



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA Y CASOS CLÍNICOS DURANTE EL
INTERNADO MÉDICO 2020 – 2021 EN EL HOSPITAL DE SAN
JUAN DE LURIGANCHO**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BRYAN FERNANDO ORTIZ QUISPE

ANA-LUCIA DEL CARMEN URQUIZA DIAZ

ASESOR

DR. HENRY GUIJA GUERRA

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA Y CASOS CLÍNICOS DURANTE EL
INTERNADO MÉDICO 2020 – 2021 EN EL HOSPITAL DE SAN
JUAN DE LURIGANCHO**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
BRYAN FERNANDO ORTIZ QUISPE
ANA-LUCIA DEL CARMEN URQUIZA DIAZ**

**ASESOR
DR. HENRY GUIJA GUERRA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Parhuana Bando, Alejandra.

Miembro: M.E. Cubas Vásquez, Víctor Emilio.

Miembro: M.E. Silva Romero, Ramón Romel.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Pediatría y Neonatología	1
1.2 Rotación de Medicina Interna	6
1.3 Rotación en Cirugía y Traumatología	11
1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	16
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	23
2.1 Hospital San Juan de Lurigancho	23
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	27
3.1 Rotación de Pediatría y Neonatología	27
3.2 Rotación de Medicina Interna	29
3.3 Rotación en Cirugía y Traumatología	32
3.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	35
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	38
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	44
ANEXOS	47
1. Anexo 1: Software “SISGALEM”	48

RESUMEN

El internado en salud forma parte del último año de carrera, donde se deben adquirir la mayor cantidad de conocimiento práctico y teórico, que servirán para el desempeño del futuro médico. Asimismo, debido a la emergencia sanitaria y las medidas tomadas por el gobierno, este trabajo pretende describir la experiencia del internado médico en el Hospital II-2 de San Juan de Lurigancho, durante la pandemia por COVID-19, desde enero del 2020 hasta abril del 2021. Para ello se exponen dieciséis casos clínicos, cuatro por cada servicio donde se realizaron las rotaciones (Pediatría y Neonatología, Medicina Interna, Cirugía General, y Ginecología y Obstetricia). Los casos clínicos fueron seleccionados por conveniencia de los autores. Se expone todo el estudio del caso desde el ingreso, la hospitalización y el egreso, acompañado de la descripción del peticionario de exámenes de laboratorio o de imagen. Se espera que este trabajo sirva de guía a la promoción 2021 al momento de elegir sus sedes de internado en el contexto de pandemia y servir de base para futuras discusiones sobre las condiciones de trabajo de los internos de medicina.

ABSTRACT

The health internship is part of the last year of the degree, where the greatest amount of practical knowledge must be acquired to later develop as professionals, to evoke all the theoretical knowledge to have a guide on how to proceed during the work. This work presents the experiences during the 2020 medical internship at the "Hospital de San Juan de Lurigancho" (Level II - 2), located in the district of the same name, in the department of Lima; showing sixteen clinical cases, four for each service where the rotations were carried out, these are Pediatrics and Neonatology, Internal Medicine, General Surgery, and Gynecology and Obstetrics. The clinical cases were selected for the authors' convenience to show how their contact with the patients was from the first meeting, where The admission, the anamnesis, the physical examination and the history are reported; then the description of the request for diagnostic support tests that can be both laboratory or imaging that are available in the hospital; guided by the doctors, the intern must give their diagnostic impressions demonstrating the ability to join syndromes or patterns of each pathology; finally, it talks about the management of each case, which That was done by comparing it with literature. Due to the health emergency, the internship hours changed, reducing participation in hospitals, so opportunities should be taken to meet a greater number of patients, without neglecting biosecurity. Finally, this project serves as a guide to the promotion of 2021 and encourages them to continue and thus reduce the lack of health personnel.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de San Juan de Lurigancho, ubicado en el distrito del mismo nombre, exactamente en el paradero 10 de la Avenida Canto Grande, es un establecimiento de nivel II-2, mediante RD N.º 004-2010-DISA-IVLE-DG-DESP-OAJ (1). Cuenta con más de 1 000m² de espacio, siendo considerado el hospital más grande del MINSA del distrito, ya que el nosocomio tiene una capacidad para más de 100 000 habitantes, y una demanda de más de 1 millón de habitantes. Asimismo, brinda atención las 24 horas en las diferentes especialidades como Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Pediatría y Neonatología, Ginecología y Obstetricia (2).

Los estudiantes de medicina en su último año de carrera tienen la oportunidad de culminar su formación en diferentes centros de salud y/u hospitales, con el objetivo de consolidar el aprendizaje teórico y práctico, forjando a su vez, las capacidades sociales que implica el contacto directo con los pacientes. En ese contexto, dado su nivel de categorización, este nosocomio fue elegido para la capacitación profesional del internado médico durante el año 2020. De acuerdo con el reglamento de este establecimiento, el internado se define como: “la última fase de la etapa curricular de los estudios a nivel de pregrado y se realiza en centros asistenciales pertenecientes al sector salud” (3).

Por otro lado, se estima que aproximadamente desde el siglo XIX en países del continente europeo como Alemania, Francia e Inglaterra, comenzó la

enseñanza en los centros de salud de diferentes niveles de capacidad resolutive, y posteriormente este sistema de educación, fue implementado en los Estados Unidos para la formación de sus futuros médicos (4). En el Perú, no se tiene un registro exacto sobre el inicio de esta metodología. No obstante, en el año de 1983 se promulga la ley universitaria, donde en el capítulo VI, hace referencia a los estudiantes y que estos tienen el derecho de “recibir una formación académica y profesional en un área determinada libremente escogida” (5).

