



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO

T RABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR  
SALAZAR CARRILLO KEYLA ALESSANDRA  
VARGAS LICLA SOLANGE

ASESOR

DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA

LIMA , PERÚ  
2021



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**SALAZAR CARRILLO KEYLA ALESSANDRA**

**VARGAS LICLA SOLANGE**

**ASESOR**

**DR. EMILIO TEODORO GUIJA POMA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. José Villarreal Palomino

**Miembro:** Dr. Manuel Neyra Sotelo

**Miembro:** M. E. Alberto Cárdenas Venturo

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres porque a pesar del camino tan arduo que nos tocó recorrer nunca permitieron que renunciemos a nuestros sueños.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Índice</b>	iv
<b>Resumen</b>	v
<b>Abstract</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	vii
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Rotación de Pediatría y Neonatología	1
1.2 Rotación de Cirugía General	7
1.3 Rotación en Gineco obstetricia	12
1.4 Rotación en Medicina Interna	17
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	23
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	25
3.1 Cuestiones generales	25
3.2 Rotación de Pediatría	26
3.3 Rotación de Cirugía	26
3.3 Rotación de Medicina Interna	27
3.4 Rotación de Ginecobstetricia	27
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	29
<b>CONCLUSIONES</b>	32
<b>RECOMENDACIONES</b>	33
<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	34
<b>TABLAS Y FIGURAS</b>	36
<b>ANEXOS</b>	37

## RESUMEN

El internado médico es una experiencia preprofesional importante para que el estudiante de medicina refuerce su experiencia necesaria para el tratamiento de las patologías más frecuentes en nuestro medio. El objetivo de este trabajo es mostrar la trayectoria profesional del interno de medicina durante su año de internado mediante la descripción de los casos clínicos más representativos desarrollados durante sus 4 rotaciones; así como brindar una reflexión crítica de la experiencia del internado durante la pandemia. Para esto se ha hecho uso de las historias clínicas del hospital, exposiciones y revistas médicas, así como otros recursos tecnológicos como fotografías y Apps médicas.

Los resultados de este trabajo muestran que los internos han adquirido las capacidades y experiencia necesaria para actuar como profesionales de la salud frente a las principales patologías, así como frente al COVID-19. Se concluye además que la pandemia por COVID-19 influyó de manera sustancial en la capacidad de los internos de medicina para poder interactuar con los pacientes, realizar procedimientos, pero que esto puede ser adaptado en alguna manera mediante la tecnología o usos de materiales de simulación.

## **ABSTRACT**

The medical internship is an important pre-professional experience for the medical student to reinforce the necessary experience for the treatment of the most frequent pathologies in our environment. The objective of this work is to show the professional trajectory of the medical intern during his internship year by describing the most representative clinical cases developed during his 4 rotations; as well as provide a critical reflection of the experience of the boarding school during the pandemic. For this, use has been made of the hospital's medical records, exhibitions and medical magazines, as well as other technological resources such as photographs and medical Apps.

The results of this work show that the inmates have acquired the skills and experience necessary to act as health professionals against the main pathologies, as well as against COVID-19. It is also concluded that the COVID-19 pandemic substantially influenced the ability of medical interns to interact with patients, perform procedures, but that this can be adapted in some way through technology or the use of simulation materials. .



## INTRODUCCIÓN

El internado médico constituye uno de los años más importantes en la formación preprofesional del estudiante de medicina. El internado 2020 lo realizamos en el hospital de nivel II-2 José Agurto Tello

Este hospital ha pasado por diversos directores quienes en cada una de sus gestiones han ido incrementando la capacidad resolutive de esta institución mediante la apertura de nuevas especialidades y adquisición de nuevos implementos médicos.

Este hospital tiene la siguiente misión y visión

### **Misión**

"Nuestra misión es brindar atención integral de salud con énfasis en la atención recuperativa, para contribuir a una mejor calidad de vida de la población chosicana y aledaños. Contamos con tecnología adecuada, personal, calificado, comprometido y con trato humano, siendo nuestros servicios de categoría de hospital especializado del nivel II-2"

### **Visión**

"Al 2023 el Hospital José Agurto Tello de Chosica será el nosocomio referencial por excelencia para todo Lima Este, dotado de equipos médicos con tecnología de punta y recursos humanos asistenciales y administrativos constantemente capacitados a fin de que se brinde una atención médica de excelencia a los usuarios de nuestros servicios y el trato humano que ellos se merecen."

### **Hospital y pandemia 2020.**

Para la pandemia del 2020 asume la dirección el Dr. Yofre Sotomayor Agüero quien gestionó la implementación del área de atención COVID-19 siguiendo los lineamientos de la declaración de emergencia sanitaria nacional. Además de esto, inicio las coordinaciones con la municipalidad Distrital de Lurigancho Chosica para que se pueda ubicar una planta de oxígeno en el hospital.

La situación de las rotaciones antes del inicio de la pandemia fue tal y como se nos informó durante la inducción. Por ejemplo, en servicios como los de Medicina había una afluencia de pacientes elevada, así como en años anteriores. Luego del inicio de la pandemia esta afluencia de pacientes fue decreciendo por unos meses hasta que en los últimos meses han llegado a ser como eran antes.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado de medicina constituye el último año de los 7 años de formación en la carrera de medicina Humana en el Perú. Este año puede considerarse como una práctica preprofesional realizada por el estudiante de medicina.(1)

El internado constituye una experiencia única dado que permite que los estudiantes de medicina manejen pacientes asignados por un docente de servicio quien se encarga de ser su guía y evaluador. Esta actividad permite que el interno pueda conseguir experiencia necesaria para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las principales patologías que trataran durante su posterior ejercicio profesional, ya sea durante el SERUMS o durante su ejercicio particular.(2)

El internado medico se distribuye en 4 grandes rotaciones. Pediatría, Cirugía, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia. En cada una de estas rotaciones se busca el desarrollo y adquisición de competencias por parte de los internos de medicina.

### **1.1 Rotación de pediatría y neonatología**

Según el silabo de la USMP para el internado 2020 se buscó el desarrollo de 3 principales unidades de aprendizaje como son: 1. Problemas del recién nacido. 2, problemas de salud del niño y adolescente. 3, urgencias, emergencias, promoción y prevención en pediatría.

El desarrollo de estas unidades de aprendizaje fue de manera diaria y a continuación mencionaremos unos casos clínicos de ejemplo.

