



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN TIEMPOS DE PANDEMIA
EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO 2020 – 2021

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

PRESENTADA POR
WALTER DAVID QUISPE VALENTIN
RUTH GHERALDIN RAFAEL REYNOSO

ASESOR

MGTR. DANOS DIAZ PIERINA

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**LA EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN TIEMPOS DE
PANDEMIA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO 2020 –
2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
WALTER DAVID QUISPE VALENTIN
RUTH GHERALDIN RAFAEL REYNOSO**

**ASESORA
MGTR. DANOS DIAZ PIERINA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mgtr. María Isabel Mercado Herrera

Miembro: Mgtr. Karin Narda Gálvez Carrillo

Miembro: M.E. Zoila Roxana Villa Zapata

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	30
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	35
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	48
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
FUENTES DE INFORMACIÓN	55

RESUMEN

El internado médico es el último año de estudio de todo interno de medicina humana, en el cual el interno es capaz de sintetizar tanto conocimientos prácticos como teóricos para poder aplicarlos de manera correcta en la atención a los pacientes. A la misma vez se realiza en 4 principales áreas siendo estas: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco – obstetricia; donde por cada rotación el interno adquiere ciertas competencias tanto clínicas como el correcto interrogatorio, el llenado de historias clínicas, el manejo del paciente, así como competencias prácticas mediante la realización de procedimientos básicos. Lamentablemente en medio del contexto de la pandemia por el Covid – 19 el internado médico tuvo que variar y acomodarse a la realidad que se vive a nivel mundial, siendo necesarios el uso de recursos virtuales para lograr íntegro desarrollo del interno. El presente trabajo refleja la manera en cómo el interno de medicina del Hospital San José realizó el internado médico, los cambios que se realizaron y las competencias que se pudieron lograr. Pese a las dificultades que se pudieran haber suscitado el interno de medicina del Hospital San José culmina el internado con un amplio conocimiento el cual se ve reflejado en la variedad de casos manejados que principalmente se asemeja al tipo de pacientes que como médicos generales se maneja. Se recomienda a las futuras promociones que implementen un uso correcto de plataformas virtuales para complementar el conocimiento adquirido a lo largo del internado médico.

ABSTRACT

The medical internship is the last year of study for all human medicine interns, in which the intern is able to synthesize both practical and theoretical knowledge in order to apply them correctly in patient care. At the same time, it is carried out in 4 main areas, these being: internal medicine, surgery, pediatrics and gynecology - obstetrics; where for each rotation the intern acquires certain clinical skills such as correct questioning, filling out medical records, managing the patient, as well as practical skills by performing basic procedures. Unfortunately, in the context of the Covid-19 pandemic, the medical internship had to vary and adapt to the reality that exists worldwide, being necessary the use of virtual resources to achieve full development of the intern. This work reflects the way in which the medical intern at Hospital San José carried out the medical internship, the changes that were made and the skills that could be achieved. Despite the difficulties that may have arisen, the medical intern at the San José Hospital culminates the internship with extensive knowledge which is reflected in the variety of cases handled, which mainly resembles the type of patients that are managed as general practitioners. Future promotions are recommended to implement a correct use of virtual platforms to complement the knowledge acquired throughout the medical internship.

INTRODUCCIÓN

En Perú, a los estudiantes de séptimo año de la carrera de medicina humana se les exige a manera de prácticas preprofesionales realizar el internado médico, el cual comprende la integración y consolidación de todas las competencias adquiridas previamente por el estudiante durante su proceso formativo.

El internado médico en 2020 se realizó a nivel nacional comprendiendo en su mayoría las diversas sedes hospitalarias a nivel nacional incluyendo en la lista al Hospital San José del Callao.

El Hospital San José es una institución que brinda atenciones tanto preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación a las distintas personas, familias y a la población en general; mediante la combinación de personal capacitado, rápida respuesta y brindando un ambiente saludable que ha ido contribuyendo a lo largo de los años al desarrollo sostenido del país.

La institución pertenece a la Región Callao y es un pilar fundamental en el proceso tanto de respuesta primaria como de centro de referencias a lo largo de toda la red a la que pertenece.

A nivel nacional en las distintas sedes hospitalarias a los internos de medicina se les prepara previo al internado a manera de inducción, el cual involucra tanto una preparación física como mental enfocado en la futura responsabilidad que va llevar el interno en su sede de internado.

A inicios del internado medico en el Hospital San José del Callao, a los internos se les realiza una inducción, la cual está dividida en 3 partes.

1. La realización de una evaluación para conocer cuál es el estado general del interno, basándose en una evaluación de bienestar físico y psicológico. Así mismo se realizó una evaluación académica para poder valorar el nivel de conocimientos con el cual el interno está ingresando al internado.
2. Capacitación para tener un conocimiento general de todas las áreas (cuarto de descanso de internos, distribución de lockers y comedor), el cuidado personal (lavado de manos, vacunas), el uso correcto del EPP y la presentación por parte de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.
3. Presentación por parte de los distintos departamentos de salud, donde los internos realizaran las próximas rotaciones, en donde el jefe de cada unidad les informa a los internos tanto los deberes, derechos, normas y horarios que se deben seguir a lo largo de las distintas rotaciones.

El trabajo del interno principalmente está enfocado en 2 áreas, tanto en emergencia como en hospitalización, pudiendo esta última variar en torno a las distintas rotaciones (Medicina Interna, Cirugía, Ginecología – Obstetricia y Pediatría - Neonatología).

En el área de Medicina Interna los internos de medicina realizan actividades en 2 áreas:

- Emergencia: El trabajo principalmente recae en la realización del interrogatorio, la evaluación física y el planteamiento de diagnósticos preliminares del paciente. Así como el correcto llenado de la ficha de atención y la realización de procedimientos básicos para todo interno de medicina (por ej. La toma de aga's)
- Hospitalización: El trabajo principalmente recae en la realización de una buena historia clínica (anamnesis, examen físico,

diagnósticos preliminares) y un correcto llenado de esta; así como de la realización de procedimientos básicos para todo interno bajo supervisión y estar pendiente de la correcta evolución y seguimiento diario de los pacientes. Así mismo, el interno estará encargado de toda coordinación y actualización con respecto a pruebas de apoyo diagnóstico que requieran los distintos pacientes.

En el área de Cirugía los internos de medicina realizan actividades en 2 áreas:

- Emergencia: El trabajo principalmente recae en la realización del interrogatorio, la evaluación física y el planteamiento de diagnósticos preliminares del paciente. En caso el paciente necesite suturas o algún procedimiento en tópico (por ej. Retiro de suturas), este es realizado por el interno de medicina bajo supervisión. Así mismo el interno de medicina también está autorizado a ingresar y asistir en sala de operaciones bajo el consentimiento del médico a cargo.
- Hospitalización: El trabajo principalmente recae en la realización de una buena historia clínica (anamnesis, examen físico, diagnósticos preliminares); así como de la realización de procedimientos básicos para todo interno (por ej. Limpieza de heridas operatorias, colocación de bolsas de colostomías, etc.) y estar pendiente de la correcta evolución y seguimiento de los pacientes.

En el área de Ginecología – Obstetricia los internos de medicina realizan actividades en 3 áreas:

- Emergencia: El trabajo principalmente recae en la realización del interrogatorio, la evaluación física y el planteamiento de diagnósticos preliminares del paciente. En caso el paciente necesite la realización de algún procedimiento en el tópico, este es realizado por el interno de medicina bajo supervisión. De la misma forma el interno de medicina también está autorizado a

ingresar y asistir a sala de operaciones bajo el consentimiento del médico a cargo.

- Hospitalización: El trabajo principalmente recae en la realización de una buena historia clínica (anamnesis, examen físico, diagnósticos preliminares); así como de la realización de procedimientos básicos para todo interno y estar pendiente de la correcta evolución de los pacientes.
- Centro Obstétrico: El trabajo principalmente recae en la realización del seguimiento, evaluación y monitoreo de las pacientes que están en trabajo de parto. Así mismo, la atención del parto, la realización de suturas si lo amerita, la evaluación a las 2 horas de realizado el procedimiento y el correcto llenado de la historia clínica.

En el área de Pediatría los internos de medicina realizan actividades en 2 áreas:

- Emergencia: El trabajo principalmente recae en la realización del interrogatorio al familiar, la evaluación física y el planteamiento de diagnósticos preliminares del paciente.
- Hospitalización: El trabajo principalmente recae en la realización de una buena historia clínica (anamnesis, examen físico, diagnósticos preliminares) en las distintas áreas de Pediatría, así como de la realización de procedimientos básicos para todo interno y estar pendiente de la correcta evolución de los pacientes.

En el área de Neonatología los internos de medicina realizan actividades en 2 áreas:

- Alojamiento conjunto: El trabajo principalmente recae en la realización de una buena evaluación clínica de los neonatos y un correcto llenado de la historia clínica, así como la realización de procedimientos básicos para todo interno.

- Atención Inmediata del Recién Nacido: El interno de medicina deberá realizar la atención inmediata del recién nacido de parto espontáneo o cesárea bajo supervisión.

El internado en el Hospital San José inicio el 01 de enero de 2020 siendo la situación nacional de salud algo inestable, tanto para el sector público como privado.

En el contexto del Hospital San José durante la primera rotación se evidencio la inestabilidad principalmente por la carencia de Equipos de protección personal brindados por el estado peruano, así como de la inexistencia de un reglamento interno que velara por la integridad de los internos de medicina.

El Estado Peruano con fecha 11 de marzo mediante el Decreto Supremo N° 008-2020-SA declara en estado de emergencia al Perú debido a que se consideró el brote del coronavirus como una pandemia (1).

Ante la inminente llegada de la pandemia por el Sars Cov – 2 la crisis antes mencionada se hizo evidente colapsando la capacidad resolutive de la institución y llevando a la cancelación provisional del internado médico.

Tras 5 meses de cancelado el internado mediante el Decreto de Urgencia N° 090-2020 se establecen los “lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud” (2). En el cual se establecen: la reincorporación progresiva de los internos, el brindar un seguro, la completa protección mediante la entrega de Equipos de Protección Personal, un horario asignado a nivel general, el apoyo en áreas No COVID, así como el establecimiento de un estipendio mensual.

Los internos del Hospital San José retornaron a sus actividades en noviembre del 2020 planteándose rotaciones de 2 meses por servicio hasta culminar con el proceso del Internado.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado es un paso importante al final de toda carrera de un médico tras 6 años de estudio, es el año en el cual el interno de medicina emplea en la práctica todos los conocimientos teóricos aprendidos a lo largo de la carrera.

Durante este período, el interno de medicina tendrá la oportunidad de mantener un contacto permanente con el paciente, lo que le permitirá realizar la detección de riesgos, aplicar las medidas preventivas, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los principales problemas de salud en un sentido ético y humano (3).

Del punto de vista del interno de medicina, el internado es la manera de poner en práctica todos aquellos conocimientos que se pudo haber aprendido durante la carrera y que no han podido ser practicados en una persona real o fuera de un laboratorio. El internado es importante porque un interno de medicina bajo la supervisión de un docente puede percatarse de las falencias que posee, así como de los errores o la falta de criterio clínico que pueda tener al momento de la atención al paciente con el objetivo de mejorar y poder culminar la carrera satisfactoriamente, con el fin de poder como meta final atender a un paciente de inicio a fin, de manera correcta, integra, ética evitando mala praxis y problemas legales.

En el sentido más estricto de la enseñanza medica un interno de medicina necesita tanto lo cognitivo o teórico que se aprende a lo largo de toda la carrera y las capacidades clínicas que según Saras Perea y Moreno, consideran las siguientes: recolección de información, como entrevistas médicas, exámenes físicos y uso de herramientas auxiliares; registro de

información, como lo son el correcto llenado de historias clínicas, identificación de síndromes y problemas diagnósticos; conductas a seguir, como la planificación del tratamiento, la comunicación, el uso de recursos, la evolución del tratamiento y el sentido de responsabilidad (4,5).