No obstante, con el transcurso de los años el internado médico ha pasado a formar parte del plan de estudio de todas las facultades de medicina en el país. Pese a ello, dicha práctica tuvo que cambiar de manera abrupta debido a la pandemia del virus SARS-COV2. De esta manera, mediante el Decreto Supremo N°090-2020, en su artículo 3, con el objetivo de cerrar la brecha de recursos humanos en salud, se determina contratar a los internos de salud en los diferentes establecimientos públicos del Ministerio de Salud (4), con un cambio en el horario, labores y beneficios; pero, lastimosamente hasta el día de hoy no todos se cumplen (6).

El trabajo se realizará en un periodo estimado de 5 días, por las fechas impuestas para la aprobación del trabajo por el consejo universitario y la oficina de grados y títulos. Se cuenta con los recursos humanos para la ejecución del trabajo, contando el apoyo de diferente personal que labora en el hospital. Es un proyecto autofinanciado y también se dispondrá de un asesor proporcionado por la universidad para la revisión del trabajo. Además, no existen expectativas de tener problemas éticos al momento de la realización del trabajo.

Planteamiento del problema

La pandemia de la COVID-19 ha significado la modificación del estilo de vida para pasar convivir en lo que se ha determinado “una nueva normalidad”. En ese marco, el internado médico no ha sido ajeno y se ha visto afecto por las

diferentes disposiciones emitidas por el gobierno para la contención de la pandemia. Hasta la fecha, no existe evidencia objetiva que haya medido, descrito o evidenciado el impacto de la pandemia sobre la formación de médicos internos. De esta manera, la narración y análisis de la experiencia de los internos de la promoción 2020, posiblemente sea una adecuada fuente de información para comparar la formación médica del último año de pregrado durante la época pre-pandemia respecto a la situación actual por el COVID-19.

Objetivos

Describir la experiencia del internado médico en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante la pandemia por COVID-19, desde enero del 2020 hasta abril del 2021.

Alcance

El presente trabajo servirá a los próximos estudiantes que decidan aceptar una plaza en esta sede docente, al describir cómo fueron las labores en los diferentes servicios de Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna del internado médico, durante la época de pandemia, en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Limitaciones

Dificultad del seguimiento específico de pacientes por falta de conocimiento de datos personales.

Confiablez de los datos por virtualización de historias clínicas, provocando dudas acerca de generalizar los casos en la población general

Tiempo ajustado entre la publicación de las bases para la realización del trabajo de suficiencia profesional y la fecha límite de entrega establecida por la universidad.

Justificación

El siguiente trabajo es importante porque se dará a conocer una perspectiva del internado médico en época pre y post cuarentena en una sede nivel II-2. La nueva evidencia que se obtendrá servirá como referencia o línea base respecto a los procedimientos, experiencias, metodologías, etc., usados en el hospital, para promociones futuras. Asimismo, podrá exponer de manera descriptiva las diferencias problemáticas que se generan durante el curso del internado médico y que posiblemente se hayan exacerbado por la pandemia de la COVID-19. Ello podría generar nueva evidencia para sugerir cambios en los servicios, con el objetivo de mejorar las condiciones del ejercicio del internado.

Por otro lado, el presente trabajo podrá exponer las diferentes características del desarrollo del internado específicamente en el Hospital de San Juan de Lurigancho y con ello se podrá incentivar a otras promociones a conocer esta sede. De esta manera, se podrá aumentar el número estudiantes con elecciones seguras y no motivadas por el “método de descartes”. Además, la pandemia de la COVID-19 ha suscitado una carencia importante de personal de salud en los hospitales, ya sea por ser personal con factores de riesgo, contagio o fallecimiento. De esta manera, exponer que el internado médico puede desarrollarse adecuadamente en establecimientos de menor categoría, diferente a los hospitales conocidos, podría disminuir la brecha de recursos humanos en salud, generada por la pandemia.

Asimismo, mediante este trabajo se podrá realizar un análisis retrospectivo de toda la labor hecha durante el internado, para evaluar tanto fortalezas como debilidades de este. Con esta información el jefe del internado de la Universidad San Martín de Porres podrá conocer la situación en las diferentes

sedes docentes, lo que beneficiaría la toma de decisiones. De esta manera, los beneficios tanto para la universidad como para los estudiantes serán rentables.

Los resultados se utilizarán para incentivar a los internos de medicina 2021 a cursar con entusiasmo su último año de estudio y despejar la mayor cantidad de dudas que presenten. La información en el presente trabajo podrá ser de acceso gratuito para el público en general, pero con cierta preferencia a las nuevas promociones a través de grupos en redes sociales, también se entregará la información a la Unidad de Docencia del hospital para que puedan facilitar a los internos que adjudiquen una plaza en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Aunque el internado ha significado una práctica común, como requisito en el plan de estudios de Medicina Humana, en el contexto reciente de la pandemia, aún no hay evidencia objetiva que evalúe el trabajo de los internos durante la emergencia sanitaria. Con este trabajo, los futuros aspirantes podrán tomar decisiones mejor fundadas al momento de elegir una sede y podrán conocer las medidas de protección personal para evitar el contagio por el SARS-CoV-2 durante el internado.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Tomando como referencia el silabo distribuido a cada interno de medicina de la Facultad de Medicina Humana de la USMP, el estudiante de pregrado durante esta etapa formativa debe alcanzar logros tanto en el conocimiento teórico como práctico, la adquisición de nuevas aptitudes para el diagnóstico, prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de las patologías más importantes en cada uno de los servicios. Ello se debe a que la finalidad de del internado médico, es lograr afianzar los conocimientos teóricos y ponerlos en práctica al estar ante un caso antes visto teóricamente.

