la paciente se realizó el manejo que indica la literatura. Ante la sospecha por unidad clínica tanto de sintomatología como de antecedentes de mal tratamiento se llegó al diagnóstico y se realizó un manejo oportuno con el manejo base del tratamiento, gracias a lo cual evoluciono favorablemente y se le dio de alta.

Caso 3:

Hemorragia digestiva alta es un sangrado intestinal que ocurre proximal al ángulo de Treitz habiéndose descartado sangrado peri oral no digestivo como epistaxis, sangrado faríngeo, hemoptisis y pseudomelena.

En la mayoría de casos la causa es no varicial (80-90%) y de estas la enfermedad ulcero péptico es la más frecuente, muchas veces asociada a infección por *H. pylori* o ingesta de AINEs.

La sospecha diagnóstica debe ser clínica, comúnmente es de hematemesis y/o melena pudiendo estar asociado a ortostatismo, taquicardia, hipotensión dependiendo de la magnitud del sangrado pudiéndose asociar con debilidad, mareos y palidez.

El manejo está dado según La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de HDA no varicial en el HNDAC. Según la Guía del HNDAC todo paciente con HDA debe ser hospitalizado, si el paciente ingresa hemodinámicamente inestable se le debe colocar dos catéteres venosos periféricos de gran calibre o catéter venoso central para la administración de cristaloides y/o expansores plasmáticos.

Pacientes de alto riesgo deberán recibir transfusión de paquete globular para mantener hematocrito > 30%.

Pacientes sin enfermedades concomitantes deberán ser transfundidos para mantener hematocrito > 21%.

Pacientes con sangrado activo y coagulopatía deben ser transfundidos con PFC y plaquetas respectivamente.

La guía recomienda realizar la estratificación de la valoración de riesgo según la escala de Blatchford lo cual ayudará en la toma de decisiones acerca del tiempo de realización de endoscopia, tiempo de alta y nivel de cuidado.

En cuanto al tratamiento médico, los IBPs EV antes de realizar la endoscopia pueden ser considerados si la endoscopia se va a retrasar o no podrá ser realizada, además, luego de la endoscopia con procedimiento terapéutico exitoso, disminuyen significativamente el riesgo de re sangrado en casos de úlceras con sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido, seguido de terapia oral estándar.

Se recomienda realizar endoscopia alta dentro de las primeras 24 horas en todo paciente con Blatchford > 0 para determinar la lesión causante del sangrado y realizar terapia endoscópica si requiere, en pacientes con inestabilidad hemodinámica o signos de sangrado activo la endoscopia dentro de las 12 horas puede ser considerada para mejores resultados. Se recomienda inyectoterapia con adrenalina 1:10000 en alícuotas 1 – 2 ml alrededor de la úlcera combinada con una segunda modalidad: termo coagulación con sonda bipolar o probeta dorada o mecanoterapia con clips.²⁷

El alta hospitalaria se contemplará luego de hemostasia exitosa sin re sangrado durante un periodo de hospitalización de 72 horas e inicio de la vía oral en caso de pacientes de alto riesgo que se les realizo el tratamiento endoscópico

En el caso se siguió el protocolo dada por la Guía Clínica del HNDAC

Escala de Blatchford (0 – 23 puntos): 12 puntos

Dentro de los exámenes de laboratorio se evidencia anemia severa razón por la cual es transfundido con los paquetes globulares, se le solicita hematocrito control 12 horas post transfusión el cual tiene por resultado 7.6 mg/L

Se hospitaliza en Medicina 7A donde se solicita Interconsulta con el Servicio de Gastroenterología para la realización de la Endoscopia la cual se realizó dos días después del ingreso y no dentro de las 24 horas como dicta la Guía

Se le solicita hematocrito control 12 horas post endoscopia el cual tiene como resultado 7.5 mg/L. Es dada de alta hospitalaria 48 horas post endoscopia.

Caso 4:

La paciente del caso ingresa con diagnóstico de DM 2 por antecedente, neuropatía diabética, pie diabético Wagner 4 y celulitis miembro inferior izquierdo. El diagnóstico de pie diabético se realiza de forma clínica examinando el pie de la persona con DM retirándole los zapatos de ambos pies para evaluar si hay neuropatía, isquemia de miembro inferior, ulcaración, callos, infección y/o inflamación, deformidades, gangrena, artropatía de charcot evaluando también pulsos periféricos.

