



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**SITUACIÓN DEL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA DURANTE  
LA PANDEMIA POR COVID 19 EN EL HOSPITAL SERGIO  
BERNALES EN EL PERIODO 2020-2021**

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

**PRESENTADO POR**

**GRACE RUBI SOLIS PACHERRE**

**OSCAR SOTO CUTIRE**

**ASESOR**

**MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

**LIMA, PERÚ  
2021**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**SITUACION DEL INTERNADO DE MEDICINA HUMANA  
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 EN EL HOSPITAL  
SERGIO BERNALES EN EL PERIODO 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**GRACE RUBI SOLIS PACHERRE**

**OSCAR SOTO CUTIRE**

**ASESOR**

**MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** M.E. Jorge Luis Herrera Quispe

**Miembro:** M.E. Felipe Santiago Tolentino Valladares

**Miembro:** M.E Hugo Ortiz Souza

## **DEDICATORIA**

A nuestros queridos padres y hermanos pues sabemos que este primer gran logro también es suyo porque fueron y son aquellos que nos inspiran a ser mejores cada día.

A todos aquellos que ya no están con nosotros físicamente, pero siempre lo estarán en nuestros corazones y que fueron muchas veces una motivación, un empuje y sobre todo muy importante en nuestras vidas ¡Un abrazo al cielo!

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos en primer lugar a Dios por darnos la bendición de tener a nuestros padres, hermanos y a nosotros mismos con vida y salud y así permitirnos disfrutar de este logro juntos.

Segundo lugar agradecer a nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar en nosotros y motivarnos a ser no solo mejores estudiantes día tras día, sino sobre todo grandes seres humanos con una gran vocación de servicio y llenos de valores. Gracias también por todo lo invertido económicamente, prometemos será recompensado.

Tercer lugar, agradecer al Hospital Nacional Sergio Bernales por acogernos en todo este tiempo como sus internos, a nuestros asistentes y residentes que contribuyeron con nuestro aprendizaje teórico y práctico; a nuestros cointernos que ahora son futuros colegas, por apoyarnos mutuamente y porque al igual que ellos sabemos todo el sacrificio y dedicación que implica la realización del internado, más aun en el contexto en el que nos encontramos.

Y por último, pero no menos importante, gracias a nuestros amigos que formamos dentro de la universidad, ellos fueron parte fundamental durante estos 7 años y sin lugar a duda la carrera no hubiera sido lo mismo sin su amistad.

## INDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>RESUMEN</b>	VII
<b>ABSTRACT</b>	VIII
<b>INTRODUCCIÓN</b>	IX
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
1.1 CASOS CLÍNICOS DE GINECO OBSTETRICIA.....	3
1.2 CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA.....	6
1.3 CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA .....	11
1.4 . CASOS CLINICOS DE CIRUGIA GENERAL.....	15
<b>CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>23</b>
3.1 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE GINECO OBSTETRICIA.....	23
3.2 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA.....	26
3.3 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA .....	28
3.4 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA .....	30
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>32</b>

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>35</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>37</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>38</b>

## RESUMEN

El internado médico es una parte esencial en el proceso para llegar a ser médico cirujano en el Perú ya que es el último año de la carrera donde los alumnos pueden integrar y consolidar los conocimientos adquiridos en los años anteriores y así desarrollar nuevas destrezas, habilidades, y humanismo. El desarrollo de este internado se da en dos contextos completamente distintos, el primero en un periodo de tiempo corto sin pandemia que fueron aproximadamente 2 meses y el segundo en una pandemia por el COVID 19, donde al inicio de la pandemia los internos de medicina son retirados de los hospitales y enviados a sus domicilios, para luego de aproximadamente 6 meses ser reincorporados y enviados a centros de salud de primer nivel en su mayoría y en otros casos reincorporarse a sus hospitales respectivos. En el presente informe se relata el desarrollo de las actividades del internado de dos internos de medicina y como se vieron afectados por la pandemia, comparando un internado realizado antes de declarar al país en estado de emergencia y al retorno. Se presentarán 16 casos clínicos de las distintas rotaciones propias del internado médico, que luego serán analizados y comparadas con bibliografías actualizadas para corroborar si el proceso que implica el examen clínico, el diagnóstico y el tratamiento son los más adecuados.

## **ABSTRACT**

The medical internship is an essential part in the process to become a surgeon in Peru since it is the last year of the degree where students can integrate and consolidate the knowledge acquired in previous years and thus develop new skills, skills, and humanism. The development of this internship occurs in two different contexts, the first in a short period of time without a pandemic that was approximately 2 months and the second in a pandemic due to COVID 19, where at the beginning of the pandemic the medical interns are withdrawn from hospitals and sent to their homes, to be reinstated after approximately 6 months and mostly sent to first-level health centers and in other cases rejoined to their respective hospitals. This report describes the development of the activities of the internship of two medical interns and how they were affected by the pandemic, comparing an internship carried out before declaring the country in a state of emergency and how they returned to the hospital during a pandemic. 16 clinical cases of the different rotations typical of the medical internship will be presented, which will then be analyzed and compared with updated bibliographies to corroborate whether the process that involves the clinical examination, diagnosis and treatment are the most appropriate.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es un año obligatorio que forma parte del plan de estudio dentro de la carrera de Medicina Humana en muchos países, dentro de los cuales se encuentra Perú. Es el último año de la carrera de pregrado que constituye una pieza imprescindible para que los alumnos puedan integrar y consolidar los conocimientos adquiridos durante los ciclos previos, así mismo permitirá desarrollar nuevas destrezas, habilidades, y humanismo frente al paciente en las cuatro principales áreas de la Salud, siendo para ello necesario rotar en establecimientos de salud ya sea público o privado de un mayor nivel de atención, pues es en ellos precisamente se encontrará las especialidades mencionadas (1).

El Hospital Sergio E. Bernales es un establecimiento de Salud de categoría III-1 ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la Av. Tupac Amaru en el distrito de Comas, provincia de Lima. Este establecimiento está dirigido principalmente a la población de Comas, Carabayllo e Independencia, así mismo es Hospital de referencia de población de Huaral y Canta, y de los departamentos de San Martín y Huánuco. Al pertenecer a la categoría III-1 es responsable de satisfacer los requerimientos de salud de la población de su ámbito referencial, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada en Medicina Interna, Ginecología, Pediatría y Cirugía, lo cual permitió que se pueda llegar a ver varios casos de las respectivas especialidades (2) (3).

En el presente trabajo se describen 16 casos clínicos seleccionados de las 4 especialidades mencionadas que fueron vistas durante todo el período de internado 2020-2021, los cuales incluyen casos atendidos en pre-pandemia y también aquellos que se vieron durante la pandemia. El objetivo de este informe es dar a conocer la importancia que tiene el internado de medicina en el Sistema de Salud del país, no solo ahora en el contexto actual, sino aquella relevancia

que ha tenido siempre durante todos los años anteriores y que quizá ahora se ha evidenciado más. Así mismo, se podrá analizar los diferentes casos clínicos descritos y así poder comparar si lo que se dice en la teoría, se cumple en la práctica y se permitirá ver las diferencias existentes entre el internado en el periodo pre-pandemia y el contexto actual.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

En Perú la carrera de medicina humana dura 7 años en todas las universidades, siendo el último año donde se realiza el internado médico. Este constituye la etapa final de formación académica antes de obtener el ansiado título de Médico Cirujano y por lo tanto resulta tan importante. En esta etapa, el interno de medicina postula a diversos hospitales ya sean pertenecientes a MINSA, ESSALUD, Fuerza Armadas, PNP o a Clínicas, siendo uno de estos establecimientos el lugar que los acogerá durante 1 año para las rotaciones por los principales servicios de estas instituciones tales como: medicina Interna, cirugía general, pediatría y gineco-obstetricia. Durante todo este proceso el interno de medicina aprenderá a integrar los conocimientos y habilidades adquiridas durante su formación previa como estudiante en los primeros 6 años de la carrera para poder así consolidar su formación como médico general. Así mismo, durante este último año, el interno de medicina tendrá la oportunidad de tener contacto directo con el paciente , lo cual permitirá conocer más de cerca no solo la enfermedad sino también al enfermo; tendrá a su vez la oportunidad de estar presente durante toda la evolución del paciente desde que ingresa por emergencia hasta que es dado de alta o hasta que este dé su último suspiro de vida; también participará en la discusión de los posibles diagnósticos o en muchos otros casos, será él o la quien llegue al diagnóstico gracias al abordaje que realice y de esta manera, de forma conjunta, junto a un equipo multidisciplinario (principalmente formado por residentes y asistentes) se abordará de manera óptima cada caso y con ello se indicará el tratamiento más adecuado (3).

El proceso de internado tiene una duración de 1 año, en el presente caso iniciaba el 01 de enero del 2020 y culminaba el 31 de diciembre del mismo año, sin embargo el 16 de marzo del 2020 se emitió el decreto de cuarentena

total y el estado de emergencia nacional debido a la pandemia por covid19, por lo cual se retiró a los internos de medicina a nivel nacional de los distintos establecimientos de salud donde desempeñaban sus labores como internos para así salvaguardar su salud debido a que ante las autoridades y entidades superiores aún los internos de medicina eran considerados estudiantes en formación.

