

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL  
SAN BARTOLOME, DANIEL ALCIDES CARRION Y  
CLINICA UNIVERSITARIA MAYO 2022-FEBRERO 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
ANDREA STEPHANIA CALLE FLORES**

**ASESOR  
JUAN MERCEDES JAQUE ALONSO**

**LIMA- PERÚ  
2023**



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL SAN  
BARTOLOME, DANIEL ALCIDES CARRION Y CLINICA  
UNIVERSITARIA MAYO 2022-FEBRERO 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**ANDREA STEPHANIA CALLE FLORES**

**ASESOR**

**DR. JUAN MERCEDES JAQUE ALONSO**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga**

**Miembro: Dr. Johandi Quispe Delgado**

**Miembro: Dr. César Augusto Aguilera Herrera**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios por que hasta aquí me ha ayudado y me dio las fuerzas necesarias para seguir adelante durante todo este camino.

A mis padres que siempre creyeron en mí y me apoyaron, me llenaron de amor y estuvieron en los buenos y malos momentos.

A mi abuelita que ha estado siempre conmigo brindándome palabras de ánimo y preocupándose por mí.

A mi novio que durante todos los años de carrera comprendió mis tiempos y cuando me vio en mis peores momentos se quedó incondicionalmente.

A mi familia en general, porque estuvieron durante todos mis años de preparación y formación y muchos de ellos fueron mis pacientes desde casa.

Andrea Stephania Calle Flores

## **AGRADECIMIENTO**

Le doy gracias a la Universidad San Martín de Porres, por abrirme las puertas y formar parte de su alumnado, por la formación que brindaron en mi carrera y porque me permitieron conocer personas maravillosas entre compañeros y doctores.

A la Clínica Universitaria, que fue mi sede principal pero solamente llevé la parte de Medicina Interna, gracias por recibirme y enseñarme como debe ser una atención primaria de salud y por gestionar las rotaciones externas que fueron de mucha ayuda para completar mis competencias.

Al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, que fue mi sede de rotación externa para llevar Pediatría y Ginecología y Obstetricia, pude conocer profesionales que me brindaron sus conocimientos y fueron de apoyo.

Al Hospital Daniel Alcides Carrión que también fue mi sede de rotación externa para llevar Cirugía General, me hicieron forjar mi carácter y saber actuar en situaciones críticas.

## ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>x</b>
<b>CAPITULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
1.1 Rotación de pediatría	1
1.2 Rotación de ginecología-obstetricia	4
1.3 Rotación de cirugía	7
1.4 Rotación de medicina interna	11
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	<b>13</b>
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>15</b>
3.1 Rotación de pediatría	15
3.2 Rotación de ginecología-obstetricia	18
3.3 Rotación de cirugía	21
3.3 Rotación de medicina interna	24
<b>CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>28</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>29</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>32</b>
ANEXO N°1	33
ANEXO N°2-3	34
ANEXO N°4	35
ANEXO N°5	36
ANEXO N°6-7-8	37

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOME, DANIEL ALCIDES CARRION Y CLINICA UNIVERSITAR

AUTOR

ANDREA STEPHANIA CALLE FLORES

RECUENTO DE PALABRAS

12449 Words

RECUENTO DE CARACTERES

68839 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

49 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

751.8KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 11:51 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 11:53 AM GMT-5

● 9% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



Dr. JUAN MERCEDES JAQUE ALONSO

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0702-042X>



## RESUMEN

El internado médico se considera como una etapa donde se consolidan todos los conocimientos adquiridos durante los siete años de estudio de la carrera de medicina humana; el presente trabajo realizado en el mes de marzo del año 2023 se trata de un informe completo de todo lo que se ha realizado en el internado en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Hospital Daniel Alcides Carrión y Clínica Universitaria durante el periodo de mayo 2022 a febrero 2023; así como una descripción de casos clínicos que se presentaron en las áreas de Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna. Luego se hará una descripción de los dos hospitales y la clínica y se mencionarán las tareas que los internos realizan en el hospital; por otro lado, se expondrán las dificultades y problemas presentando durante el internado médico y cuáles fueron las estrategias que se utilizaron para minimizar el impacto de cada problema y qué soluciones se pudieron encontrar ante las situaciones presentadas.

**Objetivo:** Describir la importancia del internado en la formación de cada futuro médico.

**Materiales y métodos:** La población de estudio fueron pacientes que acudían al Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Hospital Daniel Alcides Carrión y Clínica Universitaria. Los casos clínicos fueron dos por cada rotación realizada en el internado 2022-2023.

**Resultados:** Paciente femenino, 7 meses, diarrea, deshidratación moderada por diarrea aguda infecciosa. Paciente masculino, 48 horas de vida, ictericia, ictericia neonatal por lactancia materna fallida. Paciente mujer, 21 años, pérdida de líquido amniótico, ruptura prematura de membranas. Paciente femenino, 25 años, presión arterial alta, preeclampsia severa. Paciente varón, 25 años, síndrome doloroso abdominal, apendicitis aguda. Paciente mujer, 58 años, síndrome doloroso abdominal, colecistitis crónica calculosa. Paciente femenino, 23 años, fiebre, dolor lumbar y disuria, infección del tracto urinario.

Paciente masculino, 44 años, dolor torácico, fiebre y tos, neumonía adquirida en la comunidad.

**Conclusiones:** El internado es considerado como una etapa crucial de la carrera de medicina humana, cada rotación fue clave para completar las competencias y el desarrollo profesional de la autora.

**Palabras clave:** Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría.

## ABSTRACT

The medical internship is considered as a stage where all the knowledge acquired during the seven years of study of the human medicine career is consolidated; The present work carried out in the month of March 2023 is a complete report of everything that has been done in the internship at the San Bartolomé National Teaching Mother-Child Hospital, Daniel Alcides Carrión Hospital and University Clinic during the period of May 2022 to February 2023; as well as a description of clinical cases that were presented in the areas of Pediatrics, Gynecology-Obstetrics, General Surgery and Internal Medicine. Then a description of the two hospitals and the clinic will be made and the tasks that the interns perform in the hospital will be mentioned; On the other hand, the difficulties and problems presented during the medical internship will be exposed and what were the strategies that were used to minimize the impact of each problem and what solutions could be found in the situations presented.

**Objective:** Describe the importance of the internship in the training of each future doctor.

**Materials and methods:** The study population consisted of patients attending the San Bartolomé Mother-Child National Teaching Hospital, Daniel Alcides Carrión Hospital, and Clínica Universitaria. The clinical cases were two for each rotation carried out in the 2022-2023 internship.

Results: Female patient, 7 months old, diarrhea, moderate dehydration due to

acute infectious diarrhea. Male patient, 48 hours old, jaundice, neonatal jaundice due to failed breastfeeding. Female patient, 21 years old, loss of amniotic fluid, premature rupture of membranes. Female patient, 25 years old, high blood pressure, severe preeclampsia. Male patient, 25 years old, abdominal pain syndrome, acute appendicitis. Female patient, 58 years old, abdominal pain syndrome, chronic calculous cholecystitis. Female patient, 23 years old, fever, low back pain and dysuria, urinary tract infection. Male patient, 44 years old, chest pain, fever and cough, community-acquired pneumonia

**Conclusions:** The internship is considered a crucial stage in the human medicine career, each rotation was key to completing the author's competencies and professional development.

**Keywords:** Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatr

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de suficiencia personal realizado por una interna de la Clínica Universitaria cuya rotación fue durante los años 2022 y 2023, tiene como objetivo describir la importancia del internado médico como una etapa de consolidación profesional de cada futuro médico tanto en la parte teórica como en la parte práctica. Y se presentará ocho casos clínicos de las áreas de: Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna. Los cuales han sido elegidos como los más importantes por la autora.

El internado para los que postularon a clínicas inició el 01 de mayo del año 2022. La Clínica Universitaria que fue la sede principal de la autora se considera un establecimiento de salud de nivel II-1 de atención ubicado en el distrito de Comas perteneciente a la DIRIS Lima Norte que fue escogido por la autora en base al orden de mérito de la universidad, la clínica cuenta con especialistas por cada rotación realizada, hospitalización y recuperación, laboratorio, toma de imágenes, farmacia, centro obstétrico y quirúrgico. Todos fueron de mucha ayuda para consolidar los conocimientos y poner en práctica la teoría.

Días antes del inicio del internado el director de la clínica indicó la hora de entrada y de salida; y cuáles serían las funciones como internos en cada especialidad. La autora comenzó en el área de cirugía general durante el mes de mayo, dando un seguimiento antes, durante y después de cada intervención quirúrgica de la mano del cirujano principal. Posteriormente, la clínica y la universidad gestionaron las rotaciones externas. Durante el mes de junio del 2022 a octubre del 2022 estaban programadas las rotaciones de Pediatría y Ginecología-Obstetricia para la autora en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Este establecimiento de salud está asignado como categoría III-E de atención y se ubica en el Centro de Lima y pertenece a la DIRIS Lima Centro. Dentro de la rotación de Pediatría la autora estuvo el mes

de junio por la subespecialidad de Neonatología y Pediatría durante julio y mitad del mes de agosto. En la subespecialidad de Neonatología la autora rotó por las áreas de atención del recién nacido, alojamiento conjunto enfocado en el niño y hospitalización de cuidados intermedios; para pediatría, en el tópico de emergencia y servicio de hospitalización de niños y adolescentes. La otra mitad del mes de agosto, septiembre y octubre en Ginecología-Obstetricia, rotando por centro obstétrico, tópico de emergencia, sala de alto riesgo obstétrico, sala de complicaciones del embarazo, sala de cirugías ginecológicas y alojamiento conjunto enfocado en la madre. En el mes de noviembre y diciembre se complementó el área de Cirugía General con una rotación externa en el Hospital Daniel Alcides Carrión, el cual se considera un establecimiento de salud de nivel atención III-1, se ubica en la región Callao y pertenece a la DIRESA Callao. La autora rotó por consultorio externo, área de hospitalización, tópico de emergencias y centro quirúrgico que incluía cirugías programadas y de emergencia. En el mes de enero y febrero del 2023 se realizó la rotación de Medicina Interna en la Clínica Universitaria, donde la autora estuvo en tópico de emergencia, consultorio externo y el área de hospitalización. El internado fue la etapa más importante; debido a que se pudo tener contacto con los pacientes, poder ver de cerca las patologías aprendidas durante los años de estudio y aprender de cerca el manejo adecuado para cada una de estas. El contacto médico-paciente fue limitado para los estudiantes de medicina humana durante dos años debido a la pandemia del COVID-19; ya que restringieron la presencia de estos en los hospitales. Retornar a la presencialidad directamente para hacer el internado fue algo impactante pero satisfactorio a la misma vez; ya que se pudo poner en práctica todo lo aprendido durante los años de ausencia de los internos en los hospitales.

## **CAPITULO 1: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es el año donde se consolida todo lo aprendido durante la carrera de medicina, se pone en práctica toda la teoría que se ha recibido durante los años de estudio en la facultad. La autora pudo realizar las rotaciones donde identificó mediante signos y síntomas las patologías haciendo el diagnóstico correspondiente e indicando el tratamiento adecuado de la mano de los doctores de cada especialidad. Se presentarán ocho casos clínicos en total, dos casos clínicos por sección según las rotaciones realizadas de Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna.