Cada una de estas habilidades deben ser exploradas en el internado médico y cuanto más se practique o se refuerce mejor será la calidad de la atención médica que brindara el interno de medicina a los pacientes una vez se gradué.

La necesidad de realizar un internado en el que el estudiante esté apto para enfrentar las necesidades de salud del pueblo, exige el compromiso tanto de las universidades mediante el empleo de un currículo actualizado y acorde a la realidad nacional, así como el análisis de los principales problemas comunitarios o de primer nivel que es el ambiente laboral al que los internos se ven expuestos una vez estén graduados.

Según el silabus que se les entrego a los internos de Medicina de la Universidad San Martin de Porres se esperaba lograr un aprendizaje completo, tanto cognitivo como practico siendo diferente acorde a las distintas rotaciones:

- Medicina Interna:

Idealmente se esperaba que el interno de medicina pueda aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes en las distintas especialidades de la Medicina con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

En el contexto de la pandemia y como es que se está culminando el internado médico, existen varias diferencias a lo esperado. El manejo tanto de especialidades como reumatología, salud mental, dermatología, dermatología, hematología y nefrología han quedado cancelados debido a la clausura de sus respectivos servicios. Procedimientos como paracentesis, punción lumbar entre otros procedimientos básicos han quedado a manos de residentes. Lo que se ha logrado como internos de medicina es la correcta evaluación del

paciente, el tener un correcto manejo, definir un problema y manejar las principales emergencias médicas.

- Cirugía General:

Idealmente se esperaba que el interno de medicina pueda aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes en las distintas especialidades de la Cirugía con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

En la práctica hospitalaria lo que los internos de medicina han podido lograr en la rotación de Cirugía es el correcto diagnóstico y manejo de las principales patologías de las especialidades de Cirugía General, Traumatología y Urología. Así mismo, se logró la correcta realización de procedimientos básicos en los distintos tópicos de emergencia de cada una de las especialidades mencionadas.

- Gineco – Obstetricia:

Idealmente se esperaba que el interno de medicina pueda aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes en Gineco - Obstetricia con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

En la práctica hospitalaria lo que los internos de medicina han podido lograr en la rotación de Gineco – Obstetricia es la correcta evaluación de pacientes Obstétricos, el diagnóstico y el manejo adecuado. Así mismo se logró la correcta atención de un parto, la evaluación de complicaciones y el manejo adecuado de los mismos.

- Pediatría:

Idealmente se esperaba que el interno de medicina pueda aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de problemas del recién nacido, del niño y del adolescente, con respeto al ser humano reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

En la práctica hospitalaria los internos de medicina se han centrado principalmente en el manejo de emergencias pediátricas, incluyendo el correcto diagnóstico y manejo de las patologías más frecuentes de la infancia y adolescencia. En el área de Neonatología los internos de medicina han logrado habilidades en la correcta atención al recién nacido y en la evolución neonatal post parto. Pudiendo así diagnosticar precozmente alguna complicación y poder iniciar así un correcto manejo.

CASOS CLINICOS

MEDICINA INTERNA:

CASO 1

ANAMNESIS

TE: +/- 5 días

Paciente mujer de 24 años acude a emergencia refiriendo dolor en flanco derecho de 2 días de evolución asociado a náuseas y vómitos. La paciente refiere que desde hace 5 días presenta leve molestia al orinar y un leve dolor en zona pélvica al cual no le toma importancia. Al no haber mejoría clínica e incrementar el dolor, así como por presentar fiebre la paciente acude a emergencia.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personales: Refiere presentar 3 parejas sexuales, niega usar método anticonceptivo. Alcoholismo ocasional.

EXAMEN CLINICO

- Funciones Vitales: PA:120/80 T°: 39°C FC: 115 FR: 18
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente colaborador. Ventila espontáneamente.

- Piel y Faneras: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2''
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, presenta adecuada amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando/Depresible. RHA (+). Doloroso a la palpación profunda en flanco derecho.
- Genitourinario: Puntos Renoureterales (+). Puño Percusión Lumbar (+)
- SNC: Despierto, activo. Lucido y orientado en tiempo, espacio y persona.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Leu: 10.460; Ab: 5; Seg: 70; Hb: 13.1; Hcto 36.8; Plaquetas: 252000; PCR: 2 mg/dL
- GS O Rh +
- Examen de orina: amarillo oscuro, turbio, D: 1010, Nitritos: +, proteínas +
- Sedimento: Leu > 100/c, Cel. Epit. Regular cantidad, gérmenes (+++), Píocitos (++) Hematíes (5 - 8).
- SARSCOV19 IGM no reactivo IGG no reactivo.

DIAGNOSTICO

- Pielonefritis Aguda

TRATAMIENTO

- Solicitar Urocultivo
- Antibioticoterapia

CASO 2

ANAMNESIS

TE: +/- 1 semana

Paciente de 25 años refiere que hace 1 semana se golpeó con una barra de acero en su trabajo a lo cual se aplicó una crema anestésica por el dolor.

Refiere que a los 2 días empezó a sentir mayor dolor motivo por el cual acudió al traumatólogo el cual le pidió una radiografía de MMII, descartando una fractura y mandándolo a casa con analgésicos.

A los 5 días posterior al golpe el paciente refiere que la pierna se empezó a edematizar a lo que no le tomo importancia porque no sentía dolor. Al día del ingreso el paciente refiere que presenta fiebre y que el edema no desciende motivo por el cual acude a emergencia.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personales: Niega antecedentes patológicos, Niega cirugías, Niega RAMs.

EXAMEN CLINICO

- Funciones Vitales: PA:110/70 T°: 38°C FC: 95 FR: 18
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente colaborador. Ventila espontáneamente.
- Piel y Faneras: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2''
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, presenta adecuada amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando/Depresible. RHA (+). No doloroso a la palpación.
- MMII: Presencia de edema, eritema no delimitado y calor a la palpación.
- SNC: Despierto, activo, Lucido y Orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Leu: 11.460; Ab: 0; Seg: 75; Hb: 12.6; Hcto 38.8; Plaquetas: 300000; PCR: 0.5 mg/dL
- GS A Rh +
- SARSCOV19 IGM no reactivo IGG no reactivo.

DIAGNOSTICO

- Celulitis de MMII

TRATAMIENTO

- Cefalexina 500 mg c/6 horas por 10 días.

CASO 3

ANAMNESIS

TE: +/- 7 horas

Paciente varón de 40 años de edad refiere que 7 horas antes del ingreso presentó dolor tipo cólico de leve intensidad (eva 2/10) localizada en epigastrio, paciente tomó agua tibia pensando que con eso el dolor iba a ceder. 5 horas antes del ingreso refiere que dolor se exacerba añadiéndose al cuadro náuseas y vómitos de contenido alimenticios (2 veces), motivo por el cual paciente acude a la farmacia y refiere auto medicarse con “medicina para la gastritis” con lo cual se duerme. Paciente refiere 2 horas antes del ingreso despierta presentando dolor tipo cólico de 8/10 de intensidad localizada en epigastrio e HCD que irradia al dorso en faja asociado a náuseas y vómitos de contenido bilioso (4 veces) motivo por el cual acude a EMG.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personal: Litiasis vesicular (2018)

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: PA: 120/70 T°: 38°C FC: 86x' FR: 18x'
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente despierto y quejumbroso en posición decúbito lateral, ventila espontáneamente.
- Piel y Franelas: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2". Ictericia (+/+++)

- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ampliación y transmisión de las vibraciones vocales. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores
- Aparato Cardiovascular: Matidez cardiaca conservada. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaereos presentes de baja intensidad, plano, blando/depresible, doloroso a la palpación superficial en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy positivo.
- Genitourinario: Puntos renoureterales negativos. Puño percusión lumbar negativo.
- SNC: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Hb: 13.8 Htc: 41.5 Leucocitos: 10.300; Plaquetas: 200000
- Perfil Hepático: BT: 6.48 BD: 6.07 FA: 505 TGO: 239 TGP: 481 LDH: 380
- Amilasa: 1521 Lipasa: 2689
- Glucosa: 95 Urea:32 Creatinina: 0.85
- AGA: Ph: 7.4 HCO3: 21 PO2: 92 Na: 138 K:4.2 Ca: 9.4
- Ecografía: Hígado de tamaño normal con estructuras conservadas. Vesícula biliar litiasica. Vía biliar intrahepatica no dilatada, colédoco 10mm. Páncreas aumentado de tamaño de contornos irregulares, disminución de la ecogenicidad de la grasa peripancreatica. Presencia de colección de líquido.

DIAGNOSTICO

- Pancreatitis aguda sin criterios de severidad

TRATAMIENTO

- Dieta absoluta
- Reposición hidroelectrolítica: Cristaloides 5-10 ml/kg/h (Se recomienda el lactato de ringer por encima del CINA 9%)
- Manejo del dolor: Opioides

- Nutrición: Prueba de tolerancia oral una vez que ceda dolor.
- Monitoreo

CASO 4

ANAMNESIS

TE: +/- 10 horas

Paciente mujer de 52 años refiere que 10 horas antes del ingreso presento dolor abdominal de leve intensidad tipo punzante a nivel del epigastrio, paciente no le tomo importancia y continuo con sus actividades. 8 horas antes del ingreso paciente refiere acudir al baño y presenciar heces de color negra, paciente refiere pensar que cuadro iba a pasar solo. 2 horas antes del ingreso paciente refiere presentar dolor abdominal de moderada intensidad tipo punzante a nivel de epigastrio asociado a vómitos de sangre borraeos y melena motivo por el cual acude a EMG.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personal: AINES

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: PA: 110/70 T°: 37°C FC: 105x' FR: 20x'
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente despierto en posición decúbito lateral, ventila espontáneamente.
- Piel y Franelas: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2".
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ampliación y transmisión de las vibraciones vocales. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores
- Aparato Cardiovascular: Matidez cardiaca conservada. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaereos presentes, plano, blando/depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio.
- Genitourinario: Puntos renoureterales negativos. Puño percusión lumbar negativo

- SNC: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES LABORATORIO

- Hemograma: Hb: 11.6 Htc: 34.4 Leucocitos: 7.500; Plaquetas: 190000
- Urea: 18 Creatinina: 0.83

DIAGNOSTICO

- Hemorragia digestiva alta

TRATAMIENTO

- Nada por la vía oral
- Colocar 2 vías periféricas EV
- Suplemento de oxígeno
- Reposición de volemia con cristaloides
- Inhibidores de bombas de protones: Omeprazol 80mg IV en bolo y luego poner 40mg IV cada 12 horas o en infusión continua.
- Endoscopia

CIRUGIA GENERAL:

CASO 1

ANAMNESIS

TE: +/- 14 horas

Paciente varón de 25 años refiere que aproximadamente 14 horas antes de su ingreso presento dolor abdominal tipo cólico, de leve intensidad, localizado en epigastrio, por lo que se automedica buscapina con lo que cede aparentemente el dolor; posterior a ello, y al cabo de 5 horas aproximadamente, el cuadro de dolor se exagera, localizándose en fosa iliaca derecha, de tipo continuo, intenso, mismo que se acompaña de falta de apetito, náusea, y alza térmica no cuantificada, por lo que se automedica paracetamol y al no ceder el cuadro acude a emergencia.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personales: Ninguno

EXAMEN CLINICO

- Funciones Vitales: PA:100/70 T°: 39°C FC: 80 FR: 20
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente poco colaborador, intranquilo. Ventila espontáneamente.
- Piel y Faneras: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2''
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, presenta adecuada amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando/Depresible, RHA (+), doloroso a la palpación leve en mesogastrio y FID, doloroso a la palpación profunda en FID. Signo de Mc Burney (+), Signo de Blumberg (-).
- Genitourinario: PRU (-), PPL (-)
- SNC: Despierto, activo. Lucido y Orientado en tiempo, espacio y persona.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Leu: 13.460; Ab: 15; Seg: 70; Hb: 13.4; Hcto 42.1; Plaquetas: 149,000; PCR: 6 mg/dL; DHL: 250 UI/L
- GS O Rh +
- Glicemia 100 / U: 60, Cr: 1.15 / TGO: 30, TGP: 35
- Examen de orina: amarillo oscuro, turbio, D: 1020, elementos anormales negativo. Nitritos: negativo.
- Sedimento: Leu 7-8 /c, Cel. Epit. 6-8/c, Cristales (-), Hematíes (-).
- SARSCOV19 IGM no reactivo IGG no reactivo.
- Rx Tórax: Dentro de rangos normales. No compromiso parenquimal.
- Ecografía Abdominal: Apéndice Cecal de 7mm de diámetro máximo, a correlacionar con la clínica.