En medio de la crisis sanitaria en la que se encontraba el país, la falta de recursos por parte del estado y el colapso día tras día de los hospitales a nivel nacional, también se encontraba la incertidumbre de los internos por no encontrar respuesta clara sobre su retorno al internado.

En agosto del 2020, El Ministerio de Salud emite El Decreto de Urgencia N°090-2020 el cual señala los lineamientos para la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de salud a partir del día 15 de agosto del 2020 , dicha reanudación sería voluntaria y de manera progresiva , así mismo, se establece que se gestionará la contratación de todos los internos , se realizará la afiliación regular a EsSalud, a un seguro de vida y se recibirá sueldo mínimo de 930soles junto a equipos de protección personal, entre otras cosas. Sin embargo, en el mismo documento se mencionan marcadas diferencias del internado en comparación a años anteriores. En primer lugar, esta reanudación no se daría en los hospitales de origen, pues estos en su totalidad eran hospitales COVID y el decreto mencionaba que internos no tratarían a pacientes con esta enfermedad. En segundo lugar, ya no se iría todos los días a estos, sino que los internos serían divididos en 2 grupos y cada grupo rotaría solo 15 días al mes; en tercer lugar, las guardias se reducirían a solo 2 al mes, lo cual generó un gran sentimiento de angustia y preocupación por el miedo a no aprender lo suficiente; no obstante, más adelante se supo que solo algunos hospitales aceptarían el retorno de sus internos, siendo el Hospital Nacional Sergio Bernales uno de ellos. Es así como el día 15 de octubre del 2020 se reincorpora el primer grupo de estudiantes de 7mo año para completar su internado medico dentro de las instalaciones del HNSEB, nuevamente llenos de muchas expectativas, pero esta vez se le añade una sensación de temor de contraer la infección por este

virus, por lo cual la mayoría optó por comprarse equipos de protección, antes que sea repartido por el hospital como indicaba el lineamiento (4).

A continuación, se describirán 16 casos clínicos que fueron vistos antes de la llegada del virus SARS-CoV-2 y otros que ocurrieron luego de la reanudación del internado durante la pandemia.

## **1.1 CASOS CLÍNICOS DE GINECO OBSTETRICIA**

### **a. EMBARAZO ECTÓPICO**

Paciente mujer de 20 años ingresa al hospital el 23 de enero del 2020 a las 21:00pm por Emergencia de Ginecología con un tiempo de enfermedad de 6h caracterizado por dolor abdominal de gran intensidad, de predominio en región de hipogastrio asociado a escaso sangrado.

Antecedentes ginecológicos: G0 P0000, FUR: 09/12/19, Relaciones sexuales (Sí), Método anticonceptivos: niega

Al examen físico: T°: 37 °C, PA: 90/60 mmHg, FC: 110, FR: 17, SatO<sub>2</sub>: 97%

- Piel y TCSC: T/H/E. Llenado capilar <2 segundos. Levemente pálida.
- Ty P: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad. No soplos.
- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en hipogastrio y fosa iliaca izquierda.
- TV: Escaso sangrado. OCE cerrado. No dolor a la movilización del cuello.
- SNC: LOTEPE. EG 15/15.

Se solicita gonadotrofina coriónica cuantitativa y una ecografía transvaginal cuyos hallazgos fueron los siguientes: BHCG: 8000 mU/dL

Ecografía transvaginal: Destaca presencia de líquido libre (200cc) y una imagen anexial izquierda, mal definida de 47x43mm, hallazgos compatibles con un EMBARAZO ECTÓPICO, por lo cual se programa laparoscopia de emergencia.

### **b. GESTANTE VIH (+)**

Paciente de 18 años con 37ss de gestación acude a HNSEB por presentar dolor tipo contracciones uterinas desde hace 3 horas, pero refiere que han ido

aumentado en frecuencia e intensidad, además hace 30 minutos presentó pérdida de líquido. Percibe movimientos fetales. Niega sangrado vaginal. Niega alguna otra sintomatología.

Antecedentes ginecológicos: G2 P0010 (G1 → aborto en el 2018, G2 → actual). FUR: 20/02/20. Fecha probable de parto: 27/11/20. NO CONTROLES PRENATALES. Antecedente quirúrgico: legrado uterino, antecedente de enfermedad: niega

Se encuentra a paciente en aparente regular estado general, regular estado nutricional.

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2”.
- Abdomen: Altura uterina: 33cm, SPP: Longitudinal cefálico izquierdo, LCF: 154 lpm, movimientos fetales (++/+++).
- Tacto vaginal: Cérvix posterior, reblandecido, dilatación: 1cm, altura de presentación -3, pelvis ginecoide. No se evidencia líquido amniótico.
- Resto de aparatos y sistemas aparentemente normales.

Se solicita ecografía obstétrica y todos los exámenes de laboratorio, RPR, prueba rápida VIH sale reactiva. Se informa a la paciente y se le administra zidovudina + dextrosa y se programa a paciente para cesárea.

### **c. ATONÍA UTERINA**

Puérpera de 30 años post operada inmediata de cesárea se encuentra en Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA) con funciones vitales: T° 36,7 °C, FC: 75, FR: 16, PA: 100/60 mmHg y SatO<sub>2</sub>: 95%. El ginecólogo a cargo de la operación solicita que la monitoricen debido a que durante la cesárea sangro aproximadamente 700 cc, se le solicita un hematocrito control y también se deja indicación de colocación de 1 NaCl 0.9% 1000 cc + oxitocina 20 UI.

Después de 45 minutos, anestesiólogo de turno llama a piso de ginecología informando que paciente presenta abundante sangrado (ha sobrepasado pañal y mojado la cama), así mismo refiere que la presión arterial ha disminuido a 80/50 mmHg. Las funciones vitales al momento eran de FC: 128, FR: 19 y SatO<sub>2</sub>: 95%. Asistentes y residentes suben a evaluar inmediatamente

a la paciente encontrando evidencia de un sangrado abundante que llega incluso a caer al piso.

Al examen físico: paciente en mal estado general con palidez marcada, frialdad distal, útero blando no contraído por debajo de cicatriz umbilical. Al tacto vaginal: sangrado activo abundante; por lo cual, se procede a iniciar maniobra bimanual enérgica y se coloca 2 vías periféricas una en cada brazo, se pasa 1 frasco de poligelina por un brazo y en el otro 1 NaCl 0.9% + 30 UI de oxitocina, se llama a banco de sangre y se procede a transfusión de 3 paquetes globulares y plasma fresco congelado. Se estabiliza presión arterial, pero persiste con sangrado activo, por lo cual se toma la decisión de reingresar a paciente a sala de operaciones donde se evidencia gran cantidad líquido en cavidad, por lo cual médico asistente toma la decisión de realizar histerectomía.

#### **d. PRECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD**

Gestante de 37 semanas por ecografía del primer trimestre acude a emergencia por presentar cefalea desde hace 7 horas que con el pasar del tiempo fue incrementando su intensidad, además refiere que dos horas antes del ingreso percibe una especie de zumbido y ve "lucecitas" por momentos. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales.

Ingresar con funciones vitales: PA: 170/110 mmHg, T°: 37 °C, FC: 80, FR: 16, SatO<sub>2</sub>: 98%. Al examen físico:

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2", edemas en miembros inferiores (++/+++).
- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- CV: ruidos cardiacos rítmicos, adecuada intensidad no soplos audibles.
- Abdomen: ocupado por útero grávido, altura uterina: 34cm, SPP: LCI, LCF: 140 x min, no hay dinámica uterina, movimientos fetales (+).
- TV: cérvix posterior sin cambios, dilatación: 0 cm, pelvis ginecoide. No se evidencia líquido amniótico, no se evidencia sangrado vaginal.

Se solicita exámenes de laboratorio donde se evidencia: Plaquetas: 100000, leucocitos: 8 000 Hb: 12.3 g/dl Hto: 34%, Perfil hepático: TGO: 21, TGP: 31, BT: 0.9, BI: 0.6, BD: 0.3

Se plantea como diagnóstico: Gestante 37ss con preeclampsia con criterios de severidad. No trabajo de parto.

Se solicita monitoreo fetal, control de funciones vitales y diuresis, así mismo se deja como tratamiento:

- NaCl 0.9% 1000 cc, a chorro en 20 minutos.
- Nifedipino 10 mg vía oral y 5 ampollas de sulfato de magnesio 20% en 50 cc de NaCl 9%: 40 cc (4gramos) en dosis de ataque (20 minutos) y continuar con 10 cc por hora por 24 horas.
- Se programa cesárea de emergencia para terminar gestación.

## **1.2 CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA**

### **a. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

Paciente varón de 65 años nacido en Venezuela, militar de profesión durante 35 años, con antecedente de ser fumador pesado (hace 10 años no fuma), hipertensión arterial diagnosticado hace 6 años y tratado con Losartán 50mg 2 veces al día, sin ningún otro antecedente de importancia, acude a EMG de medicina del HNSN el día 13 de noviembre del 2020 a las 10:00am. En el tópico de medicina paciente refiere que un día antes de su ingreso por la noche presenta un dolor tipo opresivo de moderada intensidad en región precordial que no cede al reposo y le impide conciliar el sueño motivo por el cual se automedica con paracetamol. Al día siguiente en la mañana el dolor torácico aumenta de intensidad, volviéndose "insoportable" y se irradia al brazo izquierdo motivo por el cual hija lo lleva a un consultorio particular donde le toman un EKG con resultados de Isquemia subendocárdica extensa y médico le dice que vaya por EMG a nuestro nosocomio.

