



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS HOSPITALES SAN  
BARTOLOMÉ Y CASIMIRO ULLOA ENTRE LOS MESES ENERO DEL 2020 Y  
ABRIL DEL 2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO  
PRESENTADA POR  
MARIELLA TERESA NOVOA PICÓN

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

LIMA, PERÚ  
2021



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

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

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



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS HOSPITALES  
SAN BARTOLOMÉ Y CASIMIRO ULLOA ENTRE LOS MESES  
ENERO DEL 2020 Y ABRIL DEL 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
MARIELLA TERESA NOVOA PICÓN**

**ASESOR  
MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Miembro:** M.E. Guigliana Ayllón Bulnes

**Miembro:** M.E. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

**Miembro:** Mg. Hugo Rojas Olivera

## DEDICATORIA

A mi mamá Teresa,

A mi hermana Gabriela,

A Cristian,

Y a mis abuelos María Teresa y César

Porque con el apoyo incondicional de cada uno de ellos, la fuerza y motivación que me dieron en cada paso pude seguir el rumbo y dirección que necesité en cada instante para lograr la meta. Es a ellos a quienes dedico cada pequeño y gran paso que doy, porque me han dado el privilegio de compartir mis alegrías y debilidades a lo largo de toda mi carrera y vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis docentes por sus enseñanzas y lecciones de vida,

A mis residentes por su compañía directa, momentos y lecciones

A mis cointernos por ser parte de esta hermosa etapa de nuestras carreras.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
<b>1.1 Ginecología y Obstetricia</b>	2
<b>1.1.1 Caso A: Preeclampsia</b>	2
<b>1.1.2 Caso B: Rotura prematura de membranas (RPM)</b>	3
<b>1.2 Pediatría y Neonatología</b>	4
<b>1.2.1 Caso A: Infección urinaria</b>	4
<b>1.2.2 Caso B: Diarrea aguda infecciosa</b>	5
<b>1.3 Medicina Interna</b>	6
<b>1.3.1 Caso A: Pancreatitis aguda</b>	6
<b>1.3.2 Caso B: Cetoacidosis diabética</b>	8
<b>1.4 Cirugía General</b>	9
<b>1.4.1 Caso A: Biliperitoneo</b>	9
<b>1.4.2 Caso B: Absceso hepático</b>	10
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	13
<b>2.1 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé</b>	13
<b>2.2 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa</b>	15
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	17
<b>3.1 Ginecología y Obstetricia</b>	18
<b>3.2 Pediatría y Neonatología</b>	19
<b>3.3 Medicina Interna</b>	22
<b>3.4 Cirugía General</b>	24
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	26
<b>CONCLUSIONES</b>	29
<b>RECOMENDACIONES</b>	30
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	31
<b>ANEXOS</b>	33
<b>1. Organigrama estructural Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé</b>	34
<b>2. Organigrama estructural Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa</b>	35

## RESUMEN

El presente trabajo se elaboró con el objetivo de analizar e identificar los más grandes aprendizajes a lo largo del internado médico en condiciones previas a la pandemia del coronavirus y, luego, en condiciones de pandemia. Se presenta además una breve descripción de ambas instituciones hospitalarias en las que la autora realizó sus prácticas. Se presentan ocho casos ejemplo en total de las cuatro rotaciones, con su respectivo análisis basado en la literatura y su aplicación práctica. El internado, aunque limitado en algunos aspectos, ha permitido la adquisición de conocimientos tanto teóricos como prácticos y ha significado un reto con impacto positivo para los estudiantes del último año de la carrera de medicina.

**Palabras clave:** internado médico, pandemia, rotaciones hospitalarias



## ABSTRACT

The current work was elaborated with the objective of analyzing and identifying the greatest learnings throughout the medical internship in conditions prior to the coronavirus pandemic and, later, in pandemic conditions. A brief description of both hospital institutions where the author interned is also presented. A total of eight case examples from the four rotations are presented, with their respective literature-based analysis and practical application. The internship, although limited in some aspects, has allowed the acquisition of both theoretical and practical knowledge and has meant a challenge with a positive impact for students in their last year of medical school.

**Keywords:** medical internship, pandemic, hospital rotations

## **INTRODUCCIÓN**

El actual trabajo representa la labor como interna de medicina realizada en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé (HONADOMANI SB) y el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU) entre los años 2020 y 2021. El primero se encuentra categorizado como un III-1 (1), por ser un hospital docente y materno infantil; y el segundo en categoría III-E (2), especializado en emergencias y urgencias.

En diciembre del año 2019 se recibieron las inducciones correspondientes de cada hospital de manera presencial, donde se indicaron las normas, tareas, horarios y funciones del interno de medicina, así como medidas importantes de bioseguridad para laborar dentro de las instalaciones y, con ello, favorecer al cumplimiento de las medidas sanitarias. Culminadas las jornadas de inducción se dio inicio oficial a las actividades el 1ero de enero del año 2020.

Fue en la quincena de marzo del 2020 que se declaró a nuestro país en Estado de Emergencia e inició la cuarentena obligatoria por la llegada del nuevo virus COVID-19. Una de las tantas medidas tomadas a nivel nacional fue la suspensión temporal de actividades académicas y, dentro de ellas, las actividades de los internos de medicina. Con este nuevo panorama no existía ni se estimaba la fecha de retorno a las prácticas profesionales presenciales. A falta

de labores presenciales y en búsqueda de una nueva forma de trabajo ganó protagonismo la modalidad del aprendizaje virtual (3).

Entretanto se programaron clases en línea según el orden de rotaciones programadas a inicios del año 2020. No obstante, urgía continuar y culminar el internado médico para dar paso a las siguientes promociones a continuar con el cronograma usual. Dada la imposibilidad de aglomeraciones, el distanciamiento social y el colapso de los hospitales en su mayoría, se programaron las rotaciones en centros de salud (primer nivel de atención) y sólo en algunos hospitales que aceptaran el retorno de internos.

Con esta nueva realidad se retomaron actividades paulatinamente desde octubre-diciembre del 2020. Esta nueva modalidad de internado médico generó un impacto desigual en todos, dado que era la primera vez que se optaba por realizar las rotaciones en un primer nivel de atención de salud. Con ello, se ha hecho una presentación, descripción y fundamentación de las actividades más resaltantes del internado médico en el siguiente orden: Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Medicina Interna y Cirugía general.

El objetivo de este trabajo es determinar los aprendizajes logrados de un internado en medicina en un contexto diferente. A partir de las medidas tomadas por la pandemia la intención es brindar un alcance objetivo de lo que desde un inicio significó un reto y es ahora una realidad que puede representar su permanencia en el tiempo.

La formación profesional de un médico implica y necesita una serie de conocimientos y competencias que se forjan y reafirman en la práctica (4). La llegada de un nuevo virus y sus efectos desconocidos nos pusieron en un escenario de temor e incertidumbre, pero no era una opción dejar de lado este mecanismo de aprendizaje y práctica. Se relata y contrasta en este trabajo el desarrollo de un internado médico en condiciones pre pandémicas y de otro en situación de pandemia, donde uno de sus mayores impactos ha sido la limitación en el contacto y acercamiento físico que se solía tener sin temor.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico (correspondiente al 7mo año de la carrera de Medicina Humana en el Perú) simula a las conocidas prácticas pre profesionales de las distintas carreras existentes (4). Si bien desde el cuarto año de la carrera los estudiantes de medicina comienzan a tener contacto con los pacientes en las rotaciones hospitalarias, es en el último año donde se pasa la mayor parte del día en las instalaciones. Permanecer más tiempo y en contacto directo con los pacientes y, por tanto, conociendo a profundidad las patologías que padecen, perfila los conocimientos teóricos que se han obtenido a lo largo de los 3 primeros años de estudios en ciencias básicas y 3 años siguientes de clínicas.