DIAGNOSTICO

- Apendicitis Aguda

TRATAMIENTO

- Apendicectomía

CASO 2

ANAMNESIS

TE: +/- 3 días

Paciente de sexo femenino de 66 años acude a emergencia por un cuadro de dolor abdominal tipo cólico, intermitente de moderada intensidad de 3 días de evolución en fosa iliaca izquierda asociado a estreñimiento. La paciente refiere haberse automedicado naproxeno no evidenciando mejoría clínica. Al persistir el dolor y al añadirse fiebre acude a emergencia.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personales: Alcoholismo ocasional, abundante ingesta de alimentos de mala calidad, sedentarismo. Niega patologías personales.

EXAMEN CLINICO

- Funciones Vitales: PA:120/80 T°: 38.5°C FC: 95 FR: 18
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente colaborador. Ventila espontáneamente.
- Piel y Faneras: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2''
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, presenta adecuada amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando, poco depresible. RHA disminuidos. Se palpa masa heterogénea dolorosa a la palpación en fosa iliaca izquierda. Signo de Mc Burney (-), Signo de Blumberg (-).

- Genitourinario: Puntos Renoureterales (-). Puño Percusión Lumbar (-)
- SNC: Despierto, activo. Lucido y Orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Leu: 15.460; Ab: 12; Seg: 75; Hb: 14.1; Hcto 44.3; Plaquetas: 149,000; PCR: 3 mg/dL; DHL: 200 UI/L
- GS B Rh +
- Glicemia 105 / U: 58, Cr: 1.02 / TGO: 28, TGP: 26
- Examen de orina: amarillo claro, turbio, D: 1020, elementos anormales negativo. Nitritos: negativo.
- Sedimento: Leu 3 – 4 /c, Cel. Epit. 4-5/c, Cristales (-), Hematíes (-).
- SARSCOV19 IGM no reactivo IGG no reactivo.
- Rx Abdominal: No se aprecia signos de obstrucción.
- Tomografía abdominal: Se observa presencia de divertículos en colon sigmoides asociado a un absceso intraabdominal de 5cm.

DIAGNOSTICO

- Diverticulitis Aguda

TRATAMIENTO

- Drenaje percutáneo + Antibioticoterapia

CASO 3

ANAMNESIS

TE: +/- 13 horas

Paciente mujer de 35 años de edad refiere que 1 hora antes de inicio de cuadro ingiere pollo a la brasa con arroz chaufa y papas fritas. 13 horas antes del ingreso paciente refiere presentar dolor abdominal tipo cólico de intensidad 3/10 localizado en hipocondrio derecho que irradia a hombro derecho asociado a nauseas motivo por el cual paciente se automedica con paracetamol, tras lo cual paciente refiere cese aparente del cuadro. Paciente refiere que 7 horas antes del ingreso cuadro se exacerba agregándose

malestar general tras lo cual paciente refiere automedicarse con buscapina, paciente refiere presentar disminución de dolor y continua con sus actividades pensando que cuadro iba a ceder. 3 horas antes del ingreso paciente refiere exacerbación de cuadro añadiéndose vómitos tipo billiosos (4 vómitos) motivo por el cual acude a EMG.

ANTECEDENTES

- Familiares: Madre (Litiasis vesicular)
- Personal: Aparentemente sana

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: PA: 110/60 T°: 38.5°C FC: 98x' FR: 20x'
- Ectoscopico: AREG, AREN, AREH. Paciente despierta y quejumbrosa en posición fetal, ventila espontáneamente.
- Piel y franelas: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2"
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ampliación y transmisión de las vibraciones vocales. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores.
- Aparato Cardiovascular: Matidez cardiaca conservada. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Ruidos aéreos presentes, plano, blando/depresible, dolor a la palpación superficial en hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo.
- Genitourinario: Puntos renoureterales negativos. Puño percusión lumbar negativo
- SNC: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Hb: 12.9 Hto: 39.1 Leucocitos: 14.000 Plaquetas: 190000
- PCR: 7.5
- Perfil Hepático: BT: 0.54 BD: 0.15 FA: 98 TGO: 24 TGP: 31
- Amilasa: 85 Lipasa: 28

- Ecografía: Hígado de tamaño normal con estructuras conservadas. Se evidencia engrosamiento de pared vesicular de 6mm y presencia de cálculos con sombra acústica posterior. Presencia de líquido pericolecístico. Vía biliar intrahepática y extrahepática no dilatada.

DIAGNOSTICO

- Colecistitis Aguda

TRATAMIENTO

- Hidratación intravenosa
- Manejo del dolor: Se usan AINES en preferencia ketorolaco o ketoprofeno
- Antibióticos: Ertapenem o piperacilina-tazobactam
- Colecistectomía Laparoscópica temprana

CASO 4

ANAMNESIS

TE: +/- 1 día

Paciente varón de 43 años refiere que 1 día antes del ingreso notó la presencia de una masa a nivel inguinal que no se reduce, paciente refiere que no es la primera vez que presencia dicha masa pero que anteriormente lo podía reducir motivo por el cual en esta ocasión no le presto demasiada atención. Durante el día refiere presentar dolor tipo punzante de leve intensidad en zona de dicha masa al realizar sus actividades motivo por el cual acude a EMG.

ANTECEDENTES

- Familiares: Madre (Diabetes mellitus e Hipertensión arterial)
- Personal: Aparentemente sano

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: PA: 120/70 T°: 37°C FC: 75x' FR: 20x'
- Ectoscópico: AREG, AREN, AREH. Paciente despierto en posición decúbito supino, ventila espontáneamente.

- Piel y franelas: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2”
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ampliación y transmisión de las vibraciones vocales. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores.
- Aparato Cardiovascular: Matidez cardíaca conservada. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes pero disminuidos, plano, blando/depresible, no dolor a la palpación superficial. Presencia de masa en zona inguinal derecha no reductible dolor a la palpación profunda, no cambio de coloración.
- Genitourinario: Puntos renoureterales negativos. Puño percusión lumbar negativo
- SNC: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Hb: 13.8 Hto: 41.4 Leucocitos: 7.300 Plaquetas: 230000
- Radiografía: No se evidencia obstrucción intestinal
- Ecografía: Saco herniario con asas intestinales en su interior protruye a través de anillo inguinal profundo.

DIAGNOSTICO

- Hernia inguinal indirecta

TRATAMIENTO

- Hernioplastia: Técnica Lichtenstein

PEDIATRIA:

CASO 1

ANAMNESIS

TE: +/- 4 dias

Menor de sexo masculino de 2 años de edad es traído por su madre refiriendo que le salió “ronchas” en todo el cuerpo después de consumir vegetales, el cual se asocia a Sensación de Alza Térmica no cuantificada por lo que refiere que lo intoxicó. A su vez refiere que la semana pasada el menor estuvo en una fiesta, tras lo cual se resfrió, presento malestar general y cefalea leve pero que remitió por sí solo. Al ver que las lesiones fueron aumentando y al asociarse a fiebre madre acude a emergencia. Niega náuseas, vómitos, deposiciones líquidas.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personales: Quirúrgicos (Niega). Patológicos (Niega). Contacto Covid (Niega). Madre refiere que el menor no tiene vacunas completas porque tenía miedo de infectarse de covid.

EXAMEN CLINICO

- Funciones Vitales: T°: 38.5°C FC: 95 FR: 26 Peso:12.5kg
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREG. Ventila espontáneamente.
- Piel y Faneras: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2´´. Exantema Maculo Papular Eritematoso generalizado.
- Sistema ganglionar: Adenopatias retroauriculares.
- Orofaringe: Levemente congestiva. No placas
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, presenta adecuada amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando/Depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación.
- SNC: Despierto, activo, llanto consolable, Glasgow 15/15.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Leu: 8.324; Ab: 1; Seg: 70; Hb: 13.2; Hcto 39.1; Plaquetas: 246,000; PCR: 0.5 mg/dL
- GS O Rh +
- SARSCOV19 IGM no reactivo IGG no reactivo.

DIAGNOSTICO

- Rubeola

TRATAMIENTO

- Sintomáticos: Paracetamol

CASO 2

ANAMNESIS

TE: +/- 2 días

Madre trae a su hijo de 2 años refiriendo dolor en oído izquierdo de 2 días de evolución asociado a sensación de alza térmica no cuantificada. Madre refiere que trajo al menor una semana antes a emergencia por presentar leve tos asociado a fiebre tras lo cual le indicaron que tome paracetamol. Actualmente el paciente niega persistencia de tos, vómitos o deposiciones líquidas.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personales: Aparentemente sano. Niega Antecedentes quirúrgicos, patológicos, contacto covid.

EXAMEN CLINICO

- Funciones Vitales: T°: 39°C FC: 95 FR: 18 Peso: 15kg
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Ventila espontáneamente.
- Piel y Faneras: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2''
- Orofaringe: Congestiva, eritematosa, no hay placas.
- Oído Izquierdo: Signo de trago (-), tímpano abombado con nivel hidroaéreo.
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, presenta adecuada amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando/Depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación.

- SNC: Despierto, activo. Lucido y Orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Leu: 13.460; Ab: 05; Seg: 70; Hb: 12.8; Hcto 44.1; Plaquetas: 149,000; PCR: 0.6
- GS A Rh +
- SARSCOV19 IGM no reactivo IGG no reactivo.

DIAGNOSTICO

- Otitis Media Aguda

TRATAMIENTO

- Ibuprofeno condicional a dolor
- Amoxicilina 80-90 mg/kg/día

CASO 3

ANAMNESIS

TE: +/- 1 día

Paciente varón de 7 años de edad acude con madre quien refiere que 1 día antes del ingreso paciente presentó fiebre (38°C) asociado a dolor de garganta y rinorrea, motivo por el cual madre automedica a hijo con paracetamol, con lo cual fiebre remite aparentemente. Madre refiere que 5 horas antes del ingreso paciente presento mismo cuadro añadiéndose malestar general tras lo cual le dio paracetamol, pero aun así fiebre no remite motivo por el cual acude a EMG.

ANTECEDENTE

- Familiares: Madre: Diabetes mellitus / Padre: Hipertensión arterial
- Personal: Aparentemente sano, vacunas completas.