(\*) Ampliación de la historia: Paciente refiere que desde hace 1 mes presenta dolor tipo opresivo de corta duración (2 minutos aproximadamente) a

esfuerzos, que luego se presentaba al reposo, pero también era de corta duración.

Al examen físico: T: 37 °C, PA: 110/70 mmHg, FC: 72, FR: 16, SatO<sub>2</sub>: 96% con FiO<sub>2</sub> 21%.

Paciente en AREG, AREH, AREN, despierto en decúbito dorsal, ventilando espontáneamente.

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2". Edemas en ambos miembros inferiores (+/+++).
- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en ACP.
- CV: RCR de regular intensidad. No soplos.
- SNC: Despierto, orientado en tiempo, espacio y persona. EG 15/15 → RO: 4 puntos, RV: 5 puntos, RM: 6 puntos. Fuerza muscular proximal y distal conservada. No signos meníngeos.

Se le solicita un EKG donde se evidencia un infradesnivel del ST en aVL, V2-V6, así mismo se solicitan enzimas cardíacas cuyo resultados muestran una elevación de estas motivo por el cual es ingresado a trauma shock con diagnóstico de SICA: IMA NO ST elevado para monitoreo y abordaje.

## **b. INFECCION URINARIA**

Paciente femenino de iniciales K.L.P.G de 55 años acude a Emergencia el día 15/12/20 por presentar un tiempo de enfermedad de 10 días de evolución caracterizado por lumbalgia a predominio de lado izquierdo , 3 días antes del ingreso paciente presenta escalofríos y SAT que no ceden a paracetamol motivo por el cual el mismo día del ingreso acude a C.S Santa Luzmila donde la fiebre fue cuantificada (39 °C) y le realizan hemoglucotest: 300 mg/dL, le indican que acuda a un establecimiento de salud de mayor complejidad, motivo por el cual acude nuestro HNSB.

Antecedentes patológicos: Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 10 años tratada con metformina 750 mg, Obesidad, Litiasis renal izquierda.

Al examen físico presentaba PA: 100/60 mmHg, FC: 112, FR: 24, T: 39.5 °C, SatO<sub>2</sub>: 95%.

- Piel y TCSC: Turgente, tibia, elástica. Tejido graso abundante. No edemas.

- T y P: Vibraciones vocales y murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- CV: Ruidos cardiacos taquicárdicos, regulares. No soplos. Pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, doloroso en flanco izquierdo, RHA presentes. No visceromegalia.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar izquierda positiva.
- SNC: Orientada en T, E, P. No déficit motor ni sensitivo.

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Hb: 12.00 g/dl, Hto: 35.40%, leucocitos: 15800 mm<sup>3</sup>, abastionados: 8%, segmentados: 56%, linfocitos: 30%, monocitos: 3%, eosinófilos: 2%, basófilos: 1%, plaquetas: 100,000 mm<sup>3</sup>; Glucosa: 288 mg/dl; Urea: 62 mg/dl; Creatinina: 2.0 mg/dl; Na: 137 mEq/L y K: 4.95 mEq/L.

Con esos resultados de laboratorio se le hidrata, se da insulino terapia y pasa a hospitalización con diagnóstico de ITU COMPLICADA para inicio de antibioticoterapia y realizarle más estudios.

### **c. HIPOGLICEMIA**

Paciente varón de 75 años ingresa por emergencia en silla de ruedas acompañado de familiar, quien refiere que hace 30 minutos no reacciona ni responde a los movimientos bruscos, ni estímulos dolorosos.

Antecedentes patológicos: Familiar refiere que el paciente es diabético diagnosticado hace 8 años y que usa insulina para tratarse, además es hipertenso desde hace 10 años tratado con losartan 50mg dos veces al día.

Al examen físico se halló PA: 90/60 mmHg, FC: 60, FR: 12 y SatO<sub>2</sub>: 94%.

- Piel y TCSC: Fría, sudorosa, elástica. Llenado capilar < 2", no edemas ni signo de cianosis.
- T y P: simétrica amplexación disminuida simétrica, no distrés respiratorio, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- SNC: Depresión del sensorio, hipoactivo, pobre respuesta a estímulos.

Se realiza hemoglucotest que evidencia glucosa en 30 mg/dl por lo cual se procede a colocar 5 ampollas de dextrosa al 33% y a los 10 minutos paciente

empieza a reaccionar, se le toma un hemoglucotest control y éste arroja glucosa en 59 mg/dl. A los 30 minutos se le encuentra a paciente despierto, hablando con familiar. Es dado de alta a las 3 horas.

#### **d. SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL: LITIASIS VESICULAR**

Paciente mujer de 32 años acude a emergencia el 26/10/2020 a las 15:00pm con un tiempo de enfermedad de 2 horas refiriendo dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho que se irradia a región subescapular derecha, paciente refiere que después del desayuno presento pequeñas molestias que no tomó importancia, pero con el pasar de las horas dolor se hace insoportable, por lo cual decide acudir a emergencia. Paciente niega antecedentes patológicos y quirúrgicos.

Las funciones vitales fueron las siguientes T: 36.9 °C, FC: 79, FR: 18, SatO<sub>2</sub>: 97% y PA: 110/60 mmHg.

Al examen físico presenta:

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, no se observan escleras ictéricas. Llenado capilar < 2”.
- Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho y epigastrio, RHA presentes. Signo de Murphy (-) resto de aparato y sistemas normales.

Al momento de la emergencia ingresa con el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal: D/C litiasis vesicular.

Se le administra tratamiento analgésico endovenoso con: NaCl 0,9 % 100 cc + hioscina 20 mg (ampolla) + tramadol 100 mg (ampolla) + ranitidina 50 mg. La paciente es reevaluada a las 16:00 pm refiriendo que el dolor ha disminuido considerablemente, por lo que es dada de alta con analgésicos por vía oral y se le recomienda una ecografía abdominal a la paciente para que se lo realiza de forma particular ya que el servicio no cuenta con ecografía de emergencia para estos casos. Una hora después paciente aparece con resultados de ecografía donde se evidencia presencia de múltiples cálculos en la vesícula.



## 1.3 CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA

### a. DESHIDRATACIÓN SEVERA

Paciente de sexo femenino de 11 años es traída por madre en brazos la cual refiere que menor desde hace 4 días inicia cuadro clínico caracterizado por vómitos (en 2 oportunidades) asociado a alza térmica no cuantificada y dolor abdominal difuso de moderada intensidad por lo que madre administra paracetamol mostrando actitud expectante. Dos días antes del ingreso menor cursa con 10 episodios de vómitos por lo cual acude en compañía de su madre a C.S local donde le indican diagnóstico de COVID-19 y le recetan ivermectina, azitromicina y prednisona; madre le inicia tratamiento, pero debido a persistencia de vómitos no puede continuarlos. Hoy ante persistencia de vómitos (9 oportunidades) acude a C.S nuevamente, pero refieren que no encuentran atención, por lo cual acuden a emergencia de este nosocomio.

(\*) Ampliación de la historia: Madre refiere que nota que su hija ha presentado baja de peso desde hace 1 mes. Antecedente de contacto COVID (tía).

En EMG se le encuentra a paciente hipoactiva y con pobre respuesta al estímulo, se coloca pulsioxímetro 3 veces y no marca nada, menor pasa a trauma shock.

Al examen físico: T: 36.2 °C, PA: 90/60 mmHg, FR: 32, FC: 150, SatO<sub>2</sub>: 96%, peso: 25 kg.

- Piel y TCSC: marmórea (2/3), palidez marcada, frialdad distal, impresiona cianosis a nivel de labios, mucosas secas y ojos muy hundidos. Llenado capilar > 2".
- T y P: Se aprecia respiración acidótica, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, tirajes subcostales, intercostales y supraesternales.
- CV: RC presentes, taquicárdicos. No soplos audibles. Pulsos periféricos palpables, pero disminuidos en intensidad.
- Abdomen: plano, RHA disminuidos, blando, poco depresible, doloroso a palpación en mesogastrio predominantemente. No impresiona masas.
- SNC: Despierta, pero con tendencia al sueño, hipotermia, poco reactivo a estímulos, moviliza extremidades. Disminución de fuerza muscular. Pupilas fotorreactivas isocóricas 2 mm.

Se plantean los siguientes diagnósticos:

1. Shock hipovolémico
2. Deshidratación severa
3. Síndrome emético EAD
4. D/C Infección por SARS-CoV-2

En el plan inicial se indica NPO, se coloca doble vía EV y se pasa NaCl 0.9% en bolo (300 ml por bolo), además se coloca O<sub>2</sub> húmedo por máscara por el compromiso de sensorio y se indica monitoreo continuo de funciones vitales. Así mismo, se le realiza un hemoglucotest, obteniendo un valor de 462 mg/dl. Se solicita exámenes de laboratorio, obteniendo los siguientes resultados: leucocitos: 20.90, hemoglobina: 9.3, plaquetas: 29600, abastados: 0% y prueba antigénica: no reactivo.