Este último año es el más esperado y anhelado por muchos estudiantes pues define las inclinaciones individuales por alguna especialidad médica en particular. Los 12 meses de internado médico son divididos en los cuatro ejes troncales de la medicina humana (Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Medicina Interna y Cirugía General). El estudiante conocerá a profundidad cómo se presenta una patología desde su comienzo, cómo es su evolución, cómo abordarla y manejarla y verá la evolución clínica del paciente hasta su alta hospitalaria. Conjuntamente se estudia y razona cómo deben ser las indicaciones que un médico general debe conocer y manejar para tratar las enfermedades más frecuentes.

Además de patologías frecuentes, también se abordan emergencias y urgencias médicas que pueden presentarse ante un médico general. Llevar a cabo las

entrevistas (o anamnesis), conocer los formatos y su correcto llenado, saber interrogar, la evaluación física, entre otros, son algunas de las labores que le dan la confianza al interno para terminar de pulir sus destrezas.

Otro punto de gran importancia en esta etapa es que, durante los doce meses, los internos son dotados de la posibilidad de cometer sus últimos “errores” como alumnos, dado que siempre son supervisados por un residente o un asistente del hospital. Ambas figuras son las que brindan el mayor respaldo y apoyo a los internos. Por los motivos descritos y lo que significa, el internado médico es una etapa muy relevante en el estudiante de medicina.

A continuación, se presentan dos casos por cada una de las cuatro rotaciones llevadas a lo largo de este tiempo, las cuales son abordadas a modo de caso clínico con sus respectivos aprendizajes.

## **1.1 Ginecología y Obstetricia**

### **1.1.1 Caso A: Preeclampsia**

Una paciente mujer de 32 años de edad acude a emergencia por presentar dinámica uterina (3 contracciones cada 20 minutos).

G1P0, FUR no precisada. Niega molestias. Niega pérdida de líquido, niega pérdida de sangre.

Al tomar funciones vitales se encuentra la PA en 147/90 mmHg., FC 94 lpm, T° 36.5°C, FR 20 rpm, SpO2 98%. Antecedentes personales no relevantes, no RAM.

Al tacto vaginal: Incorporado 90%, Dilatado 1 cm, Membranas íntegras que abomban, altura de presentación C-3, Variedad de posición no precisada. Pelvis ginecoide. Albúmina en orina ++. Peso: 69 kg. Talla: 1.50 m. IMC: 30.6

Los diagnósticos de la paciente:

1. Gestante de 39 5/7 semanas por ecografía precoz
2. Pre eclampsia
3. Trabajo de parto en fase latente

Con ello, la paciente recibes las siguientes indicaciones:

- Hospitalización en centro obstétrico
- Monitoreo materno y fetal
- Control de funciones vitales
- Vía salinizada
- Nifedipino 10 mg V.O si PA  $\geq$  160/110 mmHg
- Vigilar síntomas premonitorios de severidad
- Estimulación de trabajo de parto con oxitocina
- Reevaluación con resultados

Resultados de laboratorio:

- Cr 0.71 mg/dl, BT 0.23 mg/dl, BD 0.16 mg/dl, TGO 44 U/L, Grupo y Factor: O (+), Hb 13.2 gr/dl, TC 5 min, TS 2 min

### **1.1.2 Caso B: Rotura prematura de membranas (RPM)**

Paciente con iniciales LNG de 35 años de edad, G5 P3013, con FUR 3/06/19. Acude a servicio de emergencia refiriendo pérdida de líquido transparente por la vagina hace 12 horas y también de sangre en escasa cantidad. No fue seguida de dinámica uterina.

Dentro de antecedentes familiares, la hermana tuvo un embarazo gemelar. Antecedentes personales sin relevancia. Ganancia ponderal: 8 kg. IMC 24.3

Diagnósticos de ingreso hospitalario:

- Gestación múltiple de 27 6/7 semanas por ecografía precoz (gemelar)
- Amenaza de parto pre término
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo
- Embarazo gemelar
- Alto riesgo obstétrico (ARO) por edad
- d/c RPM ( $\pm$  17 h)

## Antecedentes gineco obstétricos

2003	AT, vaginal, varón, 3860 g, sin complicaciones, Yarinacochas
2005	8 ss, aborto inducido, con legrado uterino
2008	AT, vaginal, varón, 3500 g, sin complicaciones, Pucallpa
2013	AT, vaginal, mujer, 3300 g, sin complicaciones, Pisco
2019	Gestación actual, no planificado.

Intercurrencias durante el embarazo: vulvovaginitis sin recibir tratamiento en agosto 2019, ITU en setiembre 2019, donde recibió tratamiento antibiótico por 7 días (no recuerda el antibiótico).

Afortunadamente la paciente comenzó labor de parto cuando cumplió 35 semanas de gestación y se recibieron a dos recién nacidos de 2.200 y 2.800 gramos respectivamente.

## 1.2 Pediatría y Neonatología

### 1.2.1 Caso A: Infección urinaria

Varón lactante de 3 meses de edad, tiempo de enfermedad de 3 días. Presenta temperatura elevada, irritabilidad, 5 a 6 vómitos lácteos por día y disminución de lactancia. Al examen físico: FC 170 lpm, FR 40 rpm, T 38°C. Peso: 6kg.

Paciente despierto, irritable, ojos hundidos, mucosa oral seca, llenado capilar < 2 segundos, signo de pliegue (-), llanto sin lágrimas.

- ✓ Aparato respiratorio: sin alteraciones;
- ✓ aparato cardiovascular: taquicardia, no soplos.
- ✓ Abdomen: globuloso, blando, depresible, no masas palpables.
- ✓ Exámenes auxiliares → ex de orina: 10 leucocitos/ul. Nitritos: (+), esterasa leucocitaria: (-).

El paciente tiene 3 meses de edad, se encuentra con deshidratación moderada y no se tiene la seguridad de que en casa recibirá el tratamiento adecuado. Con estos datos clínicos y referencias y, dado que el paciente ha presentado vómitos

lácteos, lo que nos indica que no tolera la vía oral, se opta por las siguientes indicaciones de manejo:

- NPO
- Dextrosa 5% 1000 cc
- NaCl 20% 20 cc
- KCl 20% 10 cc
- Ceftriaxona 450 mg EV cada 24 h (lento y diluido post urocultivo). Dosis: 75 mg/kg/día
- Metamizol 120 mg EV PRN T>38°C
- CFV + OSA +BHE

Con este manejo, el paciente es apropiadamente hidratado y recibe la cobertura antibiótica que necesita según la frecuencia de microorganismos causales.

### **1.2.2 Caso B: Diarrea aguda infecciosa**

La diarrea aguda infecciosa es una de las patologías que con más frecuencia se ha visto en esta rotación en el servicio de emergencias pediátricas. Se acercaban pacientes desde los 2 meses hasta los 8 años de edad con mucha frecuencia.

Este caso hace referencia a un paciente de 9 meses de edad, sin antecedentes de importancia. Acude al servicio porque hace 3 días presenta vómitos de 3 veces por día, de contenido lácteo, además de deposiciones líquidas sin moco y sin sangre (de 6 cámaras por día). Habiendo pasado 3 días, persiste la sintomatología de vómitos y diarreas, de las mismas peculiaridades.

En el servicio de emergencia se inicia tolerancia oral al paciente con suero oral, y al observarlo luego de 1 hora, madre refiere que menor realizó 2 deposiciones líquidas y 2 vómitos.