### **1.1 Rotación de pediatría**

La primera rotación por la que la autora empezó fue la de pediatría en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé donde rotó en el servicio de hospitalización de niños y adolescentes y el tópico de emergencias; también en la subespecialidad de Neonatología donde pasó por atención inmediata del recién nacido, hospitalización de cuidados intermedios y alojamiento conjunto enfocado en el niño. Se realizaban exposiciones de lunes a viernes en el servicio de Neonatología al medio día de las patologías más frecuentes en el recién nacido y en pediatría se hacían exposiciones una vez a la semana al medio día también. Se hacían guardias diurnas en emergencia y en atención inmediata del recién nacido una vez a la semana, las cuales duraban de 7am a 7pm; en cada guardia se encontraba un asistente y dos residentes encargados. El interno siempre llenaba la historia clínica perinatal y realizaba la atención del recién nacido bajo supervisión del residente; posteriormente lo monitoreaba durante dos horas. También se encargaba en hospitalización de los balances hídricos, delta pesos, evoluciones diarias que debían estar listas para el pase de visita y se encargaba de presentar a sus pacientes durante el pase. En la emergencia llenaba la historia clínica haciendo énfasis en la anamnesis y examen físico dando su diagnóstico y posterior manejo que era corroborado por el especialista y los residentes.

## Caso clínico N°1

A propósito de un caso madre acude con su bebé a la emergencia, una paciente femenina de 7 meses y 10 días de edad. Madre refiere que desde hace dos días antes de su ingreso la paciente presenta deposiciones líquidas sin moco y sin sangre de 3 a 4 cámaras por día. No náuseas y vómitos. Por la noche presentó fiebre cuantificada por la madre de 38.5°C, por lo que le dio paracetamol en gotas. La madre refiere que ella tuvo deposiciones líquidas hace 3 días de 9 cámaras, niega fiebre, náuseas y vómitos. Antecedentes prenatales: nueve controles prenatales completos en el Hospital San Bartolomé; antecedentes natales: parto eutócico a las 38 semanas, peso al nacer: 3600 gr, talla al nacer: 50cm y AGPAR 1' 9 y a los 5' 9; antecedentes postnatales: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, alimentación complementaria a los 6 meses, vacunas completas, control cefálico a los 3 meses y control torácico al 6to mes; antecedentes patológicos: niega RAMS, niega hospitalizaciones o cirugías previas; antecedentes familiares: no contributarios. Al examen físico FC: 120 lpm, FR: 48 rpm, T° 36.5°C, SatO2: 99%, peso: 9.5 kg, apetito, sed y orinas disminuidas. A la exploración, paciente se encuentra irritable, llenado capilar < 2 segundos, signo del pliegue positivo, llanto con escasas lágrimas, resto de la exploración normal. Se plantea el diagnóstico de deshidratación moderada debido a una diarrea aguda a descartar la etiología viral o bacteriana. Se inicia el plan B de deshidratación (ver anexo 1), se decide comenzar con solución de sales de rehidratación oral a libre demanda, la paciente pesa 9,5kg y se decide dar 50ml/kg lo que nos daría un total de 475ml/kg en 4 horas que se fracciona en 118,75 ml/hora y se solicita una reacción inflamatoria en heces; la cual indica 10-15 leucocitos por campo dando un resultado negativo lo que nos indicó la etiología viral. Se monitorea a la paciente y muestra una evolución favorable mostrando reversión de los signos de deshidratación, presencia de micción y disminución de cámaras; además de tolerar la leche materna; por lo que se le da de alta y se le indicó a la madre continuar lactancia y alimentación habitual; también monitorizar cualquier signo de alarma y de presentarlos retornar al establecimiento de salud.

## Caso clínico N°2

Otro caso de importancia fue el de un recién nacido a término de 40 semanas con 48 horas de vida, de sexo masculino; la madre y el recién nacido se encontraban en alojamiento conjunto del Hospital San Bartolomé y durante el pase de visita la madre refiere que tiene poca leche para alimentar a su bebé y que cuando le da de lactar cada 2 a 3 horas tiene mucho dolor y siente que el bebé tiene dificultad para agarrar el pezón; además hace un día nota la piel con coloración amarillenta. Antecedentes prenatales: controles prenatales completos en el Hospital San Bartolomé; antecedentes natales: cesárea a las 38 semanas sin interurrencias, peso al nacer: 3200 gr, talla al nacer: 49cm y AGPAR 1' 9 y a los 5' 9; antecedentes postnatales: lactancia materna exclusiva, vacunas completas del recién nacido (BCG y HVB), grupo y factor sanguíneo del recién nacido: O+, grupo y factor sanguíneo de la madre: O+; antecedentes familiares: no contributarios. Al examen físico, FC: 130 lpm, FR: 49 rpm, T° 36.5°C, SatO2: 99%, peso: delta peso a las 48h de <10%, apetito y sed aumentados, orina disminuida. A la exploración paciente se encontraba irritable y llorando, presentaba ictericia leve hasta miembros superiores, tórax y abdomen superior, resto de la exploración normal. Se hace el diagnóstico de ictericia neonatal a descartar causa por lactancia materna fallida, fisiológica o síndrome de Crigler-Najjar; por lo que se solicitó bilirrubina total y bilirrubina directa. Se indica a la madre continuar con la lactancia materna. A la reevaluación con resultados la BT: 13.53 mg/dl por lo que no requiere fototerapia (para indicarle fototerapia la BT>15 mg/dl a las 48 horas de vida, la BD: 0.97 mg/dl se encontró dentro de los valores normales (9), lo que nos indicó hiperbilirrubinemia a predominio indirecto. Se establece el diagnóstico de ictericia por lactancia materna fallida y se decide reforzar la técnica de lactancia a la madre, se le explica que debe continuar con la lactancia materna a libre demanda y que la lactancia sea cada 1-1.5 horas aún si se encuentra dormido se le debe despertar para alimentarlo. Se le monitoriza al día siguiente encontrándose disminución de la ictericia y una correcta técnica de lactancia por lo que se decide el alta con la indicación de acudir a cita presencial en tres días y ante algún signo de alarma como somnolencia, letargia, irritación, confusión, no come o no bebe acuda nuevamente al establecimiento de salud.



## **1.2 Rotación de ginecología-obstetricia**

La segunda rotación fue de ginecología-obstetricia donde se comenzó por la sala de alto riesgo obstétrico, centro obstétrico, tópico de emergencia, alojamiento conjunto enfocado en la madre, sala de cirugías ginecológicas y sala de complicaciones del embarazo. En esta rotación el horario era de 6am a 6pm, al medio día siempre se realizaban exposiciones y discusiones de casos clínicos a cargo de residentes. Además, se realizaban guardias en centro obstétrico cada cuatro días que comenzaban a las 2pm y terminaban a las 8am del día siguiente; durante las guardias se contaba con un médico asistente, seis residentes y cuatro internos. En todas las salas el interno era el encargado de tomar las funciones vitales a todas sus pacientes e informar alguna alteración, realizaba las evoluciones diarias y presentaba a sus pacientes. En la sala de alto riesgo obstétrico era muy importante monitorear continuamente a la paciente y llevarla puntual a realizarle las ecografías obstétricas y perfiles biofísicos. En centro obstétrico, se realizaba cambios de guardia donde el residente y los internos presentaban las pacientes y se hacía preguntas con relación a cada diagnóstico que mencionaban de las pacientes, el interno en ese lugar se encargaba de realizar los monitoreos materno-fetales, partogramas en caso la paciente ya haya iniciado trabajo de parto y llevarlas a anestesiología para que les realicen anestesia epidural a las que requerían; cuando había una cesárea el interno preparaba a su paciente para sala de operaciones y entraba a instrumentar y cuando había expulsivo era el encargado de realizar el alumbramiento y/o recibir al recién nacido; posteriormente, monitorizaba por dos horas a la puérpera tomándole funciones vitales cada 30 minutos y haciéndole masajes uterinos cuando no daba de lactar para prevenir atonía uterina, al culminar esas dos horas se le realizaba un tacto vaginal de salida y se le indicaba un control de hemoglobina y hematocrito a las seis horas posteriores. En el tópico de emergencia el interno era el encargado de llenar la historia clínica de emergencia, hacer el tacto vaginal, medir la altura uterina, la frecuencia cardíaca fetal, la dinámica uterina y la situación del feto. En alojamiento conjunto, el interno se

encargaba de verificar el control de la hemoglobina y el hematocrito de la puérpera, evaluaba el tono uterino y que no haya sangrado abundante, controlaba las funciones vitales y realizaba las evoluciones de las puérperas que no habían tenido complicaciones durante el parto vaginal; posteriormente las presentaba en el pase de visita y a las puérperas que se iban de alta se les informaba sobre los métodos anticonceptivos y si daban su consentimiento se les colocaba el método que elegían como el implante subdérmico o la T de cobre 380A. En la sala de cirugías ginecológicas, se encontraban las pacientes que se le realizaban AMEU, legrados uterinos, miomectomías, laparoscopías, histeroscopias hasta pacientes de ginecología oncológica; los internos eran encargados de preparar a la paciente para sala de operaciones y podían entrar a las cirugías para instrumentar. Por último, en sala de complicaciones del embarazo estaban todas las pacientes donde se culminó la gestación por vía alta ya sea por cesáreas iterativas, feto macrosómico, rotura uterina previa, infecciones maternas, embarazo múltiple, distocia de progresión del parto o de la dilatación, entre otros; el interno en esta área se encargaba de tomar las funciones vitales de las pacientes y relatar durante el pase de visita sobre los casos.

### Caso clínico N°3

Se relata un caso que acudió a emergencias del Hospital San Bartolomé referida del hospital de Pampas de Tayacaja del departamento y provincia de Huancavelica. Se trató de una paciente de 21 años. Antecedentes familiares: no contributarios, antecedentes personales: hospitalización por una semana hace 23 días por ruptura prematura de membranas donde recibió eritromicina 500 mg por vía oral cada 8 horas por 7 días y le indicaron reposo en casa, antecedentes ginecológicos: G1P0000, dos controles prenatales de la semana 18.6 a la semana 25. En el examen físico preferencial se le hace la maniobra de Valsalva encontrándose pérdida de líquido amniótico, al tacto vaginal se encuentra un cuello posterior, longitud 2cm, blando, orificio cervical interno cerrado, pelvis ginecoide; resto del examen físico normal. En los exámenes de ayuda diagnóstica se le realizó una ecografía obstétrica donde se encontró un feto en longitudinal

podálico izquierdo, ponderado fetal de 848gr, ILA 12mm (1.2cm). Ingresa con los diagnósticos de gestante de 26.2 semanas por ecografía temprana, no trabajo de parto y ruptura prematura de membranas prolongada de +/- 23 días. Se hospitaliza en sala B (sala de alto riesgo obstétrico) agregándose a los diagnósticos: oligohidramnios y feto en podálico. Recibe el manejo correspondiente donde se le indica dieta completa más líquidos a voluntad, vía salinizada, ampicilina 1gr por vía endovenosa cada 6 horas y eritromicina 500mg por vía oral cada 8 horas, betametasona 12mg por vía intramuscular cada 24 horas por dos días, reposo absoluto, paño perineal permanente y vigilar signos de triple I compatibles con corioamnionitis que son taquicardia fetal >160lpm, fiebre >38°C, leucocitosis >15.000 (11). En sala B, a la paciente se le realizaron exámenes laboratoriales como hemograma completo, PCR y examen de orina. Los cuales salieron dentro de los valores normales descartando corioamnionitis, se queda hospitalizada para ser controlada cada 7 días mediante hemogramas completos y PCR para encontrar algún signo de infección (11). Se decidió no mantener la conducta expectante hasta las 35 semanas para finalizar la gestación sino realizar una cesárea programada cuando cumpla las 34 semanas de gestación completada la maduración pulmonar ya que la RPM se presentó <32 semanas de gestación (10).