En los siguientes párrafos se expondrán diferentes casos clínicos, vistos en las diferentes especialidades, relatando cómo fue su ingreso y la evolución de la enfermedad, con comentarios sobre cómo se llevó a cabo, las limitaciones del personal de salud, y qué cosas podrían mejorar como sector salud.

1.1 Rotación de Pediatría y Neonatología

Caso clínico 1.1.1

Recién nacida de parto espontáneo, presentación cefálica, sin sufrimiento fetal en sala de partos, no antecedente de ruptura prematura de membranas. Líquido amniótico normal, al igual que el cordón umbilical y placenta.

De sexo femenino con un peso de 3560 gramos, talla de 52 centímetros, perímetro cefálico de 34 centímetros y perímetro torácico de 30 centímetros, nace con un índice de APGAR de 8-9-9 al minuto, 5 minutos y 10 minutos, se calcula una edad gestacional de 38 semanas por score de Capurro, no se necesitó realizar maniobras de reanimación, por lo que pasa a contacto piel a piel por una hora.

Pasada la hora se procede al examen físico, de aparente buen estado general, piel sonrosada, pabellones auriculares formados completamente, leve deformidad en zona de vertex, blanda que no está limitada por suturas; no evidencia fractura de clavícula, amplexación de tórax simétrico, no distrés respiratorio con una frecuencia respiratoria de 40 ventilaciones por minuto; frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, soplos no audibles; abdomen ligeramente distendido, blando, depresible; genitales femeninos y ano permeable; moviliza las 4 extremidades simétricamente; no aparenta anomalías congénitas.

Al nacimiento con el diagnóstico de recién nacido a término de 38 semanas, adecuado para edad gestacional y caput succedaneum, pasa a alojamiento conjunto.

Neonato que, en el momento de la visita médica con un tiempo de vida extrauterina de 12 horas, madre refiere que su hija presenta una coloración amarilla hasta tórax. Al examen físico con funciones vitales en valores normales:

- Piel y mucosas: piel tibia, elástica, hidratada, se evidencia ictericia en escleras y piel hasta región intermamilar, mucosas húmedas.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

- Abdomen: blando, depresible, base de cordón umbilical sin signos de flogosis, no excavado.
- Genitourinario: genitales sin alteraciones
- Locomotor: barlow y ortolani negativos
- Neurológico: activo, reactivo, con reflejos conservados

Se solicitó exámenes de laboratorio: grupo y factor, hemograma completo y RPR; los cuales muestran que el RN es de grupo A-, siendo la madre O-, hemograma con hemoglobina de 11.3 mg/dl, hematocrito de 33.9%, resto de valores normales, RPR negativo.

Caso clínico 1.1.2

Recién nacido de parto prolongado, presentación cefálica, sin sufrimiento fetal en sala de partos, no antecedente de ruptura prematura de membranas. Líquido amniótico normal, al igual que el cordón umbilical y placenta. Ante la prolongación del parto se realiza técnica de Kristeller.

De sexo masculino con un peso de 3900 gramos, talla de 53 centímetros, perímetro cefálico de 33 centímetros y perímetro torácico de 31 centímetros, nace con un índice de APGAR de 8-8-9 al minuto, 5 minutos y 10 minutos, se calcula una edad gestacional de 37 semanas por score de Capurro somático, no se necesitó realizar maniobras de reanimación, por lo que pasa a contacto piel a piel por una hora.

Pasada la hora se procede al examen físico, de aparente buen estado general, piel sonrosada, pabellones auriculares formados completamente, leve deformidad en cráneo a la ectoscopia, blanda que no está limitada por suturas; aparenta deformidad en clavícula derecha, amplexación de tórax simétrico, no distrés respiratorio con una frecuencia respiratoria de 40 ventilaciones por minuto; frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, soplos no audibles; abdomen ligeramente distendido, blando, depresible; genitales femeninos y ano permeable; limitación para mover brazo derecho, aparente hipotonía de miembro afectado; no aparenta anomalías congénitas.

Al nacimiento con el diagnóstico de recién nacido a término de 37 semanas, adecuado para edad gestacional, caput succedaneum y descarte de fractura

de clavícula, por lo que se ordena radiografía de clavícula derecha y pasa a alojamiento conjunto.

A la madre se le explica las complicaciones durante el momento del parto y aparenta entenderlo, niega otros detalles que le llamen la atención a parte de la afectación del miembro superior.

Al examen físico con funciones vitales en valores normales:

- Piel y mucosas: piel tibia, elástica, hidratada, no cianosis, mucosas húmedas.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, base de cordón umbilical sin signos de flogosis, ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: genitales sin alteraciones.
- Locomotor: barlow y ortolani negativos, movimientos de miembro superior asimétricos.
- Neurológico: activo, reactivo, moro asimétrico, otros reflejos conservados.

Se observa en placa radiográfica un trazo de fractura en tercio medio de clavícula derecha. El resto de los exámenes de rutina sin alteraciones.