En el AGA se evidenció pH: 7.17, pCO<sub>2</sub>: 10.9, pO<sub>2</sub>: 72.5, Lactato: 0.8, HCO<sub>3</sub>: 4, K: 3.19 meq/L, Na: 142.6 meq/L, Cl: 118.6 meq/L.

Se agrega diagnóstico de cetoacidosis diabética, hipokalemia leve y al plan se agrega insulina cristalina.

#### **b. SEPSIS NEONATAL**

Recién nacido de sexo masculino de 37 semanas de edad gestacional, nacido de parto eutócico en Hospital Nacional Sergio Bernales, Apgar de 6 al minuto y a 8 a los 5 minutos. Presentó liquido meconial espeso, no llanto vigoroso espontáneo por lo cual se procede a aspiración, secado y estimulación; recién nacido responde y llora.

Antecedentes maternos: Madre de 19 años sin controles prenatales. G2P1001. RPM +/- 12 horas.

Al examen físico: temperatura rectal de 38 °C, FC: 170, FR: 75, talla: 45 cm y peso: 2400 gr.

En la evaluación inmediata encontramos a un RN en AREG con palidez (+), tibio, llenado capilar < 2 segundos, no cianosis. Cráneo normocéfalo, con fontanela abombada, suturas conservadas, cuello móvil.

- T y P: Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, tirajes subcostales, desbalance toraco abdominal (SA 2 puntos).
- CV: Ruidos cardiacos taquicárdicos, no soplos audibles.

- Abdomen: Globuloso, blando, depresible. No visceromegalia
- Genitales: Masculinos, se palpa testículos en bolsas escrotales.
- SNC: despierto, poco reactivo. Succión (+), Prehensión (+)

Se le solicita hemograma completo, PCR, radiografía de tórax, grupo y factor sanguíneo y pasa a Cuidados Intermedios II.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos: 30 000, abastados: 9%, segmentados: 80%, linfocitos: 11%, Hb: 13 gr/dL, plaquetas: 90 000, PCR: 15. Grupo y factor: O+

Rx tórax: No hallazgos anormales.

Se inicia tratamiento con antibioticoterapia (ampicilina + gentamicina) y se solicita hemocultivo.

### **c. NEUMONÍA**

Paciente de 2 años ingresa por emergencia acompañado de madre, quien refiere que menor hace 2 días presenta rinorrea clara, estornudos y 1 día antes del ingreso se añade sensación de alza térmica no cuantificada, por lo que cual misma decide automedicarlo con ibuprofeno y amoxicilina, sin embargo no nota mejoría y comienza a observar que su hijo respira agitado y tiene tos no productiva; hoy menor presenta dificultad para respirar por lo que contacta al SAMU y acuden al HNSEB.

Antecedentes patológicos: Madre niega enfermedades, niega antecedentes quirúrgicos, niega hospitalizaciones ni nebulizaciones previas, no contacto COVID.

Al examen físico T: 38.1 °C, FC: 123, FR: 33, SatO<sub>2</sub>: 90-91%, peso: 14.5 kg.

- Piel y TCSC: tibia, humectada, elástica, llenado capilar < 2", mucosas húmedas. No cianosis.
- T y P: amplexación y movilidad conservada, se observa presencia de tiraje subcostal, intercostal, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, se ausculta crépitos bibasales en 2/3 inferiores de ambos hemitórax y sibilantes difusos.
- CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: blando depresible RHA (+), no visceromegalia.
- SNC: irritable, no colaborador, reactivo a estímulos.

Se plantean los siguientes diagnósticos: crisis asmática moderada, D/C neumonía viral vs bacteriana, D/C COVID-19.

Como tratamiento se indica:

- NPO
- Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 20 cc+ KCl 20% → XXXII
- Salbutamol 100 mcg 8 puff cada 20 min por 3 veces, luego 2 puff cada 2 horas
- Bromuro de ipratropio 20 mcg 4 puff cada 20 min por 3 veces, luego 4 puff cada 4 horas
- Dexametasona 5.8 mg EV STAT, luego 1.5 mg EV cada 6 horas
- Oxígeno húmedo por cánula binasal para mantener saturación de oxígeno > 92%
- Metamizol 350 gr EV
- Cabecera a 35 grados

La radiografía de tórax muestra radiopacidad en tercio medio de hemitórax derecho, zona de atrapamiento aéreo, dilataciones de plexos bronquiales y horizontalización costillas. Además, se solicita exámenes de laboratorio donde se obtiene: leucocitosis de 13700, abastados: 5%, segmentados: 94%, VSG: 25 y PCR: 15. El resto de resultados dentro de valores normales y la prueba antigénica es no reactiva.

Se confirma diagnóstico de neumonía bacteriana y paciente se hospitaliza para iniciar antibioticoterapia y continuar con el resto de las indicaciones.

## **5. TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO**

Recién nacido pretérmino masculino de 36 semanas de edad gestacional, nacido de parto por cesárea por feto en podálico y trabajo de parto en fase activa, en el HNSEB, con Apgar 8 al primer minuto y 9 al minuto 5, presento líquido amniótico claro y llanto vigoroso.

Antecedentes maternos: madre con 6 controles prenatales, no RPM, no pérdida de líquido amniótico. En el último control se calcula un ponderado fetal de 2560 gramos, y feto en presentación podálica

Se le realiza atención inmediata del recién nacido. Al examen físico: T° 37.4 °C, FC: 140, FR: 70, SatO<sub>2</sub>: 97%.

- Piel y TCSC: sonrosada, no icterica, no signos de cianosis. Llenado capilar < 2”.
- CV: Ruidos cardiacos ritmicos, adecuada intensidad.
- T y P: Amplexación adecuada, leve tiraje intercostal, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados. Puntaje en la escala de Silverman Anderson: 1 punto.
- Abdomen: Globuloso, no doloroso a la palpación, no visceromegalia
- Extremidades: Moviliza 4 extremidades.
- SNC: Reflejos conservados. Prehensión (+), succión (+), moro (+).

Como diagnósticos se plantea:

1. RN masculino pretérmino parto por cesárea, por feto en podálico
2. Taquipnea transitoria del recién nacido vs membrana hialina

Se solicita grupo sanguíneo y factor y radiografía de tórax cuyo resultado muestra patrón de atrapamiento aéreo, una leve cardiomegalia, por lo cual se queda con diagnóstico de taquipnea transitoria del recién nacido y pasa a alojamiento conjunto, a los 2 días es dado de alta.

## **1.4 . CASOS CLINICOS DE CIRUGIA GENERAL**

### **a. COLECISTITIS AGUDA**

Paciente femenino de 46 años quien ingresó a Emergencia de Medicina refiriendo que 5 horas antes del ingreso, post ingesta de “pollo broaster”, presenta dolor tipo cólico en región de hipocondrio derecho y epigastrio que va aumentando progresivamente en intensidad asociado a SAT no cuantificada y 2 episodios de vómitos “amargos” de escasa cantidad de contenido bilioso, niega deposiciones líquidas, niega cambios de coloración en piel. Refiere haber tomado Plidan vía oral sin mejoría del dolor. Posterior a esto, llama a un personal de salud conocido por la paciente, quien le administra por vía endovenosa analgesia, no recuerda que medicación. Sin embargo, dolor va incrementándose hasta intensidad 10/10 con persistencia de náuseas, motivo por lo que acude a emergencia.

Antecedentes: Cálculos biliares diagnosticado hace 5 meses cuando presentó cuadro clínico similar al actual.

Al examen físico se encuentra: T: 38.3 °C, FC: 109, FR: 19, PA: 110/70 mmHg, SatO<sub>2</sub>: 97%.

Paciente femenino en AREG, AREH, AREN, en decúbito dorsal, ventila espontáneamente, con vía periférica permeable.

- Piel y TCSC: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2", no ictericia, palidez (+/+++).
- T y P: Amplexación conservada y simétrica. MV pasa bien por ambos hemitórax, no rales, no tirajes.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos, IY (-)
- Abdomen: Poco distendido. RHA (+) adecuados en frecuencia e intensidad. No circulación colateral. Blando, depresible, doloroso a la palpación en región de hipocondrio derecho y región de epigastrio, resto no doloroso. No resistencia muscular. McBurney (-), Murphy (+), Rebote (+). No hepatomegalia, timpanismo conservado, no masas.
- SNC: Despierto, Glasgow (15/15), no signos meníngeos, ni de focalización.

Se le da tratamiento: metamizol 1.5 mg EV + hioscina 20 mg EV + ketoprofeno 100 mg EV. En la reevaluación paciente refiere que persiste el dolor por lo cual se solicita exámenes de laboratorio e interconsulta con cirugía general para traslado de paciente a su servicio.