#### Caso clínico N°4

Otro caso de suma importancia fue el de una paciente femenina de 25 años. Gestante de 34.2 semanas acude a su control prenatal en el Hospital San Bartolomé refiriendo cefalea frontal de moderada intensidad que inició hace 4 horas previas a su ingreso, hace una semana presentó visión borrosa y tinnitus, niega fiebre, epigastralgia, náuseas y vómitos. Antecedentes familiares: padre con dislipidemia y madre con hipertensión arterial, antecedentes patológicos: niega RAMS, niega hospitalizaciones o cirugías previas; antecedentes ginecológicos: G1P0010. Al examen físico: FC: 118'x, PA: 165/100 mmHg, FR: 22'x, SatO2: 99%, T: 36.5°C, peso: 70 kg, talla: 1.55 cm, IMC: 29.1. A la exploración, la paciente se encuentra despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, glasgow 15/15, con leves mareos. Al examen obstétrico: AU: 30.5 cm,

no dinámica uterina, FCF: 142 lpm, presencia de movimientos fetales; a las maniobras de Leopold: feto único y longitudinal cefálico izquierdo. A la especuloscopia, no se observan rastros de sangre ni pérdida de líquido, el orificio cervical interno cerrado. Se decide hospitalizar y realizar monitoreo materno-fetal. Se plantean los diagnósticos de preeclampsia con criterios de severidad o síndrome de HELLP (12). Por lo que se le solicitan hemograma completo, perfil hepático, urea, creatinina, proteinuria en 24 horas, glucosa, ecografía obstétrica y pruebas de bienestar fetal. Se le reevalúa con los resultados encontrándose proteínas en orina +, hematocrito de 32%, plaquetas en 170.000, urea: 42.5, creatinina 1.2 mg/dl, TGO: 28, TGP: 24, índice proteína/creatinina: 0.32, glucosa de 110 mg/dl. Se inició protocolo de sulfato de magnesio para prevenir la eclampsia (13): 4 gr por vía endovenosa en bolo diluido en 100ml de cloruro de sodio y se pasó en 10-20 minutos como dosis de carga; después se le dejó de 1-2 gr por hora por vía endovenosa como dosis de mantenimiento (Zuspan); además se le agregó dexametasona 6mg por vía intramuscular cada 12 horas en total 4 dosis para madurar el pulmón del feto. Se le hicieron reevaluaciones continuas, encontrándose la presión arterial aumentada por lo que a pesar del tratamiento se decide culminar la gestación por vía alta la cual fue sin complicaciones para la madre y el recién nacido. Se continuó con la administración de sulfato de magnesio de forma ininterrumpida hasta 24 horas después del parto. La paciente y su bebé pasaron a alojamiento conjunto y después de 48 horas fueron dados de alta con posterior control después de dos días por consultorio externo.

### **1.3 Rotación de cirugía general**

La tercera rotación fue la de cirugía general e incluía las áreas de consultorio externo, tópico de emergencias, área de hospitalización y centro quirúrgico que incluía cirugías programadas y de emergencia. En esta rotación el horario era de 6am a 6pm y se realizaban guardias diurnas y nocturnas en tópico de emergencia dos veces a la semana que comenzaban a las 6pm y terminaban a las 8am del día siguiente; durante las guardias se contaba con dos médicos asistentes, tres

residentes y tres internos; siempre se realizaban los cambios de guardia y ronda de preguntas que duraban de 6pm a 7pm y de 7am a 8am. En consultorio externo, se atendían pacientes que generalmente acudían por hernias, fístulas, colecistitis crónica calculosa, retiro de puntos y control postoperatorio; en ese lugar se examinaba y se determinaba si necesitaba una intervención quirúrgica, si el paciente aceptaba se le programaba un día operatorio y se corría con todos los exámenes prequirúrgicos. En el tópico de emergencias, llegaban pacientes con dolor abdominal, heridos por proyectil de arma de fuego, arma blanca, policontusos, entre otros; el interno se encargaba de tomar funciones vitales y llenar la historia clínica de emergencia, dependía mucho se el paciente se encontraba estable o no para ver si requería una cirugía de emergencia; generalmente, los que se encontraban inestables ingresaban de frente a sala de operaciones y se les realizaba una laparotomía exploratoria; por el contrario, a los estables se les preparaba todos su exámenes prequirúrgicos para que pasen a cirugía mientras haya disponibilidad de sala. En el área de hospitalización, el interno hacía las evoluciones de los pacientes preoperatorios y postoperatorios, y presentaba a sus pacientes durante el pase de visita, terminado el pase se realizaban las curaciones diarias de cada paciente. En centro quirúrgico las operaciones más comunes que se realizaban eran apendicectomías y colecistectomías abiertas y laparoscópicas, laparotomías exploratorias, herniorrafías, hernioplastías, entre otras; el centro quirúrgico era el encargado de proporcionar a los internos el equipo de protección personal; cada interno era encargado de instrumentar durante la operación; en una oportunidad a la autora se le permitió realizar una apendicectomía abierta y participar colocando los trócares en una colecistectomía laparoscópica; terminada las operaciones los pacientes pasaban a sala de recuperación.

#### Caso clínico N°5

Acude a la emergencia del Hospital Carrión un paciente masculino de 25 años. Refiere que un día antes del ingreso presenta dolor epigástrico de moderada intensidad que se irradió con después de 6 horas a fosa iliaca derecha tornándose severo; se asoció a vómitos en dos oportunidades de contenido alimentario y

anorexia. Antecedentes familiares: no contributarios, antecedentes patológicos: niega RAMS y hospitalizaciones previas. Al examen físico, FC: 100'x, PA: 110/60, FR: 19'x, SatO2: 98%, T°: 38.5°C. Paciente se encontraba orientado, glasgow 15/15; a la exploración abdominal, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney (+) y signo de Rovsing (+), ruidos hidroaéreos presentes, resto de la exploración física dentro de lo normal. Se le piden los exámenes correspondientes para apoyar al diagnóstico clínico de apendicitis aguda. Se queda en la emergencia para comenzar hidratación, controlar funciones vitales, observar signos de alarma o complicaciones. Se reevalúa con resultados donde el hemograma completo indicó una Hb: 10.2, Hto: 35% y leucocitos de 13.900. La ecografía abdominal nos reveló un apéndice cecal engrosado y presencia de líquido en fosa iliaca derecha. Por lo que se programa para una cirugía de emergencia. Se mantuvo al paciente en NPO mientras se le pedían los exámenes preoperatorios y se completaban los materiales quirúrgicos. Posteriormente, se le colocó 1gr de Cefazolina por vía endovenosa (21) antes de la cirugía y pasó a sala de operaciones para realizarle una apendicectomía abierta. El procedimiento comenzó con la asepsia, antisepsia, colocación de campos estériles, incisión transversa infraumbilical derecha y diseccionaron por planos hasta identificar los hallazgos que fueron un apéndice cecal de aproximadamente 2x8cm, supurada en toda su extensión, subserosa en su ½ proximal, de posición para cecal ascendente externa, meso ancho, base indemne y escaso líquido inflamatorio; se realiza apendicectomía a muñón libre ligando meso y base, hemostasia, limpieza y cierre de pared abdominal por planos. El diagnóstico postoperatorio fue de una apendicitis aguda supurada. El paciente pasó a recuperación y después de 6 horas a sala de hospitalización. Se decidió dar de alta al paciente al día siguiente por su evolución favorable, recalcándole que vaya a emergencia si observa algún signo de alarma y que vuelva para su cita por consultorio externo en una semana.

#### Caso clínico N°6

Paciente femenina de 58 años acude a consultorio externo de cirugía general del Hospital Carrión. Paciente refiere que hace 1 año en el Centro Médico Bellavista

Perú-Corea del Callao le realizaron una ecografía debido a dolores abdominales que tenía donde le encontraron litiasis vesicular y le hicieron una referencia al hospital Carrión para que evalúen si es candidata para cirugía; ella refiere que decidió no hacerlo por miedo. El último episodio fue hace 4 meses donde experimentó un dolor abdominal de severa intensidad localizado en hipocondrio derecho que se irradiaba a la zona lumbar; asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario, la paciente refiere que esos cuadros siempre sucedían con la ingesta de comidas grasosas y abundantes. Ante insistencia de su esposo, acude a consulta para ser evaluada y programada para una pronta cirugía. Antecedentes familiares: no contributarios, antecedentes patológicos: asma por historia clínica, niega RAMS y hospitalizaciones previas. Al examen físico se encontró FC: 70'x, FR: 18'x, PA: 90/80, SatO2: 98% peso: 77kg, talla: 1.55cm, IMC: 32.04, T°: 36.5°C. A la inspección, abdomen globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaéreos presentes y conservados en frecuencia e intensidad. Se decide iniciar el plan de trabajo preoperatorio completando todos sus exámenes prequirúrgicos y una ecografía abdominal, la cual mostró una vesícula hiperecogénica 6mm, aumentada de tamaño, un lito de 8mm, colédoco en 3mm y porta en 7mm. Es llamada por el servicio de cirugía general para hospitalizarse. En la hospitalización se comienza un plan de trabajo terapéutico el cual incluyó que la paciente esté en NPO, se le coloque una vía para rehidratarla y ponerle Cefazolina de 1gr por la vía antes de entrar a sala de operaciones (21) y salbutamol debido al antecedente de asma bronquial. Paciente completa todos los exámenes prequirúrgicos y materiales por lo que pasa a cirugía. En el procedimiento se hizo la asepsia, antisepsia, colocación de campos estériles, se realizó tres incisiones operatorias de +/- 1cm para introducir los trócares hasta identificar los hallazgos, donde se encontró una vesícula de +/- 6x3cm de paredes delgadas, bilis fluidas y múltiples cálculos en su interior de +/- 8mm, arteria cística única y conducto cístico de +/-0.5cm, se revisó la hemostasia, se retiraron los trócares, se cerraron las tres incisiones de la pared abdominal. El diagnóstico postoperatorio fue el mismo que al ingreso una colecistitis crónica calculosa. Paciente pasa a sala de recuperación y posteriormente debido a su buena evolución pasa a piso de hospitalización. Al

día siguiente es reevaluada y se le da indicaciones de alta; que continúe en casa con una dieta baja en grasas y lácteos, además de retornar por consultorio externo en 7 días para retiro de puntos.

#### **1.4 Rotación de medicina interna**

La cuarta y última rotación fue la de Medicina Interna, lo cual incluía el tópico de emergencias, consultorio externo y área de hospitalización. En esta rotación el horario era de 7am a 2pm. Estaba cargo un único doctor de estas tres áreas en compañía de la autora. En el tópico de emergencias y en consultorio externo, el interno se encarga de realizar la anamnesis y el examen físico; en base a ello se llenaba la historia clínica y junto con el doctor a cargo se iniciaba el plan de trabajo laboratorial y terapéutico. Los casos más comunes eran las rinofaringitis, GECAS e infecciones urinarias. En el área de hospitalización siempre había entre uno a tres hospitalizados; por ello se pasaba visita cuando bajaba el flujo de pacientes en la emergencia y consultorio externo; el interno era el encargado de hacer la evolución del día, pedir interconsultas y/o solicitar exámenes control si el paciente lo requería bajo la orden del médico de guardia. Los casos más comunes eran las neumonías y pielonefritis.