La clasificación del pie diabético se realiza mediante la Clasificación Wagner y Fontaine

Wagner:

- 0: Ninguna lesión. Pie de riesgo: callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades ortopédicas
- 1: Úlcera superficial. Destrucción del espesor total de la piel
- 2: Úlcera profunda. Penetra piel, grasa, ligamentos, pero sin afectar hueso. Infectada
- 3: Úlcera profunda, absceso, osteomielitis. Extensa y profunda, secreción, mal olor.
- 4: Gangrena limitada. Necrosis de una parte del pie, o de los dedos, talón o planta.
- 5: Gangrena extensa. Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Fontaine:

- I: Asintomático
- IIa: Claudicación leve (> 150m)
- IIb: Claudicación moderada a severa (<150m)
- III: Dolor isquémico en reposo
- IV: Úlcera o gangrena

El tratamiento se da de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético del MINSA

Recomienda que todo pie diabético Wagner ≥ 2 debe ser referido a un II o III nivel de atención, en el cual se deberá de valorar si es necesaria una intervención quirúrgica para eliminar el tejido desvitalizado o necrótico o drenar abscesos e iniciar terapia antibiotica de amplio espectro vía parenteral para gram – y anaerobios. ²⁸

En el caso clínico se siguieron las pautas de la Guía, se debridó el tejido desvitalizado y se hospitalizo en piso Hospitalario Medicina 7A donde completo tratamiento EV parenteral por 10 días evolucionando favorablemente. Posterior a ello se mantuvo hospitalizada por ser abandonada social.

CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

Al inicio del internado no existieron restricciones ni dificultades para la adquisición de los conocimientos practico-teóricos esperados. Aquí un breve relato y listado de las actividades que se realizaron durante el internado médico.

En cuanto al servicio de Cirugía General:

La hospitalización en el Servicio de Cirugía 4to A, aquí se encontraban pacientes ingresados desde la emergencia post operados, siendo las operaciones más comunes Apendicectomía laparoscópica por Apendicitis Aguda no complicada, hernioplastias por hernias complicadas y laparotomías exploratorias por lesión por proyectil de arma de fuego o arma blanca. El interno en guardia tuvo la oportunidad de ingresar a Sala de Operaciones y poder instrumentar o ser ayudante.

Asimismo, ingresaban pacientes desde consulta externa, los cuales se hospitalizaban dos a tres días antes de la operación para completar exámenes y estudios pre quirúrgicos siendo las operaciones más comunes COLELAP (colecistectomía laparoscópica), herniolap (hernioplastia laparoscópica), restitución del tránsito intestinal, hemorroidectomía y exeresis de plicoma.

El interno encargado del paciente tuvo la oportunidad de ingresar a Sala de Operaciones, además de poder hacer el seguimiento del paciente durante su evolución en el hospital y la curación de la herida operatoria hasta su alta.

En el Piso Hospitalario 4 A se evolucionaba al paciente en donde se le tomaba funciones vitales y se le realizaba el examen físico completo, se inspeccionaba la herida operatoria si tuviese después de 24 horas de la operación y a las siete de la mañana se presentaba el paciente al médico residente en la pre visita y a las 8 de la mañana al médico asistente el cual realizaba preguntas durante la visita médica, en el servicio 4A se realizan curaciones de heridas, debridación, drenaje de abscesos, extracción de muestras de sangre arterial y venosa, retiro de puntos en algunos casos de estancia prolongada, colocación y retiro de sonda naso gástrica y urinaria, retiro de catéter venoso central.

Las guardias se realizaban en el servicio de emergencia en el tópic de cirugía. Antes de iniciar el turno de guardia, se realizaban cambios de guardia donde el Interno de Medicina examinaba a los pacientes presentes en la guardia una hora antes de iniciado el turno y se los presentaba a los Médicos Residentes y Asistentes presentes los cuales realizaban preguntas y explicaban ciertos aspectos teóricos sobre el manejo realizado.

Además, se realizaron procedimientos que serán útiles en el primer nivel de atención, los cuales son: colocación de acceso venoso periférico, extracción de muestra de sangre venosa y arterial, curación de heridas, colocación de vendajes, sutura de heridas, drenaje de abscesos y colocación de dren, colocación de sonda nasogástrica y urinaria.

En cuanto a consultorio Externo, aquí acudían los pacientes con patologías como litiasis vesicular, hernia inguinal no complicada, hernia umbilical no complicada, portadores de colostomía, hemorroides externas e internas, plicomas para realizarse una cirugía programada, algunos de ellos iban a Cirugía de Día y otros se hospitalizaban en piso 4to A. Se realizaban drenaje de abscesos, drenaje de seromas y hematomas post quirúrgicos, además de curaciones de heridas post operatorias y retiro de puntos.

En cirugía Menor se realizaron lipectomías en donde el Interno de Medicina era ayudante del Médico Residente o Médico asistente que realizaba el procedimiento.

Asimismo, dicha especialidad presentaba rotaciones adicionales:

- Anestesiología donde se realizaron las técnicas de insuflación, intubación y acceso a vía periférica, este último importante en el contexto del primer nivel de atención ya que es fundamental para el manejo de numerosas patologías antes de referirlos a un centro de mayor complejidad
- Traumatología se colocaron vendajes los cuales tienen numerosas utilidades por ejemplo: fijación de gasas y apósitos, inmovilización, compresión, fijar dispositivos a la piel, proteger la piel. Además de la colocación de férulas, yeso y realización de reducción manual.