Caso clínico 1.1.3

En el servicio de emergencia de pediatría ingresa un menor de 1 año de edad, traído por la madre que refiere que su hijo lleva desde hace tres días antes con temperatura cuantificada por termómetro de 39 grados centígrados y al cuarto día desaparece la fiebre, pero aparecen “granitos por todo el cuerpo” siendo este el motivo principal de la consulta. En antecedentes cuenta la mamá que un par de días antes de la fiebre el menor comienza con un cuadro semejante de rinofaringitis aguda. Niega reacciones alérgicas a medicamentos.

Al examen físico: FC 100x', FR 26x', PA 100/70, T°: 37.1°C.

- Piel y mucosas: se evidencia un exantema morbiliforme maculopapular rosado, caliente, elástica, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos; mucosas húmedas.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no aparenta dolor a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: diferido.
- Locomotor: sin alteraciones.
- Neurológico: activo, reactivo, no signos meníngeos.

Se solicita exámenes de laboratorio donde el paciente tiene valores de leucopenia con predominio linfocitario.

Caso clínico 1.1.4

Paciente varón de 7 años de edad que acude al hospital acompañado de la mamá por enfermedad respiratoria, al consular el motivo de consulta refiere que su hijo desde el día de ayer saliendo del colegio presenta sensación de alza térmica, acompañada de una clínica florida como tos productiva, cefalea, dolor de garganta, rinorrea y masas en región cervical. Niega antecedentes patológicos, niega reacciones alérgicas a medicamentos.

Al examen físico: FC 110x', FR 26x', PA 110/70, T°: 38.6°C.

- Piel y mucosas: caliente, elástica, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos, se palpan adenopatías dolorosas en región cervical de 1cm x 1cm; mucosas húmedas, placas exudativas, congestivas en faringe, petequias en paladar blando.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no aparenta dolor a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: diferido.

- Locomotor: sin alteraciones.
- Neurológico: Glasgow 15/15, lúcido, orientado en tiempo y persona, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y acomodación.

El asistente de turno solicita una radiografía de tórax y un hemograma completo para su posterior reevaluación.

Cuando regresa paciente con resultados, en tórax no se observa compromiso alveolar o algún patrón patológico, su hemograma con leucocitos en su valor normal máximo, no abastados, resto de examen normal.

1.2 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 1.2.1

Paciente mujer de 70 años de edad, es traída por su hija, en silla de ruedas a la emergencia por que refiere que su madre se encuentra hablando incoherencias, no sabe exactamente desde cuándo comenzó con este cuadro, menciona que en la mañana antes de salir al trabajo conversó con la paciente y se encontraba lucida, al regresar de sus labores en la tarde encuentra a su mamá descansando en el sillón de su habitación, al intentar saludarla esta comenzó con un cuadro de confusión, acompañada de irritabilidad. Probablemente un tiempo de enfermedad de 4 horas; en los antecedentes patológicos acompañante refiere que la paciente fue diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 hace 3 años con tratamiento regular de metformina 3 veces al día y glibenclamida en ayunas, hipertensión diagnosticada hace 3 años también con medicación de losartán 1 veces al día; niega reacciones alérgicas medicamentosas; 1 cirugía previa por apendicitis aguda hace 20 años.

Al examen físico: FC 102x', FR 24x', PA 160/100, T°: 37.6°C.

- General: paciente en aparente regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado nutricional
- Piel y mucosas: tibia, elástica, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundas; mucosas húmedas, faltan algunas piezas dentarias.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso; ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo conservado, se evidencia cicatriz en cuadrante inferior derecho por apendicectomía.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Locomotor: debilidad generalizada de miembros superiores e inferiores.
- Neurológico: confusa, leve depresión del sensorio, Glasgow de 12/15, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y acomodación, desorientada solo en tiempo.

El asistente de turno recomienda a la hija que compre caramelos o dé de comer a la paciente gaseosa de manera inmediata y manda orden de laboratorio para realizar los exámenes de hemograma completo, urea, creatinina, análisis de gases arteriales y electrolitos.

Caso clínico 1.2.2

Paciente varón de 62 años de edad que vive con sus 5 hijos en un espacio reducido ingresa acompañado de su hija que refiere que desde hace 3 días el paciente sale de casa según comentan vecinos y regresa al día siguiente en aparente estado etílico, ayer en la noche es encontrado en la calle por efectivo policial y es trasladado a su casa, el día de hoy en la mañana presenta lipotimia, malestar general, disminución de fuerza de extremidades por lo que lo trae a la emergencia. Cuando se le pregunta al paciente por alguna otra molestia refiere que desde hace dos semanas presenta tos hemoptoica, emetizante, sensación de alza térmica, dolor en pecho, escalofríos, fatiga, sudoración a predominio nocturno, pérdida de apetito, disminución de peso

notable. No antecedentes quirúrgicos de importancia, niega reacciones adversas medicamentosas, niega patologías de importancia.

Al examen físico: FC 143x', FR 24x', PA 140/90, T°: 38.7°C.

- General: mal estado general, mal estado de nutrición e hidratación.
- Piel y mucosas: palidez, fría, húmeda, elástica, llenado capilar mayor a 2 segundos.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Respiratorio: murmullo vesicular poco audible en ápices pulmonares, subcrépitos en base pulmonar derecha, doloroso a la palpación en hemitórax derecho.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Locomotor: moviliza cuatro extremidades, debilidad leve en miembros inferiores, camina con apoyo de familiar.
- Neurológico: paciente despierto, colaborador al momento de la evaluación, no signos meníngeos, ni signos de focalización.