Al examen físico se observa:

- FC 148 lpm, FR 35 rpm, T° 36.7°C, peso de 10 kg. Se encuentra despierto, activo, ojos ligeramente hundidos, boca y lengua secas, no orina hace 5 horas.



- Aparato respiratorio sin alteraciones y aparato cardiovascular: taquicardia. Abdomen con RHA incrementados, blando, depresible.

La medida principal en pacientes con DAI es la correcta hidratación. Con ello, se dieron las siguientes indicaciones:

- NPO
- Dextrosa 5% 1000cc
- NaCl 20% 40 cc
- KCl 20% 10 cc
- Reevaluar en 1 hora
- Balance hídrico estricto
- CFV + OSA

No fue necesaria la hospitalización del paciente, pero sí su estadía en el servicio de emergencia de manera ambulatoria mientras recibía hidratación endovenosa en sus primeras 4 horas, respondiendo bien desde la reevaluación que se llevó a cabo en la primera hora.

### **1.3 Medicina Interna**

#### **1.3.1 Caso A: Pancreatitis aguda**

Paciente varón de 41 años con un tiempo de enfermedad de 1 día. Acude a emergencia presentando dolor abdominal en epigastrio y hemiabdomen inferior que irradia a espalda desde hace 1 semana, en faja, además de náuseas y vómitos.

Antecedentes patológicos: litiasis vesicular y gastritis. COVID 25/01/2021

Antecedentes familiares: hermana con LES

Ex. Físico: abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio. Mc Burney (-) Murphy (+).

Diagnóstico de emergencia:

- ✓ Sd doloroso abdominal: d/c pancreatitis aguda

Exámenes auxiliares:

- ✓ Eco: Litiasis vesicular sin cambios inflamatorios agudos
- ✓ Covid19 prueba rápida → IgM no reactivo; IgG reactivo
- ✓ Amilasa 2.284(28- 110); Lipasa 4550(23-300)
- ✓ Creatinina 0.49(0.50-1.20)
- ✓ BT 0.74(0.3-1.2); BD 0.16(0.0-0.03); BI 0.58(0.0-1.1)
- ✓ Ca 7.50(8.5-10.5)
- ✓ DHL 335(120-246)
- ✓ Na 142(135-155)
- ✓ K 3.9(3.5-5.5)
- ✓ Cl 111(98-106)
- ✓ FA 109 (38-126); TGO 236 (0-45); TGP 266 (0-41); Urea 14 (15-45)

Indicaciones:

- ✓ Metamizol 1g EV
- ✓ Hioscina 20mg EV
- ✓ Dimenhidrinato 50mg STAT
- ✓ NaCl 0.9% 100 cc

Al confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda se dieron las siguientes indicaciones:

- NPO
- NaCl 0.9% → I, II, III y IV
- Tramadol 100 mg EV c/8h
- Dimenhidrinato 50 mg EV c/8h
- Omeprazol 40 mg 100 cc lento EV c/24 h
- Metamizol 1 g EV PRN a T°>38°C

Se inició tolerancia oral al 3er día de hospitalización, respondió adecuadamente. El paciente tuvo una evolución clínica favorable, cursó sin dolor desde el 2do día de hospitalizado, no presentó náuseas ni vómitos, sus pruebas laboratoriales mejoraron.

### **1.3.2 Caso B: Cetoacidosis diabética**

Paciente varón de 65 años de edad, acude al servicio de emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días refiriendo polidipsia, poliuria, polifagia, se siente fatigado y con dolor abdominal difuso. Refiere que siente su ropa más suelta, pero no se ha pesado en el último mes.

Antecedentes patológicos: DM tipo 2 controlada. Fumador de larga data. Obeso (IMC 32 kg/m<sup>2</sup>), hipertenso controlado.

Antecedentes familiares: abuelo falleció por cáncer de páncreas.

Al examen físico:

- Piel icterica, seca.
- Abdomen: dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, no signos peritoneales.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma sin alteraciones
- Glucosa 530 mg/dl
- BT: 3.3 mg/dl a predominio de bilirrubina directa
- TGO: 98 U/L. TGP: 205 U/L
- Electrolitos: normales
- AGA: pH 7.32, pCO<sub>2</sub> 40 mmHg, HCO<sub>3</sub> 16 mmol/l.
- Glucosa en orina +++, cuerpos cetónicos ++++
- Rx tórax: sin hallazgos patológicos

Al realizarle una TAC de abdomen se encontró lesión pancreática, por lo que se indicó una CPRE. Se realizó punción con aguja fina y se diagnosticó adenocarcinoma pancreático.

## **1.4 Cirugía General**

En esta sección de la rotación de cirugía general se muestran dos casos poco comunes, pero que fueron muy estudiados y tratados cuidadosamente. Fueron dos pacientes que permanecieron varios días hospitalizados y cuya evolución clínica, afortunadamente, fue favorable.

Si bien se observaron casos de patologías frecuentes como apendicectomía laparoscópica, hernioplastía, considero oportuno colocar dos casos que permitieron aprender más allá de lo que se suele observar y, además, lo que permitió notar la evolución de los pacientes, dado que el primero fue intervenido en otra institución previamente y el segundo, aparentemente, no tenía antecedentes de importancia para presentar un absceso hepático.

### **1.4.1 Caso A: Biliperitoneo**

Paciente varón con las iniciales CCB de 49 años de edad. Fecha de ingreso el 6 de abril de 2021.

Paciente acude el 6 de abril a servicio de emergencia refiriendo que 10 días antes del ingreso fue sometido a una colecistectomía laparoscópica y que, posterior al retiro de dren en su centro quirúrgico (2 días antes del ingreso), persistía con dolor abdominal intenso, por lo que decidió recurrir al HEJCU. No presentó en ningún momento sensación de alza térmica, náuseas ni vómitos.

Al examen físico el abdomen se encontraba blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho y hemiabdomen inferior. No signos peritoneales.

Exámenes auxiliares al ingreso:

- Leucocitos en 12000, plaquetas 453 000, bilirrubina total 1.17, bilirrubina directa 0.19, bilirrubina indirecta 0.98, fosfatasa alcalina normal.
- Ecografía: se observa líquido en ambos recesos parietocólicos a predominio derecho y a nivel del receso pélvico (cuantificado en 500 cc). Hallazgos sugestivos de bilioma.
- TAC tórax (protocolar por COVID-19): leve efusión pleural bilateral con atelectasias laminares subsegmentarias.

- Prueba antigénica COVID-19: no reactiva

En los hallazgos operatorios se encuentran múltiples adherencias en todo el abdomen epiplo peritoneales, con bilis libre en los 4 cuadrantes. Volumen de 1000cc, peritonitis general biliar. Se colocaron tres drenes penrose: fondo de saco recto vesical, flanco derecho y celda esplénica.

Indicaciones post operatorias:

- NPO
- Dextrosa 5% 1000cc
- NaCl 20% 2 ampollas
- Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 h
- Clindamicina
- Omeprazol 40 mg EV c/24 h
- Metoclopramida 10 mg EV c/8h
- Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a náuseas o vómitos
- Tramadol 100 mg SC c/12 h
- Deambulaci3n
- CFV

El paciente curs3 afebril, hemodin3micamente estable, deambulaba, eliminaba flatos y fue dado de alta al 5to d3a, con escasa secreci3n por los drenes y solo qued3 con el dren de flanco derecho, a ser controlado por t3pico de cirug3a 3 d3as despu3s.

#### **1.4.2 Caso B: Absceso hep3tico**

Paciente var3n de 56 a3os con las iniciales LOB. Acude a servicio de emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 d3as con dolor en hemiabdomen superior persistente. Ampliando la anamnesis, mencionaba que el domingo 4 de abril consumi3 alimentos de contenido grasoso en cantidad, y al cabo de 3 horas inici3 el dolor abdominal. No fiebre, no náuseas, no v3mitos. No antecedentes cl3nicos de importancia, no antecedentes quir3rgicos.