- **CASO CLÍNICO 1 DE PEDIATRÍA.**

**a. Descripción del caso:**

- RN de iniciales SCA, Sexo femenino, de 39ss, peso: 4,090 kg. Parto de tipo eutócico. Apgar 6/9
- Antecedentes maternos: madre elevada, Fórmula obstétrica: G2 P 1001, sin antecedentes de importancia con 9 controles prenatales.
- Signos y síntomas: recién nacido con dolor a la movilización del miembro superior izquierdo y reflejo de moro asimétrico.

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

Este caso clínico desarrolla la unidad de aprendizaje: “problemas del recién nacido”

Nos encontramos frente al caso de un recién nacido macrosómico, que nació por un parto eutócico y que al examen físico presenta moro asimétrico y dolor a la movilización de miembros superiores.

Este caso permite integrar los siguientes conocimientos:

Parto eutócico: parto que se da sin ninguna complicación para la madre o el feto

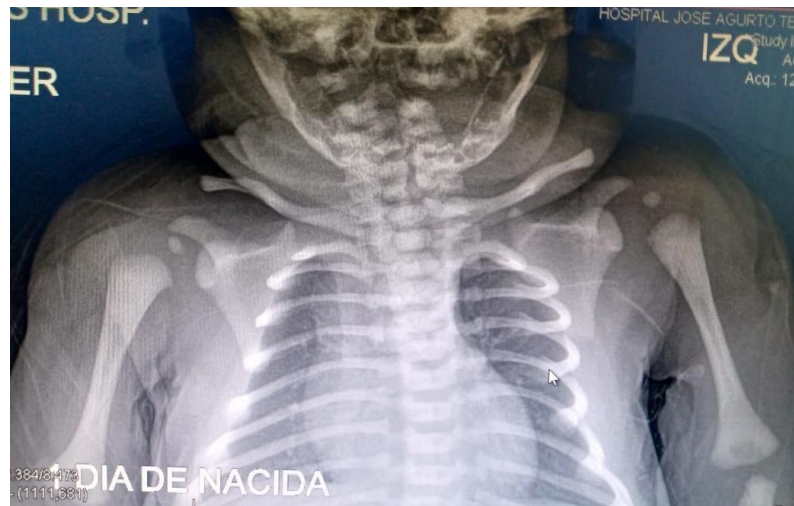
Macrosomía fetal: cuando el feto tiene un peso mayor de 4000 gramos. Esta característica está asociado a factores maternos como diabetes gestacional entre otros.(3) La macrosomía fetal se asocia con tasas más altas de distocia de hombros, traumatismo perinatal y cesárea. Siendo esta una de las causas del examen físico del recién nacido.

Reflejo de moro asimétrico: el reflejo de moro asimétrico estaría relacionado con una lesión del plexo braquial, aunque desde el punto de vista clínico también se plantean diagnósticos diferenciales como una lesión ósea traumática, lesión de tejidos blandos o una lesión del sistema nervioso central(4).

**c. Resolución de caso clínico.**

El recién nacido fue hospitalizado y se realizó una interconsulta a traumatología quienes plantean el descarte de una lesión del plexo

braquial versus una fractura de clavícula, motivo por el que solicitan una radiografía de clavícula.



**Figura 1. Radiografía anteroposterior de recién nacida macrosómica.**

En la figura 1 no se evidencia una fractura de clavícula, ni lesión de partes blandas por lo que se hace una referencia al servicio de neurología del INSN para el descarte de una parálisis braquial.

## - CASO CLÍNICO 2 DE PEDIATRÍA.

### a. Descripción del caso:

- Paciente de sexo femenino de 2 años que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día caracterizado por fiebre, dolor abdominal, náuseas.

Al examen físico: despierta ventila espontáneamente. Piel y mucosas húmedas. CV: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Respiratorio: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Abdomen: Ruidos hidroaéreos +++, blando/depresible no doloroso, no visceromegalia, neurológico: activa reactiva, no signos meníngeos. Paciente no tolera la vía oral.

Exámenes auxiliares: examen de orina con leucocitos > 100 x campo. Hematíes de 8-10 x campo, hemograma: Leucocitos 19740, neutrófilos 77,5%, PCR 9,2.

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

- La paciente presenta signos y síntomas característicos de una infección urinaria.

La infección del tracto urinario (ITU) es un problema clínico común e importante en la niñez. Las infecciones urinarias superiores (es decir, pielonefritis aguda) pueden provocar cicatrices renales, hipertensión y enfermedad renal en etapa terminal. Aunque los niños con pielonefritis tienden a presentar fiebre, a menudo es difícil desde el punto de vista clínico distinguir la cistitis de la pielonefritis, especialmente en niños pequeños (menores de dos años)(5).

- *Escherichia coli* es la causa bacteriana más común de UTI; representa aproximadamente el 80 por ciento de las infecciones urinarias en niños(6). Otros patógenos bacterianos gramnegativos incluyen *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacteriaceae* y *Citrobacter*. Los patógenos bacterianos grampositivos incluyen *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis* y, en raras ocasiones, *Staphylococcus aureus*.
- Los exámenes de laboratorio apoyan el diagnóstico puesto que se aprecia leucocitos y hematíes en orina. El hemograma además de esto muestra una elevada leucocitosis con neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados.

**c. Resolución del caso clínico.**

- En base a lo descrito anteriormente la paciente necesita un manejo antibiótico endovenoso en hospitalización.

Durante su estadía en hospitalización fue tratado con

- Dieta blanda+ Líquidos a voluntad.
- Dextrosa 5% AD 1000CC + CLNA 20% + CLK 20 % 10 CC 19 gotas por minuto
- Ceftriaxona 450mg EV lento y diluido c/ 24 h
- Metamizol 225mg EV PRN T<38

El paciente presentó una evolución favorable con funciones vitales estables y una mejoría clínica.

## - CASO CLÍNICO 3 DE PEDIATRÍA.

### a. Descripción del caso:

Paciente femenino de 03 años que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 12 horas caracterizado por dificultad respiratoria y dolor lumbar. Niega fiebre y otras intercurrentes.

Al examen físico presenta funciones vitales estables, en aparente mal estado general, regular estado de nutrición y regular estado de hidratación. Piel y faneras: pálida, mucosas húmedas y pálidas, llenado capilar > 2 segundos. Ty P: con disnea, uso de musculatura accesoria, MV conservado en ambos campos pulmonares con subcrepitos en base pulmonar derecha.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: leucocitos en 15870/mm<sup>3</sup>, neutrófilos: 79,3%, hemoglobina 8,5g/dl. PCR: 8mg/dl
- Radiografía de tórax: mediastino desviado a la derecha, imagen radiopaca en base pulmonar derecha, reforzamiento de trama bronco vascular.