Se solicita, hemoglucotest, hemograma completo, perfil hepático, urea, creatinina, radiografía de tórax y prueba antigénica de COVID19.

Prueba antigénica para COVID19 se encuentra agotado en el hospital al momento, hemograma muestra una anemia de tipo normocrómica – normocítica, leucocitosis de 22000 con 02% de bastonados; en perfil hepático evidencia aumento de las transaminasas hepáticas (TGO – TGP); hemoglucotest de 75 mg/dl y en radiografía de tórax se ve consolidación en parénquima pulmonar del lóbulo superior derecho y pequeños patrones parcheados en base de pulmón del mismo lado.

Caso clínico 1.2.3

Paciente varón de 59 años ingresa a la emergencia por presentar vómitos hace dos días de color rojizo acompañado de dolor tipo urente en epigastrio que calma con el consumo de alimentos, siendo este el principal motivo de consulta. Acude recién el día de hoy por creer que sería una molestia que se

auto limitaría, también cuenta que hizo deposiciones oscuras pero que no llamaron su atención, refiere sentirse agotado, que se fatiga con más facilidad, mareos al realizar sus tareas diarias (bañarse, vestirse, etc.) y percepción de baja de peso. Durante la anamnesis presenta náuseas y personal técnico le proporciona un lavatorio donde se constatan vómitos con sangre. Relata estar automedicándose desde hace una semana por un dolor en rodilla izquierda, no recuerda el nombre del analgésico, niega reacción alérgica a medicamentos, niega cirugías previas.

Al examen físico: FC 139x', FR 25x', PA 90/60, T°: 37.7°C.

- General: mal estado general, mal estado nutricional
- Piel y mucosas: palidez marcada, fría, elástica, seca, llenado capilar más de 2 segundos; mucosas húmedas, pálidas.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio; ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-)
- Locomotor: moviliza 4 extremidades, dolor a la flexión de rodilla izquierda.
- Neurológico: Glasgow 15/15; lucido, orientado en tiempo y persona; pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y acomodación; paciente despierto, colaborador al momento de la evaluación, no signos meníngeos, ni signos de focalización.

Se solicita hemograma control, pruebas cruzadas, reacción inflamatoria en heces, radiografía de tórax, BK en esputo, marcadores tumorales, urea, creatinina y perfil de coagulación. Al mismo tiempo se realiza interconsulta con banco de sangre para saber si tiene paquetes globulares disponibles, interconsulta con gastroenterología para la posibilidad de una endoscopia y finalmente con el servicio de traumatología para evaluar dolor en rodilla.

Resultados de hemograma demuestra una hemoglobina de 6.5 mg/dl, no leucocitosis, no plaquetopenia; en la reacción inflamatoria de heces muestra hematíes de 4-5 por campo, a la espera de resultado de marcador tumoral CEA y C7.4; radiografía de tórax sin alteraciones; perfil de coagulación dentro de los valores normales.

Caso clínico 1.2.4

Paciente varón de 45 años de edad que ingresa por dolor, presencia de úlcera y ampollas hasta tercio medio de pierna y cambio de coloración en pie izquierdo, síntomas que acompañan son fiebre y malestar general, niega otras molestias específicas; como antecedentes patológicos, fue diagnosticado de diabetes hace 5 años, refiere que lleva un tratamiento irregular porque “no le gusta tomar pastillas”, dejó tratamiento de metformina con glibenclamida hace 6 meses porque se sentía mejor, niega otras patologías de importancia, niega cirugías previas, niega reacciones alérgicas a medicamentos.

Al examen físico: FC 100x', FR 22x', PA 100/60, T°: 38.9°C.

- General: regular estado general, regular estado nutricional.
- Piel y mucosas: palidez discreta, tibia, elástica, húmeda, llenado capilar menor de 2 segundos; mucosas húmedas, pálidas.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda; ruidos hidroaéreos presentes.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-).
- Locomotor: moviliza 4 extremidades, dolor en pie izquierdo, incapacidad de flexionar segundo, tercer, cuarto y quinto dedo de dicho pie, a la palpación de miembro se percibe crepitaciones, pulso pedio ausente, pulso poplíteo perceptible.
- Neurológico: Glasgow 15/15; lúcido, orientado en tiempo y persona; pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y acomodación; paciente

despierto, colaborador al momento de la evaluación, no signos meníngeos, ni signos de focalización.

Se le pide urea, creatinina, hemograma completo, análisis de gases arteriales con electrolitos, eco Doppler arterial de pierna izquierda, hemoglucotest, finalmente interconsulta con traumatología para evaluación por su servicio.

En el hemograma se evidencia hemoglobina de 5.9 con leucocitosis con 5% de bastonados, plaquetas en valor normal mínimo; en AGA se observa una alcalosis respiratoria con hiperkalemia leve, el eco Doppler arterial informa compromiso de circulación de pie hasta nivel de rodilla. Traumatología responde que se debe proceder con amputación supracondílea, pero primero mejorar la hemoglobina antes de entrar a sala operatoria.

1.3 Rotación en Cirugía y Traumatología

Caso clínico 1.3.1

Paciente varón de 30 años, que acude a emergencia, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 6 horas, refiriendo que la noche anterior presentó dolor en epigastrio, que con las horas migró a la fosa ilíaca derecha, a este síntoma se le agrega anorexia, náuseas y vómitos, y antes de acudir al nosocomio presentaba sensación de alza térmica no cuantificada. Antecedentes: ninguno de importancia, y sin alergias de cualquier tipo.