El curso normal del Internado Médico fue afectado por la pandemia por el virus SARS – COV – 2 ya que el 16 de Marzo del 2020 se inició la cuarentena por lo que se indicó a los Internos de distintas facultades no asistir a los Centros Hospitalarios, hasta ese entonces los Internos de Medicina en el servicio de Cirugía lograron rotar en todas las áreas que comprenden: Tópico de Cirugía, Consultorio Externo, Cirugía Menor, Piso de Cirugía General 4to A que contaba con 27 camas y Sala de Operaciones.

El 12 de octubre del 2020 se reiniciaron las actividades del internado Médico en el Hospital Carrion. Esto fue solo para los internos que iniciaron el internado en este Hospital.

Dicha situación fue favorecedora porque si bien en términos generales debido al contexto actual existirían limitaciones en la atención de pacientes, esto no se vería tan severamente limitado como en el caso del desarrollo de un internado médico en el primer nivel de atención.

Las especialidades de Pediatría, Ginecología-obstetricia y Medicina Interna se realizaron en contexto de pandemia.

En el servicio de pediatría se roto en dos áreas: Tópico de Pediatría y Piso de Hospitalización. El tópico de pediatría se dividió en dos áreas, siendo estas el área NO COVID (pacientes no sintomáticos respiratorios) y el área COVID (sintomáticos respiratorios), los Internos de Medicina rotaron en Tópico NO COVID, las patologías más frecuentes fueron Enfermedad diarreica aguda, cuadros infecciosos gastrointestinales, intoxicación por pesticidas y benzodiazepinas.

En el piso de hospitalización a su vez también se dividió en área NO COVID y área COVID, cada uno de ellos contaba con 12 camas y el interno de Medicina rotaba en ambos sectores, y se encargaba de la evolución de los pacientes del área NO COVID tomando las funciones vitales y realizando examen físico. Sus funciones en el área NO COVID eran la presentación del paciente y evolución del examen físico que realizaba el médico residente.

Se presentaba el caso a las ocho de la mañana a los médicos residentes y asistentes de piso, las patologías más frecuentes fueron adenitis mesentérica, SOB, estatus epiléptico y fiebre de origen desconocido.

En el servicio de Neonatología se realizaban guardias en atención inmediata del RN, asimismo también llegaban RN procedentes de Sala de operaciones por cesárea, en ambos casos se evaluaba a los RN en el momento en que llegaban a las 4 horas y a las 6 horas y a los RN post cesáreas además se les realizaba una evaluación a las 12 horas para luego pasar a Alojamiento Conjunto con la madre.

Además, las rotaciones en piso se realizaban en la Unidad de Cuidados Intermedios, la cual estaba dividida en dos áreas A y B.

En donde se vieron casos de Hiperbilirrubinemia indirecta que requerían tratamiento por fototerapia, convulsión por encefalopatía hipoxico isquémica, pacientes pretérmino que requerían ganancia de peso y monitoreo, así como pacientes que gracias a su mejoría salían de Unidad de Cuidados Intensivos.

En cuanto a alojamiento Conjunto los recién nacidos se hospitalizan con la madre 24 horas si fue parto vaginal y en caso de cesárea 48 horas si antes del alta si no existe alguna indicación para continuar la hospitalización. El Interno de Medicina evolucionaba a los RN, no solo realizaba la evaluación física sino también le preguntaba a la madre si hubo alguna alteración en el RN o dificultad para la lactancia el día anterior y presentaba al paciente a las 8 de la mañana al médico asistente.

En el servicio de Ginecología se roto por dos áreas: Alojamiento Conjunto y centro obstétrico.

En alojamiento conjunto se evaluaba a la madre que completaba su estancia hospitalaria de 24 horas en caso de parto vaginal y 48 horas en cesárea en contexto de pandemia salvo haya alguna otra condición que prolongue la estancia hospitalaria. Además, en el caso de las puérperas se les informaba sobre los métodos de planificación familiar que pueden usar y en caso así lo decida la madre, el interno se encargaba de la colocación del método de control de natalidad. Se tuvieron casos de embarazo ectópico, placenta acreta, aborto que requirió manejo quirúrgico como legrado o AMEU.

En el área de UEPA (unidad de embarazo patológico) hubo casos de pre eclampsia y amenaza de parto pre término. En ambos casos el Interno de Medicina evolucionaba a las pacientes, realizaba el examen físico completo, presentaba el caso al médico residente en el pre visita y posteriormente al médico asistente en la visita.

Las guardias se realizaban en el area de centro obstétrico, donde se atendían los partos vaginales de gestantes que no presentaban covid.

Debido al contexto actual, sumado con la entrada de los nuevos residentes de ginecología, la atención de partos por parte de los internos de medicina se vio reducida.

En el servicio de Medicina Interna, se roto en dos áreas: hospitalización y Topico de cirugía que pertenece al servicio de emergencias, aquí es donde se realizaban las guardias.