Dentro de los hallazgos de laboratorio se encontró una leucocitosis en 22 500, segmentados 88%, bastonados 0 % y una hemoglobina en 12. Resto de exámenes dentro de los valores normales (perfil hepático). También se le realizó una ecografía donde se evidencia engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (10 mm), líquido pericolecístico o edema (signo de doble pared). Signo de Murphy ecográfico positivo.

Cirugía general responde interconsulta e indica programación para SOP por diagnóstico de colecistitis aguda calculosa.

## **b. APENDICITIS AGUDA**

Paciente de 8 años que es traído por madre, quien refiere que menor presenta un tiempo de enfermedad de 8h caracterizado por dolor abdominal que inició en región de epigastrio y que luego se irradia a fosa iliaca derecha de gran

intensidad (9/10), además refiere sensación de alza térmica no cuantificada y falta de apetito desde ayer en la tarde.

Antecedentes: Niega enfermedades anteriores, niega contacto COVID, niega antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico: T: 38 °C, PA: 100/60 mmHg FC: 105, FR: 18, SatO<sub>2</sub>: 98%.

Se le encuentra AREG, AREN, AREH.

- Piel y TCSC: Caliente, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2“.
- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en AHT, No ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos audibles
- Abdomen: Plano, blando, depresible. Ruidos hidroaéreos positivos, doloroso a la palpación superficial y profundo en fosa iliaca derecha. McBurney (+), Rovsing (+) y Blumberg (-). No signos peritoneales.
- SNC: Despierto, irritable, reactivo a estímulos en su entorno.

En Emergencia de Pediatría se realiza interconsulta a Cirugía pediátrica debido a sospecha de Apendicitis Aguda. Se solicita exámenes de laboratorios y se obtiene: hemoglobina: 13 gr/dl, leucocitos: 14 000, plaquetas: 220 00, abastionados: 8% y neutrófilos: 88%.

Se programa a menor para apendicectomía.

Diagnóstico post operatorio: PO de apendicectomía abierta por apendicitis aguda flemonosa.

### **c. ADENITIS MESENTÉRICA**

Paciente adolescente mujer de 15 años ingresa por emergencia de medicina interna acompañada de su madre el 16/02/2020 a las 10:00 am refiriendo que 12 horas antes del ingreso cuadro inicia con dolor en hemiabdomen inferior de intensidad 3/10 y sensación de alza térmica, por lo cual se automedica tomando paracetamol. Durante la madrugada se despierta para ir al baño ya que el dolor había incrementado levemente y desde ese momento no podía conciliar el sueño, por lo que vuelve a tomar paracetamol, pero el dolor no disminuye y con el paso de las horas el dolor aumenta en intensidad 7/10 asociado a náuseas y falta de apetito, por lo cual decide acudir a emergencia.

En tópicos de EMG paciente tose durante la entrevista refiriendo un dolor de garganta que apareció 1 día antes del ingreso. Niega antecedentes quirúrgicos, niega antecedentes patológicos.

Al examen físico T°: 37.3 °C axilar, FC: 85, FR: 16; SatO<sub>2</sub>: 98%, FUR: 28/01/2020.

- Orofaringe: congestiva, levemente eritematosa, y presencia de granulaciones faríngeas hipertróficas y eritematosas
- Abdomen: blando, depresible, dolor abdominal difuso a la palpación superficial y profunda a predominio en fosa iliaca derecha, RHA presentes signo psoas (+), signo Rovsing (+). Signo de McBurney (+), Bloomberg (-)
- Resto de aparatos y sistemas sin alteraciones al momento.

Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo: leucocitos 13000. Hb: 13 g/dl, Hto: 38.7%, plaquetas: 220 000. Examen de orina: leucocitos 1-2 por campo, nitritos negativos,

Se solicita interconsulta de rutina por la especialidad de Ginecología y Cirugía general para descartar abdomen agudo quirúrgico. Ginecología descarta patología anexial y es dada de alta por su servicio. Cirugía general a las 15:00 pm evalúa a paciente y acepta transferencia a su servicio con Diagnóstico de Apendicitis Aguda, se plantea programación para SOP, quedando solo con hidratación; sin embargo a las 18:00 pm se reevalúa a la paciente con cirujano de turno quien al examinarla encuentra:

- Abdomen: blando, depresible doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, McBurney (+), Rovsing (-), Blumberg (-)

Paciente refiere que el dolor ha disminuido y solo se presenta a la palpación profunda, mas no al reposo. Se plantea como diagnóstico diferencial Adenitis mesentérica, por lo cual evalúa orofaringe, evidenciando lo descrito anteriormente, y decide dejarla en observación. Se vuelve a reevaluar a las 23:00 pm del 16/02/2020 donde paciente refiere considerable disminución del dolor abdominal, pero que persiste al momento de que le aprietan, sigue en observación por 6 horas más donde evoluciona con disminución del dolor con una intensidad 2/10 percibida por el paciente, a la palpación persiste el dolor abdominal en región de hemiabdomen inferior, pero de menor intensidad. Se

indica el alta a las 8 am del 17/02/2020 con el diagnóstico de faringitis aguda y adenitis mesentérica.

#### **d. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**

Paciente mujer de 30 años de nacionalidad venezolana con antecedente quirúrgico de cesárea anterior 2 veces en el 2014 y 2017, ambas cirugías en Venezuela. La paciente acude a emergencia el 20/01/2021 a las 15:00 pm con un tiempo de enfermedad de 01 día refiriendo dolor abdominal de leve intensidad al inicio, pero que con el transcurso de las horas fue incrementando, llegando a ser 9/10 y que no cede con la toma de ibuprofeno; además refiere sensación de alza térmica, vómitos en 4 oportunidades y menciona que no puede hacer deposiciones desde hace dos días, ni elimina flatos.

Al examen físico: T: 37.5 °C, FC: 90, FR: 19, PA: 100/60 mmHg, SatO<sub>2</sub>: 96%.

- Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2", no edemas.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.
- T y P: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados.
- Abdomen: Distendido, RHA ausentes, dolor de gran intensidad a la palpación superficial y profunda a predominio de flanco izquierdo.
- Tacto rectal: Ampolla rectal vacua. No heces impactadas.

Se solicita exámenes de laboratorio, donde el hemograma muestra leucocitos en 15 000, Hb 11.2, Hto: 33 %, Examen de orina: 1-2 leucocitos por campo, nitritos negativo, AGA: K: 3.9 meq/L, Na: 132 meq/L, pH: 7,47, HCO<sub>3</sub>: 30, PCO<sub>2</sub>: 43 meq/L

Se solicita radiografía de abdomen de pie, donde se observan niveles hidroaéreos y asas intestinales distendidas; con esos hallazgos se plantea como diagnóstico una obstrucción intestinal y se prepara a paciente para entrar a SOP.

Se realiza laparotomía exploratoria donde se evidencia múltiples bridas y adherencias entre yeyuno e íleon, y un dressing que obstruía íleon y yeyuno, además de líquido inflamatorio de aproximadamente 500 cc.

Paciente es dada de alta a las 48 horas con una evolución favorable con el diagnóstico de PO de laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal + liberación de bridas y adherencias+ extracción de cuerpo extraño.

## **CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El Hospital Sergio E. Bernales de categorización III.1 se encuentra ubicado a la altura del kilómetro 14.5 de la Av. Tupac Amaru en el distrito de Comas, provincia de Lima. Este establecimiento está dirigido a la población de Comas, Carabaylo e Independencia que según el ASIS 2014 de dicho establecimiento tiene a cargo una población total de 1 054 450 habitantes, además también de recibir a la población proveniente de Huaral y Canta, siendo también un hospital de referencia para población residente de los departamentos de San Martín y Huánuco (5).

Al ser un establecimiento con UPSS especializadas de alta capacidad resolutive, cuenta con múltiples servicios tales como:

1. Dentro del servicio de medicina encontramos las especialidades de: Medicina interna, neumología, cardiología dermatología, endocrinología, gastroenterología, neurología, psiquiatría, geriatría y reumatología.
2. Dentro del servicio de Cirugía encontramos las especialidades de: Cirugía general, cirugía cabeza y cuello, cirugía pediátrica, cirugía plástica y quemados, cirugía tórax y cardiovascular, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, oncología, traumatología y ortopedia y urología
3. Dentro del servicio de Ginecología y obstetricia se maneja: alto riesgo obstétrico, área de colposcopia, área de Climaterio, área de infertilidad, área de ginecología, área de planificación familiar y control prenatal.
4. Dentro del servicio de Pediatría se maneja las especialidades de: pediatría, neonatología, neuropediatría y nefrología.

5. Otras especialidades como: medicina de rehabilitación, psicología, odontología, terapia física ocupacional y de lenguaje, terapia del dolor, estrategias sanitarias.
6. Cuenta también con sala de rayos x, sala de ecografías, laboratorios, Unidad de cuidados intensivos de neonatología y una unidad de cuidados intensivos compartida entre los demás servicios, y otros.

El hospital no cuenta con tomógrafo, por lo tanto, todo paciente que necesite de una tomografía tiene que realizarse dicho examen de forma particular o se puede referir a otros hospitales que tengan disponibilidad, sin embargo, actualmente la empresa grupo Quito cuenta con un módulo de atención dentro del mismo hospital. De igual manera otros procedimientos como Colangiopancreatografía, retrógrada endoscópica, colonoscopia no son realizados por el servicio de gastroenterología, teniendo así que efectuar referencias, generalmente al Hospital Loayza y Hospital Hipólito Unanue, para realizar dicho procedimiento.