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: PA: 100/60 T°: 38.6°C FC: 110x' FR: 20x' Peso: 21 kg Talla: 109
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente despierta en posición decúbito supino, ventila espontáneamente.
- Piel y Franelas: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2".
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ampliación y transmisión de las vibraciones vocales. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores
- Orofaringe: Amígdalas eritematosas e inflamadas con exudado.
- Aparato Cardiovascular: Matidez cardíaca conservada. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, plano, blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: Puntos renoureterales negativos. Puño percusión lumbar negativo
- SNC: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES AUXILIARES

- Prueba rápida de detección de antígenos de *Streptococcus pyogenes*: Positivo

DIAGNÓSTICO

- Faringoamigdalitis aguda estreptocócica

TRATAMIENTO

- Sintomáticos: Paracetamol 10-15mg/kg/dosis o ibuprofeno 5-10mg/kg/dosis
- Antibióticos: Penicilina V 250 mg cada 12 horas vía oral por 10 días o amoxicilina 50mg/kg/día x 10 días

CASO 4

ANAMNESIS

TE: +/- 25 horas

Paciente de mujer 3 años de edad acude con madre quien refiere que paciente presentó diarrea sin sangre sin moco (4 veces durante el día) asociado a SAT e irritabilidad motivo por el cual acude a emergencia.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sano
- Personal: Aparentemente sana

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: PA: 100/60 T°: 38.5°C FC: 115x' FR: 20x' Peso: 15 kg Talla: 94 cm
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente irritable en posición decúbito supino, ventila espontáneamente.
- Piel y Franelas: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2". Mucosas secas
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ampliación y transmisión de las vibraciones vocales. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores
- Aparato Cardiovascular: Matidez cardiaca conservada. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaereos presentes incrementados, plano, blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: Puntos renoureterales negativos. Puño percusión lumbar negativo
- SNC: Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

EXAMENES AUXILIARES

- Reacción inflamatoria en heces: Negativo
- Rotavirus: Positivo

DIAGNOSTICO

- Enfermedad diarreica aguda con deshidratación leve

TRATAMIENTO

- Dieta blanda
- Hidratación: Suero de rehidratación oral de 50-100cc/kg/4h
- Zinc: 20mg/día por 10 días
- Probioticos: *Lacticaseibacillus rhamnosus* o *Saccharomyces boulardii*.

GINECO OBSTETRICIA

CASO 1

ANAMNESIS

TE: +/- 1 día

Gestante de sexo femenino de 23 años de edad de 7 semanas aproximadamente por FUR, refiere que su cuadro clínico inicio en la mañana mientras realizaba su mudanza, inicialmente presento dolor pélvico de leve intensidad tras lo cual se auto medicó paracetamol, el cuadro clínico evoluciono con presencia de sangrado vaginal de moderada cantidad y presencia de coágulos. Tras persistir el dolor, el cual se intensificó e irradió hacia el hipogastrio la paciente decide acudir a emergencia.

ANTECEDENTES

- Familiares: Padre diabético
- Personales:
 - Patológicos: Diabetes Mellitus controlada.
 - Ginecológicos: Menarquia a los 13 años, tiene 2 parejas sexuales, Rc: 28/4.
 - Obstétricos: FUR: 02/01/2021, FPP: 09/10/2021, EG: 7ss x FUR, G0P0
 - Hábitos: Alcoholismo ocasional

EXAMEN CLINICO

- Funciones Vitales: PA:110/80 T°: 37.5°C FC: 90 FR: 17
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente poco colaboradora. Ventila espontáneamente.
- Piel y Faneras: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2''
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, presenta adecuada amplexación. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Blando, poco depresible. RHA (+). AU: No medible. Doloroso a la palpación en hipogastrio.
- Tacto Vaginal: Restos embrionarios en canal vaginal, sin mal olor.
- Genitourinario: Puntos Renoureterales (-). Puño Percusión Lumbar (-)
- SNC: Despierto, activo. Lucida y orientada en tiempo, espacio y persona.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Leu: 7.562; Ab: 2; Seg: 80; Hb: 14.1; Hcto 45.1; Plaquetas: 252,000; PCR: 0.5 mg/dL
- BHCG: 5000 mIU/ml
- GS O Rh +
- Glicemia 96 / U: 40, Cr: 0.85
- SARSCOV19 IGM no reactivo IGG no reactivo.
- Ecografía Transvaginal: Presencia de OCI dilatado, contenido intrauterino de aspecto heterogéneo, línea endometrial de 18 mm, a relacionar con aborto incompleto.

DIAGNOSTICO

- Aborto Incompleto

TRATAMIENTO

- AMEU

CASO 2

ANAMNESIS

Paciente de 22 años de edad con 37 semanas de gestación acude a emergencia por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina asociado a pérdida de tapón mucoso.

ANTECEDENTES

- Familiares: Aparentemente sanos
- Personales:
 - Patológicos: Niega
 - Ginecológicos: Menarquia a los 14 años, tiene 1 pareja sexual, Rc: 28/4.
 - Obstétricos: FUR: 15/04/2020, FPP: 20/01/2021, EG: 37ss x ECO 1T, G2P2002, Periodo intergenesico corto.
 - Hábitos: Niega

RELATO

- Feto en posición longitudinal cefálico izquierdo, altura uterina de 35 cm. Frecuencia Cardíaca Fetal 140x´ rítmicos, peso ponderado fetal 3610 kg, dinámica uterina 3/10´+++; tacto vaginal dilatación 7cm, incorporación 80%, APF: -3, membranas amnióticas íntegras, pelvis ginecoide. Funciones vitales en rangos normales.
- Ex. Laboratorio: Hto: 32%, Hb: 12.6 gr/dl, VIH: (-), Sifilis (-), Ex. De orina en rangos normales. SARSCOV19 IGM no reactivo IGG no reactivo.
- Tuvo parto eutócico obteniéndose un recién nacido de 4050 gr, Apgar 9-9 de 38 semanas por Capurro. A la paciente se le realizó alumbramiento dirigido evidenciándose retención placentaria. Se procede a realizar legrado puerperal. Se evidencia pérdida abundante de sangre.

EVALUACION

- Funciones Vitales: PA:110/80 T°: 37.5°C FC: 95 FR: 21

- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente colaboradora. Ventila espontáneamente.
- Piel y Faneras: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2''
- Aparato Respiratorio: Sin alteraciones
- Aparato Cardiovascular: Sin alteraciones
- Abdomen: Blando, poco depresible. RHA (+). Útero blando 2cm por encima de la cicatriz umbilical.
- Tacto Vaginal: Loquios hemáticos abundantes, sin mal olor.
- SNC: Despierto, activo, Lucido y Orientado en tiempo, espacio y persona.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Leu: 9.562; Ab: 0; Seg: 65; Hb: 10.6; Hcto 24.2%; Plaquetas: 252,000; PCR: 0.5 mg/dL
- Glicemia 80 / U: 40, Cr: 0.85

DIAGNOSTICO

- Puérpera de Parto eutócico
- Atonía Uterina

TRATAMIENTO

- Masaje uterino
- Oxitocina

CASO 3

ANAMNESIS

TE: +/- 5 horas

Gestante de 17 años de edad de 37ss 1/7 por FUR refiere que 5 horas antes del ingreso presenta cefalea tipo punzante de intensidad 3/10 motivo por el cual se automedica con paracetamol. 2 horas antes del ingreso dolor se exagera asociado tinnitus motivo por el cual acude a EMG.

ANTECEDENTES

- FUR: 01/08/2020 FPP: 08/05/2021 G1P0
- Familiares: Aparentemente sanos
- Personal: Aparentemente sano

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: PA: 145/90 (1era medida) 140/90 (2da medida) T°: 36.8°C FC: 90x' FR: 20x'
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente despierta en posición decúbito supino, ventila espontáneamente.
- Piel y Franelas: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2".
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ampliación y transmisión de las vibraciones vocales. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores
- Aparato Cardiovascular: Matidez cardíaca conservada. Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaereos presentes, blando/depresible, No doloroso a la palpación superficial ni profunda. AU: 32cm SPP: LCD LCF:148X'
- Tacto vaginal: Cervix posterior largo. Sin modificaciones. No sangrado.
- Genitourinario: Puntos renoureterales negativos. Puño percusión lumbar negativo.
- SNC: Glasgow 15/15, Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES DE LABORATORIO

- Hemograma: Hb: 12.3 Hto: 36.9 Leucocitos: 6.500 Plaquetas: 230000
- Creatinina: 0.78 BT: 0.63 BD: 0.2 BI: 0.55 TGO: 35 TGP: 38 LDH: 312
- Tira reactiva en orina proteína 2+
- Ecografía: Feto único 37ss 1/7 por FUR. Longitudinal cefálico derecho, LCF: 145x'. DBP: 91.6 mm. Perímetro cefálico: 329 mm. Longitud Fémur: 68.6 mm. Peso fetal estimado: 3032g. Placenta lateral izquierda, grado 2, estructura normal. Perfil Biofísico 8/8

DIAGNÓSTICO

- Primigesta 37ss 1/7 por FUR
- Preeclampsia sin criterios de severidad

TRATAMIENTO

- Monitoreo materno fetal cada 72 horas.
- Terminación de embarazo: Inducción al trabajo de parto
- Antihipertensivos: Solo si PAS> e igual a 160 y PAD> e igual 110

CASO 4

ANAMNESIS

TE: +/- 12 horas

Paciente mujer de 25 años de edad refiere que 12 horas antes del ingreso presentar dolor pélvico tipo cólico de leve intensidad, paciente refiere no darle importancia. 5 horas antes del ingreso dolor se exacerba añadiéndose sangrado vaginal y malestar general motivo por el cual acude a EMG.

ANTECEDENTES

- FUR: 04/03/2021 FPP: 11/12/2021 G2P1011
- Familiares: Padre: Hipertensión arterial
- Personal: Aparentemente sano

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: PA: 90/60 T°: 37.5°C FC: 110x' FR: 20x'
- Ectoscopia: AREG, AREN, AREH. Paciente despierta y quejumbrosa en posición decúbito supino, ventila espontáneamente.
- Piel y Franelas: Piel turgente, hidratada y elástica. Llenado capilar <2".
- Aparato Respiratorio: Tórax simétrico, adecuada ampliación y transmisión de las vibraciones vocales. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No estertores

- Aparato Cardiovascular: Matidez cardiaca conservada. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: Ruidos hidroaereos presentes, rigidez abdominal, doloroso a la palpación superficial en hipogastrio
- Tacto vaginal: Cervix posterior largo, dolor a la palpación anexial. Presencia de sangrado vaginal moderado.
- Genitourinario: Puntos renoureterales negativos. Puño percusión lumbar negativo
- SNC: Glasgow 15/15. Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma: Hb: 10.5 Hto: 31.5 Leucocitos: 12.000 Plaquetas: 180000
- PCR: 5.8 Grupo y factor: O +
- Perfil Hepático: BT: 0.52 BD: 0.19 FA: 97 TGO: 27 TGP: 34
- BHCG: 10500
- Ecografía transvaginal: A nivel del fondo de saco pélvico se observa la presencia de líquido sugestivo de sangre. Útero en ante flexión sin evidencia de gestación intrauterina. Presencia de masa anexial extrauterina.

DIAGNOSTICO

- Embarazo ectópico roto

TRATAMIENTO

- Cirugía: Salpingectomia

La integración de los conocimientos teóricos en la práctica es uno de los aspectos más importantes que concierne al internado médico.

Para la resolución de los casos clínicos antes mencionados, el interno de medicina tiene que usar todos los recursos aprendidos a lo largo de su aprendizaje realizando una síntesis de los mismos, dentro de los cuales están: las clases magistrales brindadas por la universidad, las distintas rotaciones en

Hospitales a nivel nacional previo al internado médico y sobre todo el uso de la evidencia más actualizada ya sea mediante guías de manejo nacionales, internaciones o de base de datos como UpToDate.

Los hospitales nacionales en nuestro país sufren de varias carencias como infraestructura inadecuada e insuficiente, por lo cual el médico tiene que usar todo tipo de ingenio y conocer distintas bibliografías para así poder dar un correcto diagnóstico y tratamiento al paciente con lo que se encuentra a disposición en su respectivo hospital. Muchas veces las guías internacionales distan mucho de la realidad de nuestro país, por eso es importante la experiencia que el médico puede brindar a los internos de medicina al momento de aplicar los conocimientos teóricos en la práctica (6).