El area de hospitalización era en el Piso 7^a en donde se realizaba la evolución y examen físico del paciente, además se tomaban muestras de sangre arterial para análisis de gases arteriales y electrolitos con el objetivo que los resultados estén disponibles en la visita médica, se exponían las interurrencias al médico residente, porque en caso algún paciente se encuentre descompensado el medico pueda tomar medidas terapéuticas para su mejoría. La visita médica iniciaba a las ocho de la mañana empezando por los pacientes más críticos. Dentro de las patologías más frecuentes fueron en general: HTA, DM2 y complicaciones tardías, TEP, fibrosis pulmonar, secuela post COVID, anorexia nerviosa y sus complicaciones, tiroiditis autoinmune, cirrosis hepática, pacientes con secuela por AVC.

Las guardias se realizaban en el tópico de medicina y en el area de triaje, las funciones del interno en el area de triaje eran clasificar a los pacientes y evaluar si es que su manejo era en tópico o se podía resolver en triaje, además de derivar a los pacientes sintomático respiratorios a la carpa COVID. Para poder clasificar a los pacientes el interno se encargaba de la toma de las funciones vitales y en el caso de los pacientes diabéticos tomar el hemoglucotest.

En el tópico de medicina se colocaron accesos venosos periféricos, extracción de muestras de sangre tanto venosas como arteriales, colocación de sonda nasogástrica, sonda urinaria, curación de úlceras por presión, pie diabético, colocación de vendajes, las patologías más vistas fueron crisis hiperglicémicas, hipoglicemia, HTA, ECV isquémico, ECV hemorrágico.

Dentro de los obstáculos que tuvieron los internos luego del reinicio de las actividades del internado tenemos a las dificultades para la división del tiempo en cada una de las rotaciones para lograr los objetivos en cada uno de los servicios.

Además de las funciones que debemos cumplir en el área administrativa, el lograr los objetivos académicos tanto en el ámbito práctico como teórico se vieron dificultadas.

En los diferentes servicios se nos facilitó de manera virtual actividades académicas, tanto exposiciones, lecturas, como también discusiones de casos clínicos, con el objetivo de poder adquirir los conocimientos que se veían reducidos por la disminución de casos, por falta de tiempo en el hospital o porque las rotaciones en cada servicio eran más cortas.

Debido a que los horarios en el hospital se encontraban disminuidos, los internos decidieron realizar más horas de trabajo o realizar guardias extras con el objetivo de poder atender a más pacientes.

Otra dificultad fue el uso de equipo de protección el cual fue entregado por el Hospital Carrion, este equipo puede ser un obstáculo en el vínculo médico paciente, con lo cual los internos para que esto no se vea alterado, reforzaron otras competencias en el ámbito de relaciones interpersonales para una buena comunicación y que no se pierda esa confianza o seguridad que tiene el paciente en el médico.

En general las dificultades propias al contexto en el que nos encontramos fueron resueltas dentro de lo que cabe las posibilidades de cada interno. Los internos trataron de sacar el mayor provecho a todo lo ofrecido por el hospital Carrion en el contexto de pandemia.

CONCLUSIONES

Si bien gran parte del internado médico se desarrolló durante un contexto de pandemia lo cual dificultó la adquisición de nuevos conocimientos a nivel práctico-teórico, es importante hacer hincapié que se trató de cumplir con todos los objetivos trazados en un comienzo.

Pese a que la variedad patologías atendidas en el hospital fueron reducidas, se lograron atender u observar patologías frecuentes dentro del conocimiento básico de un médico general.

Además, esta situación actual nos prepara de alguna manera a poder enfrentar y sacar provecho de las circunstancias negativas, así como de la adquisición de conocimientos nuevos que no se esperaba obtener en un comienzo del internado, como por ejemplo el manejo de pacientes covid, o con secuela post covid.

Se finaliza concluyendo que ante las limitaciones se pudo lograr con éxito la culminación del internado médico.

RECOMENDACIONES

Esta promoción de internos de medicina fue la primera en padecer no solo el inicio de la pandemia, el cual fue un periodo de incertidumbre, sino también los estragos que está dejando la evolución de esta, lo cual marca un punto importante para la toma de decisiones para un mejor desarrollo del internado.

Que las experiencias tanto positivas como negativas durante este periodo hagan que se realice un mejor plan para las siguientes promociones de internos de medicina y así como bien común tener una mejor formación y preparación de los futuros médicos, porque gracias a la realización adecuada de estas prácticas es que se adquieren los conocimientos básicos prácticos para el serums.