Al examen físico: FC: 88x' FR:22x' PA: 120/90 T: 38.1

- Piel y mucosas: piel caliente, elástica, húmeda, con llenado capilar < 2", no presentaba palidez
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos

- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación, localizado en fosa iliaca derecha, signo de Blumberg (+), signo de Rovsing (+), no signos peritoneales
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Punto renoureteral (-)
- Neurológico: orientado en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15

Después de la evaluación, se le solicitan exámenes complementarios como: hemograma completo, pruebas serológicas (VIH y Hepatitis B), proteína C reactiva tipo cuantitativa, examen de orina, urea, creatinina, un electrocardiograma y ecografía abdominal; y como el diagnóstico mayormente es clínico, por eso casi siempre se solicitan pruebas de laboratorio que sirven como exámenes pre quirúrgicos para que luego sea evaluado por el área de Medicina Interna, y para que el paciente pueda tolerar el dolor, se le indica un Tramadol 50 mg subcutáneo.

Resultados:

- Hemograma: hemoglobina 12.3, hematocrito 37%, leucocitos 16 000, plaquetas 205 000, segmentados 81%, linfocitos 21%
- Proteína C reactiva: (+) 76
- Examen de orina: valores dentro de lo normal
- Urea 33.3
- Creatinina 0.8
- Ecografía abdominal: no hay líquido libre en cavidad, y había signos de inflamación apendicular.

Una vez confirmado el diagnóstico, y Medicina Interna indica que el paciente no tiene comorbilidades, los serológicos negativos y según su evaluación tenía un Riesgo Quirúrgico ASA I.

Caso clínico 1.3.2

Paciente varón de 25 años, que acude a emergencia, con un tiempo de enfermedad de 4 horas, refiriendo dolor intenso en la región inguinal derecha,

que se irradia a los genitales, este dolor está acompañado de una tumoración en dicha área la cual no se reduce. Refiere que hace 2 días le sucedió el mismo episodio, pero el tumor pudo reducirse.

Antecedentes: el paciente contaba desde hace 1 año con el diagnóstico de Hernia Inguinal Derecha (Hernia reductible coercible), estaba programado para operarse, pero con la pandemia, le cancelaron la cirugía, y no se la reprogramaron, refiere no presentar alergias de ningún tipo.

Al Examen Físico: FC: 92x' FR: 22x' PA: 130/90 T: 36.7

- Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar < 2", no presentaba palidez
- Cardiovascular: Ruidos Cardíacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes,
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Punto renoureteral (-)
- Región inguinal Derecha: tumoración de aproximadamente 5 x 5 cm, doloroso a la palpación, de aspecto rosado, tibio, que no reduce manualmente
- Neurológico: orientado en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15

Antes de solicitar exámenes, por el dolor intenso que presenta, se le coloca una ampolla de Tramadol subcutáneo.

Los exámenes solicitados principalmente eran principalmente pre quirúrgicos, ya que no se espera a que el intestino se necrose; lo que se solicita como pre quirúrgicos son: Hemograma completo, urea, creatinina, serológicos (VIH, Hepatitis B) examen completo de orina y un electrocardiograma y después de tener los resultados, se le envía como una interconsulta al servicio de Medicina Interna, para que ellos evalúen si el paciente está apto para la cirugía, o de lo contrario, se indicaría qué cuidados deben de tener al momento de la intervención.

En el caso del paciente los resultados solicitados, el hemograma y examen de orina estaban dentro de los valores normales, al igual que la urea y creatinina, los serológicos negativos y según la evaluación de Medicina Interna el paciente tenía un Riesgo Quirúrgico ASA I.

Caso clínico 1.3.3

Paciente mujer de 33 años, que acude a la emergencia, con un tiempo de enfermedad de 12 horas, refiere que todo inició después de una comida copiosa, abundante en grasas, luego manifiesta que presentó dolor intenso en hipocondrio derecho, que cedía levemente con analgésicos (1 ampolla de Ketorolaco intramuscular), pero no hizo efecto con una segunda dosis, ya que el dolor persistía. Y fiebre cuantificada: 38.1

Antecedentes: Hace 2 años presentó cólico vesicular, el cual era manejado con analgésicos y dieta; a la ecografía se hallaba barro biliar; y que en último año presentó 2 ingresos por los cólicos vesiculares, los cuales eran resueltos con hidratación y analgesia y era dada de alta. No cuenta con ninguna intervención previa, y niega reacciones alérgicas medicamentosas.

Al Examen Físico: FC: 88 x` FR: 17x´ PA: 110/70 T: 38.5

- Piel y mucosas: mucosas calientes, húmedas, con llenado capilar < 2", no presentaba palidez
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación profunda, localizado en hipocondrio derecho, Signo de Murphy (+)
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Punto renoureteral (-)
- Neurológico: orientado en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15

Se le solicitan exámenes complementarios como: hemograma completo, urea, creatinina, pruebas serológicas (VIH y Hepatitis B), Electrocardiograma,

Ecografía Abdominal e interconsulta a Medicina Interna. Después de dada la orden de las pruebas, se le indica hidratación con cloruro de sodio y analgesia (Tramadol 100mg + Dimenhidrinato 50mg).

Resultados:

- Hemograma: hemoglobina 11.7, hematocrito 35%, leucocitos 14 000, plaquetas 199 000, segmentados 75%, linfocitos 26%
- Examen de orina: valores dentro de lo normal
- Urea 30.3
- Creatinina 0.6
- Serológicos negativos
- Ecografía abdominal: no hay líquido libre en cavidad, pared de vesícula de 6mm, y se halla un cálculo de aproximadamente de 0.8mm muy cerca al bacinete y barro biliar, el cual sugiere una Litiasis vesicular.