Al examen f3sico al abdomen era blando y depresible, doloroso a la palpaci3n en hemiabdomen superior, a predominio de hipocondrio derecho (HCD). No signos peritoneales.

Exámenes auxiliares:

- Leucocitos 19.33, bastonados 4%, segmentados 82%, Hb 13.2 g/dl, Hto 38.8%
- BT: 0.86 mg/dL; BI: 0.5 mg/dL; FA: 130 U/l; GGTP:70 U/l; TGO: 40 U/l; TGP: 60 U/l
- VIH prueba rápida: no reactivo
- HBsAg: no reactivo
- RPR: negativo
- Grupo sanguíneo/Rh: O +
- Ecografía abdominal: litiasis vesicular sin signos inflamatorios agudos. Colección subhepática en lóbulo hepático derecho de 119-50 mm.
- Tac tórax (protocolar para descarte de COVID-19): leve efusión pleural derecha. Atelectasias laminares subsegmentarias en ambas bases.
- Prueba antigénica COVID-19: no reactiva

Hallazgos operatorios: adherencias múltiples de epiplón a pared abdominal y a parénquima hepático. Absceso subdiafragmático derecho de 12x8 cm conteniendo secreción purulenta de 700 cc.

Se realizó una laparoscopia diagnóstica, adhesiolisis, biopsia de la pared del absceso y colocación de dren Jackson Pratt por el absceso hepático. Las indicaciones al día de operado fueron las siguientes:

- Dieta completa + LAV
- Vía salinizada
- Ciprofloxacino 400 mg EV c/12h
- Metronidazol 500 mg EV c/8h
- Metoclopramida 10 mg EV c/8h
- Dimenhidrinato 50 mg EV c/8h
- Omeprazol 40 mg EV c/24
- Metamizol 1.5 g EV c/8h
- Deambulacion
- CFV

El paciente evolucionó favorablemente, cursó afebril, deambuló desde el primer día post operatorio, fue dado de alta con el dren de Jackson Pratt que, internamente, se encontraba ubicado en lecho vesicular.

Se ha colocado 8 de los casos que más han significado a lo largo de las rotaciones, ya que permitieron integrar múltiples conocimientos, así como la participación activa en cada uno de ellos. Fue una oportunidad especial conversar con cada uno de los pacientes y aportar un poco en la mejoría durante su estadía en los hospitales. Es satisfactorio tener conocimientos teóricos y prácticos, pero es aún más satisfactorio aprender de lo que los pacientes tienen por enseñarnos. Nos enseñan a tener paciencia, a querer mejorar cada día, a valorar la salud, a comunicarnos, entre otras enseñanzas que serán mejor planteadas en los siguientes párrafos.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

Una de los más grandes impactos a nivel de internado médico ha sido el flujo de pacientes, el cual se ha visto reducido por la repartición de pacientes sospechosos de COVID-19 y aquellos que no lo eran en es diferentes del hospital. Ello imposibilitó totalmente que veamos casos de neumología.

Se comenzará con la primera institución en la que fueron realizadas las dos primeras rotaciones de internado médico.

### **2.1 Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé**

El HONADOMANI se encuentra categorizado como un centro III-1 al ser un hospital docente y materno infantil. Se encuentra ubicado en el distrito de Cercado de Lima. El centro hospitalario se rige por el lema de ser un hospital reconocido a nivel nacional por brindar atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer, así como a la salud fetal, neonatal, del lactante, niño y adolescente, siendo el líder de los hospitales de alta complejidad del sector de salud, por contar con todos los estándares de atención requeridos (1).

Se cuenta con las siguientes competencias (ver anexo 1)

- Departamento de ginecología y obstetricia
- Departamento de pediatría

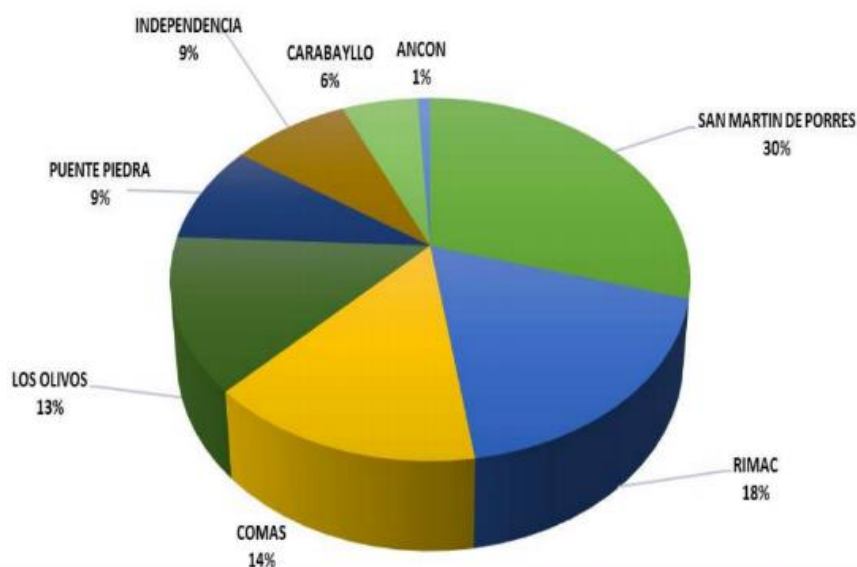


- Departamento de cirugía pediátrica
- Departamento de odontoestomatología
- Departamento de emergencia y cuidados críticos
- Departamento de anestesiología y centro quirúrgico
- Departamento de apoyo al tratamiento
- Departamento de ayuda al diagnóstico
- Departamento de enfermería

El hospital cuenta con atención de 24 horas los 7 días de la semana de emergencia pediátrica y ginecológica. Los casos que no pueden ser atendidos o que necesitan estudios adicionales con los que no cuenta el HONADOMANI son referidos o interconsultados al Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y el Hospital Nacional 2 de mayo. Dichos servicios son requeridos, en muchas ocasiones, para algunas pruebas auxiliares con las que no cuenta el hospital como, por ejemplo, la CPRE. En un par de oportunidades se vio necesario referir a gestantes con riesgo de parto prematuro por no contar, en ese instante, con una incubadora que pudiera necesitar el recién nacido.

La densidad poblacional para el año 2018 era de 13,446 habitantes por km<sup>2</sup>. El 92.11% de pacientes atendidos son procedentes de Lima, un 3.68% del Callao y el 4.21% de los demás departamentos del Perú. El distrito con más atenciones fue San Martín de Porres con un 30% (1).

**Figura N°1: Distritos atendidos en el Hospital San Bartolomé durante el año 2018**



Afortunadamente en la rotación de ginecología y obstetricia tuvimos la oportunidad de atender partos, asistir en cesáreas, realizar tactos vaginales, evaluación física completa sin temor al contagio, ingreso a sala de operaciones, asistir en legrados uterinos, entre otros. En la rotación de Pediatría y Neonatología fue un poco más limitado pues ya nos encontrábamos en medio de la pandemia. El servicio de emergencias pediátricas tuvo la necesidad de dividirse en “servicio de emergencias pediátricas respiratoria” y una “no respiratoria”. Por este motivo tampoco fue posible atender casos de neumología pediátrica.