FUENTES DE INFORMACION

1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. <https://www.hndac.gob.pe/>
2. Proyecto de ley 6969/2020-CR. Ley que crea el régimen especial que regula la modalidad formativa de las practicas pre-profesionales de internado en ciencias de la salud. Congreso de la República del Perú, 19 de enero del 2021.
https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL06969-20210119.
3. Resolución Ministerial 622-2020/MINSA. 14 de agosto del 2020. <https://cdn.www.gob.pe/>
4. Silabo Cirugía General adaptado- Internado2020. Universidad San Martin de Porres.
5. Silabo Medicina Interna adaptado- Internado2020. Universidad San Martin de Porres.
6. Silabo Gineco-Obstetricia adaptado- Internado2020. Universidad San Martin de Porres.
7. Silabo Pediatría adaptado- Internado2020. Universidad San Martin de Porres.
8. Hospitalización - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. <https://www.hndac.gob.pe/hospitalizaci%C3%B3n.html>

9. Quirúrgicos/Partos - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. <https://www.hndac.gob.pe/quir%C3%BArgicos-partos.html>
10. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021].
11. https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
12. Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda%20manejo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H9
13. Perianal and perirectal abscess - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. https://www.uptodate.com/contents/perianal-and-perirectal-abscess?search=absceso%20perianal&source=search_result&selectedTitle=1~64&usage_type=default&display_rank=1#H5517444
14. Varilla Rodriguez J. Guía de Práctica Clínica Apendicitis Aguda del HNDAC. [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-cirug%C3%ADa.html>
15. Gomez Arenas D. Guía de Práctica Clínica Hernia inguinal complicada en adultos del HNDAC. [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-cirug%C3%ADa.html>
16. Lactational mastitis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/lactational-mastitis?search=mastitis%20puerperal&source=search_result&selectedTitle=1~99&usage_type=default&display_rank=1

17. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarking%20ectopic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
18. https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
19. Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda%20manejo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H9
20. Perianal and perirectal abscess - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. https://www.uptodate.com/contents/perianal-and-perirectal-abscess?search=absceso%20perianal&source=search_result&selectedTitle=1~64&usage_type=default&display_rank=1#H5517444
21. Varilla Rodriguez J. Guía de Práctica Clínica Apendicitis Aguda del HNDAC. [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-cirug%C3%ADa.html>
22. Gomez Arenas D. Guía de Práctica Clínica Hernia inguinal complicada en adultos del HNDAC. [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-cirug%C3%ADa.html>
23. Lactational mastitis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/lactational-mastitis?search=mastitis%20puerperal&source=search_result&selectedTitle=1~99&usage_type=default&display_rank=1

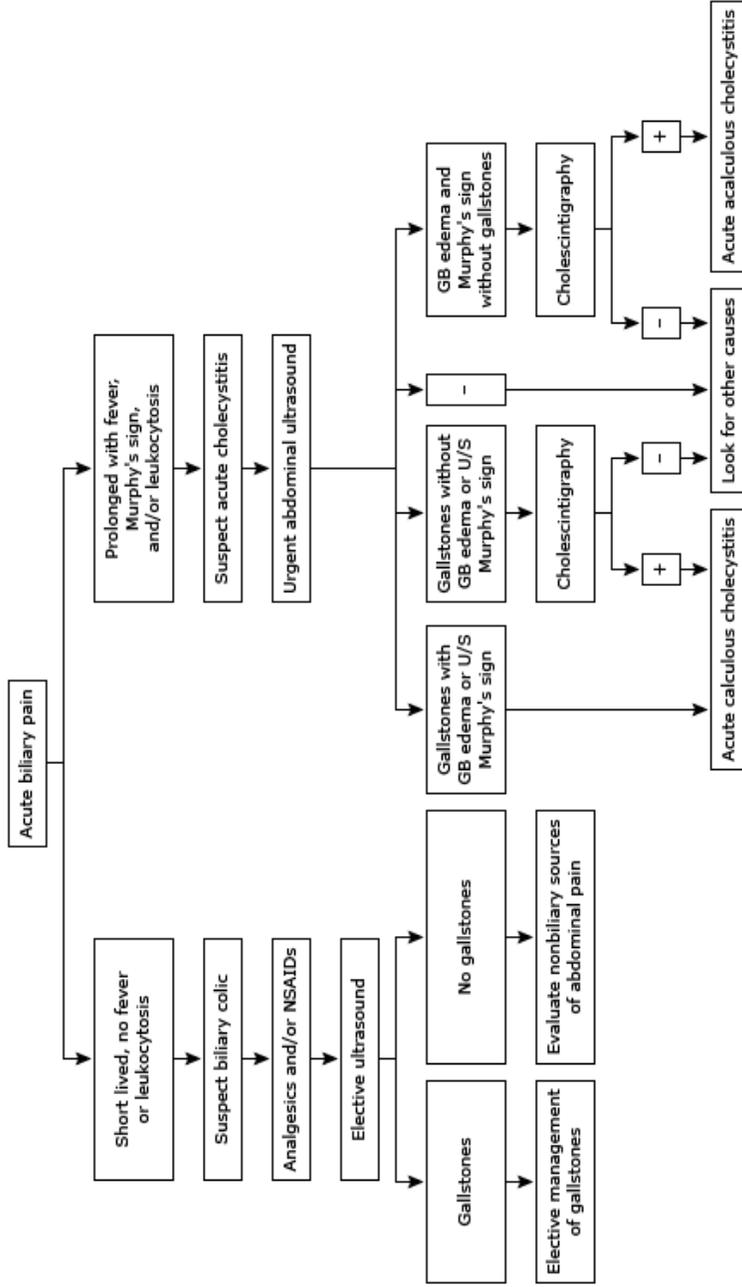
24. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarking%20ectopic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
25. Ectopic pregnancy: Methotrexate therapy - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy?search=embarking%20ectopic&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
26. Rommel L. Guía de Práctica Clínica Hipertensión arterial inducida por la Gestación del HNDAC. [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-gineco-obstetricia.html>
27. Guía de Práctica Clínica Infección del Tracto Urinario del HNDAC. [Internet]. 2021 [cited 18 April 2021];. Available from: <https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-gineco-obstetricia.html>
28. Postnatal diagnosis and management of hemolytic disease of the fetus and newborn - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postnatal-diagnosis-and-management-of-hemolytic-disease-of-the-fetus-and-newborn?search=incompatibilidad%20abo&source=search_result&selectedTitle=1~64&usage_type=default&display_rank=1#H4
29. Gonococcal infection in the newborn - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gonococcal-infection-in-the-newborn?search=conjuntivitis%20gonococica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