Caso clínico 1.3.4

Paciente mujer de 51 años, que acude a emergencia, con un tiempo de enfermedad de 20 horas, refiriendo dolor intenso a la defecación, acompañado de sangrado leve, y sensación de tumoración rectal, que no reduce espontáneamente.

Antecedentes:

- Hipertensa Crónica Controlada desde hace 6 años, tratado con Irbesartán de 150 mg cada 24 hrs e Hidroclorotiazida 25 mg cada 24 hrs.
- Cesareada en 2 oportunidades, por pelvis estrecha: 1ra (1995) y 2da (1999)
- Hemorroidectomía hace 5 años

Al Examen Físico: FC: 82x' FR: 14x' PA: 120/80 T: 36.2

- Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar < 2", no presentaba palidez
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos

- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Punto renoureteral (-)
- Tacto Rectal: tumoración de aproximadamente 3x2 cm, con leve sangrado, mucosa con coloración rosada y no se reduce manualmente
- Neurológico: orientado en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15

Antes de solicitar exámenes, por el dolor intenso que presenta, se le coloca una ampolla de Tramadol subcutáneo.

Los exámenes solicitados principalmente eran principalmente pre quirúrgicos, ya que no se espera a que se incarcere la mucosa que protruye; lo que se solicita como pre quirúrgicos son: Hemograma completo, urea, creatinina, serológicos (VIH, Hepatitis B) examen completo de orina y un electrocardiograma y después de tener los resultados, se le envía como una interconsulta al servicio de Medicina Interna, para que ellos evalúen si el paciente está apto para la cirugía, o de lo contrario, se indicaría qué cuidados deben de tener al momento de la intervención.

En el caso del paciente los resultados solicitados, el hemograma y examen de orina estaban dentro de los valores normales, al igual que la urea y creatinina, los serológicos negativos y por los antecedentes que presenta la paciente, evaluación de Medicina Interna refiere que la paciente tenía un Riesgo Quirúrgico ASA II.

1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 1.4.1

Paciente mujer de 33 años, con 37 semanas 4/7 de gestación por ecografía del I trimestre, G3 P2002, con un tiempo de enfermedad de 3 horas, y acude a emergencia por dolor de cabeza y también dolor abdominal, refiere pérdida del tapón mucoso; niega sangrado, niega pérdida de líquido, y niega contracciones.

Antecedentes:

- Niega reacciones alérgicas medicamentosas
- Cesareada anterior 2 veces: 1ra (2010) por Trastornos hipertensivos del embarazo – Preeclampsia, 2da (2011) por cesárea anterior y periodo intergenésico corto
- Colectomía por Litiasis vesicular (2015)

Al Examen Físico: FC: 89x' FR: 16x' PA: 150/110 T: 37.4

- Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar < 2", no presentaba palidez
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen grávido: Ruidos hidroaéreos presentes, altura uterina 34cm, Situación, posición, y presentación: cefálico dorso izquierdo, latidos cardiacos fetales: 135 x', no se evidencian contracciones.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Punto renoureteral (-)
- Tacto vaginal: cérvix cerrado, sin incorporación, membranas íntegras, sin sangrado
- Neurológico: orientada en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15

Después de la clínica presentada, se le solicitan los exámenes para confirmar el diagnóstico de Preeclampsia y así poder también clasificar según la gravedad del caso. Se revisa la cartilla en la que están sus controles prenatales, y se tiene que verificar que tenga sus exámenes serológicos vigentes, como el que es contra sífilis, VIH, hepatitis, etc., partiendo de ahí, se

ve que otros exámenes se solicitan, como hemograma completo, perfil hepático, urea y creatinina, radiografía de tórax y también un electrocardiograma, dado que solo por el antecedente de cesáreas anteriores, se le va a tener que operar por tercera vez, y además que ahora se le adiciona el aumento de presión arterial, con urgencia de hacen los exámenes, se hace con urgencia la interconsulta a medicina para el riesgo quirúrgico y a la par un Test No estresante para confirmar el bienestar fetal.

Luego de tener los resultados, los cuales todos estaban dentro de los valores normales, como: hemograma valores dentro de lo normal, al igual que la urea y creatinina; radiografía de tórax sin consolidaciones, ni patrones intersticiales; test no estresante, el feto reactivo, y en Medicina Interna nos indica que la paciente tiene un criterio prequirúrgico de ASA II.

Caso clínico 1.4.2

Paciente mujer de 41 años, con 38 semanas 4/7 de gestación por ecografía del II trimestre, G2 P1001, con un tiempo de enfermedad de 12 horas, y acude a emergencia acompañado por su familiar, ya que el día anterior en la noche, en casa convulsionó una vez, al no repetirse episodio en la noche, deciden traerla el día siguiente, porque volvió a presentar una segunda convulsión. Familiar de paciente niega pérdida del tapón mucoso, niega pérdida de líquido y niega sangrado. Al momento de la entrega de la cartilla de controles prenatales, se pudo ver que la paciente solo se controló una sola vez la gestación, por eso es que solo había una sola ecografía control.

Antecedentes:

- Niega reacciones alérgicas medicamentosas
- Cesareada anterior 1 vez (2018) por Trastornos Hipertensivos del embarazo
- Preeclampsia Severa.