Ampliación de anamnesis: paciente con antecedentes de cateterismos frecuentes post shock séptico. En control por urología debido a dilatación ureteral bilateral con posibilidad de cirugía correctiva a los 5 años. Además de esto, ha presentado orinas diluidas, abundantes y constante sensación de sed desde aproximadamente +- 6 meses.

Por esto a la paciente se le solicita urea, creatinina, electrolitos, perfil hepático y ecografía abdominal y renal.

### b. Comentario e integración con conocimientos previos.

Nos encontramos frente a un caso en el que la paciente ingresa con una clínica de una bronconeumonía y una atelectasia basal derecha, pero que al realizarle la ampliación de la anamnesis se agrega la presencia de sintomatología urinaria y retención de compuestos nitrogenados que estarían indicando una posible falla renal.

La ecografía abdominal completa muestra solo un discreto acumulo de líquido libre en cavidad pélvica. La ecografía renal concluye una hidronefrosis renal bilateral con dilatación ureteral.

Además de esto, presenta una creatinina en 2,87 mg/dl con una urea en 180 mg/dl. Así como los siguientes trastornos metabólicos: hiponatremia, hiperkalemia e hiperfosfatemia.

**c. Resolución del caso clínico.**

En base a lo mencionado se plantean los siguientes posibles diagnósticos:

- Injuria renal aguda:
  - D/C enfermedad renal crónica reagudizada.
  - D/C Acidosis tubular renal.
- Hidronefrosis renal bilateral con dilatación ureteral
- Anemia moderada

El plan que se continuo con el paciente fue realizar restricción hídrica y referencia a un centro de mayor complejidad para terapia de remplazo renal.

**- CASO CLÍNICO 4 DE PEDIATRIA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente varón de 3 años de edad que acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 hora caracterizado por dificultad respiratoria, rinorrea, malestar general y tos perruna, así como cianosis durante el llanto.

Al examen físico: paciente con funciones vitales: PA: 90/60, FC: 60, FR: 25 SAT: 96.

Paciente en AMEG, AREN, AMEH. Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica. Tórax y pulmón: tórax simétrico. Se aprecian uso de musculatura accesoria, MV pasa en ambos hemitórax. Abdomen: blando, depresible, Ruidos Hidroaéreos (RHA) ++. GU: puntos renoureterales (-). SNC: despierto, obedece ordenes simples.



**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

El CRUP es una enfermedad respiratoria caracterizada por estridor inspiratorio, tos y ronquera. Estos síntomas son el resultado de la inflamación de la laringe y las vías respiratorias subglóticas.

La tos perruna es el sello distintivo del crup entre los bebés y los niños pequeños, mientras que la ronquera predomina en los niños mayores y los adultos. Aunque el crup suele ser una enfermedad leve y autolimitada, puede producirse una obstrucción significativa de las vías respiratorias superiores, dificultad respiratoria y, en raras ocasiones, la muerte.

El crup suele ser causado por virus. El virus de la *parainfluenza* tipo 1 es la causa más común de laringotraqueítis aguda, especialmente las epidemias de otoño e invierno(7) . La *parainfluenza* tipo 2 a veces causa brotes de crup, pero generalmente con una enfermedad más leve que el tipo 1. La *parainfluenza* tipo 3 causa casos esporádicos de crup que a menudo son más graves que los debidos a los tipos 1 y 2.

La evaluación de la gravedad del CRUP se realiza mediante la escala de Westley (Anexo 1). En este caso en específico era un CRUP moderado.

**c. Resolución de caso clínico.**

El paciente recibió corticoide dexametasona a dosis de 0.6mg/Kg de peso y fue nebulizado con epinefrina. Se observó mejoría clínica en las primeras 2 horas. Al paciente se le dio de alta y se le citó para consultorio externo de pediatría en 5 días.

**1.2 Rotación de cirugía general**

Según el silabo de la USMP para el internado 2020 se buscó el desarrollo de 4 principales unidades de aprendizaje como son: 1) Patología de cirugía general (hernias, enfermedades litiásicas biliares, hemorroides). 2) manejo de

patologías de Urología, Oftalmología, Otorrinolaringología y cirugía de tórax y cardiovascular. 3) manejo de patologías de neurocirugía y cirugía pediátrica.(8)

El desarrollo de estas unidades de aprendizaje fue de manera diaria y a continuación mencionaremos unos casos clínicos de ejemplo.

### **- CASO CLÍNICO 1 DE CIRUGÍA.**

#### **a. Descripción del caso:**

Paciente varón de 62 años con antecedentes de litiasis vesicular hace 3 meses. Acude a emergencia presentando dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho de moderada intensidad.

Las funciones vitales eran estables. Al examen físico se aprecia que: AREG, LOtep. Afebril. Piel y mucosas normales abdomen blando, poco depresible, RHA (+). Masa en flanco derecho, dolor a la palpación profunda. Murphy (+++), Mc Burney (-)

Exámenes auxiliares:

- Ecografía abdominal que concluye hígado graso y vesícula biliar distendida.
- Hemograma: leucocitos: 14560, neutrófilos: 78%, TGO: 40, TGP:45, GGTP:229

#### **b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

El paciente ingresa con un diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Se le realiza interconsulta a cirugía general quienes describen lo siguiente:

Paciente con TE: 10 días con episodio actual 24 horas, por dolor en hemiabdomen superior derecho, con predominio fosa iliaca derecha (FID), asociado a náuseas pero no vómitos, leve sensación de alza térmicas,(9)

#### **c. Resolución de caso clínico.**

Se coordinó la cirugía de emergencia cuyo reporte operatorio indica lo siguiente:

1. Abdomen agudo quirúrgico

2. Plastrón apendicular abscedado
3. Laparotomía exploratoria + drenaje de absceso apendicular alto + lavado + drenaje mixto
4. Se evidencia masa apendicular a nivel subhepático de dimensiones 15cm x 15cm conformado por asas delgadas, epiplón y vesícula, ciego alto. No se evidencia base apendicular, totalmente digerido. Ciego, asas delgadas y ángulo hepático plastronado, friable. Secreción purulenta de mal olor de aproximadamente 600cc.

Al paciente se le realizó la liberación del plastrón, evidenciándose secreción purulenta, se le realizó aspiración y lavado con solución salina a 10 litros. Al liberar el plastrón (vesícula biliar, asas intestinales) se rafia a 20 cm de válvula ileocecal en 2 planos (3 puntos). Colocación de drenaje mixto en flanco izquierdo y subhepático.

## - CASO CLÍNICO 2 DE CIRUGIA.

### a. Descripción del caso:

Paciente mujer de 36 años sin antecedentes de importancia que ingresa por emergencia refiriendo que sufre accidente de tránsito con múltiples contusiones en cabeza, abdomen, tórax y pelvis. Refiere dolor abdominal difuso asociado a náuseas, no vómitos.