## **2.2 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa**

Hospital de categoría III-E, por ser especializado en urgencias y emergencias. Ubicado en el distrito de Miraflores. La visión del hospital es ser líderes del sistema de atención de urgencias y emergencias a nivel nacional, promoviendo la docencia e investigación, empleando tecnología de punta, innovadora y comprometida (2). Cuenta con los siguientes departamentos de atención médica:

- Departamento de Medicina (más servicio de cuidados críticos)
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Traumatología
- Departamento de Neurocirugía
- Departamento de Anestesiología
- Departamento de Enfermería
- Departamento de patología clínica
- Departamento de diagnóstico de imágenes
- Departamento de Farmacia
- Departamento de Servicio Social
- Departamento de Nutrición

El HEJCU atiende pacientes provenientes de los distritos Surco, Barranco, San Juan de Miraflores, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo por ser lo más cercanos; en menor cantidad atiende personas de Surquillo, Miraflores, San Isidro, San Borja, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Callao y

pacientes referidos; con la capacidad para atender 22 distritos. El edificio fue construido sobre un terreno de 1410.00 m<sup>2</sup>, cuenta con 7 pisos y 2 sótanos (2).

Como internos de medicina pudimos elaborar historias clínicas, entrar de manera muy selecta a sala de operaciones, toma de análisis de gases arteriales, y una labor bastante generosa en los servicios de tópico de cirugía y traumatología. Tuvimos la ventaja de atender múltiples traumas que requerían suturas (en algunos casos incluían sutura de segundo plano), curaciones de heridas, colocación de yesos y férulas, entre otros.

### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Durante los siete años de carrera médica hemos necesitado de diversas formas de aprendizaje y, con ello, diferentes métodos. El método científico encabezando la lista, con la observación, inducción, planteamiento de hipótesis, demostración. El método analítico, observación científica, sintáctico, lógico-inductivo, lógico-deductivo y analógico. Todos inician desde los cursos de ciencias básicas (anatomía, fisiología, fisiopatología, histología, embriología, patología, farmacología, salud pública, bioestadística, terapéutica, etc.) hasta los cursos de clínicas (medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología y obstetricia, con las especialidades y subespecialidades con las que cuenta cada una de ellas).

Muy importante ha sido el desarrollo de habilidades blandas y de valores humanos para ser empáticos con los pacientes y comprender su estado de enfermedad. El curso de bioética y deontología médica aportó en nuestro desarrollo de capacidades analíticas y humanas. Desde el primer año de carrera hemos utilizado guías de práctica clínica, normas técnicas, revistas, artículos, libros y fuentes actualizadas para permanecer en constante estudio.

Hemos adquirido competencias básicas, específicas y esenciales.

- Competencias básicas: las diversas materias nos han brindado la capacidad de expresarnos de manera correcta tanto escrita como verbalmente, y dominar las patologías base de la carrera de medicina humana.

- Competencias específicas: también llamadas especializadas. Son aquellas que hemos adquirido en el campo de práctica hospitalaria, formación académica, y experiencia con la observación y práctica.
- Competencias esenciales: capacidad de liderazgo, comunicación, responsabilidad y conductas que aporten al crecimiento y desarrollo de nosotros como profesionales del área de la salud (4).

Ha sido indispensable la capacidad de análisis en casos en los cuales la teoría no es igual a la práctica. En las siguientes líneas el análisis de cada uno de ellos.

### **3.1 Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso ejemplo 1: Preeclampsia**

Se trata de un caso de preeclampsia (PE), que cumple con los criterios de definición: Presión sistólica  $\geq 140$  o presión diastólica  $\geq 90$  en dos ocasiones separadas de 4 horas, en una mujer  $> 20$  semanas de gestación con una PA previa normal (5). Factores de riesgo: nuliparidad e IMC  $> 30$ . La paciente no presentó en ningún momento signos premonitorios indicadores de severidad. Se estimuló el parto con Oxitocina.

El aprendizaje en este caso es el manejo inicial de una paciente con el diagnóstico clínico y laboratorio de PE. Toda gestante debe ser evaluada de manera integral y ello implica también la toma de funciones vitales. En una paciente con PE, los dos principales objetivos son el manejo de la PA y la prevención de convulsiones. En una gestante a término, como es el caso, se debe culminar la gestación. No está indicado el sulfato de magnesio en gestantes con preeclampsia SIN signos de severidad (5). Se culminó la gestación por vía vaginal, sin complicaciones.

## **Caso ejemplo 2: Rotura prematura de membranas (RPM)**

El diagnóstico de la RPM se confirma con la visualización del paso de líquido amniótico por el canal cervical (6). No es recomendable el tacto vaginal ni la especuloscopia dado el alto riesgo de contaminación adicional. Es recomendable realizar una prueba básica de pH de flujo vaginal y el Test de Fern o de cristalización para visualizar el signo de arborización del fluido vaginal seco (este es visualizado en microscopio) (6).

El manejo en una gestación pre término, según la clasificación de la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) (6), es: manejo expectante, antibióticos recomendados para prolongar la latencia si no hay contraindicaciones, dosis de corticoesteroides para maduración pulmonar del feto, profilaxis de SGB (streptococo del grupo B) según indicación.

En gestantes pre término (< 34 0/7 semanas) se recomienda la combinación antibiótica de Ampicilina y Eritromicina por 7 días con el fin de reducir las infecciones maternas y neonatales (7) y, posteriormente, Amoxicilina y Eritromicina vía oral durante el manejo expectante. Asimismo, se recomienda aplicar un curso de corticoesteroides para gestantes entre las 24 0/7 y 34 0/7 semanas. Si se tratara del caso de una gestante mayor de 34 semanas, se decide terminar la gestación por la mejor vía (8).

## **3.2 Pediatría y Neonatología**

### **Caso ejemplo 1: Infección urinaria**

Se trató del caso de un paciente con deshidratación moderada e infección urinaria alta o pielonefritis. Esta se caracteriza por tener, dentro de los signos, fiebre. En algunos casos la fiebre es de origen desconocido, pero se debe sospechar una ITU. La ITU alta hace referencia al daño del parénquima renal histológicamente. Uno de los principales factores de riesgo a considerar es que se trata del caso de un varón, cuya prevalencia de ITU antes del año de vida es del 1%, contrastado con un 3% en las mujeres (9). Es muy probable que el niño

no se encuentre circuncidado, lo que incrementa su prevalencia hasta un 20.1% (10) cuando se acompaña de fiebre.

Se conoce que el microorganismo más frecuente es la *Escherichia Coli* (hasta el 90% de casos) y, por ende, el manejo debe ser dirigido a este agente causal. Para el diagnóstico, es muy útil un despistaje inicial con tiras reactivas o sedimento de orina (11), sin olvidar que se precisa de un urocultivo siempre antes de iniciar el manejo antibiótico.

Siendo la prueba de tira reactiva muy utilizada como despiste inicial, se presenta la siguiente tabla (11):

**Tabla N°1: Hallazgos en la tira reactiva y actitud recomendada**

<b>TIRA REACTIVA</b>	<b>SOSPECHA DIAGNÓSTICA</b>
<b>Nitritos y EL (+)</b>	ITU muy probable. Tto con ATB
<b>Nitritos (+) y EL (-)</b>	ITU probable. Tto con ATB
<b>Nitritos (-) y EL (+)</b>	Puede ser ITU o no: manejo basado en el juicio clínico
<b>Nitritos y EL (-)</b>	Prácticamente se excluye ITU. No dar tto ATB

En el caso demostrado, el paciente presenta nitritos (+) y esterasa leucocitaria (-), por lo cual está indicado el tratamiento antibiótico por tratarse de una ITU probable.