#### **Caso clínico N°7**

A propósito de un caso, acude a consultorio externo de la Clínica Universitaria una paciente femenina de 23 años. Acude a consulta por presentar desde hace una semana disuria, dolor lumbar de moderada intensidad y hace dos días se le agregó fiebre que fue cuantificada por la paciente de 38°C. Niega náuseas, vómitos y diarrea. Antecedentes familiares: sin importancia; antecedentes patológicos: niega RAMS, hospitalizaciones previas. Al examen físico se encontró una FC: 89'x, FR: 18'x, PA: 100/60, SatO2: 99% y T°: 37.0°C. Además, puño percusión lumbar positiva bilateral y el resto del examen físico normal. Se decidió solicitar examen de orina completo. Paciente es revaluada con los resultados donde se encontró leucocitos de 20-25 por campo y gérmenes escasos, no presencia de sangre en orina. Por lo que se le explicó a la paciente que se debía realizar un urocultivo debido a que era el examen de elección con el cual se



establece el diagnóstico de infección del tracto urinario, informa el microorganismo causante de la infección y indica la sensibilidad antibiótica. Se decidió iniciar tratamiento empírico con levofloxacino de 500 mg cada 24 horas por 7 días y paracetamol de 1g cada 8 horas condicional al dolor y a fiebre. Regresó con resultados de urocultivo los cuales informaban la sensibilidad al levofloxacino y que la bacteria causante era la Escherichia Coli. Se decidió continuar con tratamiento antibiótico por 4 días más (17) y que acuda nuevamente a consulta para reevaluación.

### Caso clínico N°8

Acude a consulta externa de la Clínica Universitaria un paciente varón de 44 años, refiriendo que desde hace cuatro días presentó tos seca, dolor torácico y fiebre de 38°C. Dos días antes del ingreso se agregó disnea y fatiga. Antecedentes familiares: no refiere, antecedentes patológicos: hipertensión arterial en tratamiento, niega RAMS y hospitalizaciones previas. Al examen físico, se encontró una FC: 82'x, FR: 24'x, PA: 100/70 mmHg, SatO2: 97%, T°: 38°C. Paciente orientado en tiempo espacio y persona, a la auscultación se encontró murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo, crépitos en hemitórax izquierdo, ausencia de tirajes, resto del examen físico normal. Se decidió pedir un hemograma completo, PCR, prueba antigénica COVID-19 y una radiografía de tórax. Se reevalúa al paciente con resultados y se encuentra un hemograma de 13.000 leucocitos y un PCR en 214, prueba antigénica negativa y la radiografía de tórax evidenció una condensación pulmonar de lado izquierdo y la trama vascular aumentada. Se estableció el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad sin severidad porque el paciente tenía un CURB-65 de 0 (19) (ver anexo 8) ya que no había confusión, la frecuencia respiratoria no era más de 30, la presión arterial estaba normal y el paciente era menor de 65 años; se decidió iniciar tratamiento ambulatorio y se recetó levofloxacino de 750mg por vía oral cada 24 horas por 7 días (20) y paracetamol de 1 gramo cada 8 horas para la fiebre Además, se le informó que ante cualquier signo de alarma como confusión, aumento de la frecuencia respiratoria, disnea severa, empeoramiento o saturación baja acuda por emergencia.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

El Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, está ubicado en la Avenida Alfonso Ugarte 825 en Lima. Fue fundado por Bartolomé Vadillo, este hospital atendía a negros esclavos o libres. Lo destruyeron en dos oportunidades y la actual es la que se hizo en 1756. En 1821 hasta 1826 se transformó en un hospital para los heridos de la Guerra de la Independencia. Desde 1826 se inició como Hospital Militar de San Bartolomé donde ya no solo atendían exclusivamente negros. Y finalmente en 1958 se traslada el Hospital Materno Infantil al local remodelado del Hospital San Bartolomé (1). Actualmente es un hospital de referencia nacional que brinda atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y una atención integral al feto, neonato, lactante, niño y adolescente (2). El 5 de julio de 2019 recibe la categoría III-E (3) reconocido como un hospital de atención especializada luego de ser evaluado para el proceso de recategorización. Con la pandemia por COVID-19 el hospital hizo modificaciones separando zonas COVID y no COVID; por lo que antes que cada paciente se hospitalice se le tomaba su prueba antigénica y si presentaba síntomas respiratorios durante la hospitalización también se les volvía a tomar la prueba. Había dos lugares para la toma de muestra, el primero que estaba dentro del hospital y el segundo que estaba por el garaje. Los de vigilancia epidemiológica también llevaban registro de los casos de COVID-19 en hospitalización y tomaban la decisión de separar al infectado/a de la sala si encontraban un caso nuevo. Los internos no teníamos la autorización para entrar a las salas COVID y si algún interno comenzaba a tener síntomas respiratorios, nos tomábamos la prueba y de ser esta positiva teníamos que aislarnos en casa por cinco días. El servicio de Neonatología y Pediatría siempre nos daba equipos de protección personal que nos colocábamos antes de ingresar a cada lugar. En el garaje también se hacían inmunizaciones contra la COVID-19; un personal encargado iba por todo el hospital para vacunar al personal de salud. El Hospital Daniel Alcides Carrión está ubicado en la Avenida Guardia Chalaca 2176 en el distrito de Bellavista en la provincia constitucional del Callao, este hospital tiene 82 años de funcionamiento. En 1941 se inauguró el hospital de varones “Daniel Alcides

Carrión para atender a la clase trabajadora de la provincia. En 1970 se unió al Hospital San Juan de Dios que atendía a mujeres exclusivamente y juntos formaron el complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrión; ya para 1991 el complejo es designado como Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (4); actualmente tiene una capacidad de 565 camas para hospitalización, una unidad de shock trauma, 109 consultorios externos, unidades de cuidados intensivos para adultos, pacientes pediátricos y neonatos y cuidados intermedios, también cinco salas quirúrgicas electivas y tres salas de emergencia. Es considerado como un hospital de referencia nacional y sede docente de pregrado y postgrado de muchas universidades incluyendo la Universidad de San Martín de Porres. Ha recibido la categoría III-1 (5) de nivel de atención como un hospital de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud. Durante la rotación en el servicio de cirugía general tuvieron que convertir el pabellón “A” en zona COVID-19 debido al incremento de casos de este. Solo estaba abierto el pabellón “B” para recibir a los pacientes pre y post quirúrgicos; debido a ello, bajaron el número de cirugías programadas porque no se tenían más camas donde poder recibirlos. Los internos tenían negado el acceso al pabellón “A” por el riesgo de contagio; el hospital se realizaba la prueba antigénica si había presencia de síntomas respiratorios, si la prueba resultaba positiva necesitabas aislarte por cinco días y después retornar a tus actividades. Por último, la Clínica Universitaria que se encuentra en la Avenida Universitaria 6062 en la Urbanización Santa Luzmila en Comas es una de las clínicas del Cono Norte de Lima de más de 20 años de experiencia; la clínica cuenta con ocho salas de operaciones, treinta camas de hospitalización, salas de recuperación y centro obstétrico, realiza exámenes médicos ocupacionales y programas materno-infantiles (6). Tiene un nivel de categoría II que brinda atención general y de algunas especialidades; durante la rotación a todos los pacientes que acudían con síntomas respiratorios le solicitábamos prueba de COVID-19 y también a los que se iban a hospitalizar. La clínica tenía un flujo de pacientes menor por ello había menor riesgo de contagio; comparado con los hospitales.

## **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

En este capítulo se busca contrastar las guías, bibliografías, artículos, normas técnicas con el manejo de trabajo que se ha aprendido y tienen los hospitales y clínica mencionadas anteriormente.

### **3.1 Rotación de pediatría**

El primer caso expuesto en el capítulo I se trata de una enfermedad diarreica aguda, la cual se caracteriza por la disminución de la consistencia de las heces tornándose líquidas o acuosas y un aumento de la frecuencia de las deposiciones, más de tres cámaras en un periodo de 24 horas que se puede asociar a fiebre y/o vómitos; la duración del episodio debe ser menos de 14 días. Los lactantes menores a seis meses suelen tener deposiciones sueltas; especialmente los que son alimentados con lactancia materna exclusiva; pero en el caso se hagan frecuentes debemos considerar la enfermedad diarreica aguda. La deshidratación se genera producto de la pérdida de agua y de los electrolitos que no son reemplazadas adecuadamente, existen grados de deshidratación que se establecen en base a los síntomas y signos, estos se clasifican en deshidratación moderada, severa y sin signos de deshidratación. La etiología más común en pacientes pediátricos es de origen viral como norovirus, rotavirus, adenovirus, entre otros; pero también pueden ser debido a bacterias y parásitos. En nuestro país es una causa importante de morbilidad y mortalidad en pediátricos menores de cinco años y se observa más en el área rural que urbana. Los factores de riesgo son multifactoriales, pero son más frecuentes en pacientes que viven en inadecuadas condiciones socioeconómicas, sanitarias y de higiene. El cuadro clínico generalmente es inespecífico, pero se pueden presentar síntomas y signos generales como fiebre, decaimiento, inapetencia, convulsiones; del aparato digestivo como diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal y signos de deshidratación (ver anexo 2). El diagnóstico se basa en una anamnesis y un examen físico exhaustivo para determinar el grado de deshidratación y darle un manejo de rehidratación inmediato según el plan A, B

o C. En los casos de EDA generalmente no está recomendado los exámenes auxiliares; pero si se llegara a necesitar se solicitaría una reacción inflamatoria en heces que se considera positiva para etiología bacteriana cuando es más de 50 leucocitos por campo. Y el tratamiento antibiótico se indica de acuerdo con el agente causante, los antibióticos más comunes son cotrimoxazol, azitromicina y eritromicina. Todo lo mencionado anteriormente fue basado en la norma técnica del MINSA (7). En el caso de la paciente con EDA en el Hospital San Bartolomé se abordó según esta guía técnica, se realizó una exploración física y anamnesis adecuada que nos llevó al diagnóstico de EDA con deshidratación moderada, añadiéndole como examen auxiliar la reacción inflamatoria en heces por el antecedente materno que resultó negativa e instaurándole lo que le correspondía que era el plan B con terapia de rehidratación oral que al establecerse como única medida tiene resultados exitosos; además después del alta se estableció un plan de seguimiento indicándole las posibles complicaciones y signos de alarma, aconsejándole que continúe con la lactancia materna e instruyéndole medidas de prevención como lavado de manos, higiene de alimentos y que continúe cumpliendo el esquema de vacunación. El segundo caso expuesto en el capítulo I y también uno de los más frecuentes es la ictericia neonatal. La ictericia se define como una coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al aumento de bilirrubina en sangre. En el recién nacido la progresión de la ictericia es céfalo caudal y se incrementa según la cantidad de bilirrubina en sangre (ver anexo 3). La hiperbilirrubinemia se define como aumento de la bilirrubina sérica por encima de sus valores normales y el predominio puede ser directa o indirecta. Los valores normales de la bilirrubina directa son  $<1\text{ mg/dl}$  en el caso la bilirrubina total sea  $<5\text{ mg/dl}$ ; pero si la bilirrubina total es  $>5\text{ mg/dl}$  la bilirrubina directa sería  $<20\%$  de la bilirrubina total. La etiología es de origen multifactorial; dentro de las causas más comunes en la primera semana de vida se considera la ictericia de tipo fisiológica, por falta de aporte calórico, por enfermedades hemolíticas del recién nacido, infecciones, cefalohematomas, entre otros y durante la segunda semana de vida las más comunes por leche materna exclusiva, hepatitis, defectos en las vías biliares, entre otras causas. En nuestro país se observa con más frecuencia en los pretérmino que en los a término; los factores de riesgo más