Examen físico: cabeza normocéfalo con hematoma en región occipital y equimosis parietal derecho. Cuello: simétrico, cilíndrico. Ojos: pupilas CIRLA. Piel y faneras: T/H/E. Llenado capilar <2 segundos, no cianosis, no ictericia. Tórax y Pulmón: MV pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Abdomen: distendido. RHA (-), blando, poco depresible, dolor difuso moderado a palpación superficial y profunda. Reacción peritoneal +. SNC: Glasgow 14, quejumbrosa, LOTEP, con tendencia al sueño, no focalización, no signos meníngeos.

### b. Comentario e integración con conocimientos previos.

Nos encontramos frente al caso de un paciente con politraumatismo en

el que es importante realizar una evaluación completa del estado general, así como de las funciones vitales. Los diagnósticos planteados hasta el momento serían los siguientes:

- Politraumatizado
- Traumatismo encefalocraneano
- Traumatismo abdominal cerrado a/c lesión de víscera hueca.

Para confirmar los diagnósticos se le solicitan exámenes auxiliares como radiografías y ecografías abdominal cuyos hallazgos son los siguientes:

- Sonda Foley: orina clara amarilla. No hay un compromiso o lesión traumática renal.
- Ecografía abdominal, no liquido intraabdominal.
- Radiografía de abdomen: se aprecia neumoperitoneo. Lo que estaría causando la sintomatología de dolor abdominal y distensión del paciente.

**c. Resolución del caso clínico.**

Dada la intensidad del traumatismo y la presencia de neumoperitoneo urge la necesidad de preparar sala de operaciones e ingresar para realizar una laparotomía exploratoria que nos permita determinar el origen real de ese neumoperitoneo y tratar de solucionarlo.

**- CASO CLÍNICO 3 DE CIRUGIA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente varón de 48 años de edad con antecedente de obesidad y diabetes mellitus acude con un tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por sensación de bulto de 2 x 3cm en región umbilical que protruye al realizar maniobras de Valsalva. Refiere además de esto, episodios de cólico de gases y sensación nauseosa.

Examen físico: paciente en AREG, AREN, AREH. Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2segundos. Tórax: MV pasa en AHT, no ruidos agregados. ABD: blando, depresible, no doloroso, se aprecia anillo herniario de aproximadamente 2,5 x 3cm en región

umbilical. SNC: paciente despierto, LOTEP.

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

Nos encontramos frente a un caso típico de un paciente con una hernia umbilical. Es importante destacar que las hernias son defectos de pared abdominal y sus principales factores de riesgo son: obesidad, traumatismos de pared abdominal, cirugías previas.

**c. Resolución del caso clínico.**

A este paciente se le ingreso a sala de operaciones con el diagnostico preoperatorio de: Hernia Umbilical. Los hallazgos intraoperatorios muestran un defecto de pared abdominal de aproximadamente 3x3 cm por el que protruye grasa preperitoneal.

Al paciente se le colocó una malla de polipropileno de 6x6 cm la cual fue fijada con nylon 1, se le hizo el cierre de tejido celular subcutáneo con vycril 1 y piel con nylon 3/0.

Paciente tolero el acto quirúrgico y durante su postoperatorio no presentó ninguna interurrencia.

**- CASO CLÍNICO 4 DE CIRUGÍA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente mujer de 35 años de edad que presenta un tiempo de enfermedad de 12 horas caracterizado por hiporexia, náuseas y vómitos, así como dolor abdominal que en las últimas horas se encuentra localizado en Fosa iliaca derecha. Se agrega sensación de alza térmica.

Examen físico:

AREG, AMEH, AMEN. Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa en AHT, no ruidos agregados. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación profunda en fosa

iliaca derecha. Mc Burney (+), Rovsing (+), Bloomberg (+), Psoas (+).  
SNC: despierto, LOTEPE.

Exámenes auxiliares:

Hemograma con leucocitosis (15,74) y neutrofilia.

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

Nos encontramos frente a un caso típico de un paciente con una apendicitis aguda. El manejo es quirúrgico mediante una operación llamada apendicetomía laparoscópica.

La apendicitis en este grupo etario está relacionada con la obstrucción por fecalitos.

**c. Resolución del caso clínico.**

A este paciente se le ingreso a sala de operaciones con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. Los hallazgos intraoperatorios muestran un apéndice cecal de 6x1 cm, flemonosa en toda su extensión con presencia de líquido inflamatorio a nivel de fondo de saco de Douglas.

La paciente pasó por un posoperatorio sin intercurencias.

### **1.3 Rotación de gineco obstetricia**

Según el silabo de la USMP para el internado 2020 se buscó el desarrollo de unidades de aprendizaje fue de manera diaria y a continuación mencionaremos unos casos clínicos de ejemplo.

**- CASO CLÍNICO 1 DE GINECOLOGÍA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente gestante de 33 años que acude a emergencia de gineco-obstetricia presentando dolor intenso en la mama izquierda, así como sensación de alza térmica.

Antecedentes obstétricos:

G 4 P3003 PIG: 4 AÑOS >PF: 3800gr

FUR: 20/07/2019

FPP: 27/04/2020

EG: 9 6/7 sem x eco I trim.

Al examen físico: paciente afebril en AREG, AREN, AREH, LOTEPE. Piel y anexos: tibia/hidratada/elástica.

Examen Obstétrico: mama izquierda tumefacta con signos de flogosis y dolorosa al examen. Se palpa masa de aproximadamente 6x7 cm.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, AU: IP SPP: indiferente.

LCF: no audibles.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb: 13.5 g/dl. Leucocitos: 9.18; plaquetas: 212

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

La paciente presenta un cuadro típico de mastitis en gestante. Las mastitis son una inflamación del tejido mamario que puede conllevar a una infección. La inflamación genera dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento en los pechos, así como fiebre y escalofríos.

**c. Resolución de caso clínico.**

Por el estado de la paciente se decide su hospitalización para tratamiento antibiótico endovenoso con oxacilina 1g cada 6 horas. Durante los días de hospitalización se nota una marcada mejoría por lo que paciente sale de alta una vez culminado su tratamiento.

**- CASO CLÍNICO 2 DE GINECOLOGÍA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente mujer de 40 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia. Acude por emergencia referida del PS Yanacoto con diagnóstico de Aborto incompleto. Refiere presentar abundante

sangrado vaginal.

Antecedentes obstétricos:

G4P2022

FUR:28/02/21

FPP:05/12/21

EG 5SS

Examen físico: Funciones vitales dentro de los parámetros normales.