Se toma como referencia las siguientes indicaciones para hospitalizar a un paciente (12, 13):

**Tabla N°2: Indicaciones de ingreso hospitalario y antibioticoterapia parenteral**

- Menor de 3 meses
- Afectación del estado general o aspecto séptico
- Inmunosupresión
- Vómitos, deshidratación o mala tolerancia oral
- Uropatía obstructiva y/o RVU, solo los de alto grado
- Imposibilidad de asegurar un seguimiento correcto
- Fracaso de tratamiento oral (persistencia de fiebre o afectación del estado general tras 48 horas de tratamiento correcto)

El paciente tiene 3 meses de edad, se encuentra con deshidratación moderada y no se tiene la seguridad de que en casa recibirá el tratamiento adecuado. Con estos datos clínicos y referencias y, dado que el paciente ha presentado vómitos lácteos, lo que nos indica que no tolera la vía oral, se opta por las siguientes indicaciones de manejo:

- NPO
- Dextrosa 5% 1000 cc
- NaCl 20% 20 cc
- KCl 20% 10 cc
- Ceftriaxona 450 mg EV cada 24 h (lento y diluido post urocultivo). Dosis: 75 mg/kg/día
- Metamizol 120 mg EV PRN T>38°C
- CFV + OSA +BHE

### Caso ejemplo 2: Diarrea aguda infecciosa

Para evaluar el grado de deshidratación en pediatría se toma en cuenta una clasificación según los síntomas del paciente. Según ello, es clasificado en “no deshidratación”, “deshidratación leve o moderada” y “deshidratación grave (14, 15). A continuación, se muestra dicha referencia:

**Tabla 3: Evaluación del grado de deshidratación**

<b>SÍNTOMAS</b>	<b>NO DESHIDRATACIÓN (DH)</b>	<b>DH LEVE O MODERADO</b>	<b>DH GRAVE</b>
<b>Pérdida de peso</b>	< 3%	3-8%	>9%
<b>Estado mental</b>	Bien , alerta	Normal, cansado e inquieto, irritable	Apático letárgico, inconsciente
<b>Sed</b>	Normal	Sediento, impaciente por beber	Bebe mal, incapaz de beber
<b>Frecuencia cardíaca</b>	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia, intensidad disminuida



<b>Pulso</b>	Normal	Normal o algo débil	Débil, filiforme, de difícil palpación
<b>Respiración</b>	Normal	Normal o taquipneico	Profunda
<b>Ojos</b>	Normal	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
<b>Lágrimas</b>	Normal	Disminuidas	Ausente
<b>Boca y lengua</b>	Húmedas	Secas	Muy seca
<b>Pliegue cutáneo</b>	Normal	Normal	Retracción lenta (>2 seg)
<b>Llenado capilar</b>	Normal	Normal	Prolongado (>2 seg)
<b>Extremidades</b>	Tibio	Fría	Muy fría
<b>Diuresis</b>	Normal	Disminuida	Mínima o ausente
<b>Presión arterial</b>	Normal	Normal	Normal (límite inferior) o hipotensión

En las diarreas agudas infecciosas acuosas no está indicado el tratamiento antibiótico a menos que sea un menor de 3 meses de edad en quien se sospecha etiología bacteriana, inmunosuprimidos con fiebre, dolor abdominal, diarrea disintérica en quienes se sospeche de *Shigella* y en aquellos que hayan viajado en los últimos meses y tengan una temperatura  $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$  con signos de sepsis. El principal manejo es la hidratación y una vez resuelta la condición de deshidratación, debe mantenerse una adecuada hidratación vía oral (15).

El paciente presenta ojos ligeramente hundidos, diuresis disminuida, taquicardia, taquipnea, boca y lengua secas. Las características de la diarrea fueron sin moco y sin sangre. Con los datos mencionados se trataba de un caso de:

- ✓ Deshidratación moderada
- ✓ Diarrea aguda infecciosa

### 3.3 Medicina Interna

#### Caso ejemplo 1: Pancreatitis aguda

Los ejes del tratamiento de la pancreatitis aguda son:

- Fluidoterapia: debe ser la suficiente para cubrir las necesidades base y las pérdidas al tercer espacio. Tomar en cuenta que las primeras 24 horas de hidratación son vitales, ya que debe reponerse electrolitos, y esta no debe ser menor a 250 ml/h o 3 litros en un día. Tener especial cuidado con ancianos, cardiopatas, pacientes con falla renal, ya que no debe llegarse al extremo de sobrecarga hídrica (16).
- Alimentación: nada por vía oral. Esta debe iniciarse de manera progresiva conforme vaya disminuyendo el dolor, las náuseas o vómitos. Dieta hipograsa.
- Analgesia: se usa Metamizol (2gr EV c/8h) y, si no funciona, Tramadol (100 mg EV c/6-8 h) o Meperidina (50-100 mg EV o SC c/6-8 h) (16)

Adicionalmente debe tomarse en cuenta:

- Antieméticos: Metoclopramida 10-20 mg EV c/6-8 h
- IBP: si hay antecedente de úlcera péptica o pancreatitis grave.
- Antibioticoterapia: no indicados en pancreatitis leve. Indicados en necrosis infectada abscesos o sepsis de origen no pancreático.
- Manejo de alteraciones metabólicas
- CPRE terapéutica: en la pancreatitis grave está indicada de manera urgente en las primeras 24-48 h.

## Caso ejemplo 2: Cetoacidosis diabética

El tratamiento de la CAD, y también de la SHH, se basa en la fluidoterapia, insulina y reposición de potasio (17, 18).

**Tabla N°: Tratamiento de la cetoacidosis diabética y del síndrome hiperglucémico hiperosmolar**

### Fluidoterapia

---

En la 1era hora NaCl 0.9% 1000-1500 ml

Luego NaCl 0.45% a 250-1000 ml/h (si el sodio corregido es bajo, NaCl al 0.9%)

Una vez que la glicemia sea <250-300 mg/dl, solución dextrosa 5% y 0.20-0.45% de NaCl a un ritmo de 150-250 ml/h

---

### Insulina

---

Insulina EV, inicialmente a 0,1 UI/kg/h

Ajustar ritmo en función del cambio de glucemia (descenso deseado de 50-75 mg/dl/h)

Tener en cuenta también la variación e pH, bicarbonato, y 3 beta hidroxibutirato

---

#### **Potasio**

---

Administrar 20-30 mEq de potasio por cada litro de NaCl, salvo que exista oligoanuria o hiperkalemia > 5,5 mEq/l

Ajustar en función de los cambios de potasio sérico para lograr niveles de 4-5 mEq/l

---

#### **Bicarbonato**

---

No administrar si pH > 7,0

Administrar 500 ml de bicarbonato 1/6M en 2-3 h si pH < 6.9

Valorar administrar 250 ml de bicarbonato 1/6M en 2 h si pH 6,9-7,0

Con el hallazgo de carcinoma pancreático encontrado en el paciente, es importante reflexionar sobre la coexistencia de diabetes mellitus y cáncer de páncreas ya que comparten factores de riesgo como la edad avanzada, IMC alto, alimentación rica en grasas, alcoholismo, tabaquismo y pancreatitis crónicas (17).

### **3.4 Cirugía General**

#### **Caso ejemplo 1: Biliperitoneo**

La peritonitis biliar es uno de los riesgos luego de realizar una cirugía abierta y laparoscópica sobre las vías biliares. Resulta relevante tomar en cuenta que cuando un paciente es dado de alta, por lo general continuará días más con cobertura antibiótica hasta completar el tratamiento (19). Si ocurriese una complicación, como en este ejemplo, se camuflaría la clínica de una peritonitis biliar como son las náuseas, distensión y dolor abdominal.

#### **Caso ejemplo 2: Absceso hepático**

Se trata de un paciente sin antecedentes patológicos, sin antecedentes quirúrgicos, sano por historia clínica, no inmunocomprometido. La causa más frecuente de abscesos hepáticos en nuestro medio es la colelitiasis, con un

40.1%. Se presenta como una patología de tipo aguda o subaguda, en pacientes de mediana edad y es indistinto entre varones y mujeres (20).