asociados son la prematuridad, bajo peso al nacer, RCIU, colección de sangre extravascular, inadecuado aporte de leche materna, incompatibilidad sanguínea e infecciones (8) El cuadro clínico puede deberse a una hiperbilirrubinemia indirecta que se caracteriza por la coloración amarillenta clara o anaranjada y la directa se caracteriza por la coloración parduzca o verdínica. La encefalopatía por hiperbilirrubinemia en su fase aguda puede cursar con irritabilidad, fiebre, convulsiones, hipertonia y pobre succión. Para el diagnóstico se necesita la clínica, pero también exámenes laboratoriales como grupo sanguíneo y factor Rh de la madre y del recién nacido, hematocrito, reticulocitos, dosaje de bilirrubinas (total, directa e indirecta), prueba de Coombs directa, entre otras según la sospecha de la causa. El manejo de la ictericia en el nivel de atención que tiene el Hospital San Bartolomé comprende fototerapia, exanguíneo transfusión, hidratación adecuada y manejar la causa de fondo (8), según la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido. En el paciente no se requirió fototerapia ya que para iniciarla en un recién nacido a término dentro de las 48 horas de vida debería la bilirrubina total ser  $>15$  mg/dl, según el UptoDate (9), la del paciente era de 13.53mg/dl por lo que estaba debajo del rango. La bilirrubina directa era de 0.97mg/dl ( $<1$ mg/dl) por lo que se concluyó que la hiperbilirrubinemia era de predominio indirecto y dentro de las causas descartamos a la incompatibilidad de grupo y factor, cefalohematomas, policitemia u otros síndromes. Pero se identificó una mala técnica de lactancia que conllevó a un inadecuado aporte calórico y por ende el recién nacido tuvo una disminución acelerada de peso. Dentro de las medidas no farmacológicas tenemos la rehidratación con la leche materna y reforzar la técnica de lactancia. Se estableció un plan de seguimiento señalando complicaciones y signos de alarma. En pacientes con ictericia neonatal se debe monitorizar cada dos a cuatro horas el progreso de la ictericia, si se agregan síntomas y signos se vuelven a tomar exámenes laboratoriales, y siempre se registrar los pesos. El criterio de hospitalización se da en prematuros de 2000 gramos o menos con o sin complicaciones y el criterio de alta se da cuando la bilirrubina está por debajo de los niveles de riesgo.

### **3.2 Rotación de ginecología-obstetricia**

El tercer caso expuesto en el capítulo I del área de ginecología-obstetricia es la ruptura prematura de membranas. Este se define como la rotura de las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto, con la salida de líquido amniótico (10), en una gestación posterior a las 22 semanas. Se considera de etiología multifactorial, las RPM pretérmino son las menos frecuentes; comparado con las a término que son la mayor parte. Existen factores de riesgos asociados como: antecedente de RPM y parto pretérmino, cirugía cervical, defecto de membrana, embarazo múltiple, polihidramnios, infecciones, entre otros. Generalmente las gestantes con RPM cursan sin infección intramniótica; pero una parte desarrolla infección intramniótica y presentan pérdida de líquido turbio, fétido o purulento, temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$ , taquicardia materna (FC  $>90$  lpm), taquicardia fetal (FC  $>160$  lpm), abdomen doloroso, irritabilidad uterina y síntomas y signos de sepsis o shock séptico. El diagnóstico se establece cuando en la exploración vaginal a la maniobra de Vasalva, se evidencia salida de líquido amniótico por el orificio cervical al pujo de la paciente, si hay duda clínica se emplean otros métodos diagnósticos, lo que se utilizaban en el Hospital San Bartolomé son el pH vaginal o test de Nitrazina que consiste en frotar en el papel de nitrazina el líquido amniótico y el color azul o pH  $>6.5$  es compatible con RPM, el test de Fern o cristalización de hehecho consiste en frotar en una lámina para microscopio el líquido amniótico y observar la cristalización de sales de cloruro de sodio en forma de hehecho, ecografía donde se observa oligohidramnios, amniocentesis donde se inyecta azul de Evans o índigo carmín en la cavidad amniótica y colocar una gasa en la vagina o cérvix; si se mancha de azul se confirma RPM. El manejo según RPM  $>34$  semanas es sugerencia la interrupción inmediata de la gestación (Recomendación A); y para el manejo del RPM entre 24 y 34 semanas se debe hospitalizar en una sala de alto riesgo obstétrico, administrar antibióticos ya que aumenta la latencia del parto y también corticoides ya que disminuye morbilidades neonatales. El esquema propuesto es ampicilina 2gr por vía endovenosa STAT y continuar con 1gr cada 6 horas (ver anexo 4); además de eritromicina 500mg cada 6 horas por vía oral además de

betametasona 12mg cada 24 horas por vía intramuscular 2 veces o dexametasona 6mg cada 12 horas por 4 veces (11), hacer seguimiento con hemograma. PCR y urocultivo. El manejo de la paciente del caso clínico se realizó en base de la guía de emergencias obstétricas y el protocolo de Medicina Fetal Barcelona. Comenzando con la inducción de madurez pulmonar fetal y antibioticoterapia; seguimiento continuo y culminación de la gestación por vía alta a las 34 semanas. El cuarto caso expuesto fue de una paciente con preeclampsia que forma parte del conjunto de los trastornos hipertensivos del embarazo. Esta se define como aparición de la hipertensión arterial más proteinuria después de las 20 semanas de gestación (12). En la preeclampsia se encuentra una presión arterial de  $\geq 140/90$  mmHg y la proteinuria  $\geq 300$ mg/24 horas. Puede encontrarse criterios de severidad como presión arterial  $\geq 160/110$  mmHg, proteinuria en 24 horas de  $>5$ gr/dl, creatinina  $>1.2$ mg, oligoanuria  $<400$ cc/24 horas o  $<30$ cc/hora, índice proteína creatinina  $<0.3$ , edema pulmonar y síntomas premonitorios como cefalea global en casco, trastornos visuales, escotomas, dolor en epigastrio y reflejos osteotendinosos aumentados. La etiología es de origen desconocido y es considerada como una de las causas de muerte materna en el Perú. Los factores de riesgo asociados son múltiples como antecedentes de hipertensión familiar, antecedentes de hipertensión en un embarazo anterior, edad  $<20$  y  $\geq 35$ , raza negra, primigesta, obesidad, diabetes mellitus, gestación múltiple, periodo intergenésico largo, entre otros. Dentro de los exámenes auxiliares de importancia que se solicitan son un hemograma, proteinuria en 24 horas, perfil de coagulación, perfil renal y perfil hepático para descartar la presencia de síndrome de HELLP que es una complicación que se caracteriza por presentar anemia hemolítica microangiopática, en el frotis sanguíneo se observan esquistocitos o bilirrubina indirecta  $>1.2$  gr/dl, aumento de la TGO y/o TGP  $>70$  UI o DHL  $>600$  UI, acompañado de plaquetas  $<100.000$  por ml; además dentro de los exámenes se debe agregar pruebas de bienestar fetal. Dentro del manejo que se daba en el hospital San Bartolomé se basaba en las guías de emergencias obstétricas (12) y el protocolo del Clínic Barcelona. Se colocaba una vía endovenosa con CINA 9% y se iniciaba la administración de sulfato de magnesio con el protocolo Sibai de 6gr por vía endovenosa en bolo y luego 2gr por hora o Zuspan de 4gr



por vía endovenosa en bolo y luego 1gr por hora, para prevenir la eclampsia que es otra complicación aguda de la preeclampsia en la que la paciente presenta convulsiones generalizadas; se debe vigilar los signos y síntomas que nos indicaría intoxicación por sulfato de magnesio como náuseas, cefalea, disminución de los reflejos osteotendinosos, oliguria, dificultad respiratoria y paro respiratorio. Además del sulfato de magnesio se deben administrar antihipertensivos como labetalol de 50mg por vía endovenosa en 10 minutos seguido de 1-2mg por kg por vía endovenosa sino se tiene ese fármaco se puede usar metildopa 1gr por vía oral cada 12 hora; si la presión sistólica y/o diastólica aumenta en 30mmHg de la presión inicial o se eleva más de >160/110 mmHg se debe administrar nifedipino de 10mg por vía oral y repetirlo a los 30 minutos si no baja la presión, máximo se puede repetir hasta 50mg en 24 horas, es necesario controlar la diuresis horaria y considerar el término de gestación cuando es >37 semanas. Se culmina la gestación dentro de las 34-37 semanas según el estado de la madre; previamente se debe realizar maduración pulmonar con betametasona o dexametasona y a las 48 horas se termina la gestación por vía alta. Si hay evidencia de daño de órgano blanco o convulsiones se culmina la gestación por vía alta (ver anexo 5). Se considera como criterios de alta cuando la presión arterial diastólica estabilizada es <100mmHg, no signos de alarma, exámenes auxiliares normales. En el caso clínico de la paciente, debido al aumento refractario de la presión arterial a pesar del tratamiento administrado se decide terminar la gestación por vía alta previa maduración pulmonar feta con corticoides. En toda gestante se necesita realizar un cribado de preeclampsia precoz en función de la edad gestacional, durante el primer trimestre se puede indagar sobre los antecedentes personales, medir la presión arterial y hacer una ecografía Doppler de las arterias uterinas; durante el segundo trimestre en las gestantes que no se haya realizado el cribado del primer trimestre se recomienda ahondar en los factores de riesgo y realizar el Doppler de las arterias uterinas. En aquellas pacientes donde se encuentre un alto riesgo de preeclampsia se recomienda iniciar tratamiento con ácido acetilsalicílico 150mg/día idealmente antes de la semana 14 y no más de las 16 semanas de gestación de forma continua hasta que se cumplan las 36 semanas de gestación (13).