30. Cdn.gob.pe. 2021. [Internet] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf> [Accessed 17 April 2021].
31. Cdn.gob.pe. 2021 [Internet]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
32. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
33. Management of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
34. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Treatment - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment?search=ketoacidosis%20diabetic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
35. Hndac.gob.pe. 2021. Departamento de Medicina - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Internet] Disponible en: <<https://www.hndac.gob.pe/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1cticas-cl%C3%ADnicas/departamento-de-medicina.html#>>
36. García Funegra P. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DEL PIE DIABÉTICO [Internet].

Bvs.minsa.gob.pe. 2021 [cited 18 April 2021]. Available from:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3971.pdf>

ANEXOS

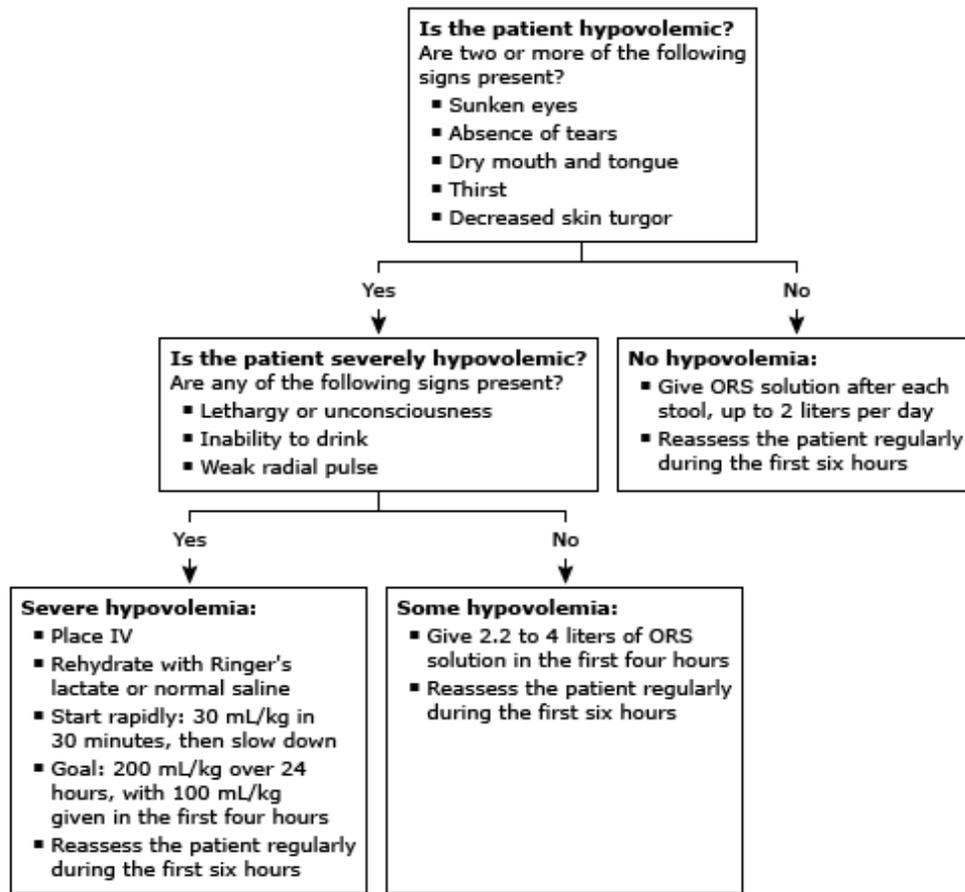
Algorithm for the diagnosis of acute cholecystitis



GB: gallbladder; NSAIDs: nonsteroidal anti-inflammatory drugs; U/S: ultrasound.