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

Debido a que no se encontraron guías clínicas del Hospital Nacional Sergio Bernaldes disponibles acerca de los procedimientos médicos quirúrgicos respecto a los casos clínicos presentados en el capítulo I, en este capítulo se hará una comparación entre el abordaje realizado por los médicos de este nosocomio basándonos en lo que dicen las guías de otros hospitales, en las últimas normas técnicas emitidas por el MINSA, así como revisión bibliográfica de Uptodate y otros artículos propios de la especialidad.

#### **3.1 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE GINECO OBSTETRICIA**

Los casos clínicos de ginecología y obstetricia que fueron descritos anteriormente serán revisados en base a la Guía de Prácticas Clínicas y de Procedimientos del Instituto Materno Perinatal (INMP) ya que esta guía constituye el modelo de referencia de los diferentes hospitales del MINSA.

El embarazo ectópico es una gestación fuera de la cavidad uterina que con mayor frecuencia se producen a nivel de las trompas de Falopio (96 por ciento). La importancia de esta patología radica en que su ruptura puede provocar una hemorragia potencialmente mortal, por lo tanto, el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado son fundamentales. Según la Guía del INMP, los dos exámenes auxiliares principales para llegar al diagnóstico son la ecografía pélvica transvaginal (Eco-TV) y los niveles séricos de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG). En el HNSEB a toda paciente en edad fértil que acude por dolor abdominal y amenorrea también se le solicitan esas pruebas en busca de descartar una gestación extrauterina. Por otro lado, ambos exámenes sumados a la estabilidad hemodinámica en la que se

encuentra la paciente serán decisivos para escoger si se opta por un tratamiento médico o si se va a cirugía. En el caso de la paciente, si bien se encontraba hemodinamicamente estable, ella no cumplía con los criterios para recibir metrotexato (medicamento de elección) pues su valor de  $\beta$ -hCG era 8 000, el saco gestacional era mayor a 4cm y el líquido libre no era menor a 100ml. Por ese motivo, paciente es programada para una laparoscopia y se le realiza una salpingostomía lo cual según las guías es el manejo óptimo en este tipo de casos (6).

El siguiente caso fue sobre una gestante a la que se le diagnóstico de VIH durante el trabajo de parto, lo cual sería considerado un escenario 3. Hay que recordar que según la Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, existen 3 escenarios de presentación y cada uno tiene un manejo diferente con el fin de prevenir la transmisión vertical materno infantil de esta enfermedad infecciosa.

El escenario 3, es el escenario más sombrío, pues ni la misma paciente sabe el estadio en el que se encuentra la infección, ni conoce su carga viral y mucho menos los valores de CD4 y por tanto el medico mucho menos sabe a lo que se enfrenta. Lo que se pudo ver en la emergencia de nuestro hospital origen es que la mayoría de veces no se cumple con lo planteado en la última norma técnica mencionada ya que esta indica que aquellas gestantes que presentan membranas rotas, dilatación > 4 cm o carga viral < 1000 copias/ml puedan culminar su gestación por parto vaginal. En la práctica, esto no sucede de dicha manera en casi la totalidad de casos puesto que las gestantes VIH (+) sea el escenario al que pertenezcan son programadas para cesárea electiva, salvo algunas pocas excepciones. Respecto a las indicaciones antes de la culminación del parto sea via vaginal o por cesárea se deberá administrar zidovudina por vía endovenosa (2 ampollas de 200 mg) en 500 cc de dextrosa al 5% en infusión, lo cual también fue realizado en la terapéutica de la paciente del caso (7).

La preeclampsia es una de las enfermedades que reiteradamente fue vista en las emergencias, sobre todo aquellas sin criterios de severidad; sin embargo, aquellas preeclampsias con criterios de severidad, las eclampsias y los

síndromes de HELLPs fueron los que más nos marcaron pues el manejo oportuno y rápido juegan un rol importantísimo en la vida de la madre y el feto. Como se menciona en la bibliografía, los objetivos terapéuticos en la preeclampsia se basan en el control de la hipertensión arterial (metildopa 500 mg o 1g c/d 12 horas o nifedipino 10 mg VO son los fármacos recomendados por la guía del INMP); en la prevención de ocurrencia de convulsiones o de su repetición (sulfato de magnesio 20% 50 cc en una solución salina 9% 50 cc); optimizar el volumen intravascular con una hidratación adecuada (solución salina al 9% a razón de 50 – 60 gotas por minuto el primer litro, y en casos de persistir la oliguria iniciar coloides 500 cc a goteo rápido) y finalmente mantener una oxigenación arterial adecuada. En casos haya criterios de severidad el tratamiento de elección es culminar con la gestación lo cual sucedió con la gestante descrita en el capítulo I pues presentaba una PA mayor de 160/110 y además manifestaba síntomas premonitores y una plaquetopenia. En lo que respecta al tratamiento que se le administró antes de ingresar a sala se concluye que fue la terapéutica correcta (7).

Según la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología de Instituto nacional materno perinatal, en caso de pacientes con factores de riesgo recomienda administrar carbetocina 1 ampolla de 100 microgramos intramuscular inmediatamente después de extraer la placenta. El tratamiento de la atonía uterina según esta misma guía incluye el masaje uterino externo, instalar vías endovenosas y administrar 1 ampolla de carbetocina de 100 microgramos diluidos en 10 ml de NaCl 0.9% en bolo endovenoso en un tiempo no menor de 1 minuto. Como manejo alternativo está el uso de oxitocina (20 a 40 UI en 1 litro de NaCl 0.9%) y pasar a una velocidad de 5 ml por minuto, luego aumentar según la cantidad de sangrado y según el tono uterino. También si el sangrado persiste y es abundante colocar una segunda vía donde se pasará 500 ml a chorro y luego a un goteo de 30 gotas por minuto, se administrará endometrina 0.2 mg intramuscular, se realizará revisión manual de cavidad uterina, se retiran coágulos y restos y se procede a realizar masaje bimanual. Si después de todo esto la paciente no mejora, pasa a sala de operaciones (6).

### 3.2 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA

Una demora en el diagnóstico de un Infarto Agudo de miocardio (IMA) lleva a su vez a un retraso en la terapéutica, lo cual puede resultar fatal en la vida del paciente; por ende, en un paciente con un posible síndrome coronario agudo es esencial que la evaluación y el manejo inicial sean rápidos, pero metódicos y basados en evidencia.

Un personal de salud debe considerar la posibilidad de un IMA en cualquier adulto que acuda al servicio de emergencias refiriendo dolor torácico opresivo que se irradia a cuello, mandíbula, brazo izquierdo junto a un historial personal o familiar de SCA u otra enfermedad cardiovascular, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, o abuso de cocaína ya que todos aumentan la probabilidad de la ocurrencia. Así mismo, el diagnóstico de isquemia coronaria no solo depende de la presencia o de las características del dolor torácico, sino también de anomalías en el electrocardiograma (ECG) y el nivel de los marcadores séricos de lesión cardíaca. Es así, que durante la fase de evaluación inicial en primer lugar se tiene que realizar la evaluación de vías respiratorias, ventilación, circulación; después mientras se esté realizando la historia clínica, se debe ir realizando un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones y de marcadores enzimáticos. La revista española de Cardiología a su vez, recomienda tener un equipo de reanimación a la cabecera, monitor cardíaco adjunto al paciente, administrar oxígeno si fuera necesario (8).

El señor del caso clínico acudió al hospital ya con una electrocardiograma donde se evidenciaba un infarto no ST elevado, sin embargo, al llegar al hospital nuevamente se le solicitó uno, así como un dosaje de las enzimas cardíacas (troponinas) las cuales corroboraban el diagnóstico que se le había dado en el consultorio en primera instancia.

Respecto a la terapéutica todos los pacientes con sospecha de SCA deberían recibir aspirina dosis de ataque (162 a 325 mg), a menos que exista una contraindicación; además, se debe administrar nitroglicerina sublingual a una dosis de 0,4 mg cada cinco minutos por un total de tres dosis y se debe

emplear antiplaquetarios asociados a anticoagulantes y beta bloqueadores con estatinas (9).

Con respecto al caso de hipoglicemia, Uptodate describe que el manejo es con 15 a 20 gramos de carbohidratos de acción rápida (3 o 4 tabletas de glucosa, ½ taza de jugo, etc.) para aquellos pacientes que no requieren ayuda de otra persona para administrar carbohidratos o glucagón. Si el paciente presenta una hipoglicemia grave (aquel que presenta alteración de la conciencia y requiere de otra persona para administrar glucagón) va depender de si ya cuenta o no con un acceso intravenoso. Si cuenta con vía intravenosa se administra 25 gr de glucosa al 50% (dextrosa) o su equivalente en 4 ampollas de 10ml de solución hipertónica de glucosa al 33%. En caso de no contar con acceso intravenoso se deberá administrar glucagón ya sea por vía nasal, subcutánea o intramuscular. En el caso clínico vemos que el manejo es el adecuado si contara con vía intravenosa ni bien llega al servicio, pero al no contar con la vía periférica se le debió administrar por las vías ya descritas previamente, además de saber instruir adecuadamente al entorno familiar y al paciente de como reconocer algunos síntomas y poder evitar futuras hipoglicemias asociadas al tratamiento (10).