A continuación, se presenta un cuadro con las características de los pacientes diagnosticados con absceso hepático que fueron registrados a lo largo de 5 años en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en Lima (21).

**Tabla N°: Características de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático**

<b>Variable</b>	<b>Número (porcentaje)</b>
Varones	24 (52,2)
Edad	47 (41,9-53,8)
Procedencia (lima/callaró)	29 (63)
Antecedentes	
Colecistectomía	15 (32,6)
Litiasis vesicular	20 (43,78)
Consumo de alcohol	5 (10, 86)
Infecciones urinarias	5 (10,86)
Diabetes	1 (2,17)
Tiempo de enfermedad (sem)	2,5 (1.5-6)
Diámetro de absceso	70 (44-90) *
Segmento comprometido	
Seis	19 (41)
Cinco	17 (36)
Siete	13 (28)
Ocho	14 (26)
Cuatro	6 (13)
Número segmentos comprometidos	1,5 (1-2)*

\*números representan mediana (percentil 25-percentil 75)

Nuestro paciente es varón, 49 años de edad y al realizar ecografía se evidenció presencia de litiasis vesicular. El paciente no había presentado anteriormente sintomatología relacionada a la litiasis vesicular, ni había sido diagnosticado hasta el momento.

La combinación de antibioticoterapia está indicada para cubrir organismos tales como E. coli, K. pneumoniae, bacteroides enterococos, y estreptococos anaerobios (21), el cual debe darse por un periodo de 5-10 días (20).

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

La rotación de ginecología y obstetricia fue la primera y más completa dado que fue realizada en condiciones pre pandemia y con un flujo normal de pacientes. Duró de enero a marzo del 2020. La segunda rotación fue Pediatría y Neonatología realizada entre los meses de diciembre de 2020 y enero 2021. La tercera fue Medicina Interna, realizada entre enero y febrero de 2021 y, por último, cirugía general en los meses de marzo y abril del presente año.

En Ginecología y Obstetricia contábamos con una actividad académica todos los días y se realizaba al mediodía. Si dividía en diversos temas tales como: hemorragia del I, II y III trimestre del embarazo, preeclampsia, corioamnionitis, ecografía obstétrica, anemia del embarazo, entre otras. Todos los sábados se discutía un caso clínico o un artículo actualizado, según el rol de actividades. Nos dividieron en los servicios: sala B (sala de alto riesgo obstétrico), sala G (ginecología), sala D (puérperas), centro obstétrico, y algunos días donde íbamos a consulta externa, servicio de fertilidad y ecografía.

En cada inicio de guardia se realizaba aproximadamente 30 minutos de revisión de los casos vistos en centró obstétrico junto a un repaso de temas teóricos pertinentes. Por las noches, en el cambio de guardia a las 8 pm también se organizaba una pequeña ronda de preguntas relacionadas a los casos del momento. La constante revisión y refuerzo de memoria para recordar datos importantes de las pacientes (por ejemplo, de la historia clínica, antecedentes, patologías, medicación recibida, etc.) permitía un aprendizaje y razonamiento continuo. En cada sala se asignaba un tema o dos de exposición para los

internos y eran presentados ante los residentes y asistentes que se encontraban pasando visita ese día.

Algunas de las guardias fueron realizadas en el servicio de emergencia, en el cual recibíamos pacientes en trabajo de parto, con rotura prematura de membranas, preeclampsia, hemorragias e incluso algunos casos de aborto espontáneo. Es aquí y en consultorio donde realizábamos tactos vaginales, examen físico, maniobras de Leopold, ecografías (siempre apoyados y supervisados), etc. Los casos que iban a ser hospitalizados también podíamos verlos desde un comienzo y, así, su evolución clínica y manejo.

En Pediatría y neonatología nos dividieron en hospitalización y emergencia y en sala de recién nacidos junto a puerperio, atención inmediata del RN, unidad de cuidados intermedios. Las guardias de pediatría eran en emergencia y las de neonatología en atención del RN. Dadas las condiciones de pandemia, las actividades académicas pasaron a ser virtuales por medio de la plataforma Zoom y también se realizaba una cada día o interdiaria.

Se tocaban temas como reanimación cardio pulmonar, infección urinaria, deshidratación, diarreas, hidratación endovenosa, exantemas, convulsiones, entre otras. De igual modo, se nos programaban exposiciones a los internos para ser presentados frente a los residentes y asistentes que tocaran de manera aleatoria. El poder interactuar con las madres y los niños, la lectura constante y aplicación en la práctica nos permitió aprender a manejar patologías frecuentes en pediatría.

En Medicina Interna las patologías más vistas han sido pancreatitis, ACV hemorrágico e isquémico, insuficiencia respiratoria, cetoacidosis diabética e infarto agudo de miocardio (IMA). Nos dividieron en el servicio de hospitalización y de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). No pudimos rotar por el servicio de emergencia pues todo primer contacto con los pacientes era sospechoso de COVID-19.

En el servicio de hospitalización evolucionamos a los pacientes, hacíamos un seguimiento de su clínica, analítica laboratorial, coordinábamos con enfermería algún procedimiento que tuvieran necesidad de realizarse y así fue como el

repasso diario de teoría y las visitas médicas permitieron la consolidación de conceptos importantes.

En Cirugía General nos dividieron en hospitalización, tóxico y traumatología. Tampoco fuimos asignados a emergencia, ni a las especialidades de neurocirugía, por ejemplo. En hospitalización evolucionamos a los pacientes, pasábamos visita médica (algunas de ellas muy académicas, donde se hacían preguntas relacionadas o se discutía el manejo), tramitamos pendientes de cada uno, nos encargamos de cumplir con que cada paciente tuviera sus medicamentos, curamos sus heridas operatorias y pudimos entrar a sala de operaciones turnándonos con nuestros co-internos.

En tóxico de cirugía aprendimos sobre el manejo inmediato de las urgencias. Recibimos muchas caídas, golpes, cortes, accidentes laborales, personas atacados por terceros, quemaduras, mordeduras de perro, niños accidentados en casa, ancianos con heridas cortantes, y más. Así, suturamos múltiples heridas, y ahora sabemos qué tratamiento dar a este tipo de casos. Sabemos en qué casos indicar antibióticos o no, cuándo indicar la vacuna antitetánica, la vacuna antirrábica y, por supuesto, brindar la analgesia necesaria.

En Traumatología vimos casos de fracturas (de cúbito, radio, tibia, húmero), amputación espontánea de falanges distales, luxación de hombro, luxación de cadera, con lo cual aprendimos a reducir luxaciones, colocar férulas, yesos y también curaciones de quienes iban a sus controles.

Las diversas atenciones realizadas fueron muy valoradas y apreciadas por los pacientes, quienes confiaron en todo momento en nosotros. Fue vital también el apoyo de las enfermeras y técnicas del hospital, quienes llevan laborando, en muchos casos, cerca o más de 20 años. Fue transcendental relacionarnos asertivamente con ellas, pues son la mano derecha de todo médico y quienes están al tanto durante todo el día de alguna interurrencia o eventualidad que pueda presentarse.

## **CONCLUSIONES**

El internado médico, aunque limitado en algunos aspectos por la pandemia del coronavirus, ha permitido la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos en un buen nivel. No se puede negar que la atención en cuestión de cantidad y variedad se ha visto reducida considerablemente dada la separación de pacientes sospechosos/sintomáticos respiratorios y en no sospechosos.