ANEXO N°2

Approach to fluid management in adult with hypovolemia



ORS: oral rehydration salts.

Courtesy of Regina C LaRocque, MD, MPH, and Mark Pietroni, MA, MBBChir, FRCP, DTM&H.

UpToDate®

ANEXO N°3

Definitions for the hypertensive disorders of pregnancy

Gestational hypertension	<ul style="list-style-type: none"> New onset of systolic blood pressure ≥ 140 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg on at least 2 occasions 4 hours apart after 20 weeks of gestation in a previously normotensive woman <p>And:</p> <ul style="list-style-type: none"> No proteinuria No severe features of preeclampsia (thrombocytopenia, renal insufficiency, elevated liver transaminases, pulmonary edema, cerebral or visual symptoms)
Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> New onset of systolic blood pressure ≥ 140 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg on at least 2 occasions at least 4 hours apart after 20 weeks of gestation in a previously normotensive woman or systolic blood pressure ≥ 160 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 110 mmHg confirmed within a short interval (minutes) to facilitate timely antihypertensive therapy <p>And:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proteinuria (≥ 300 mg per 24-hour urine collection [or this amount extrapolated from a timed collection], or protein:creatinine ratio ≥ 0.3, or urine dipstick reading $\geq 1+$ [if other quantitative methods are not available]) <p>Or, in the absence of proteinuria, new-onset hypertension with the new onset of any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> Thrombocytopenia (platelet count $< 100,000/\mu\text{mL}$) Renal insufficiency (serum creatinine of > 1.1 mg/dL [97 micromol/L] or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease) Impaired liver function as indicated by liver transaminase levels at least twice the normal concentration Pulmonary edema Persistent cerebral or visual symptoms
Preeclampsia with severe features	<p>Any of these findings in a patient with preeclampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Systolic blood pressure ≥ 160 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 110 mmHg on 2 occasions at least 4 hours apart while a patient is on bed rest (unless antihypertensive therapy is initiated before this time) Thrombocytopenia (platelet count $< 100,000/\mu\text{mL}$) Impaired liver function as indicated by liver transaminase levels at least twice the normal concentration or severe persistent right upper quadrant or epigastric pain unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses, or both Progressive renal insufficiency (serum creatinine concentration > 1.1 mg/dL [97 micromol/L] or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease) Pulmonary edema Persistent cerebral or visual disturbances
Eclampsia	<ul style="list-style-type: none"> In a patient with preeclampsia, generalized seizures that cannot be attributed to other causes
HELLP syndrome	<ul style="list-style-type: none"> Presence of HELLP syndrome in a pregnant woman; hypertension may be present (HELLP in such cases is often considered a variant of preeclampsia)
Chronic (preexisting) hypertension	<ul style="list-style-type: none"> Hypertension diagnosed or present before pregnancy or before 20 weeks of gestation. Hypertension that is first diagnosed during pregnancy and persists at least 12 weeks post-delivery is also considered chronic hypertension. <ul style="list-style-type: none"> The blood pressure criteria are systolic blood pressure ≥ 140 mmHg, diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg, or both. Ideally, this diagnosis is based on at least 2 elevated blood pressure measurements taken at least 4 hours apart. In the setting of severe hypertension, the diagnosis can be confirmed in a shorter interval to facilitate timely treatment.
Chronic hypertension with superimposed preeclampsia*	<p>Any of these findings in a patient with chronic hypertension:</p> <ul style="list-style-type: none"> A sudden increase in blood pressure that was previously well-controlled or an escalation of antihypertensive therapy to control blood pressure New onset of proteinuria or sudden increase in proteinuria in a patient with known proteinuria before or early in pregnancy
Chronic hypertension with superimposed preeclampsia with severe features	<p>Any of these findings in a patient with chronic hypertension and superimposed preeclampsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Systolic blood pressure ≥ 160 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 110 mmHg despite escalation of antihypertensive therapy Thrombocytopenia (platelet count $< 100,000/\mu\text{mL}$) Impaired liver function as indicated by liver transaminase levels at least twice the normal concentration or severe persistent right upper quadrant or epigastric pain unresponsive to medication and not accounted for by alternative diagnoses, or both New-onset or worsening renal insufficiency Pulmonary edema Persistent cerebral or visual disturbances

HELLP: hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets.

* Precise diagnosis is often challenging. High clinical suspicion is warranted given the increase in maternal and fetal-neonatal risks associated with superimposed preeclampsia.

Courtesy of Arun Jeyabalan, MD, MSCR, and Jacob Larkin, MD.