Podemos encontrar en las guías distintos flujogramas de cómo aplicar en cada patología, pero estas son inaplicables en nuestra sociedad por las mismas carencias que el sistema de salud del país presenta. Muchas veces el médico tiene que recurrir a bibliografías de antaño para poder brindar un correcto diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Esto es muy importante en la carrera médica porque prepara a todo interno a basarse en la clínica y en lo básico de los exámenes de ayuda diagnóstica para así poder llegar a un diagnóstico adecuado sin necesidad de gastar recursos innecesarios y sobre todo saber manejar patologías en ambientes de extrema carencia para así poder desenvolverse a futuro de manera correcta en el serums y no exponer a la población a una atención inadecuada.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital San José del Callao es un hospital de nivel de complejidad II-2 siendo catalogado con un nivel de mediana complejidad, el cual se encuentra ubicado en Jr. Las Magnolias 475 en la cuadra 4 de la Av. Elmer Faucett, en el distrito de Carmen de la Legua, en la región del Callao (7).

La ubicación geográfica de la institución lo convierte en un hospital accesible a usuarios de diversos procederes, motivo por el cual consta con una mayor demanda.

Los lugares de procedencia de los usuarios que acuden al Hospital San José del Callao se distribuyen según el tipo de atención. Con respecto a la atención en consulta externa las mayores demandas son en primer lugar de los usuarios del distrito del callao, en el según lugar los del distrito de Carmen de la Legua y en tercer lugar encontramos a los del distrito de San Martín de Porres. En el caso de la procedencia de los pacientes de Hospitalización encontramos en primer lugar a aquellos usuarios que provienen del Callao, en segundo lugar, Ventanilla y tercer lugar, San Martín de Porres. Por último, aquellos usuarios que acuden a emergencia con mayor demanda son aquellos que provienen del Callao, seguidos por los de procedencia de San Martín de Porres y por último aquellos que provienen de Carmen de la legua. Según la tendencia en general el mayor porcentaje de demanda del Hospital San José del Callao se encuentra acaparada por aquellos usuarios provenientes del distrito Callao (7).

El nivel de complejidad del hospital permite que dicha institución preste una cartera de servicios significativa de especialidades para la población dentro de las cuales encontramos:

- Medicina: Medicina interna, Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Neumología, Neurología, Reumatología, Dermatología, Infectología, Psiquiatría, Geriátrica, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Alternativa y Medicina General.
- Cirugía: Cirugía laparoscópica y general, Traumatología, Oftalmología, Urología y Otorrinolaringología.
- Pediatría y Neonatología.
- Gineco-Obstetricia: Ginecología, Obstetricia, Bienestar Fetal y Unidad de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
- Psicología, Odontología, Farmacia y Nutrición.
- Epidemiología, Salud Ambiental y Estrategias Sanitarias Nacionales.
- Apoyo al Diagnóstico: Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, Banco de sangre, Radiología, Ecografía, Fluoroscopia, Prueba de esfuerzo y Audiometría.
- Salud Ocupacional

El Hospital cuenta con una infraestructura de dos niveles en el cual encontramos distribuidos las distintas zonas de atención. El primer nivel abarca la zona de emergencias, dentro del cual esta como primera línea el triaje, el cual distribuye a los pacientes según especialidades (Medicina interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Traumatología); así mismo también se cuenta con un área de trauma shock, 3 salas de observación (adultos, gestantes y niños) y el área UCI.

Se cuenta con un Ambiente Quirúrgico, el cual comprende 3 salas de operaciones y la sala de recuperación. De la misma forma cuenta con un área de Diagnóstico por imágenes, Consultorios y Farmacia.

En el segundo nivel se encuentra la zona de hospitalización, el cual se distribuye según especialidades (Medicina interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia), el auditorio, comedor y áreas administrativas.

La morbilidad del Hospital San José del Callao varía según el tipo de atención y sexo del usuario. En el caso de la consulta externa con respecto al sexo, encontramos que tanto el sexo femenino como el masculino tienen la misma tendencia de causas de morbilidad, siendo la primera causa de morbilidad el Trastornos de la Acomodación y de la Refracción, la segunda causa la Hipertensión esencial y en tercer lugar encontramos a la Dorsalgia. Así mismo en el caso de egresos de hospitalización con respecto al sexo se tiene que en ambos sexos son distintas las causas a diferencia de lo que se encuentra en el caso de consultas externas; en el caso del sexo femenino la primera causa de morbilidad en hospitalización es debido a parto único espontaneo, seguido por parto único por cesárea y la tercera causa es por aborto no especificado, siendo la mayoría de causas de egreso a hospitalización debido a causas gineco-obstétricas. Con respecto al sexo masculino la primera causa de egreso de hospitalización es Apendicitis Aguda, la segunda causa es debido a Neumonía y la tercera causa es debido a Sepsis Neonatal Bacteriana (7).

La tasa mortalidad neta en el Hospital San José del Callao en el año de 2017 es de 0.54%, manteniendo el hospital un nivel bajo de mortalidad; Así mismo la mortalidad en el hospital es más frecuente debido a causas respiratorias dentro de las cuales encontramos en primer lugar a la Insuficiencia Respiratoria no especificada, seguido por Insuficiencia Respiratoria Aguda y en tercer lugar debido a Neumonía no especificada (7).

Los accidentes punzocortantes son un problema en el cual no solo el personal de salud está expuesto sino también el personal de limpieza si es que no se toman las medidas adecuadas. En el caso del Hospital San José se reportaron 16 casos en el año 2017 siendo el grupo ocupacional que se vio más comprometido con respecto a este accidente los internos de medicina con 5 casos reportados, licenciados de enfermería y médicos con 3 casos reportados cada grupo. Así mismo se notó un cambio con respecto al año anterior en cual los principales grupos ocupacionales afectados son el personal de enfermería y el de limpieza. Con respecto a los objetos punzocortantes el principal que ocasiono estos accidentes fueron las agujas hipodérmicas, aguja de suturas, aguja de catéter venoso y bisturí (7).

La capacidad resolutive de la institución es alta contando con múltiples áreas antes mencionadas; sin embargo, una serie de patologías como: las que incluyen la evaluación por especialidades médicas de un determinado grupo etario, las que necesitan áreas diferenciadas o las que requieren manejo multidisciplinario de gran complejidad son motivo de una de referencia por parte del hospital, siendo en caso directo el Hospital Carrión de III nivel el centro de referencia.

Debido a la pandemia por el Sars Cov 2 el Hospital San José se vio obligado a realizar cambios en cuanto a su estructura, su capacidad resolutive y su cartera de servicios.

Entre los principales cambios se encuentran:

- La cancelación de los consultorios externos de la mayoría de especialidades.
- Se creó un módulo de atención al exterior del hospital destinado al tratamiento ambulatorio de COVID.
- El segundo nivel de la institución en su totalidad fue destinada al tratamiento e internamiento de pacientes COVID.
- Se clausuro el área de Terapia Física y rehabilitación.
- En el área específica de Pediatría, se clausuro tanto la hospitalización como el consultorio externo.
- Se implementó como principal respuesta a la crisis sanitaria las teleconsultas, siendo ahora el principal medio de atención del hospital.
- El primer nivel de la institución fue destinada al tratamiento de emergencias y hospitalización no COVID de las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Gineco – Obstetricia y Pediatría.
- En el primer nivel también se implementó un área de emergencias COVID.

Los diversos cambios antes mencionados han desencadenado cambios tanto en el aprendizaje como en el correcto desarrollo del Internado.

En el área de Medicina, la totalidad de las camas se vio reducida y el contacto con el paciente se convirtió en el mínimo posible, motivo por el cual las historias clínicas son llenadas con mayor rapidez y los procedimientos básicos

son realizados en su mayoría por personal mayor capacitado o por el interno bajo estricta supervisión de un residente.

En el área de Cirugía, las camas se vieron reducidas a la mitad de la capacidad inicial, reduciendo la variedad de casos a tratar. En sala de operaciones se cancelaron las cirugías programadas o de uso del laparoscopio, limitando la capacidad resolutive a patologías netamente de emergencia. Así mismo, no se permitió a los internos el ingreso a sala de operaciones. Cabe resaltar que pacientes COVID con necesidad de manejo quirúrgico son referidos a hospitales de mayor complejidad.

En el área de Gineco – Obstetricia, se vio afectado principalmente por la capacidad de camas del servicio, limitándose a 13 camas de 40 previo a la pandemia.

En el área de Pediatría, la principal modificación está basada en la pérdida del área de hospitalización y consultorio externo, sin embargo, este último paso a ser mediante teleconsulta. A los internos se les destino netamente a emergencia, mediante el manejo básico de patologías tratables ambulatoriamente.

En el área de Neonatología, el principal cambio se dio conjuntamente con Gineco-Obstetricia mediante la reducción del número de camas.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

MEDICINA INTERNA:

CASO 1

En el caso presentado como patología principal se tiene a la Pielonefritis Aguda, que es una infección del tracto urinario superior. La pielonefritis se desarrolla cuando los patógenos ascienden a los riñones a través de los uréteres. Así mismo esta también puede ser causada por la diseminación de los riñones por bacteriemia, aunque esta presentación es rara.

En cuanto a la clínica característica de esta patología se encuentra disuria, aumento de la frecuencia miccional, dolor en flancos, fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos. El diagnóstico de esta patología es principalmente clínico, el cual es apoyado mediante el examen de orina y el urocultivo (8).

Actualmente el tratamiento definitivo está centrado en un urocultivo, pero debido al tiempo que demora el resultado se prefiere iniciar con un Tratamiento empírico. En el tratamiento empírico se tiene como cuestión inicial la existencia o no de riesgo a resistencia farmacológica, seguido de factores que contraindiquen fluoroquinolonas. Al ser negativo la paciente a los 2 puntos antes mencionados se elige como mejor terapia antimicrobiana para ella la aplicación de ceftriaxona 1gr IV en monodosis seguido ciprofloxacino 500 mg 2 veces al día por 7 días (8).

Posterior al resultado del urocultivo se procede a un manejo específico del patógeno, correlacionando el tratamiento a la respuesta ya sea positiva o negativa que el tratamiento empírico ha logrado.

CASO 2

La patología presentada en el presente caso es una celulitis, esta patología es una infección relativamente frecuente de la piel y tejidos blandos. La celulitis frecuentemente afecta dermis profunda y grasa subcutánea. Sin embargo, es necesario precisar que debe existir un factor predisponente o causante de la diseminación infecciosa de la piel, siendo el caso presentado la lesión mal tratada que padeció el paciente.

En cuanto a la clínica principal se tienen áreas de eritema, edema y calor de la piel. Pueden observarse petequias y / o hemorragias en la piel eritematosa y pueden aparecer ampollas superficiales. También puede haber fiebre y otras manifestaciones sistémicas de infección. Los patógenos más frecuentes y que son base del tratamiento son el *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus* (9).

El manejo de la celulitis depende principalmente del grado de compromiso sistémico, la respuesta a la terapia oral y la rápida progresión del eritema. En el caso de nuestro paciente al no presentar compromiso sistémico se le indica terapia antibiótica oral empírica, siendo los de elección la cefalexina y añadiéndole trimetropin-sulfametoxazol en caso de sospecha de SAMR (10).

CASO 3

Los criterios para diagnosticar pancreatitis aguda en un paciente se basan en el conjunto de la clínica con los exámenes auxiliares. Con respecto a la clínica, se presenta como un cuadro agudo de dolor en epigastrio intenso y persistente que irradia a espalda llamándose dolor en cinturón o en faja muchas veces asociado a náuseas y vómitos. En los exámenes de laboratorio lo esencial son los valores de amilasa o lipasa, estos se encuentran elevados 3 veces o más de su límite superior de valor normal. Por último, hallazgos característicos que nos sugieran una pancreatitis (Ecografía, Tomografía, etc.). Se realiza el diagnóstico con 2 de los 3 criterios ya mencionados (11,12).

Una vez que hemos hecho el diagnóstico de la pancreatitis se puede clasificar está dependiendo de la gravedad con los criterios de Ranson, puntuación de Bisap y Apache. Así mismo evaluamos si hay presencia de fallo multiorganico con la escala de Marshall (13,14).