En el caso clínico de cólico vesicular, el paciente es tratado con tramadol, hioscina y omeprazol donde a la reevaluación refiere que el dolor disminuyó considerablemente.

Analizando este caso con la bibliografía revisada en Uptodate, el manejo médico es el incorrecto, ya que el medicamento a administrarse en primera línea debió ser un AINES (ketoprofeno, diclofenaco, ketorolaco) y no el tramadol que es un tipo de opioides, ya que estos se deberán reservar si hubiese alguna contraindicación en el uso de Aines o si no hubiese un alivio adecuado del dolor. Por otro lado, en los estudios se dan a conocer que los AINES controlan mejor el dolor en comparación con los antiespasmódicos y comparando con los opioides no hubo diferencia alguna. Además, se menciona que el uso de AINES podría disminuir la probabilidad de que el cólico vesicular progrese a una colecistitis aguda. Sin embargo, esto no se cumple muchas veces en el tópico de medicina del nosocomio en mención ,

pues a veces la demanda de pacientes es tanta que se prefiere la combinación de AINES + opioides para disminuir más rápido el dolor y así se pueda reducir el flujo de pacientes en observación (11).

### **3.3 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA**

El caso de deshidratación severa, a diferencia de los otros, no se ve tan seguido en la práctica diaria; al menos eso fue lo que se vio durante los 15 días de rotación en pediatría pues fue el único caso que llegó en ese estado de deshidratación a diferencia de las deshidrataciones leves y moderadas que fueron mucho más frecuentes en el servicio de EMG.

Lo que llamó la atención fue en primer lugar el estado en la que llegó la paciente pues cumplía con todos signos clínicos de deshidratación severa señalados en la Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en el niño y niña. Así mismo, llama la atención el manejo que tuvo el Centro de Salud a donde acudió por primera vez, debido a que en vez de reconocer que la paciente ya podía estar presentado algún grado de deshidratación o en todo caso ser considerada una paciente con alto riesgo de deshidratación y así iniciar tratamiento con SRO lo único que indicaron es que la paciente tenía COVID (sin haberle realizado ninguna prueba ya sea rápida, antigénica o molecular) y recetaron medicamentos que hasta la fecha no tienen evidencia científica de servir para esta enfermedad ni como prevención ni como tratamiento en casos leves, lo cual demuestra la deficiencias existentes también en el primer nivel de atención (12).

En cuanto al manejo, la guía menciona que primero se tiene que identificar en que grado de deshidratación se encuentra el paciente. En el caso clínico presentado la menor se encontraba en una deshidratación grave con shock, ante este tipo de casos, la norma técnica menciona que el tratamiento fundamental se basa en iniciar con un bolo de solución salina a una dosis de 20 mg/kg vía endovenosa en 10-15 minutos (NaCl 0.9% o de lactato de Ringer), si después del bolo hay mejoría en el sensorio, perfusión tisular y pulso radial fuerte se considera que el niño o la niña salió del shock y se pasa

al manejo de deshidratación grave sin shock como ocurrió en el caso presentado. Si no hubiera ocurrido ello, se tendría que haber pasado a otro bolo y si después de este luego el paciente no mejora se debe considerar otras causas de shock (12).

Ante la sospecha de Neumonía bacteriana para escoger el tratamiento antibiótico más adecuado se debe tener en cuenta al grupo etario al que pertenece el paciente, la severidad del cuadro y el perfil de sensibilidad antibiótica. Para lo último mencionado, la Norma Técnica de Neumonía del 2019 indica que a todo paciente que se hospitalice se solicite hemocultivo y antibiograma previo uso de antibióticos.

En niños menores de 2 meses ante la sospecha clínica y antecedentes se iniciará terapia con betalactámico (ampicilina) y aminoglucósido (amikacina o gentamicina). Si el RN estuviera en un establecimiento de menor nivel se colocará la primera dosis idealmente endovenosa o vía intramuscular y se gestionará una referencia coordinada.

En niños mayores de 2 meses y menores de 6 meses se debe colocar la primera dosis de ampicilina vía EV. En aquellos entre 6 meses a 12 años con diagnóstico de neumonía bacteriana no complicada y sin criterios de hospitalización se prefiere el uso de la vía oral para la administración de antibióticos. Siendo de elección:

- Amoxicilina 90 mg/kg/ día cada 8 horas por 7-10 días.
- Cloranfenicol 50 mg/kg/día cada 6 horas por 7 días.

En niños mayores de 2 años con criterios de hospitalización y que se encuentren en un tercer nivel de atención la indicación dado es con los siguientes antibióticos:

- Ampicilina 150-200 mg/kg por día EV dividido cada 6 horas.
- Cloranfenicol 75-100 mg/kg por día, EV cada 6 horas (dosis máxima 4 g/día).
- Penicilina G Sódica 200-250 mil UI/kg por día, EV cada 6 horas (dosis máxima 24 millones/día).

Así mismo, a diferencia de una atención en el segundo nivel, se tiene como alternativa la siguiente terapéutica:

- Ceftriaxona 75-100 mg/kg por día cada 12 horas (dosis máxima 2 g/día) o cefotaxima 150 mg/kg por día, dividido cada 8 horas (dosis máxima 1 g/día).

En cualquiera de los casos la duración del tratamiento está basada en la respuesta clínica al tratamiento EV y a la tolerancia del tratamiento oral, señalando un total de 7 días como mínimo.

Sobre el uso de otros medicamentos en cuadros de neumonía recomiendan paracetamol vía oral si la temperatura axilar es mayor a 38.5 °C. Por otro lado, no se recomienda en el tratamiento de neumonía la administración de antihistamínicos, mucolítico, antitusígenos expectorantes o broncodilatadores orales; salvo exista broncoespasmo asociado a la neumonía, en esos casos sí se podrá usar broncodilatadores nebulizados o inhalados de acuerdo con gravedad de paciente, lo cual sucedió con el menor del caso pues aparte de la neumonía también tenía diagnóstico de crisis asmática moderada (13) (14).

La taquipnea transitoria del recién nacido es la causa más común de dificultad respiratoria en el recién nacido ya sea a término o prematuro tardío. Como factores de riesgo presente en el caso clínico anteriormente descrito se tienen a la prematuridad y el parto por cesárea, no obstante, al ser un evento benigno que se resuelve espontáneamente el manejo que se le dio en el hospital según UpToDate, es el adecuado, ya que solo necesita medidas de apoyo y observación ya que el cuadro remite sin mayor complicación (15).

### **3.4 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA**

En el caso de la adenitis mesentérica, al inicio la paciente viene con una sintomatología sugestiva de apendicitis aguda pues todos los médicos que la evaluaron clínicamente coincidían en el diagnóstico. El abordaje según la revisión bibliográfica coincide con lo planteado por los médicos ya que se usó

la escala de Alvarado donde se obtuvo un puntaje de 6 , pero que según Uptodate recomienda que si el puntaje es mayor a 4 puntos se debe usar imágenes de apoyo (TAC, ecografía) o una laparoscopia quirúrgica, para evitar una laparotomía negativa; sin embargo nuestro establecimiento no cuenta con dichos elementos a disposición en la emergencia para ser usados como apoyo al diagnóstico y solo se basa en el diagnóstico clínico y resultados de laboratorio, produciéndose así una demora, o un error diagnóstico tal como ocurrió en el caso explicado. Según Uptodate en caso de no contar con imágenes de apoyo al diagnóstico se debe observar durante 12 horas y volver a reevaluar; si se obtiene un puntaje menor de 4 se debe buscar otras causas, lo cual si se realizó con la paciente en nuestro establecimiento (16).

La obstrucción intestinal sucede cuando se interrumpe el flujo normal del contenido intestinal, en donde el 80% de los casos se ve afectado el intestino delgado. El diagnóstico de los pacientes en los que se sospecha esta enfermedad tiene que apoyarse en los resultados de imágenes que puede ser una radiografía o una tomografía según disponibilidad. En el caso de esta paciente como factor predisponente para desarrollar una obstrucción por bridas y adherencias es que tenga el antecedente de dos cesáreas realizadas años anteriores. Por otro lado, el apoyo con exámenes de laboratorio nos ayuda a saber si el compromiso sistémico es tan grande como para afectar otros órganos (17).

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

El inicio del internado (01 de enero del 2020) se realizó en el Hospital Nacional Sergio Bernales, este se desarrolló de acuerdo a lo esperado y se confirmó lo que se venía escuchando año tras año: "el hospital se convertirá el lugar donde vivirás día y noche y el descanso será mínimo", y pues sí, efectivamente es el lugar donde pasarás más tiempo con tus cointernos, residentes o asistentes que con tu propia familia; o donde muchas veces los trámites administrativos ocasionan más cansancio que los procedimientos mismos que realizas; otras veces harás de personal técnico y empujaras una camilla, trasladarás a tu paciente, irás a facturar, entre otras cosas; pero también el internado será el momento que te permitirá llevar a cabo diversos procedimientos médicos como sacar un análisis de gases arteriales, colocar una vía periférica, realizar una paracentesis, suturar, poner sondas, atender un parto, recibir al neonato y realizar su atención inmediata respectiva. En otras oportunidades, incluso, se da la posibilidad de ingresar a sala de operaciones no solo a instrumentar sino también a asistir ya sea en una cesárea o en una apendicectomía y así participar de segundo cirujano.