Ex general: AREG LOTEPE

Ex obstétrico: Abdomen B/D, dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio

Útero: 8cm

Cérvix: OCE abierto, sangrado vaginal +

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

Nos encontramos frente a una paciente mayor a 35 años, con un diagnóstico de aborto incompleto el cual se caracteriza por dolor abdominal, cólico en hipogastrio y cérvix con OCE abierto.

El plan con la paciente consiste: hospitalización y solicitar exámenes de laboratorio como glucosa, urea, creatinina, examen de orina y perfil de coagulación.

Al recibir los exámenes de laboratorio tenemos:

Hb 12.7

Examen de orina: leucocitos 12-25 x campo, hematíes mayor a 100

**c. Resolución de caso clínico.**

Confirmado el diagnóstico de aborto incompleto el tratamiento sería el AMEU. La paciente recibe las siguientes indicaciones:

- NPO x 6 horas.
- ClNa0.9% 1000cc+oxitocina 20UI ->0X gotas
- Ciprofloxacino 500mg c/12h VO
- Ibuprofeno 400mg VO c/8h

La paciente cursa sin molestias durante los 2 días de hospitalización.



Se le da el ata con cefuroxima 500mg VO c/12h x 5 d, Clindamicina 300mg VO c/8h x 5 d, Ibuprofeno 400mg VO c/ 8 h x 5 días

- **CASO CLÍNICO 3 DE GINECOLOGÍA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente mujer de 28 años que acude con TE: 24h caracterizado por dolor abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda (7/10), niega sangrado vaginal. Paciente no sabe si está gestando.

Antecedentes personales:

- Menarquia: 11 años
- Primera RS: 14 años
- MAC niega

Antecedente obstétrico:

- Antecedente G6P 3023
- FUR 20/02/21
- EG: 7ss por FUR (fecha de ultima regla)

Ex físico: T 37°C, PA: 90/60, FC: 82, FR 18

- Ex general AREG LOTEP
- Ex obstétrico:
  - Mamas: sin alteración
  - Abdomen B/D, RHA (+), dolor intenso a la palpación
  - GU no sangrado vaginal

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

Nos encontramos frente al caso de una paciente mujer en edad reproductiva, sin métodos anticonceptivos y con amenorrea por 7 semanas que presenta dolor de gran intensidad a nivel de fosa iliaca derecha. Por lo que se debe de plantear el diagnostico de un embarazo ectópico.

Un embarazo ectópico es aquel en el que la implantación se da en un

sitio diferente al endometrio como podría ser las trompas, el abdomen.

la decisión medica frente a esta situación viene a ser: programar a la paciente para SOP (sala de operaciones) de emergencia, solicitar exámenes auxiliares (g/u/c, hemograma completo, examen de orina, perfil de coagulación, serológicos, BHC -G), hidratación con CINA 0.9% 1000cc vía y antibiótico cefalexina 1g EV STAT

**c. Resolución de caso clínico.**

La paciente ingreso a SOP.

La BHCG dio positivo, hemoglobina preoperatoria en 12.2 g/dl.

Los hallazgos postoperatorios fueron los siguientes: embarazo ectópico confirmado más hemoperitoneo de 800cc. Embarazo en istmo derecho.

Posterior a la cirugía la paciente presenta una evolución favorable, exámenes de laboratorio sin alteraciones, hemodinamicamente estable.

Abd: B/D, RHA + dolor leve a palpación superficial y profunda, herida operatoria afrontada sin signos de flogosis y un hemograma control con hemoglobina en 8.6.

Segundo día de hospitalización, paciente cursa con evolución favorable, refiere mejoría, niega molestias, enfermería no reporta interurrencias, funciones vitales estables. Paciente sale de alta con indicaciones.

**- CASO CLÍNICO 4 DE GINECOLOGÍA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente mujer de 34 años que refiere leve dolor lumbar y en abdomen tipo contracción de manera esporádica. Percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

Antecedentes personales:

- Menarquia: 13 años
- MAC: anticonceptivos orales.

Antecedente obstétrico: G2 P 1001

- Gestación 1 cesárea por placenta previa. W: 3000 gr.
- Gestación actual de 38 semanas.

Ex físico: T 37°C, PA: 100/70, FC: 80, FR 18

- Examen general AREG, LOTEP
- Examen obstétrico:
  - Mamas: sin alteración
  - Abdomen grávido, blando depresible, AU:33 cm, SPP: LCI, LCF: 140X´,
  - GU: no sangrado vaginal

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

Existen antecedentes de importancia para la decisión de una cesárea de emergencia. En este caso nos encontramos frente al caso de una paciente gestante a término con antecedente de cesárea que está en pródromos de trabajo de parto.

**c. Resolución de caso clínico.**

La paciente ingreso a SOP.

Se le realizo una cesárea segmentaria transversa iterativa.

Hallazgos operatorios: un útero grávido conteniendo un recién nacido vivo de sexo femenino con un peso de 3200 gramos y talla de 50 cm, APGAR: 7 al primer minuto y 9 al 5 minuto.

Paciente pasó a hospitalización sin ninguna intercurencia posterior al parto.

## **1.4 Rotación de medicina interna**

Según el silabo de la USMP para el internado 2020 se buscó el desarrollo de principales unidades de aprendizaje como son: 1. 2. 3.

El desarrollo de estas unidades de aprendizaje fue de manera diaria y a continuación mencionaremos unos casos clínicos de ejemplo.

- **CASO CLÍNICO 1 DE MEDICINA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente adulto mayor de 80 años con antecedente de HTA, DM2. Acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 días caracterizado por fiebre, molestias urinarias (dolor, ardor al orinar) y orina de aspecto turbio y mal oliente. 3 horas antes del ingreso se agrega dolor abdominal de moderada intensidad, náuseas y vómitos y deposiciones líquidas en 8 oportunidades; así como alteración del estado de conciencia.

Examen físico:

Funciones vitales: PA: 70/40 mmHg, FC: 150 lpm, FR: 34 rpm. Sat O<sub>2</sub>: 78% (sin apoyo oxigenatorio), 91% (con apoyo oxigenatorio x mascara de reservorio a 6 litros x minuto)

Paciente en MEG, MEN, MEH. Piel y faneras: fría, palidez (++/+++). Tórax y Pulmón: MV pasa disminuido en ambos ápices, se auscultan roncales difusos. Abdomen: Blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio. Genitourinario: PRU superior y medio derecho e izquierdo (+). SNC: no LOTEPE.