Se inicia tratamiento dependiendo de la gravedad del paciente. Lo ideal en toda pancreatitis es la reanimación con líquidos, múltiples guías recomiendan el uso de cristaloides a 5-10 ml/kg/h con lactato de ringer. Se ha evidenciado que el lactato de ringer brinda un efecto antiinflamatorio y de esta forma provoca disminución de la presencia de síndrome inflamatorio de respuesta sistémica (SIRS) (15).

Otro aspecto importante es el manejo del dolor, los opioides son los medicamentos de elección, dentro de los cuales el más importante es el fentanilo (15). En el Hospital San José lo que se usa es la petidina.

El monitoreo comprende el control de los signos vitales, la diuresis, de los electrolitos, glucosa y el equilibrio acido-base (15).

El inicio de la nutrición depende del estado del paciente. En una pancreatitis leve, se debe iniciar la tolerancia oral temprana inmediatamente cese el dolor, las náuseas y vómitos. En los pacientes con pancreatitis moderada a grave que no toleren vía oral se recomienda agregar apoyo por nutrición enteral dentro de los 24 a 72 horas, la elección entre sonda nasoyeyunal o nasogástrica no hay diferencia alguna entre la elección de una u otra. Si mejora cuadro se prueba tolerancia oral, pero si no mejora después de 48 a 72 horas de la colocación se pasa a nutrición parenteral (15,16).

El uso de antibióticos como profilaxis en la pancreatitis aguda no se recomienda. Se inicia antibióticos cuando se presenta una pancreatitis aguda grave infectada, el diagnóstico de esta es complicado tenemos que evaluar el estado del paciente, la evolución de los exámenes de laboratorio, los hallazgos de las imágenes tomograficas y el método de elección es PAAF guiada por tomografía de la necrosis pancreática. Ante una necrosis infectada el tratamiento de elección es carbapenem (imipenen-cilastatina) o ceftazidima o cefepime + metronidazol (15,17).

Una vez el paciente se encuentre estable se debe tratar la causa predisponente al desarrollo de la patología.

CASO 4

La hemorragia digestiva alta tiene múltiples etiologías dentro de las más importantes son la úlcera péptica, erosiones gastroduodenales, esofagitis, varices gastroesofágicas y síndrome de Mallory-Weiss. Siendo la más frecuente de todas la úlcera péptica (18).

Ante la presencia de un paciente con hemorragia digestiva alta la evaluación inicial se basa en la estabilidad hemodinámica del paciente. Así mismo, si es que se presenta dudas con respecto al diagnóstico se recomienda el uso de sonda nasogástrica para poder evidenciar el sangrado (19,20).

El tratamiento es inmediato, se recomienda la resucitación con cristaloides dependiendo de la estabilidad hemodinámica del paciente. De la misma forma se indica transfusión de paquete globular dependiendo de los niveles de hemoglobina (pacientes con bajo riesgo $Hb < 8$ gr/dl y con alto riesgo $Hb < 9$ gr/dl) (19,20).

Existen scores que nos ayudan en la decisión del tratamiento endoscópico. Tenemos el score de Blatchford que nos dará un pronóstico pre endoscópico esto nos indicara si es necesario la endoscopia inmediatamente (dentro de las 24 horas). De la misma forma encontramos el score de Rockall el cual nos brinda un pronóstico de la hemorragia digestiva alta (18,20).

Ante una endoscopia se puede implementar la terapia con eritromicina para así poder incrementar el rendimiento de esta. En este paciente nuestra primera sospecha es una hemorragia digestiva alta de causa ulcerosa motivo por el cual se realizaría una endoscopia para poder dar el diagnóstico definitivo y así mismo poder clasificar la úlcera. Encontramos la clasificación de Forrest que nos ayudara tanto para el manejo como para el pronóstico de este paciente (20).

El uso de los inhibidores de bombas de protones es importante en nuestra realidad, ya que se recomienda el uso de este si es que no se puede realizar una endoscopia inmediata. Lo ideal es la realización de una endoscopia

dentro de las 12 primeras horas ante un paciente con hemorragia activa e hemodinamicamente inestable. De la misma forma, se recomienda el uso de inhibidores de bombas de protones previo a una endoscopia (19,21).

Ante una hemorragia digestiva variceal el tratamiento comprende el uso de octreotide agregándose profilaxis antibiótica (ciprofloxacino), pero tratamiento más importante es la ligadura endoscópica. Ante la limitación de realizar una endoscopia o el paciente no responde al tratamiento endoscópico se puede recurrir al taponamiento con la sonda de Sengstanken-Blakemore que sirve para la compresión de las varices durante un tiempo de 24 horas. De último recurso tenemos el manejo definitivo que es la realización de TIPS (18,22).

CIRUGIA GENERAL:

CASO 1

En una apendicitis aguda en cuanto al diagnóstico está basado principalmente a la clínica característica del cuadro el cual se basa principalmente en el dolor en FID, las náuseas, vómitos y la fiebre que puede o no estar asociado a anorexia.

En el caso presentado la clínica es característica, pero en casos exista una duda diagnóstica se puede utilizar la escala de Alvarado que señala la probabilidad de presentar un cuadro de apendicitis aguda (23).

Así mismo se tiene apoyo tanto de exámenes auxiliares como una ecografía abdominal que señala la dilatación del apéndice cecal y evidencia un proceso inflamatorio localizado, el cual a su vez es el examen de imagen usado en el Hospital San José.

En caso de duda diagnóstica también está indicado la realización de una tomografía que tiene mayor sensibilidad y es el examen mejor aceptado a nivel mundial (23), lamentablemente por el alto costo no es tan aplicable en Perú.

Según UpToDate, el manejo principal para una apendicitis no perforada es una apendicectomía de emergencia ya sea abierta o laparoscópica. Al tratamiento estándar que es netamente quirúrgico se le asocian también medidas médicas como son una correcta hidratación y la aplicación de antibióticos profilácticos,

que son importantes para prevenir una infección de la herida o un absceso intraabdominal después de la apendicectomía (24).

Se tiene que tener en cuenta que la flora del apéndice refleja la del colon e incluye aerobios y anaerobios gramnegativos. Para lo cual se recomienda una dosis única de cefoxitina o la combinación de cefazolina + metronidazol. Siendo este último el usado en el Hospital San José (24).

CASO 2

Una diverticulitis es principalmente causada por una obstrucción de la base diverticular, evidenciado con mayor frecuencia en mayores de 50 años y estando asociado principalmente a colon sigmoides.

El diagnóstico principal de la diverticulitis es clínico centrándose tanto en factores de riesgo como la presencia de dolor en fosa iliaca izquierda, el cual está muy frecuentemente relacionado a la presencia de una masa y/o fiebre (25).

En cuanto al tratamiento se recomienda que sea basado en la tomografía, es por eso que es importante realizarlo ante la sospecha de una diverticulitis. En el caso presentado según la magnitud de la lesión el manejo indicado está basado en el uso de drenaje percutáneo asociado a antibioticoterapia prolongada.

El drenaje está recomendado en abscesos mayores a 4 cm, ya que se ha demostrado mayor efectividad en cuanto a resolución y menor tasa de complicaciones comparado con un tratamiento de solo fármacos, sin embargo, al añadir antibioticoterapia se ha demostrado mayor efectividad, siendo la tasa de resolución mayor al 80% (26).

Por este motivo se decide el drenaje del absceso y la cobertura con ceftriaxona + metronidazol como el principal manejo para esta paciente.

CASO 3

Para el diagnóstico de la colecistitis aguda usamos los criterios de TOKIO 2018 donde se toman en cuenta los signos locales de inflamación, signos sistémicos de inflamación e imágenes. En este caso el paciente presenta

ítems de los 3 puntos lo que ya nos da un diagnóstico definitivo de colecistitis aguda (27,28).

El tratamiento en la colecistitis aguda va a depender del grado de severidad, para poder hacer la clasificación según severidad usamos los criterios de TOKIO 2018. El manejo de elección o inicial es la terapia médica que consiste en analgésicos y antibióticos. Dentro del manejo del dolor se recomienda el uso de AINES (ketorolaco o ketoprofeno). Con respecto a los antibióticos de elección va a depender del grado de clasificación y de las características de la población. Se recomienda piperacilina-tazobactam o ertapenem, así mismo, también se puede usar terapia combinada por cefalosporina o quinolona + metronidazol (29).

Según las guías de Tokio 2018 ante una colecistitis aguda de grado I se indica colecistectomía laparoscópica temprana (dentro de los primeros 7 días de inicio de cuadro). En el caso de grado II o moderado se tiene que evaluar la respuesta al tratamiento médico, si el paciente presenta buena respuesta al tratamiento y presenta una valoración de ASA menor o igual a 2 se indica colecistectomía temprana. Por el contrario, si el paciente presenta mala respuesta al tratamiento se le realiza un drenaje de la vesícula biliar. En el caso de grado III o severo se recomienda el proceder con un drenaje de vesícula biliar (30,31).

La colecistectomía de emergencia ante la presencia de complicaciones aguda (perforación, peritonitis, gangrena) y cuando hay una deterioración clínica o no hay evolución clínica 72 horas después del inicio de tratamiento médico o después del drenaje de la vesícula biliar (30,31).

CASO 4

Las hernias inguinales se pueden clasificar en directas o indirecta. Siendo las directas aquellas que protruyen por el triángulo de Hesselbach y las indirectas aquellas que protruyen por el anillo inguinal profundo. De la misma forma estas pueden ser reductibles o irreductibles (encarcelada y estrangulada) (32).

El tratamiento va a depender de la sintomatología, ante un paciente asintomático se recomienda la decisión conjunta con el paciente de cuando

realizar la cirugía. Ante una hernia complicada (estrangulada y con obstrucción intestinal) se recomienda una intervención quirúrgica inmediata (33).

Existen distintos tipos de reparación, estas pueden ser herniorrafias (reparación con tensión, sin malla) o hernioplastias (reparación sin tensión, con malla). Lo ideal es la reparación sin tensión dentro de la cual encontramos la técnica Lichtenstein que es la de elección en cuanto a cirugía abiertas. Las técnicas laparoscópicas son las más recomendadas cuando estamos ante hernias bilaterales. Si se decide realizar una herniorrafia, se recomienda la técnica Shouldice (33,34).

PEDIATRIA:

CASO 1

Se presenta un caso típico de rubeola que es una enfermedad causada por un virus ARN – Togavirus. La transmisión es por vía respiratoria, y consta de un periodo de incubación de 14 a 21 días (35).

En el contexto peruano este tipo de patologías es inmunoprevenible ya que existe en la actual norma técnica de vacunación la vacuna SPR la cual es aplicada al año y a los 18 meses de edad. Es este el principal motivo por el cual para tener una sospecha diagnóstica el paciente debe carecer de sus vacunas completas.

El cuadro clínico típico es la presencia de un exantema maculo papular eritematoso el cual está asociado a fiebre y adenopatías retroauriculares en mayor frecuencia. Como pródromos típicamente se tienen un cuadro de rinofaringitis aguda, conjuntivitis y las manchas de Forchheimer (35).

Este tipo de patología tiende a generalizar el exantema en 1 día y a desaparecer al 3er día dejando una descamación fina que comúnmente es llamado furfurácea. Como principal complicación se encuentra la encefalitis y la artritis (35).

En cuanto al diagnóstico en el medio peruano es principalmente clínico, existe la posibilidad de un diagnóstico mediante PCR, encontrándose positivo a IgM, pero al no ser replicable con facilidad y de elevado costo no es aplicable en la

mayoría de centros Hospitalarios como es el Hospital San José, en donde principalmente el diagnóstico es clínico.

El manejo típico y en el caso del Hospital San José es sintomático mediante el uso de paracetamol a 10 a 15 mg/kg de peso cada 4 a 6 h vía oral.