### 3.3 Rotación de cirugía general

El quinto caso expuesto fue el de un paciente con apendicitis aguda. La apendicitis es una inflamación del apéndice vermiforme. Es considerado como la causa más frecuente de abdomen agudo e indicación quirúrgica de cirugía abdominal de urgencia en todo el mundo, la apendicitis ocurre con más frecuencia en la segunda y tercera década de la vida; durante la gestación es una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes y se observa más comúnmente en el segundo trimestre de la gestación (14). La etiología más común en los adultos son los coprolitos y en los niños la inflamación de los folículos de Roux. La clínica más frecuente es el dolor abdominal que es difuso y se intensifica con las horas y migra hacia el cuadrante inferior derecho, se asocia a anorexia, náuseas, vómitos, constipación o diarrea y fiebre que se presenta hasta después de 6 horas del inicio del cuadro. El diagnóstico es clínico principalmente pero también laboratorial y se establece con un examen físico donde se puede encontrar en las funciones vitales taquicardia, taquipnea y fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$  y a la exploración abdominal se puede hallar signos clínicos positivos como el de Mc Burney que se encuentra a dos tercios de la zona umbilical en una línea trazada del ombligo a la espina iliaca anterosuperior derecha, el de Rovsing que es el dolor referido en la fosa iliaca derecha a la palpación de la fosa iliaca izquierda, el de Blumberg que es el dolor ante descomprimir bruscamente la fosa iliaca derecha, entre otros; también mientras la inflamación progresa puede causar irritación peritoneal y con defensa muscular que nos podría indicar peritonitis. Dentro de los exámenes laboratoriales se piden con más frecuencia el hemograma completo y PCR, donde los leucocitos  $>10,000/\text{mm}^3$  y desviación a la izquierda con una PCR  $>1.5 \text{ mg/l}$  se consideran indicadores para apendicitis aguda. Existe una evaluación de la probabilidad diagnóstica llamada escala de Alvarado (anexo 6) donde un puntaje de 7 a 10 nos indican un alto riesgo y requiere realizar una apendicectomía; de 4 a 6, un riesgo intermedio y es indicativo de hospitalización, evaluación por 12 horas, después de ese tiempo si el puntaje se mantiene igual se recomienda apendicectomía y de 1 a 3, un riesgo bajo y se indica al paciente si desea quedarse para que sea observado o regresa al establecimiento si no presenta mejoría sintomática (14). En cuanto a los estudios imagenológicos, en

pacientes donde se encuentra una alta probabilidad se recomienda realizar una ecografía abdominal y en quienes no se encuentra un diagnóstico concluyente por ecografía abdominal se considera realizar una tomografía computarizada o una resonancia magnética abdominal; en las gestantes se sugiere realizar una RNM debido a que tiene una mayor sensibilidad y especificidad (22). En el hospital Daniel Alcides Carrión se utiliza la guía de práctica clínica de Essalud, al paciente con sospecha de apendicitis se le realizaba una ecografía abdominal; si no era concluyente se le realizaba una tomografía. Dentro del manejo se decide según el grado de complicación. En la apendicitis aguda no complicada se recomienda realizar una apendicectomía laparoscópica; pero si no se cuentan con los insumos, equipo y doctores con experiencia en cirugía laparoscópica se considera la cirugía abierta. En adultos mayores y gestantes que se encuentran en el primer y segundo trimestre de gestación se sugiere la vía laparoscópica. En la apendicitis aguda complicada si encontramos una peritonitis localizada se sugiere una apendicectomía laparoscópica; en una peritonitis generalizada se recomienda no usar drenes intrabdominales y en masas apendiculares como abscesos se realiza tratamiento conservador y en los plastrones una apendicectomía diferida (15). Previamente a la cirugía se recomienda una antibiótico profilaxis con cefazolina 1gr por vía endovenosa. En cuanto a la antibioticoterapia en apendicitis aguda simple no se indicará antibióticos como el quinto caso expuesto del paciente; pero en la complicada se debe indicar ciprofloxacino y metronidazol durante 5 a 7 días depende del estado del paciente. El sexto caso expuesto fue de una paciente con colecistitis crónica calculosa. Esta se define como una inflamación de la pared vesicular crónica, los síntomas son leves como el dolor en hipocondrio derecho o epigastrio y distensión abdominal. Dentro de la etiología la causa más común es la litiasis biliar, pero existen factores que son determinantes para que la enfermedad progrese y son el grado y la duración de la obstrucción. Existen obstrucciones parciales y de duración limitada donde se experimenta un cólico biliar; por el contrario, las obstrucciones completas tienen una duración más larga aumenta la presión dentro de la vesícula, se irrita y se inflama la mucosa y disminuye el flujo vascular. La colecistitis aguda se considera una complicación de la colelitiasis, producto de

la obstrucción persistente del conducto cístico. En Perú hay una población que es portadora asintomática de litiasis vesicular y se observa con más frecuencia en mujeres. Existen factores de riesgo como la edad, obesidad, embarazo, entre otros (16). La clínica suele ser asintomática, pero suele presentarse un dolor abdominal constante en hipocondrio derecho, se puede irradiar a la zona lumbar y puede acompañarse de fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$ , náuseas y vómitos. En el examen físico puede encontrarse a la palpación el signo de Murphy que se encuentra positivo cuando hay dolor durante la inspiración profunda y cese inspiratorio; además de resistencia muscular y hipersensibilidad. Para establecer el diagnóstico de colecistitis aguda se necesita criterios diagnósticos de las guías de Tokyo (ver anexo 7) donde un signo local de inflamación más uno sistémico se considera como sospecha diagnóstica y un signo de local de inflamación más uno sistémico más un hallazgo de imagen se considera como un diagnóstico definitivo. Dentro de los exámenes laboratoriales se pide un hemograma completo, PCR y un perfil hepático; donde una leucocitosis y un PCR elevado son diagnósticos de colecistitis aguda. Cuando haya una sospecha de colecistitis aguda se recomienda realizar una ecografía abdominal que es de primera elección. El manejo precisa hospitalización, dieta, fluidoterapia, antibióticos y analgesia, considerándose a un antiinflamatorio no esteroideo como el primer escalón de tratamiento; además se necesita establecer un grado de severidad como daño de órgano blanco, masa dolorosa en cuadrante superior derecho, Si es leve de grado I se realizará una colecistectomía temprana o de emergencia, si es moderada de grado II se evalúa mediante los criterios de ASA y se establece el grado añadiéndose el índice de comorbilidad del paciente y se le programa para una colecistectomía temprana o diferida, si es severa de grado III se recomienda realizar una colecistectomía percutánea. El tratamiento quirúrgico definitivo es una colecistectomía laparoscópica; sino se cuenta con los insumos, equipo y personal calificado se procede a realizar una abierta (16). En el caso de la paciente se manejó según la guía de práctica clínica de Essalud y se le realizó una colecistectomía laparoscópica programada; la operación por ser programada tuvo menos riesgo de infección de sitio operatorio y menos días de estancia hospitalaria.

### 3.4 Rotación de medicina interna

El sétimo caso fue de una paciente con infección del tracto urinario. Las infecciones del tracto urinario son consideradas como la presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario ante la presencia o no de síntomas. Se asocia al sexo femenino; en mujeres embarazadas es importante tratarla porque puede producir complicaciones obstétricas. Las infecciones del tracto urinario comprenden a la bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda. La etiología de esta patología se encuentra en las bacterias en la mayoría de casos y la más común es la *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus saprophyticus* y *Enterobacter*; pero también puede ser de origen fúngico como la *Candida* spp. Existen factores de riesgo que predisponen al desarrollo de esta patología como historia familiar de ITU, malformaciones urogenitales, infecciones de transmisión sexual, frecuencia de relaciones sexuales, manipulación de vías urinarias, cálculos renales, inmunosupresión, entre otros. La bacteriuria asintomática no presenta signos y/o síntomas, el diagnóstico se realiza en la toma de un urocultivo el cual el resultado se considera positivo cuando se identifica  $>100,000$  unidades formadoras de colonias tras la toma de  $\geq 2$  muestras consecutivas; estas no son tratadas excepto en las gestantes, se inician tratamiento empírico con nitrofurantoína, cefalexina, amoxicilina o ampicilina se debe evitar el uso de fluoroquinolonas. La cistitis aguda o ITU baja presenta síntomas como tenesmo vesical, polaquiuria, disuria; generalmente no se presentan síntomas sistémicos. El diagnóstico se establece mediante un resultado positivo de urocultivo de  $>100,000$  unidades formadoras de colonias, que se recolecta por chorro medio previa asepsia de la zona. Se puede encontrar bacteriuria, hematuria, piuria, nitritos positivo y proteinuria; se debe evaluar si hay presencia de síntomas de secreción e irritación vaginal para valorar otros diagnósticos realizando un examen pélvico (17). En las pacientes con ITU baja no complicada se inicia tratamiento empírico de primera línea con nitrofurantoína 100 mg por vía oral cada 6 horas por 5 a 7 días. La pielonefritis aguda o ITU alta se produce cuando esta infección asciende a la zona renal, se agregan síntomas sistémicos como fiebre, dolor lumbar, puño percusión lumbar

positiva, náuseas, vómitos, escalofríos y malestar general; se puede asociar a complicaciones sistémicas como shock séptico, anemia e insuficiencia renal. El diagnóstico se realiza con un urocultivo de >100,000 unidades formadoras de colonias, mediante un chorro medio previa asepsia. El manejo de la ITU alta no complicada se define si la paciente tiene tolerancia oral o no; si la paciente tiene adecuada tolerancia oral se inicia tratamiento empírico con cefalexina, cefuroxima, ciprofloxacina, sulfametoxazol con trimetoprima o amikacina; si la paciente no tolera la vía oral se hospitaliza y se le realiza tratamiento empírico con cefazolina, ceftriaxona, ciprofloxacino o amikacina por vía intravenosa (18). En el caso expuesto, los signos y síntomas de la paciente eran indicativos de una ITU alta no complicada; en la Clínica Universitaria para las ITU se usa la guía de práctica clínica de Essalud, con ella se inició una fluoroquinolona de tercera generación. Siempre debe solicitarse un urocultivo y un antibiograma para asegurar que el medicamento empírico administrado sea sensible en la paciente; de lo contrario, si es resistente se debe cambiar por otro antibiótico que sea sensible. El séptimo caso expuesto fue de un paciente con neumonía adquirida en la comunidad. Esta se define como una infección pulmonar que causa inflamación del parénquima y los alveolos, debido a microorganismos adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Esta patología puede desarrollarse en pacientes no hospitalizados o en hospitalizados que presentan la infección durante la hospitalización después de 24 a 48 horas del ingreso. Esta es una de las causas de morbimortalidad en todo el mundo y en el Perú la infección baja de las vías respiratorias se considera la primera causa de mortalidad. Se presenta con más frecuencia en los extremos de la vida. La etiología más común es la infección por *Streptococcus pneumoniae*; seguida por *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Moraxella catharralis*, *Staphylococcus aureus*, entre otros. El diagnóstico se establece mediante la anamnesis donde se identifican factores de riesgo del paciente tales como que sea >65 años, diabético, cardiópata, nefrópata, entre otros; y una exploración física exhaustiva donde se puede encontrar síntomas sistémicos como taquicardia, taquipnea, fiebre >38°C; en el examen de tórax y pulmones estertores, crepitantes, matidez, disminución del murmullo vesicular, además de síntomas respiratorios como

disnea, tos con expectoración y dolor torácico. También se deben incluir exámenes hemograma completo, PCR y estudios de imagen donde una leucocitosis con desviación a la izquierda y/o leucopenia nos podrían indicar una respuesta inflamatoria sistémica. La radiografía de tórax podría revelarnos infiltrados alveolares o intersticiales o derrame pleural. Es importante evaluar la severidad de la neumonía mediante el CURB-65 (anexo 8) que evalúa variables como confusión, urea, frecuencia respiratoria, presión arterial y edad, también el índice de severidad para neumonía que evalúa enfermedades concomitantes, datos demográficos, hallazgos en exámenes diagnósticos y examen físico (19); en la Clínica Universitaria se usaba la guía de práctica clínica mexicana para el manejo. Si se encuentra un riesgo bajo, el paciente puede ser manejado de forma ambulatoria y iniciándose un tratamiento empírico en domicilio con amoxicilina, claritromicina o amoxicilina con ácido clavulánico y reevaluándolo en 24 horas, si el paciente tiene una evolución favorable se continúa el tratamiento por 5-7 días y se revalorará el término del tratamiento según la persistencia de los síntomas; si se encuentra un riesgo moderado se realizará un manejo en sala general iniciándole tratamiento empírico con ceftriaxona, ampicilina/sulbactam o claritromicina si tolera la vía oral, solicitándole exámenes laboratoriales en especial la tinción gran y hemocultivo, y si tiene una evolución favorable en 24 horas se continuará el tratamiento de 7 a 10 días además se reevaluará con resultados si se identifica un microorganismo específico se debe modificar el esquema antimicrobiano; si se encuentra un riesgo alto el manejo deberá ser en UCI con un tratamiento empírico con ampicilina/sulbactam más claritromicina más oseltamivir más vancomicina o linezolid si no tiene factores de riesgo para *Pseudomona Aurescens*; pero en caso los tenga se iniciará con piperacilina/tazobactam más claritromicina más oseltamivir; si se encuentra factores de riesgo para *Staphylococcus aureus* meticilino resistente se iniciará con ampicilina/sulbactam más claritromicina más oseltamivir más vancomicina o linezolid (20), siempre tomando en cuenta los factores de riesgo y las comorbilidades del paciente. Se recomienda la vacuna antineumocócica en niños, ancianos y la vacuna antiinfluenza en adultos con enfermedades crónicas, adultos mayores y trabajadores de salud de forma preventiva (19).