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hb: 10.0 g/dl. Leucocitos: 19.18; plaquetas: 212
- Examen completo de orina: leucocitos: 20 x campo, hematíes: 5-8 x campo.

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

La evaluación de un paciente de medicina parte de la ectoscopia y las funciones vitales del paciente. En este caso nos encontramos frente a

un paciente en mal estado general que cursa con hipotensión, taquipnea, alteración del sensorio y fiebre.

En base al examen físico y la anamnesis podemos determinar que el paciente se encuentra en un estado de sepsis de punto de partida urinario con un SCORE QSOFA de > 2 puntos con una elevada mortalidad.

**c. Resolución de caso clínico.**

Pese a la instalación rápida de una vía endovenosa para su hidratación y el inicio de antibioticoterapia con ceftriaxona el paciente cursa de manera desfavorable falleciendo en las siguientes horas.

**- CASO CLÍNICO 2 DE MEDICINA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente varón de 17 años de edad, con antecedente de infección por COVID-19 hace 2 meses. Antecedente epidemiológico: proviene de una localidad con casos de dengue.


Refiere tener un tiempo de enfermedad de 3 días, presenta cefalea asociada a náuseas, vómitos además de fiebre. Niega tos y dolor de garganta.

Al examen físico: T: 39,5°. PA: 110/60, FC:109, SpO2:96%.

Paciente despierto, LOTEP, ventila espontáneamente, EG 15/15, no signos meníngeos.

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

En base a la clínica que presenta el paciente se plantean los siguientes diagnósticos: dengue sin señales de alarma,

Paciente recibe tratamiento con dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% (2 ampollas), ClK 20% (1 ampolla)  XXX gotas. ~~Clozapina~~ paracetamol y dimenhidrinato condicional a náuseas y vómitos.

Durante su hospitalización el paciente refiere continuar con la sensación de alza térmica, así como presencia de gingivorragia y rash persistente.

Sus exámenes de laboratorio muestran Ig M dengue: positivo.  
Leucocitopenia y plaquetopenia severa de 50 000

**c. Resolución de caso clínico.**

Se le comunica al paciente el diagnóstico y se le pide continuar con las indicaciones médicas. Pasadas las horas se realiza coordinación para realizar referencia a otro establecimiento.

**- CASO CLÍNICO 3 DE MEDICINA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente mujer de 27 años, refiere que desde hace 19 horas presentó picadura de abeja en cara con posterior aumento de volumen de la zona.

Al examen físico:

- Despierto, ventilando espontáneamente
- Piel y mucosas húmedas
- Cara: aumento de volumen, edema palpebral, eritema
- CV: RCR, BI, no soplos
- TyP: MV pasa bien en ACP, no estertores
- Abd: B/D, RHA (+), no doloroso, no VMG
- Neuro: Relacionado con el entorno, no signos meníngeos

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

Según la sintomatología nos encontraríamos frente a un paciente con el diagnóstico de urticaria alérgica recibiendo tratamiento con corticoides y antihistamínicos.

Pese al tratamiento al realizar la reevaluación se aprecia dificultad leve

área respirar, mayor edema peri orbitario y facial, dolor se incrementa, afebril, se decide hospitalización, riesgo de infección alta

**c. Resolución de caso clínico.**

Paciente es hospitalizado con los diagnósticos de:

1) celulitis periorbitaria y 2) angioedema.

Recibe tratamiento con antihistamínicos como hidrocortisona, clorfenamina y loratadina. Además de tratamiento antibiótico con ceftriaxona y clindamicina.

La evolución del paciente es favorable, con disminución del dolor e hinchazón motivo por el que se le da de alta al tercer día de tratamiento.

- **CASO CLÍNICO 4 DE MEDICINA.**

**a. Descripción del caso:**

Paciente mujer de 57 años, con antecedente de HTA en tratamiento, con dolor torácico opresivo en región precordial que se irradia a brazo izquierdo desde hace 16 horas, asociado a palidez, disnea palpitaciones náuseas y sensación de desvanecimiento.

Al examen físico:

- Despierto, ventilando espontáneamente
- Piel y mucosas húmedas
- CV: RCR, BI, no soplos
- TyP: MV pasa bien en ACP, no estertores
- Abd: B/D, RHA (+), no doloroso, no VMG
- Neuro: Relacionado con el entorno, no signos meníngeos

**b. Comentario e integración con conocimientos previos.**

Según la sintomatología y relacionándolo con los antecedentes de la paciente nos encontraríamos frente a un paciente con el diagnóstico presuntivo de dolor torácico por un IMA STNE.

Se le indica pase a hospitalización, se solicitan exámenes de laboratorio (troponina, CPK MB y prueba rápida COVID 19) además de

un EKG.

Al encontrarse en el EKG onda T negativa en D3 y AVF, se inicia tratamiento con isosorbide 5 mg 2 tabletas sublingual STAT, tramadol 100mg + metoclopramida 10mg y NaCl 0,9% 100cc EV STAT

**c. Resolución de caso clínico.**

Paciente es hospitalizado con los diagnósticos de IMA ST no elevado, HTA por historia clínica, obesidad, COVID IG G / IG M (22/03/21). Recibe tratamiento con NaCl 0,9% 1000cc 20 gotas por min, omeprazol 40mg 1 EV c/24h, tramadol 100mg + metoclopramida 10mg + NaCl 0,9% 100cc EV PRN dolor intenso, enoxaparina 75mg SC c/12h, AAS 100mg 1 VO c/24h, clopidogrel 65mg 1 VO c/24h, atorvastatina 40mg 2 Tab. VO c/24h, isosorbide 5 mg 1 Tab. sublingual PRN dolor torácico, losartan 50mg 1 Tab. VO cada 24h, captopril 25mg 1 Tab. VO sublingual PRN a una presión arterial mayor 140/90.

La evolución del paciente es favorable, se reciben resultados de troponina y CPK MB en descenso, sale de alta con indicaciones de AAS 100mg VO c/24h por 30 días, clopidogrel 75mg c/24h por 30 días, atorvastatina 80mg c/24h VO, isosorbide 10mg VO PRN dolor y losartan 30mg c/24 VO. Además de acudir a control por consultorio externo de cardiología y medicina interna.



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

El desarrollo del internado 2020 estuvo interrumpido por motivos de la pandemia por COVID-19.