UpToDate®

ANEXO N°4

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DGO-010
	Hipertensión Arterial inducida por la Gestación Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 002
		Página 13 de 17

6.6. FLUJOGRAMA

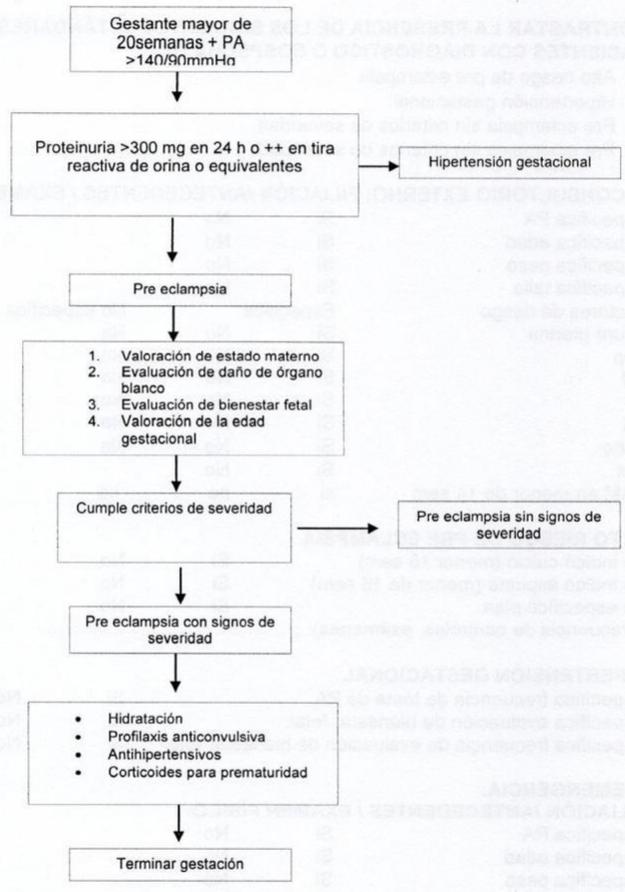

 F. DEL AGUILA Q.

 M. CARRASCO R.

 J. RUIZ R.

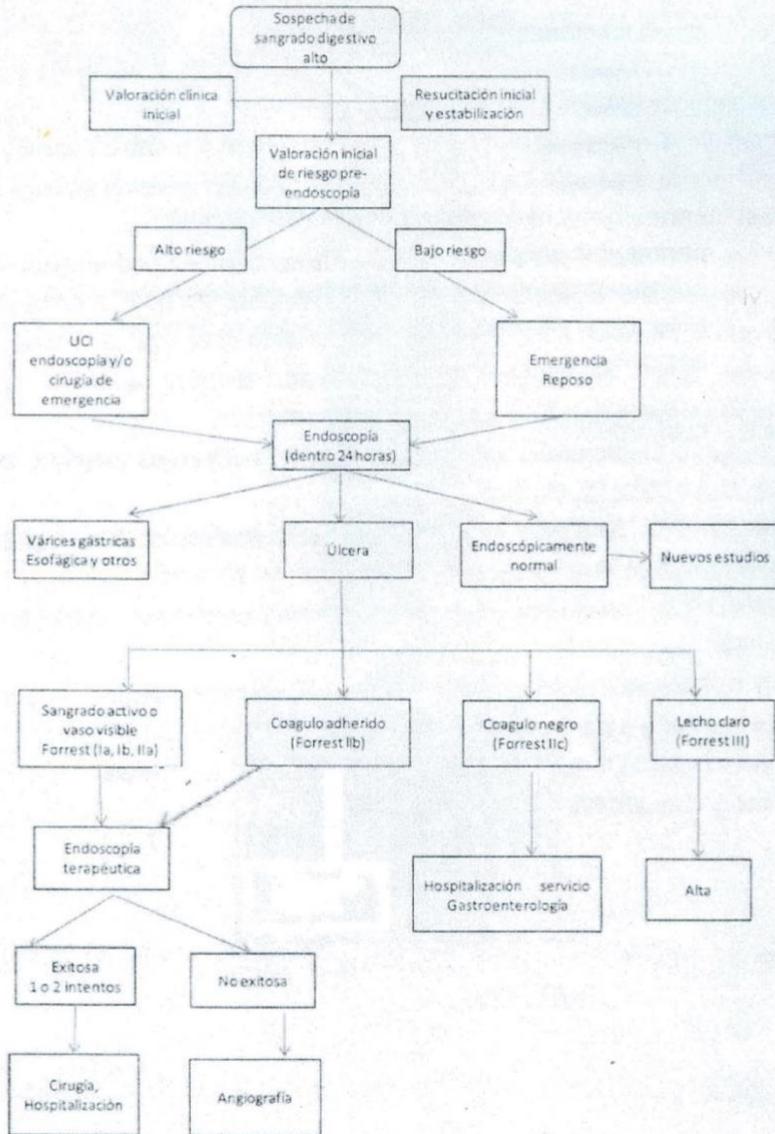
 S. VECINO Z.





ANEXO N°5

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 14 de 15



-  E. DEL AGUILA G.
-  S. GARCIA G.
-  J. RUIZ R.
- 