Ha sido un reto para las autoridades y también para los estudiantes desarrollar las actividades en condiciones de pandemia, pero, gracias a la virtualización, se ha podido sobrellevar el tema de las actividades académicas. La limitación más grande fue el poco contacto con los casos de emergencia por la duda de ser casos de COVID-19.



## **RECOMENDACIONES**

Las rotaciones en hospitales enriquecen ilimitadamente a los internos de medicina en su último año de prácticas. Es necesario adquirir las competencias básicas que implica no solo el repaso de teoría sino la aplicación de esta en el campo, es decir, en la práctica. Para ello es indispensable que se realicen rotaciones hospitalarias ya que se atienden casos de emergencia, se ve la evolución clínica de las patologías y se tiene un constante respaldo por parte de los residentes y asistentes de la institución en los doce meses últimos de la carrera.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud. [Internet]. Lima, Perú, [consultado 17 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/>
2. Ministerio de Salud. Lima, Perú, [consultado 17 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.hejcu.gob.pe/institucional/hospital-de-emergencias>
3. Expósito CD, Marsollier RG. Virtualidad y educación en tiempos de COVID-19. Un estudio empírico en Argentina. *educ.humanismo* [Internet]. 24 de agosto de 2020 [citado 18 de abril de 2021];22(39). Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/educacion/article/view/4214>
4. Rosa M. Tapia Villanueva y cols. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. *Educ Med Super* v.21 n.4 ciudad de la Habana oct-dic. 2007
5. ACOG. Gestational Hypertension and Preeclampsia. JANUARY 2019. VOL.133, NO.1.
6. ACOG Committee opinion. *Intrapartum management of intraamniotic infection*. August 2017. No. 712.
7. Higgins et al. *Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis*. Vol 127, NO.3, March 2016
8. Peng C-C, et al., *Intrauterine inflammation, infection, or both (Triple I): A new concept for chorioamnionitis*, *Pediatrics and Neonatology* (2017). [https://www.pediatr-neonatol.com/article/S1875-9572\(17\)30027-X/fulltext](https://www.pediatr-neonatol.com/article/S1875-9572(17)30027-X/fulltext)

9. Guía de práctica clínica de infección del tracto urinario. Resolución directorial N°0039-06-HONADOMANI-SB/2015. Versión IV-2015
10. Shakik, Nader et al. Urinary tract infections in children: epidemiology and risk factors. Jul 2019. UpToDate
11. R. Piñeiro Pérez et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. An Pediatr (Barc). 2019;90(6):400.e1---400.e9
12. Kaufman J, et al. Urinary tract infections in children: an overview of diagnosis and management. BMJ Paediatrics Open 2019;3:e000487. doi:10.1136/bmjpo-2019-000487
13. González Rodríguez JD, Rodríguez Fernández LM. Infección de vías urinarias en la infancia. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:91-108
14. Gonzales c, rojas r. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría, Perú, 2011.
15. IDSA Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. 2017. CID 2017;65 (15 December)
16. Green Book. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Marbán Libros. España, 2019. Págs. 1911-1913
17. Javier Miguel Martín Guerra y cols. Cetoacidosis diabética como guía diagnóstica: Caso clínico. REV. MED. CLIN. CONDES - 2019; 30(4) 323-325
18. Green Book. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Marbán Libros. España, 2019. Págs. 736-737
19. Ponciano GM y cols. Peritonitis biliar postoperatoria resuelta por mínima invasión. Vol.14 No. 3 Jul.-Sep., 2013. pp 144-149
20. Kridge JE et al. Liver abscesses and hydatid disease. Brit Med Journal 2001; 322:537-40
21. Carrillo I. Y COL. Absceso Hepático: Características Clínicas, Imagenológicas y manejo en el Hospital Loayza en 5 años. Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-1: 46-51

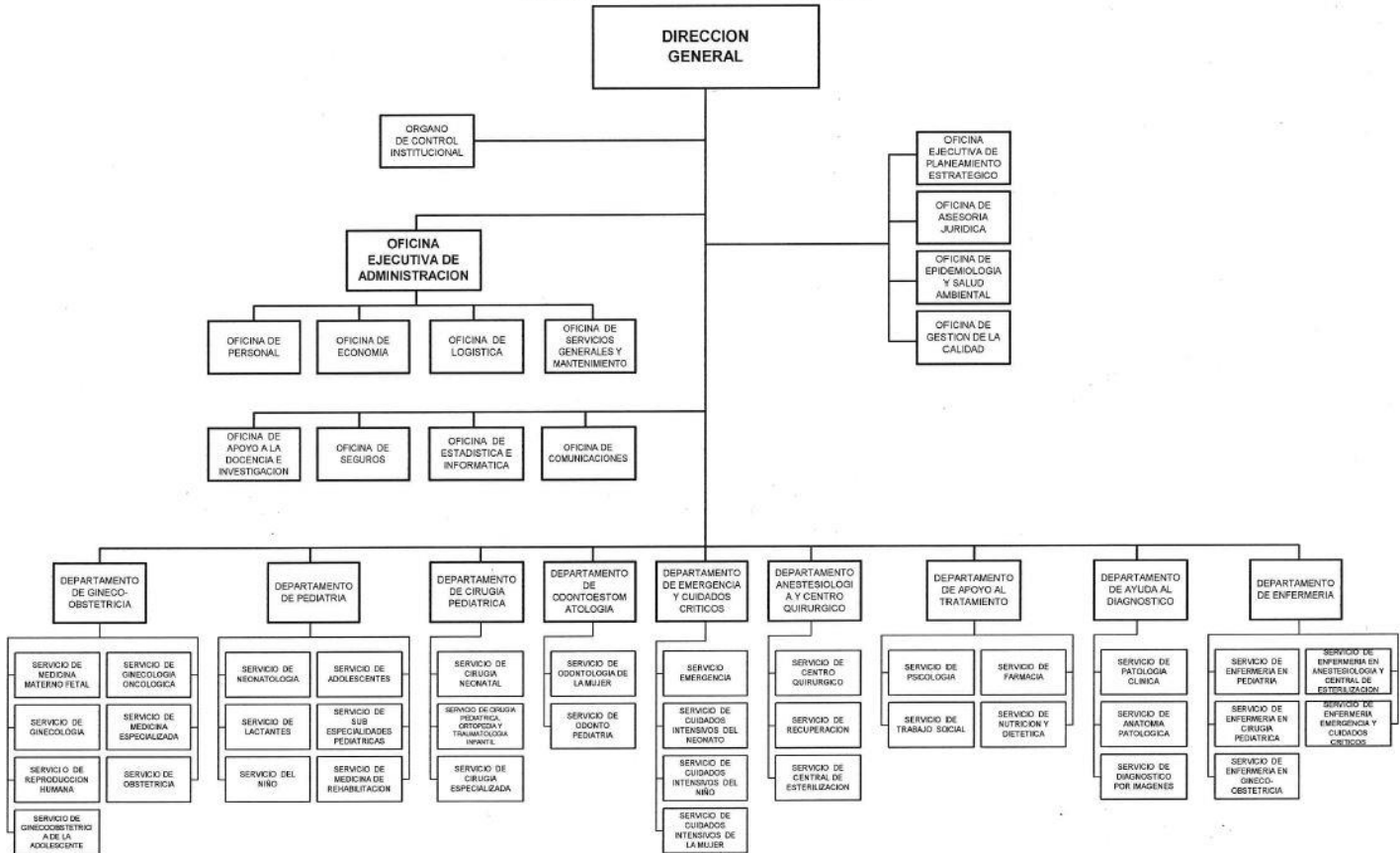
## **ANEXOS**

# Anexo N°1

## Organigrama estructural Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

### HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO "SAN BARTOLOME"

#### ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



## Anexo N°2

### Organigrama estructural Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