## CAPITULO IV: REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico del año 2022-2023 se redujo a 10 meses de lo que normalmente era todo un año debido a la pandemia por COVID-19. A pesar de ello se aprovechó al máximo cada rotación en las cuatro especialidades.

La sede principal del internado fue la Clínica Universitaria, la cual tenía mayor experiencia en Cirugía General, pero en las otras especialidades no. Por lo que se generaron rotaciones externas al Hospital San Bartolomé y Hospital Carrión para contribuir con los objetivos y el aprendizaje académico que ameritaba la carrera.

Cada hospital contó con médicos residentes y asistentes por cada especialidad que eran exigentes con las exposiciones y pases de visita, pero fueron de ayuda porque en base a sus conocimientos más lo que se estudiaba en cada rotación se desarrollaron habilidades en cuanto a la atención holística de cada patología.

En la rotación de pediatría, las guardias nocturnas estaban prohibidas para los internos y los horarios no eran extensos. Por lo que se desarrollaban exposiciones diarias para así complementar la disminución de horas de práctica.

La rotación de ginecología y obstetricia se llevó a cabo entre horarios más extensos y guardias nocturnas cada cuatro días. Era más agotador, pero se tuvo la oportunidad de atender partos seguidos e instrumentar en cesáreas.

En la rotación de cirugía general se cerró una sala completa de hospitalización por aumento de casos de COVID-19 y disminuyeron las cirugías programadas. A pesar de ello, se pudo ingresar a las cirugías de urgencia e involucrarse en las pocas cirugías programadas.

En la rotación de medicina interna específicamente en consultorio externo se pasó la mayor parte del tiempo, ya que hospitalización y emergencia tenía bajo flujo de pacientes. Sin embargo, se aprovechó como si fuera un primer nivel de atención de salud ya que no hubo la oportunidad de rotar en centro de salud.



## **CONCLUSIONES**

- El internado es una etapa crucial para la formación de todo futuro médico, con el cual el interno culmina toda su carrera universitaria. Por lo que es necesario que la mayor parte de su tiempo sea invertida en el hospital con el fin de completar su formación de manera integral.
- Los internos son trabajadores de la salud y como tal se ven expuestos a accidentes laborales y enfermedades que podrían afectar su bienestar físico o situaciones ocurridas dentro del ambiente laboral que podría afectar su salud mental.
- Los hospitales en Perú no se encuentran adecuadamente financiados por el gobierno, producto de ello la infraestructura de los hospitales no son las más adecuadas y los pacientes no reciben la calidad de atención que se merecen.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda que se amplie el horario de internado, así como realizar guardias para que cada interno reciba una formación completa en cada servicio de rotación.
- Se sugiere que se implementen equipos de protección personal gratuitos para que cada interno pueda trabajar y realizar un internado con las adecuadas medidas de bioseguridad. Además de recibir ayuda psicológica sin ningún costo en caso lo requiera.
- Se recomienda que cada hospital mejore su nivel de infraestructura en cuanto a las áreas de hospitalización y emergencia como nuevas camas en cuanto a cantidad y calidad, equipos de curación y sutura, cloruro de sodio, gasas y esparadrapo.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

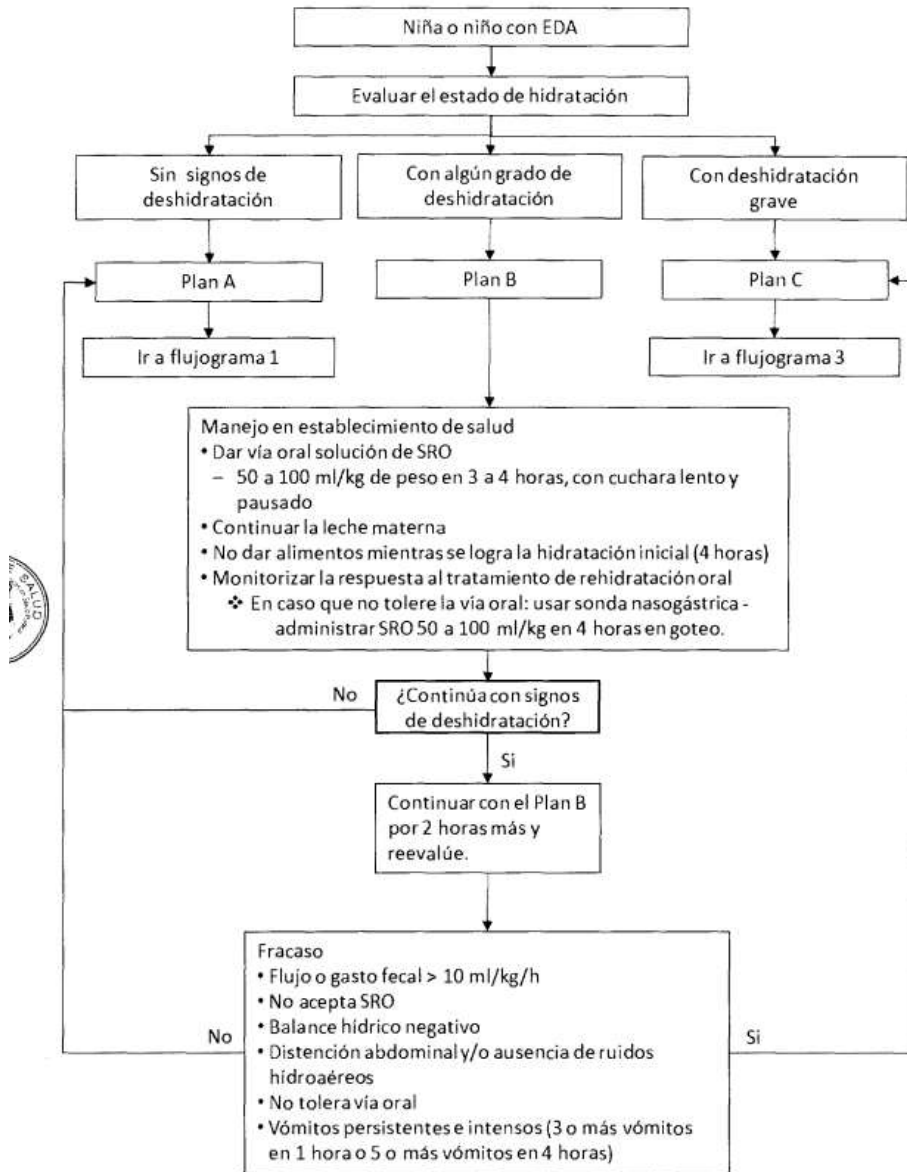
1. Sandoval JE. Reseña histórica. Cienc Poder Aéreo [Internet]. 2004 [citado el 31 de marzo de 2023];1(1):2. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/resena-historica>
2. Misión - Visión [Internet]. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/mision-vision>
3. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Direccion/OFI-CIO%20N988-DG-DIRIS-LC,%20Categoria%20III-E.pdf>
4. Historia – Hospital Nacional [Internet]. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/historia/>
5. Visión y Misión – Hospital Nacional [Internet]. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/vision-y-mision/>
6. Servicios – CLINICA UNIVERSITARIA [Internet]. Com.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://clinicauniversitaria.com.pe/servicios/>
7. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666\\_RM\\_N\\_C2\\_B0\\_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf?v=1535063213](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf?v=1535063213)
8. de Salud M de SM. GUÍAS DE PRÁCTICA [Internet]. Gob.pe. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417216/-178786418709222685320191106-32001-12xicbb.pdf?v=1573076990>
9. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 1 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathogenesis-of-neonatal-unconjugated-hyperbilirubinemia>
10. de Membranas A Término Y Pretérmino RP. PROTOCOLO: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO [Internet]. Medicinafetalbarcelona.org. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>
11. de Obstetricia Y Ginecología Obstetricia Y Ginecología SPDESP. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA [Internet]. Gob.pe. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417214/-196508726332994689320191106-32001-1n0pbz.pdf?v=1573076989>
12. de Obstetricia Y Ginecología Obstetricia Y Ginecología SPDESP. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE CAPACIDAD RESOLUTIVA [Internet]. Gob.pe. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417214/-196508726332994689320191106-32001-1n0pbz.pdf?v=1573076989>

13. fundación medicina fetal barcelona. Hipertensión y gestación [Internet]. Medicinafetalbarcelona.org. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertension-y-gestacion.html>
14. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir Gen [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2023];41(1):33–8. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992019000100033](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033)
15. Extensa GENV. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA [Internet]. Gpc-peru.com. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2023/01/GPC-Apendicitis-Version-Extensa.pdf>
16. Gpc-peru.com. [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: [https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/08/GPC\\_Colelitiasis\\_Version\\_Corta.pdf](https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/08/GPC_Colelitiasis_Version_Corta.pdf)
17. Extensa GENV. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO NO COMPLICADA [Internet]. Gpc-peru.com. [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: [https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/06/GPC\\_ITU\\_Vers\\_Extensa.pdf](https://gpc-peru.com/wp-content/uploads/2021/06/GPC_ITU_Vers_Extensa.pdf)
18. Urinary tract infection, antibiotic treatment. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico [Internet]. Org.pe. [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n1/a06v23n1>
19. de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Adultos D y. T. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Net.pe. [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: [http://medicinainterna.net.pe/images/guias/GUIA\\_PARA\\_EL\\_MANEJO\\_DE\\_LA\\_NEUMONIA\\_ADQUIRIDA\\_EN\\_LA\\_COMUNIDAD.pdf](http://medicinainterna.net.pe/images/guias/GUIA_PARA_EL_MANEJO_DE_LA_NEUMONIA_ADQUIRIDA_EN_LA_COMUNIDAD.pdf)
20. Martínez Vernaza S, Soto Chavez MJ, Mckinley E, Gualtero Trujillo S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Univ Médica [Internet]. 2018 [citado el 5 de abril de 2023];59(4):1–10. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-08392018000400093](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-08392018000400093).
21. FICHA TECNICA CEFAZOLINA NORMON 1 G POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCIÓN INYECTABLE INTRAMUSCULAR EFG [Internet]. Aemps.es. [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/64848/FT\\_64848.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/64848/FT_64848.html)
22. Restrepo-Castro OI, Granados-Casallas N, Usta-Stavoli CP, Castillo-Zamora MF. Diagnóstico de apendicitis en el tercer semestre de la gestación: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2018;69(2):124. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n2/es\\_2463-0225-rcog-69-02-00124.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n2/es_2463-0225-rcog-69-02-00124.pdf)

## **ANEXOS**

# ANEXO N° 1

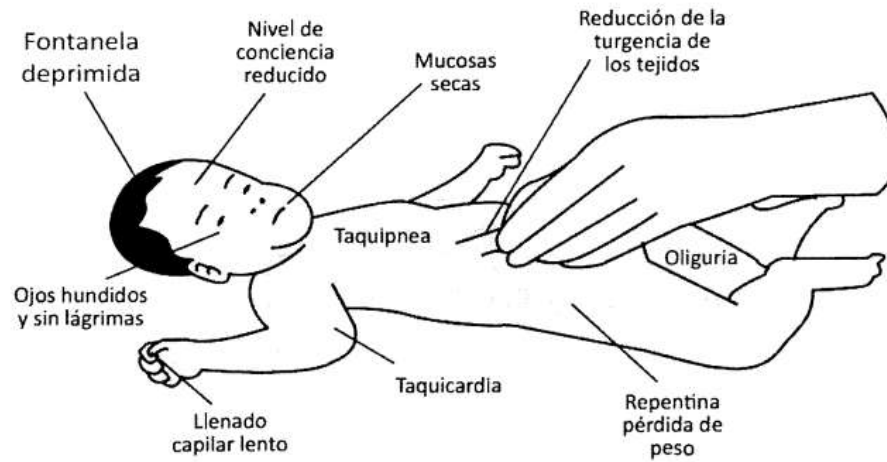
Flujograma N° 02: Niña o niño con EDA - Plan B



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), Grupo elaborador de la presente Guía.