CASO 2

Se presenta un caso de otitis media aguda, se define como inflamación de la membrana timpánica de moderada a grave con o sin otorrea de nueva aparición, no causada por otitis externa aguda y acompañada de signos agudos de enfermedad y síntomas o signos de inflamación del oído medio (36).

El cuadro principalmente se caracteriza por dolor asociado comúnmente a fiebre. La principal etiología de esta patología es el *S. pneumoniae* seguido de *H. influenza* y *M. catarrhalis*, al ser principalmente patógenos de la vía aérea se explicaría la fisiopatología que en este caso sería ascendencia de la bacteria por la trompa de Eustaquio (36).

Al comprender la principal fisiopatología se infiere comúnmente que el 80% de los pacientes que sufren de esta patología tienen como clínica previa una infección de la vía aérea que comúnmente es una rinofaringitis aguda mal o no tratada.

El diagnóstico clínico se corrobora mediante la inspección con el otoscopio, en donde se puede observar presencia de abultamiento o perforación del tímpano. Se puede encontrar también presencia de pus y / o niveles hidroaéreos.

En el Hospital San Jose este tipo de patologías es tratado con amoxicilina a dosis de 90 mg / kg por día de amoxicilina dividida en dos tomas que concuerda con el manejo en las distintas guías (37).

CASO 3

La faringoamigdalitis aguda es una patología recurrente en niños, esta tiene diversas etiologías la principal es viral y secundario tenemos a las bacterianas (*Streptococcus pyogenes*) (38).

El diagnóstico se realiza mediante un hisopado faríngeo, prueba rápida de antígeno o la clínica. Para el tratamiento tenemos que evaluar al paciente mediante el score de Centor-Isaac para ver la probabilidad de que sea de etiología bacteriana. En este caso el paciente presenta 4 puntos lo que nos indica que hay un riesgo de infección bacteriana de 51 a 53% por lo cual se inicia tratamiento antibacteriano. Dentro de la terapia adecuada se recomienda el uso de Penicilina V 250 mg cada 12 horas o Amoxicilina 50mg/kg/día por 10 días (39,40).

CASO 4

Las etiologías en la enfermedad diarreica aguda son variadas. La más frecuente es de etiología viral dentro de la cual encontramos al rotavirus seguido por etiologías bacterianas dentro de las cuales encontramos la *E. Coli Enterotoxigenica* y el *Campylobacter jejuni* (41).

El diagnóstico en esta patología es básicamente es clínico, para poder ubicarnos con respecto a la etiología se puede solicitar reacción inflamatoria en heces. Así mismo el tratamiento se basa en estado de hidratación del paciente. Se recomienda que en pacientes sin deshidratación se inicie terapia de mantenimiento, esto quiere decir que por cada diarrea y/o vomito se tiene que reponer con suero de rehidratación oral. En el caso de que presente deshidratación leve-moderada, se debe iniciar la terapia de reemplazo con suero de rehidratación oral a una dosis de 50-100cc/kg/4h. Por ultimo si presenta deshidratación severa, se coloca vía periférica y se administra NaCl 0.9% 20ml/kg/bolo y terapia de mantenimiento de 100cc/kg/4h (42,43).

Como terapias adyacentes se ha encontrado evidencia del beneficio en el uso de probióticos reduciendo el tiempo del cuadro y brindando protección gastrointestinal (42,43).

GINECO OBSTETRICIA

CASO 1

El caso presentado es una de las distintas maneras de presentación de un aborto, el cual como criterio inicial debe ser menor a las 22ss de gestación o inferior a 500gr.

Se puede clasificar al aborto dependiendo de la presencia o no de embrión intrauterino, de la presencia o no de latidos y de la apertura del orificio cervical interno. En el caso de aborto incompleto es un tipo de aborto en donde aún no se expulsa por completo al feto, la placenta, o las membranas. Es por este motivo que en el caso presentado la paciente acude con un aborto ya consumado pero que al tener aun restos embrionarios se le considera como incompleto (44).

En cuanto a la clínica principal y evidente es el sangrado que puede ser variable acorde a los distintos tipos de abortos, puede asociarse a dolor abdominal. La confirmación diagnóstica se da mediante ecografía transvaginal donde se puede hacer evidente tanto la presencia del embrión como de restos intrauterinos (44).

Es importante en este tipo de patología el valorar las posibles complicaciones, que muy frecuentemente incluye infección. En cuanto al manejo del aborto en general está indicado que se realice un legrado o un AMEU dependiendo principalmente de las semanas de gestación que se tenga al momento de hecho el diagnóstico. Si la paciente tiene menos de 12 semanas se prefiere realizar AMEU y si tiene mayor a 12 semanas se prefiere el legrado uterino (45).

CASO 2

La patología en el caso presentado es Atonía Uterina, que se entiende como la ausencia en la contracción normal del útero. Esta patología está relacionada a ciertos factores de riesgo como la multiparidad, gestación múltiple, macrosomía, polihidramnios y miomas intramurales (44).

El diagnóstico es principalmente clínico a correlacionar con la pérdida sanguínea al momento del parto. Es importante un diagnóstico oportuno con la finalidad de evitar complicaciones como un shock hipovolémico, que es frecuente causa de muerte en este tipo de pacientes.

El manejo principalmente es mediante masaje uterino, fármacos, taponamiento y quirúrgico en caso sea refractario a lo antes mencionado. En el caso de la paciente al evidenciar un sangrado activo relacionado a un útero

blando y a la ausencia de un shock hipovolémico el manejo se decide con masaje y fármacos, siendo el de elección la oxitocina 10 – 40 UI Ev continuo (44).

CASO 3

La preeclampsia se define como la presencia de hipertensión (PAS> e igual a 140/ PAD> e igual a 90) asociado a proteinuria o disfunción significativa del órgano diana a partir de las 20 semanas de gestación. Así mismo, esta puede ser con signos de severidad o sin signos de severidad dependiendo de la presencia de daño de órgano blanco (46).

Dentro de las complicaciones más importantes encontramos la Eclampsia, fallo renal, desprendimiento de placenta y Síndrome de Hellp. De la misma forma, los factores de riesgo incluyen a edades de >40 o <18, nuliparidad, preeclampsia anterior, diabetes mellitus e Hipertensión arterial crónica, etc (46).

El tratamiento depende de si estamos antes una preeclampsia sin signos de severidad o con signos de severidad, así mismo, dependerá también de la edad gestacional de la paciente. Ante una preeclampsia sin signos de severidad se recomienda monitoreo materno fetal cada 72 horas y terminar la gestación si tiene una edad gestacional de 37 semanas o más, si existe sospecha de desprendimiento de placenta. En la preeclampsia con criterios de severidad se activa la clave azul la cual consiste en hidratación, prevención de convulsión, antihipertensivos y finalizar la gestación (47,48).

La preeclampsia se puede prevenir en aquellas pacientes de alto riesgo. Se realiza ecografía doppler a las 11-13 semanas y ante la presencia de una IP de arteria uterinas>95 se inicia Ácido acetil salicílico a dosis de 81-100 mg cada 24 horas, de la misma forma también aquellas pacientes con factores de riesgo pueden iniciar este tratamiento (48,49).

CASO 4

El embarazo ectópico es aquel embarazo extrauterino tiene múltiples factores de riesgos dentro de los cuales los más importante son embarazo ectópico previo, Enfermedad pélvica inflamatoria, pacientes con daño tubarico e

infertilidad. Dentro de los lugares de implantación más frecuente se encuentra en primer lugar la trompa de Falopio (ampular) (50,51).

El diagnóstico se hace correlacionando tanto los niveles de BHCG y los hallazgos de ecografía. La elección entre el tratamiento médico y quirúrgico dependerá del estado hemodinámico de la paciente, si presenta rotura del embarazo ectópico y aquellos que no se le puede dar metotrexate (50,52).

El tratamiento médico se hace con metotrexate, dentro de lo cual se encuentra 3 distintas terapias (dosis única, dos dosis y dosis múltiples). Se recomienda el uso de dosis única, pero dependiendo la evolución y los valores de BHCG se puede agregar una segunda dosis (50,53). De la misma forma dentro del tratamiento quirúrgico se puede elegir entre una salpingectomía o salpingostomía, esta elección dependerá de muchos factores como por ejemplo la fertilidad y el daño tubarico (50,54).

CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico se vio muy afectado con la pandemia por el SARS COV2, este sufrió muchos cambios tanto positivos como negativos para todo interno de medicina.

En el Hospital San José del Callao se encontró múltiples cambios con la presencia de la pandemia con respecto al internado medico sin pandemia. Al inicio del internado médico, en la primera rotación, el interno contaba con un horario muy extenuante el cual se vio modificado con la presencia de la pandemia siendo este de solo 15 días laborables con 6 horas diarias de trabajo. Este cambio de horario fue extremo a comparación del inicio el cual representaba menos horas de prácticas y menos relación con los pacientes. Así mismo se vio reducido el tiempo del internado medico por cada especialidad, siendo la 2da, 3era y 4ta rotación reducidas a solo 2 meses a comparación de la 1era rotación que fue de 2 meses y medio.

Uno de los cambios negativos fue las áreas que se vieron modificadas en el Hospital San José del Callao. Se redujeron espacios, se cerraron servicios y se dejaron de atender patologías que no fueran emergencias. El área de hospitalización de medicina se vio disminuido en el número de camas, al igual que el de cirugía y gineco-obstetricia, en el caso del área de pediatría se tuvo que cerrar el área de hospitalización. Estas zonas fueron movidas al primer piso del hospital ya que el segundo piso fue ocupado netamente para pacientes covid.

Según el Decreto de Urgencia N° 090-2020, el interno de medicina no estaba autorizado a ingresar a zonas covid (2). De esta forma se vio reducido el número de patologías tratadas por estas especialidades. Los dos departamentos más afectados fueron pediatría y cirugía. En el caso de cirugía solo se permitió atender cirugías de emergencia basándose la mayoría de casos a patologías de abdomen agudo quirúrgico y traumatismos. De la misma forma en el caso de Pediatría al no contar un área de hospitalización, el interno de medicina se dedicaba netamente al área de emergencia, siendo reducido el nivel de aprendizaje de patologías de mayor complejidad a patologías básicas que se presentaban en el área de emergencia.

Otro cambio que se observó fue que se brindó mayor compromiso con la seguridad del interno con respecto a los EPP. Al inicio la entrega del equipo de protección personal de salud era cada quincena, se entregaba 1 mascarilla N95 a cada interno cada 15 días, lo cual resultaba inadecuado ya que los internos cursaban con horarios de 12 horas diarias y 2 guardias nocturnas semanales. Tras la pandemia el hospital tuvo que adecuarse al Decreto de Urgencia N° 090-2020 motivo por el cual se puso énfasis en el correcto tiempo de uso de los equipos de protección, brindando mayor seguridad al interno de medicina.

Tras la pandemia, se le dio mayor importancia al personal de salud sobre todo al interno en cuanto al sueldo que se recibía. Antes de la pandemia en el país todo interno de medicina que realizaba sus prácticas en hospitales del MINSA percibía una “propina” de 400 soles siendo esta no reflejada en las horas de trabajo extenuante que el interno realizaba en el hospital. Debido a la pandemia esto fue modificado permitiendo al interno de medicina recibir el sueldo mínimo, permitiendo la ayuda económica para muchos estudiantes que se vieron afectados por la pandemia, así mismo brindando mayor valor al trabajo que el interno realiza dentro de las instituciones hospitalarias.

El seguro de vida y el seguro de salud es otro punto importante en la vida de todo trabajador de salud ya que el personal de salud se expone a contraer distintos tipos de patologías, así como sufrir distintos tipos de accidentes dentro de los centros hospitalarios. Este tipo de privilegios no le eran

otorgados al interno de medicina, sin embargo, la pandemia permitió el acceso gratuito al interno de medicina a un seguro de salud y se les brindó seguro de vida. Esto generó mayor tranquilidad tanto para el interno como para la familia del mismo.