Nosotros realizamos el internado en el hospital José Agurto Tello. Creado el 30 de diciembre de 1986, el cual se encuentra ubicado en: Jr. Arequipa No 214-218

Esta institución es un hospital de nivel II-2. Cuenta con 8 departamentos:

- Departamento de Medicina: con servicio de Medicina Interna
- Departamento de Cirugía: Servicio de Cirugía General y Cirugía especializada.
- Departamento de Pediatría: Servicio de Pediatría y neonatología.
- Departamento de Gineco-Obstetricia: servicios de Ginecología y Obstetricia Médica.
- Departamento de Emergencia y Cuidados críticos: servicio de Emergencia y Cuidados críticos.
- Departamento de Enfermería.
- Departamento de Apoyo al Diagnóstico: servicio de diagnóstico por imágenes y patología clínica y anatómica.
- Departamento de Apoyo al tratamiento.

Los pacientes atendidos en este hospital son referidos tal y como se observa en el capítulo anterior a hospitales de mayor complejidad, como vendrían a ser:

- El instituto Nacional de Salud del Niño.
- El hospital Hipólito Unanue.

Los pacientes que deben ser referidos son aquellos que necesitan una evaluación por especialistas en determinados temas, como por ejemplo especialistas en neurología pediátrica.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Para el desarrollo de habilidades, actitudes y destrezas en las actividades medico quirúrgicas se han realizado diversas actividades durante nuestro internado.

### **3.1 Cuestiones generales.**

- Dada la importancia del COVID- 19 y el uso del EPP hemos desarrollado un curso dictado por la OPS acerca del uso correcto de los equipos de protección para la atención de pacientes con COVID-19.
- La búsqueda bibliográfica de información relevante sobre los casos clínicos se dio mediante el uso de buscadores bibliográficos como SCIELO Perú, PUBMED y SCOPUS.
- Hemos recibido capacitaciones en búsqueda de información, así como el uso de los descriptores en ciencias de salud (DECS-BIREME) y el uso de términos Mesh para búsqueda de información.
- Dado que la capacidad de examinación de pacientes ha sido un poco limitada, hemos hecho uso de recursos audiovisuales en internet que nos brinden entrenamiento en el reconocimiento de sonidos pulmonares como vendrían a ser los crépitos, roncales y sibilantes.
- Durante este tiempo se ha hecho uso de diversas apps medicas que ayuden durante la visita médica como, por ejemplo:
  - o App “El peñita”: app encargada de apoyar con la dosificación de tratamientos en pediatría.

- App TG18: app que sirve para guiar sobre el manejo de pacientes con patologías de las vías biliares como vendrían a ser colecistitis y colangitis.
  - App “Gestograma”: app que de manera rápida brinda apoyo para el cálculo de la edad gestacional actual de la gestante y la Fecha probable de parto.
  - App “OB Wheel”: app utilizada en el ámbito de ginecología y obstetricia para calcular las fechas probables de parto en función a los resultados de las ecografías de control del primer, segundo o tercer trimestre. Además de determinar el ponderado fetal.
  - App “TerApp”: app medica que apoya en el diagnóstico de alteraciones de los gases arteriales.
- De manera general se ha mantenido el respeto en todo momento hacia los pacientes (estén conscientes o no). Guardando su privacidad al momento de la entrevista médica y al momento de discutir sus casos clínicos en las rondas medicas de cada especialidad.

### **3.2 Rotación de Pediatría.**

Tal y como esta mencionado en el syllabus del curso. Hemos realizado exposición de temas programados como: desnutrición, IRAS, EDAS, Infecciones en pediatría.

Hemos realizado talleres de hidratación.

Hemos realizado talleres de reanimación cardiopulmonar neonatal.

Hemos realizado revista de revista relacionados a los patologías vistas durante la visita médica.

En la parte personal hemos realizado también actividades que mejoren la salud mental de los pacientes como dinámicas de grupo.

Hemos realizados talleres de atención inmediata del recién nacido

### **3.3 Rotación de Cirugía.**

Hemos realizado actividades prácticas de los diversos nudos y suturas en piel de cerdo.

Hemos realizado exposiciones sobre los principales temas de cirugía general como: hernias, obstrucción intestinal, litiasis vesicular,

colecistitis aguda y crónica, apendicitis, hemorroides, fistulas perianales.

Hemos realizado también exposiciones acerca del manejo de fracturas y luxaciones, manejo de HPB, diagnóstico de principales patologías oculares como conjuntivitis, cuerpos extraños y glaucoma.

Hemos realizado maniobras de reposicionamiento de otolitos en el servicio de otorrinolaringología.

Hemos realizado exposiciones y discutido sobre las principales patologías de cirugía pediátrica como ano imperforado, atresias de esófago.

Hemos participado activamente en las guardias quirúrgicas realizando suturas simples a 1 y 2 planos.

#### **3.4 Rotación de Medicina Interna.**

Hemos preparado exposición de las principales patologías infecciosas y respiratorias como VIH/SIDA, TBC y COVID-19.

Hemos realizado presentaciones acerca del manejo y control de problemas crónicos como la HTA y DM2. Hemos expuesto acerca de manejo de urgencia y emergencia hipertensiva, así como de episodios de hiperglicemia e hipoglicemia.

Hemos realizado exposiciones acerca del diagnóstico y plan de trabajo frente a una hemorragia digestiva alta o baja.

Hemos discutido acerca de casos clínicos de infecciones Urinarias, Insuficiencia Renal Aguda y Crónica.

Hemos realizado talleres de las principales afecciones de la piel y como hacer su correcto diagnóstico.

Hemos realizado charlas y exposiciones acerca del manejo actualizado de las anemias como la anemia ferropénica y la megaloblástica.

#### **3.5 Rotación de Ginecobstetricia.**

- Hemos realizado presentación de casos clínicos acerca de hemorragia obstétrica de la primero o segunda mitad del embarazo.

- Hemos expuesto acerca del manejo de las principales complicaciones del embarazo como la RPM, hiperémesis gravídica, HELLP, incompatibilidad ABO.
- Hemos realizado charlas sobre cáncer de mama, cáncer de cérvix.
- Hemos realizado talleres de atención de parto.
- Hemos realizado atenciones de parto acompañados de nuestros tutores.
- Hemos realizado procedimientos como episiorrafias en caso de que hayan sido necesarias.
- Hemos realizado apoyo en los controles prenatales.

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

La experiencia del internado médico 2020 ha sido única dado el contexto de la emergencia sanitaria.

### **A nivel general:**

- Existieron deficiencias en la adecuación oportuna del EPP para los internos durante las rotaciones.
- La gestión de las referencias era muy complicada dado que no se tenía disponibilidad de camas UCI.
- Existe temor por volver a casa y contagiar a los familiares. Esto ha influido en toma de decisiones como mudarse de casa.
- Los horarios pasaron de ser de casi 48 horas seguidas a tener un horario de 150 horas al mes.
- Los casos eran mucho más variados.
- Hemos recibido la vacunación contra el COVID-19.