De enero a quincena de marzo, la afluencia de pacientes era interminable en los servicios de medicina interna y ginecología, las cuales fueron las rotaciones con las que se inició el internado de los autores de este trabajo. En ambos servicios, muchos pacientes acudían aduciendo que en su posta o centro de salud más cercano no estaba atendiendo, en otros casos, mucho de los pacientes no calificaban como una atención de emergencia, y lo único que generaban es que se llenara más los tópicos, saturando aún más el sistema de salud; no obstante, aun así se les brindaba atención médica, lo cual resultaba beneficioso para nosotros puesto que nos permitía como internos poder realizar la entrevista médica correspondiente, y así ir

moldeando y fortaleciendo nuestros conocimientos y actitudes para con el paciente., además de hacernos entender que en nuestro país tenemos un sistema de salud muy deficiente , donde el principal afectado siempre será la población.

Las experiencias vividas durante el contexto actual definitivamente no fueron igual al internado pre-pandemia en muchísimos aspectos. En primer lugar ahora se tenía un reglamento nuevo que disponía nuestra presencia en el hospital de 7:00 am a 13:00 pm de lunes a sábado y solo dos guardias diurnas durante 15 días al mes; sumado a ello la atención en el HNSEB estaba limitada solo a emergencias, pacientes de hospitalización y área COVID. Al menos durante los meses de octubre y noviembre solo se veía entre 10 a 20 pacientes por guardia en la emergencia de medicina (pre-pandemia las atenciones en EMG han llegado hasta 80 pacientes por guardia). En ginecología se atendían aproximadamente 40 a 50 pacientes por guardia, número que también se vio reducido al reanudar el internado. En hospitalización a veces solo se encontraban 5 pacientes dependiendo de la especialidad, sin embargo, a partir del mes de diciembre se comenzó a notar un incremento en la afluencia de pacientes a los distintos tópicos de emergencia y en hospitalización ya a partir de enero podríamos decir que las emergencias estaban como hace un año cuando iniciamos el internado.

Otra diferencia muy notoria es el hecho de estar con tu paciente por un tiempo muy limitado, guardando siempre la distancia, no pudiendo hacerle muchas veces el seguimiento o ver cómo evolucionaba (como sí sucedía antes de la pandemia), lo cual genera un discomfort e insatisfacción. Por otro lado, tenemos el hecho de usar durante tiempos prolongados una mascarilla n95, un protector, lentes o un mandilón, entre otros equipos de protección que, si bien nos generan una cierta tranquilidad al tenerlos puestos, también provocan un agotamiento mayor, más si son usadas en estaciones donde el calor es muy fuerte.

En lo que respecta a la parte académica, se cancelaron los seminarios, exposiciones o discusión de casos clínicos y en vez de ello, en algunos casos, se optó por realizarlos de manera virtual, los cuales fueron totalmente

aprovechados; y es que, en realidad, así como hay situaciones adversas, también hay que saber salir adelante y sacarles todo el provecho posible como ocurrió en estas rotaciones. En las especialidades de medicina interna y ginecología se cancelaron además los talleres, exposiciones que antes se realizaban de forma diaria con nuestros tutores o con asistentes del piso; y en las otras rotaciones como neonatología, pediatría y cirugía estas eran programadas vía virtual por las tardes, pero no a diario, sino semanalmente y esto ayudaba a complementarlo con la parte práctica que ya se había visto.

Otro punto para comparar es el hecho de que durante la pandemia se realizaban menos labores no académicas, permitiendo así dedicarse un poco más a aprender de la enfermedad del paciente adquiriendo más conocimientos en la parte teórica para luego ponerlas en práctica con cada paciente, pero al mismo tiempo, se tenía la necesidad de ver más casos puesto que parte de nuestra formación necesita consolidar todo lo aprendido y el paciente es el mejor libro; sin embargo, se dejaron de lado las visitas que duraban 20 a 30 minutos por paciente, donde asistente preguntaba a residentes e internos y se llegaba a la discusión de cada patología.

## CONCLUSIONES

El internado es una fase muy importante para la formación del médico en nuestro país ya que nos prepara para afrontar la diversidad de casos y emergencias que tengamos que afrontar al laborar en un sistema de salud muy precario como el de nuestro país.

La ventaja de realizar el internado en un establecimiento de salud de alta complejidad como el Hospital Nacional Sergio Bernales es crucial para la formación del médico ya que se puede ver una variedad de patologías y ver como es el abordaje de las mismas, lo cual a su vez contribuye a que el futuro médico sepa cómo actuar frente a emergencias en general, incluyendo las de prioridad 4 y 5, así como saber el abordaje ante un paciente con una enfermedad crónica.

El desarrollo del internado en centros de salud de menor nivel, es una clara desventaja para la formación del interno, ya que muchos pacientes prefieren ir a la emergencia de un hospital que acudir a su posta, por lo tanto el interno no podrá desarrollar y cumplir con las actividades que la malla curricular de la universidad demanda.

La ausencia de internos de medicina durante los meses de marzo a octubre evidenció la importancia de ellos en los hospitales pues se reconoció por parte de muchos asistentes y residentes la necesidad de tenernos día a día ya que no solo somos estudiantes del último año encargados de realizar historias clínicas, llenar recetas o realizar el terrible papeleo, sino que más bien formamos parte de ese recurso humano encargado de fortalecer, de apoyar y así continuar con la dinámica que permita el acceso de las personas usuarias a este sistema de salud que actualmente se encuentra muy afectada por la Pandemia.

Finalmente, es necesario mencionar que frente a las adversidades u obstáculos que se han presentado por esta pandemia, consideramos que se pudo cumplir con los objetivos académicos de la malla curricular de nuestra universidad, así como las metas personales, que incluso se han visto sobrepasadas, de cada uno de los autores de este trabajo.

## RECOMENDACIONES

Hacer internado en medio de una pandemia no es precisamente la mejor de las situaciones, sin embargo, está en el alumno aprovechar todas las oportunidades que se puedan presentar durante este tiempo ya sea en un centro de salud o en un hospital de mayor complejidad.

Las rotaciones en los establecimientos de salud no deberían ser cada 15 días pues ello limita la oportunidad de ver más casos o hacer el seguimiento de las diferentes enfermedades.

Se debe promover la investigación dentro del internado ya que es una herramienta indispensable en el ámbito médico que nos permitirá estar actualizados y estar a la altura para resolver. La revisión de bibliografías debería ser rutina para el interno de medicina, pero ante la inexistencia de un reglamento de internado que facilite estas actividades es muy poco probable que se pueda realizar debido a la carga laboral que este proceso de internado demanda.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Taype-Rondán Á, Inga-Berrosipi F, Casiano Celestino R, Bastidas F. Percepción de médicos recién egresados sobre las habilidades clínicas adquiridas durante el pregrado en Lima, Perú. Rev Médica Chile. 2015; 143(4):540-2.
2. Dirección General de Salud de las Personas. MINSA. NT N 021-MINSA/DGSP V.01. Categorías de establecimientos del sector salud [Internet]. 2005. Disponible en: <https://n9.cl/q9kn9>
3. Tapia RM, Núñez RM, Salas R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ Médica Super [Internet]. 2007; 21(4). Disponible en: <https://n9.cl/aabd4>
4. Decreto de urgencia-N° 090-2020. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19. El Peruano [Internet]. 2020; Disponible en: <https://n9.cl/zdr6c>
5. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. MINSA. Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2014. Hospital Nacional Sergio E. Bernales [Internet]. 2014. Disponible en: <https://n9.cl/5j3ni>
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología. 2020.
7. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B [Internet]. 2020. Disponible en: <https://n9.cl/c81a5>
8. Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom Lundqvist C, A. Borger M, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto

agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2013; 66(1):53.e1-53.e46.

9. Simons M, Breall J. Overview of the acute management of non-ST elevation acute coronary syndromes [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: <https://n9.cl/crt1b>

10. Cryer P. Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: <https://n9.cl/ydfjj>

11. Zakko S, Afdhal N. Approach to the management of gallstones [Internet]. UpToDate. 2020. Disponible en: <https://n9.cl/na08l>

12. Instituto Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años. 2017.

13. Sakalauskas R, Bagdonas A, Bojarskas J, Dumcius S, Kudzyte J, Malakauskas K, et al. Diagnosis and treatment of pneumonia in adults and children (consensus of Lithuanian pulmonologists). Med Kaunas. 2003; 39(3):307-25.

14. MINSA. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en las niñas y los niños. 2019.

15. Johnson K. Transient tachypnea of the newborn [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: <https://n9.cl/pocmf>

16. Martin R, Kang S. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/mp4v>

17. Bordeianou L, Dante D. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults [Internet]. UpToDate. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/52sf>