## ANEXO N° 2

Gráfico N° 4: Signos clínicos de deshidratación



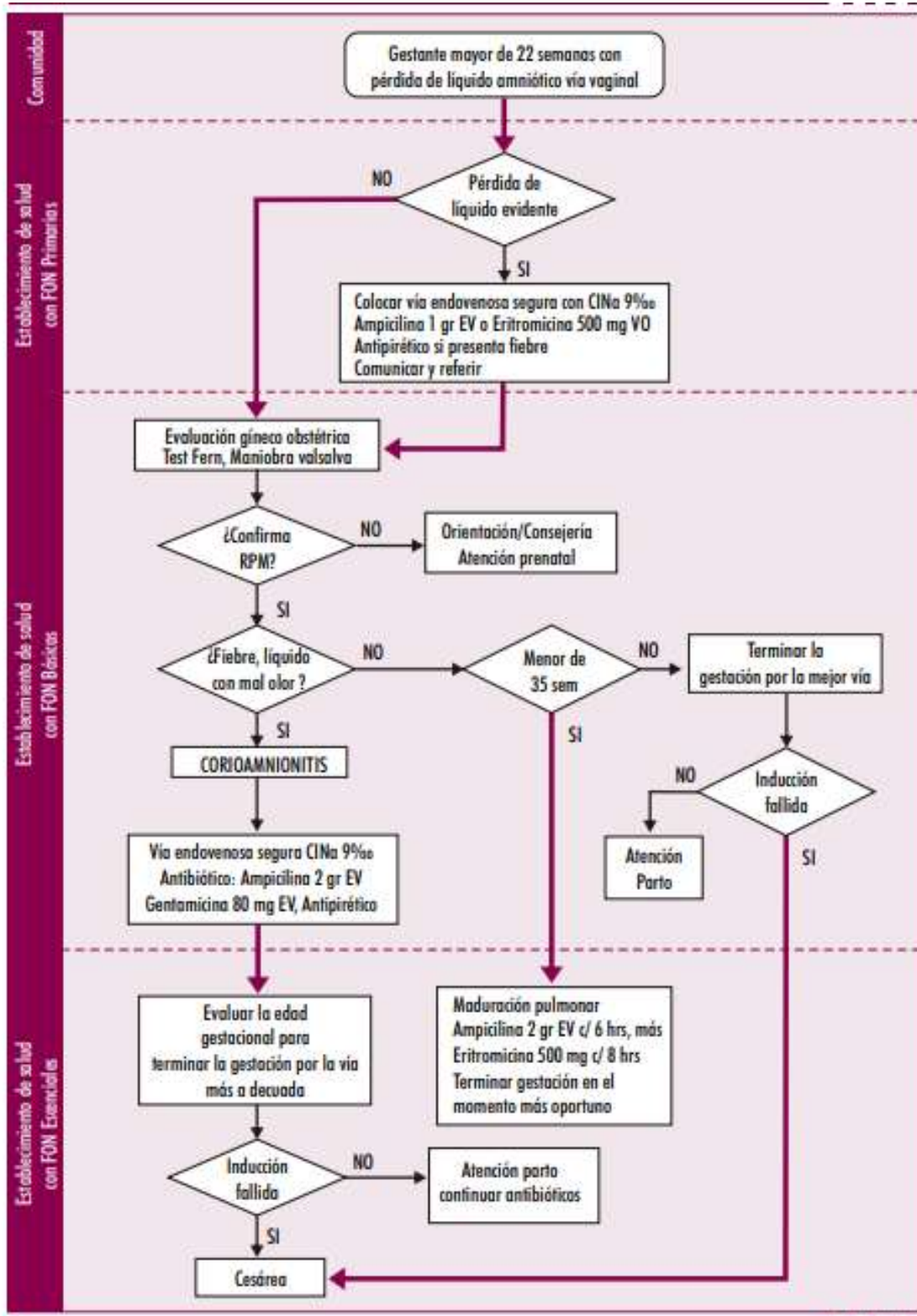
Fuente: Ministerio de Salud, Oficina General de Comunicaciones, (2017) adaptado de las referencias bibliográficas <sup>13,14</sup>

## ANEXO N° 3

Tabla N° 02. Zonas de Kramer

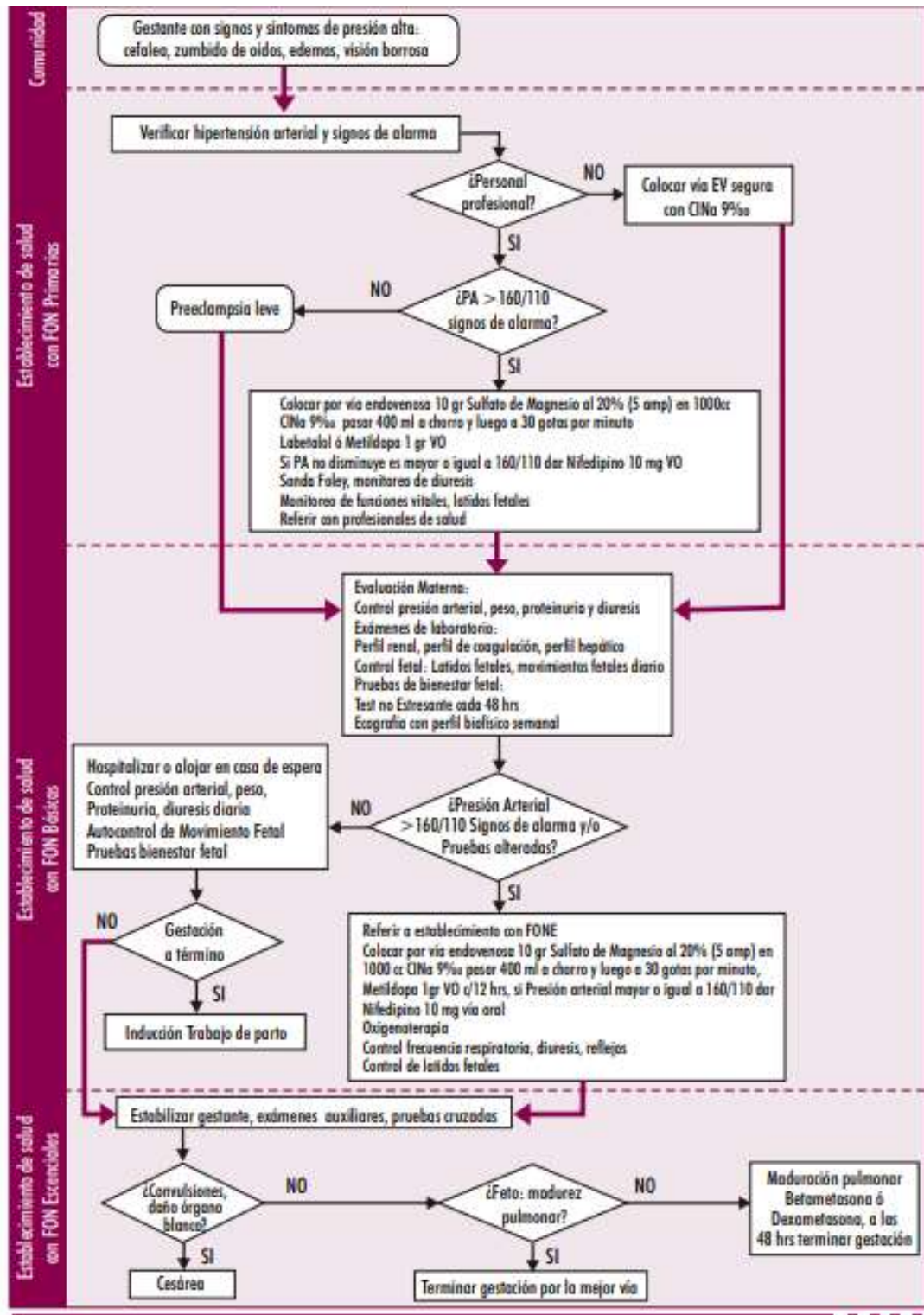
ZONAS DE KRAMER		
	Zona icterica	Bilirribuna esperable
I	Cara	< 5 mg/dl
II	Mitad superior de tronco	5-12 mg/dl
III	Incluye abdomen	8-16 mg/dl
IV	Porción proximal de extremidades	10-15 mg/dl
V	Porción distal de extremidades	> 15 mg/dl

ANEXO N° 4





# ANEXO N° 5



## ANEXO N° 6

Escala de Alvarado		
Variabes	Hallazgos	Puntos
<b>Síntomas</b>	Migración del dolor (a cuadrante inferior derecho)	1
	Anorexia y/o cetonuria	1
	Náuseas y/o vómitos	1
<b>Signos</b>	Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	Rebote	1
	Temperatura > 38,3 °C	1
<b>Laboratorio</b>	Leucocitosis > 10 000/mm <sup>3</sup>	2
	Desviación a la izquierda de neutrófilos > 75%	1
Puntaje máximo		10

Probabilidad diagnóstica	Puntaje
<b>Alta probabilidad</b>	7 a 10
<b>Probabilidad intermedia</b>	4 a 6
<b>Baja probabilidad</b>	1 a 3

## ANEXO N°7

Tabla: Criterios diagnósticos de colecistitis aguda según TG18/TG13
<p><b>A. Signos locales de inflamación</b> (1) Signo Murphy, (2) Masa, dolor, sensibilidad en cuadrante superior derecho</p> <p><b>B. Signos sistémicos de inflamación</b> (1) Fiebre, (2) PCR elevado, (3) Leucocitos elevados</p> <p><b>C. Hallazgos de imágenes</b> Hallazgos de imágenes característicos de colecistitis aguda</p>
<p><b>Sospecha diagnóstica:</b> Un ítem A + un ítem B</p> <p><b>Diagnóstico definitivo:</b> Un ítem A + un ítem B + C</p>
<p><i>Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences. 2017.</i></p>

## ANEXO N° 8

- C: Confusión
- U: Urea elevada
- R: Respiración rápida (Frecuencia Respiratoria >30 x min)
- B: Baja presión arterial (Presión arterial <90/60 mm Hg)
- 65: Edad mayor de 65 años.