Estos cambios que se vieron nos mostraron dos tipos distintos del internado, uno pre-pandemia y el otro post-pandemia viéndose modificaciones radicales que sobre todo afectaban en el área de aprendizaje y de preparación del interno de medicina. Al inicio del internado a pesar de no haber un reglamento interno que velara los derechos y la seguridad del interno, el interno de medicina tenía mayores oportunidades de aprendizaje debido a las diversas patologías que se presentaban en las cuales se podía aplicar el conocimiento teórico, así como realizar diversos procedimientos que ante la pandemia se vieron reducidas y en algunos casos inexistentes.

El internado médico consta de 4 rotaciones, siendo estas Medicina interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y Pediatría.

La primera rotación que es Medicina interna no se vio afectada en su totalidad ya que fue pre-pandemia. De todas formas, se encontraron múltiples dificultades en esta, la principal fue con respecto al equipo de protección personal de salud. En el Hospital San José del Callao no se entregaban idealmente los equipos de protección de salud, este problema se pudo resolver solo cuando se presentó la pandemia. En esta rotación otra de las principales dificultades fueron los horarios a los que los internos se veían expuestos. El horario establecía turnos de lunes a domingo de 12 horas diarias en el área de hospitalización, 5 guardias nocturnas al mes y 1 semana de 12 horas diarias en emergencia; por lo tanto, existían días en los cuales el interno de medicina realizaba turnos de 36 horas, teniendo un descanso de 3 horas máximo en el mejor de los casos. Debido a la problemática antes mencionada los internos pudieron conversar con los médicos residentes a cargo sobre este tema debido a que las horas de trabajo era muy extenuantes y podía inducir a poder cometer diversos errores. En conjunto se decidió que entre los internos que no estaban post guardia se apoye al interno que estaba post

guardia para que así este pudiera retirarse una vez que terminara de cumplir sus pendientes sin necesidad de completar el turno de 36 horas.

La segunda rotación que fue cirugía se vio afectada por la pandemia, se presencié el cambio radical del internado médico en el aspecto del horario del mismo. La principal dificultad en esta rotación fue el horario que se impuso, el cual constituía en 7 turnos interdiarios de 12 horas, el problema radicaba en el hecho de no realizar un seguimiento diario de los pacientes hospitalizados por el mismo interno, convirtiendo el trato con el paciente menos impersonal. Se hizo llegar la inquietud al médico residente a cargo informándole de la preferencia de los internos en que el horario constituyera de 7 turnos diarios de 12 horas, de esta forma el interno al cual le correspondía hospitalización realizaba un mejor seguimiento y así no perdía relación en la evolución de los pacientes hospitalizados. De la misma forma debido a la pandemia se vio reducido el aforo de personal en el área de sala de operaciones por lo cual no se permitía el ingreso del interno, este era otro punto importante que se conversó con la unidad de apoyo a la docencia e investigación. La unidad de apoyo a la docencia e investigación envió un comunicado en el cual se le autorizaba a los internos de medicina al ingreso a sala de operaciones, así mismo se tenía que comunicar previamente el ingreso al personal de enfermería y anestesiología.

La tercera rotación corresponde a Gineco-Obstetricia, el trabajo del interno en este caso radicaba en 3 áreas (Hospitalización, Centro Obstétrico y Emergencia) y el horario radicaba en turnos de 8 horas y 2 guardias diurnas durante 15 días. En este servicio el problema era que debido a los horarios de 8 horas en el caso de Emergencia y Centro obstétrico se encontraban días en los cuales no se realizaban procedimientos como, por ejemplo: la atención de partos, asistir a cesáreas, etc. Estos procedimientos mayormente se realizaban en las tardes motivo por el cual el interno ya no se encontraba presente. Se pudo conversar con el residente a cargo para que se permitiera que el interno de medicina pudiera extender el horario de emergencia y centro obstétrico a voluntad. De esta forma se tenía más posibilidades de poder atender partos y asistir a procedimientos que se realizaban en emergencia.

Por último, la cuarta rotación constituía el servicio de Pediatría-Neonatología, en este servicio la principal dificultad que se presentó fue en el área de pediatría con respecto a la ausencia del área de hospitalización. Debido al recorte de zonas del Hospital San José del Callao, el servicio de pediatría solo contaba con el área de emergencia motivo por el cual solo se atendían patologías pediátricas básicas. En el servicio de Neonatología el principal problema fue en el procedimiento de la atención del Recién Nacido, no se permitía al interno de medicina a realizar esta actividad por protocolos que debían cumplir. Se pudo conversar con los médicos residentes a cargo acerca del tema y se concluyó que, con previo permiso del médico a cargo y supervisión, el interno de medicina estaba autorizado de realizar esta actividad.

En todas las áreas se implementaron medidas de apoyo académico principalmente virtuales como presentación de casos, realización de informes, lectura de artículos y videoconferencias; las cuales de manera integral apoyaron al correcto aprendizaje del interno de medicina.

CONCLUSIONES

El internado para los internos de medicina debido a la pandemia fue totalmente distinto a internados de años anteriores, esta promoción pudo presenciar 2 tipos distintos de internado. De la misma forma se pudo apreciar el cambio radical a la importancia que se le brindó al interno de medicina con respecto al aporte que brindaba a los centros hospitalarios. El interno de medicina supo de igual forma apreciar en todos los aspectos los beneficios que el internado provee con respecto a la enseñanza en el futuro de la carrera médica, comparando la diferencia de cómo fue terminar con un internado totalmente distinto con respecto al que se inició.

A pesar de los cambios que se vieron en los distintos centros hospitalarios con respecto a la atención, a la reducción de áreas de atención, etc. El interno de medicina pudo poner en práctica los conocimientos teóricos aprendidos a lo largo de los años de carrera en las patologías básicas que todo médico general debe conocer y saber manejar con el fin de realizar un adecuado Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). Así mismo, el interno pudo aumentar experiencia y ganar habilidades con respecto al trabajo práctico de los hospitales tanto en un ambiente de pandemia como en uno de no pandemia.

RECOMENDACIONES

Hay muchos aspectos que se pueden mejorar en el internado médico, uno de ellos es llegar a un balance con respecto al horario de prácticas. La primera recomendación sería no de regresar a los horarios extenuante ni tampoco mantener los horarios que el Decreto de Urgencia N° 090-2020 exige. Buscar horarios adecuados en el cual el interno de medicina mantenga un correcto aprendizaje y así afianzar los conocimientos teóricos en la práctica, tratar de encontrar un punto medio entre estos 2 distintos tipos de internado.

Para los futuros internos se deberían implementar medidas de aprendizaje en los cuales se cubran las carencias de las áreas de los servicios de cada centro hospitalario que se han visto afectadas por esta pandemia. De la misma forma implementar rotaciones extra hospitalarias para así complementar los conocimientos con respecto a la práctica dependiendo de las carencias de los servicios primordiales de cada Departamento de Medicina, para así de esta forma poder garantizar un internado medico futuro productivo y académico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gobierno Peruano. DECRETO SUPREMO N° 008-2020-SA. El Peruano. [Internet]. 2020 [consultado 14 abril 2021] Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2>
2. Gobierno Peruano. DECRETO DE URGENCIA N° 090-2020. El Peruano. [Internet]. 2020 [consultado 14 abril 2021] Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
3. Chinchay S. Granados A. Peña E. Internado médico: una difícil elección. Investigación en Educación Medica [Internet]. 2017 [consultado 14 abril 2021]; 6(21): 65-66. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-internado-medico-una-dificil-eleccion-S2007505716300369>.
4. Díaz-Barriga F, Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. México: Mc Graw Hill; 2002. p. 24-62.
5. Salas Perea RS. La evaluación en la educación superior contemporánea. Cuba: Biblioteca de Medicina Volumen XXIV, Capítulo 1. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, 1998. Cuba: Maestría en Educación Médica; 2003.
6. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo

XXI con recursos del siglo XX. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(2):304-11. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>.

7. Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria. 15th. Callao: 2017

8. Hooton T, Gupta K. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)

9. Spelman D, Baddour L. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)

10. Spelman D, Baddour L. Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)

11. Goodchild G, Chouhan M, Johnson G. Practical guide to the management of acute pancreatitis. Frontline Gastroenterology. 2019; 10:292–299.

12. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)

13. Tenner S, Baillie J, DeWitt J., Santhi S. Guía del American College of Gastroenterology: Manejo de la pancreatitis aguda. American Journal of Gastroenterology. 2013; 108(9): 1400-1415 doi: 10.1038 / ajg.2013.218

14. Spelman D. Predicting the severity of acute pancreatitis. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)

15. Spelman D, Baddour L. Management of acute pancreatitis. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)

16. Greenberg J, et al. Guía de práctica clínica: tratamiento de la pancreatitis aguda. Can J Surg. 2016; 59 (2): 128–140. <https://doi.org/10.1503/cjs.015015>.

17. Baron et al. AGA CLINICAL PRACTICE UPDATE: EXPERT REVIEW. Gastroenterology 2020; 158:67–75.

18. IETSI. Guía de Práctica Clínica para la Evaluación y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta. Guía en Versión Corta. GPC N°6. Perú, diciembre 2017.

19. Laine L, Jensen D. Management of Patients with Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol. 2012; 107:345–360

20. Saltzman J. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021).
21. Rockey D. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021).
22. Bajaj J, Sanyal A. Methods to achieve hemostasis in patients with acute variceal hemorrhage. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021).
23. Garro v, Et al. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Rev Med Sinergia. 2019; 4(12)
24. Smink D. Soybel D. Management of acute appendicitis in adults. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 16 de abril de 2021)
25. Pemberton J. Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 16 de abril de 2021)
26. Smink D. Acute colonic diverticulitis: Medical management. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 16 de abril de 2021)
27. Mayumi T. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018; 25:96–100
28. Yokoe M. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018; 25:41-54
29. Gomi H. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018; 25:3-16
30. Okamoto K. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018; 25:55-72
31. Vollmer C, et al. Treatment of acute calculous cholecystitis. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)
32. Brooks D, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 19 de abril de 2021).
33. Brooks D. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 19 de abril de 2021).

34. European Hernia Society. Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal. 2019. Consultado el 19 de abril de 2021. Disponible en: https://www.europanherniasociety.eu/sites/www.europanherniasociety.eu/files/medias/cov13178_ehs_groin_hernia_management_a5_es_10_lr_0.pdf
35. Rentería A. Salud y enfermedad del niño y adolescente. 8th. ed. Mexico: El Manual Moderno; 2017
36. Wald E. Acute otitis media in children: Clinical manifestations and diagnosis. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 17 de abril de 2021)
37. Peltron S. Acute otitis media in children: Treatment. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 17 de abril de 2021)
38. Alvez F, Sanchez J. Faringoamigdalitis aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. España: ERGON; 2011 p26-36.
39. Drutz J. Acute pharyngitis in children and adolescents: Symptomatic treatment. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)
40. Pichichero M. Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)
41. Thiagarajah J, Martin M. Pathogenesis of acute diarrhea in children. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021).
42. Guarino A. Universal Recommendations for the Management of Acute Diarrhea in Nonmalnourished Children. JPGN. 2018; 67: 586–593.
43. Harris J, Pietroni M. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)
44. Carbajal J. Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología. 21th ed. 2021
45. Menendez J. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. Gac Méd Méx. 2003; 139(1)
46. August P, Sibai B. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)

47. Norwitz E. Preeclampsia: Management and prognosis. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021)
48. Instituto Nacional Materno Perinatal. Preeclampsia: Management and prognosis. 2th. Jesus Maria: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2017.
49. August P, Jeyabalan A. Preeclampsia: Prevention. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 18 de abril de 2021).
50. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Tubal Ectopic Pregnancy. ACOG PRACTICE BULLETIN. 2018; 131(2)
51. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 19 de abril de 2021).
52. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 19 de abril de 2021).
53. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Methotrexate therapy. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 19 de abril de 2021).
54. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Surgical treatment. Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (accedido el 19 de abril de 2021).