### **Medicina:**

- Es un servicio con gran afluencia de pacientes donde se aplicó los conocimientos previos siempre bajo la supervisión de un médico asistencial.
- Hubo una disminución de pacientes durante el inicio de la pandemia que luego fue regularizándose hasta estar a niveles pre-pandemia.

- El desempeño de cada interno se dio con responsabilidad y tomando en consideración la existencia de muchos pacientes asintomáticas. En este aspecto tomo mayor importancia los conocimientos y aplicación de principios de bioseguridad antes, durante y después de la entrevista a los pacientes.

### **Pediatría:**

- Por motivos de la pandemia hubo una disminución muy marcada de la cantidad de pacientes.
- Pese a esto, se aprovechó al máximo el manejo de las emergencias y urgencias que llegaron a el hospital. Principalmente las infecciones respiratorias, las EDAS, urticarias y celulitis.
- La atención inmediata de recién nacido ha sido desarrollada de la mejor manera permitiendo un desarrollo profesional muy provechoso para cada uno de los internos.

### **Ginecología y obstetricia.**

- Se logró cumplir con el objetivo de observar y apoyar en la atención del parto a las gestantes.
- La capacidad de atención también fue limitada por la pandemia. En este hospital se atendía a las gestantes con previa prueba rápida negativa (a inicios de pandemia) y prueba antígeno negativa (últimamente).
- Se atendió las necesidades de muchas gestantes que no contaban con ningún control prenatal. Esto es enriquecedor en el sentido de que prepara al interno frente a posibles escenarios que pueda ver en su SERUMS.



**CIRUGIA:**

- Se cumplió con la atención en emergencia de pacientes que requieran sutura de heridas.
- Se apoyo en sala de operaciones en las cirugías programadas.

## **CONCLUSIONES**

El internado constituyó un ambiente en el que se pudo adquirir las capacidades y destrezas necesarias para el ejercicio posterior de la medicina y el dominio de las principales patologías de nuestro medio.

La pandemia por COVID-19 influyó de manera sustancial en la capacidad de los internos de medicina para poder interactuar con los pacientes, realizar procedimientos.

La seguridad de los internos se vio comprometida a causa de la pandemia por COVID-19.

El uso de alternativas como la tecnología apoyó a los internos en la toma de decisiones. Además de que los mantiene actualizados en la terapéutica de las principales patologías.

## RECOMENDACIONES

Se tiene que realizar una adecuación del internado medico frente a la pandemia del covid-19 como por ejemplo regularizar los deberes y derechos de los internos, establecer su horarios y lugar de labores.

Se tiene que establecer métodos de aprendizaje y adquisición de habilidades en cirugía, medicina, pediatría o ginecología y obstetricia que involucren el uso de tecnologías para aprender diversos procedimientos como, por ejemplo: atención del parto, realización de RCP.

Se debe de asegurar el EPP para los internos de medicina dado que también forman parte de la primera línea contra la pandemia.

Se debe de mejorar la capacitación de los internos en búsqueda de información y uso de guías de práctica clínica para la toma de decisiones en medicina.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014 . Vol. 33, Acta Médica Peruana . scielo ; 2016. p. 105–10.
2. Tapia Villanueva RM, Núñez Tapia RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano . Vol. 21, Educación Médica Superior . scielocu ; 2007. p. 0.
3. Júnior EA, Peixoto AB, Zamarian ACP, Júnior JE, Tonni G. Macrosomia. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017;38:83–96.
4. GARCÍA B C. Caso clínico-radiológico . Vol. 75, Revista chilena de pediatría . scielocl ; 2004. p. 163–5.
5. Hoberman A, Charron M, Hickey RW, Baskin M, Kearney DH, Wald ER. Imaging studies after a first febrile urinary tract infection in young children. N Engl J Med. enero de 2003;348(3):195–202.
6. Edlin RS, Shapiro DJ, Hersh AL, Copp HL. Antibiotic resistance patterns of outpatient pediatric urinary tract infections. J Urol. julio de 2013;190(1):222–7.
7. Rihkanen H, Rönkkö E, Nieminen T, Komsu K-L, Rätty R, Saxen H, et al. Respiratory viruses in laryngeal croup of young children. J Pediatr. mayo de 2008;152(5):661–5.
8. Generales I. sillabus criugia general 2020-usmp. 2020.

9. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Trujillo-Bracamontes FS, Ríos-Beltrán J del C, Sánchez-Cuén JA, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir Gen. 2017;39(4):203–8.

## TABLAS Y FIGURAS

**Figura 1. Radiografía anteroposterior de recién nacida macrosómica 3**

## ANEXO

### Anexo N°1

#### Westley croup severity score

Clinical feature	Assigned score	Score	Severity	Description	Management
Level of consciousness	Normal, including sleep = 0 Disoriented = 5	≤2	Mild	Occasional barking cough, no stridor at rest, mild or no retractions	Home treatment: Symptomatic care including antipyretics, mist, and oral fluids  Outpatient treatment: Single dose of oral dexamethasone* 0.15 to 0.6 mg/kg (maximum 16 mg) or oral prednisolone (1 mg/kg)
Cyanosis	None = 0 With agitation = 4 At rest = 5				
Stridor	None = 0 With agitation = 1 At rest = 2				
Air entry	Normal = 0 Decreased = 1 Markedly decreased = 2				
Retractions	None = 0 Mild = 1 Moderate = 2 Severe = 3				
		3 to 7	Moderate	Frequent barking cough, stridor at rest, and mild to moderate retractions, but no or little distress or agitation	Single dose of oral dexamethasone 0.6 mg/kg (maximum 16 mg)*  Nebulized epinephrine*  Hospitalization is generally not needed, but may be warranted for persistent or worsening symptoms after treatment with glucocorticoid and nebulized epinephrine
		8 to 11	Severe	Frequent barking cough, stridor at rest, marked retractions, significant distress and agitation	Single dose of oral/IM/IV dexamethasone 0.6 mg/kg (maximum 16 mg)*  Repeated doses of nebulized epinephrine* may be needed  Inpatient admission is generally required unless marked improvement occurs after treatment with glucocorticoid and nebulized epinephrine
		≥12	Impending respiratory failure	Depressed level of consciousness, stridor at rest, severe retractions, poor air entry, cyanosis or pallor	Single dose of IM/IV dexamethasone 0.6 mg/kg (maximum 16 mg)  Repeated doses of nebulized epinephrine* may be needed  Intensive care unit admission is generally required  Consultation with anesthesiologist or ENT surgeon may be warranted to arrange for intubation in a controlled setting