Al Examen Físico: FC: 110x´ FR: 18x´ PA: 170/120 T: 37.4

- Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar < 2", no presentaba palidez

- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen grávido: Ruidos hidroaéreos presentes, altura uterina 33cm, Situación, posición, y presentación: cefálico dorso izquierdo, latidos cardiacos fetales: 144 x', no se evidencian contracciones.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Punto renoureteral (-)
- Tacto vaginal: cérvix cerrado, sin incorporación, membranas íntegras, sin sangrado
- Neurológico: Escala de Glasgow 12/15, no colaboradora al momento del examen, letárgica, leve depresión del sensorio, pupilas céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y acomodación.

Después de la evaluación, la paciente presentó otra convulsión, y continuando letárgica, se esperó a que cese la convulsión, protegiéndose la vía aérea, para poder colocarle las vías y administrándole Labetalol 50mg en bolo, por lo cual, se solicitaron con urgencia sus exámenes pre quirúrgicos, al igual que perfil hepático, LDH; para poder extraer al feto y así poder descartar el Síndrome de HELLP, y en el tiempo que se esperaban los resultados, se le solicitó un Test no Estresante para evaluar el bienestar del feto. Por otro lado, al no tener un control adecuado prenatal, no tenía actualizado sus exámenes serológicos, por lo cual también se incluyó en los exámenes prequirúrgicos.

Resultados:

- Hemograma: hemoglobina 14.3, hematocrito 43%, leucocitos 9 000, plaquetas 99 000, segmentados 66%, linfocitos 26%
- Examen de orina: valores dentro de lo normal
- Urea 38.6
- Creatinina 0.9
- Serológicos negativos
- Perfil hepático: bilirrubina total 2.1, bilirrubina directa 0.8, bilirrubina indirecta 1.3, TGO 120, TGP 80
- LDH 550

Al estar confirmado el diagnóstico de Síndrome de HELLP, se procede a llevar a la paciente a sala de operaciones para llevar a cabo el plan que es la cesárea.

Caso clínico 1.4.3

Paciente mujer de 35 años, con 37 semana 6/7 de gestación por ecografía del I trimestre, G4 P2012, con un tiempo de enfermedad de 2 horas, que acude a emergencia por presentar sangrado, refiere rojo rutilante, que el sangrado fue de un momento a otro, refiere no presentar dolor, ni contracciones, y que su bebe se mueve de forma normal. En su última ecografía control, se observa una inserción baja de la placenta.

Antecedentes:

2 primeras gestaciones por parto vaginal en los años 2011 y 2015

1 aborto retenido en el 2018 que evolucionó hasta la semana 11 y en su control, ya no se encontraron latidos fetales, y posteriormente se le realizó una Aspiración Manual Endocavitaria.

Apendicectomía laparoscópica (2019)

Al Examen Físico: FC: 77x' FR: 15x' PA: 110/70 T: 37.0

- Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar < 2", no presentaba palidez
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen grávido: Ruidos hidroaéreos presentes, altura uterina 34cm, Situación, posición, y presentación: cefálico dorso izquierdo, latidos cardiacos fetales: 144 x', no se evidencian contracciones.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Punto renoureteral (-)
- Tacto vaginal: no se le realiza porque podría incrementar el sangrado, pero si se evidenciaba escaso sangrado, tipo rojo rutilante

- Neurológico: orientada en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15

Después de la evaluación inmediatamente se le hace una ecografía transvaginal, ya que, por la clínica presentada, nos estaría guiando hacia el diagnóstico de Placenta Previa.

Ecografía transvaginal: inserción placentaria anterior a 2 cm del orificio cervical interno. Una vez confirmado el diagnóstico, se procede a solicitar los exámenes prequirúrgicos, no serológicos, ya que en su control prenatal son no reactivos y están vigentes. Los resultados de los prequirúrgicos y bajo la evaluación de Medicina Interna, arrojaron que la paciente estaba apta para poder realizársele la cesárea, con criterio prequirúrgico ASA II

Caso clínico 1.4.4

Paciente mujer de 25 años, con 10 semanas 1/7 de gestación por fecha de última regla, G1 P0, con un tiempo de enfermedad de 2 horas. Acude a emergencia por ausencia de latido cardiaco fetal. La paciente acude a un centro particular para hacerse una ecografía, y le refieren ausencia de latido fetal. Paciente refiere no presentar dolor, niega sangrado.

Antecedentes: niega

- Examen Físico: FC: 71x' FR: 18x' PA: 120/70 T: 37.2
- Piel y mucosas: mucosas tibias, húmedas, con llenado capilar < 2", no presentaba palidez
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos, de buena intensidad, no soplos
- Respiratorio: Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, latidos cardiacos fetales: ausentes, no se evidencian contracciones.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), Punto renoureteral (-)
- Especuloscopía: se evidencia orificio cervical interno cerrado, no se evidencia sangrado

- Neurológico: orientada en tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15

Inmediatamente se le solicita una ecografía obstétrica para confirmar el diagnóstico de Aborto Retenido.

Ecografía obstétrica: se puede observar embrión de 30mm, sin actividad cardíaca.

Una vez confirmado el diagnóstico de Aborto Retenido, el plan con la paciente es realizarle una Aspiración Manual Endocavitaria, la cual se le explica a la paciente el procedimiento, y que en primer lugar tiene que tomar unas pastillas para ayudar a que el orificio cervical interno se abra (Misoprostol 2 tabletas de 200microgramos) y que tiene que esperar un par de horas para poder iniciar con el procedimiento. Previo consumo del Misoprostol se debe de realizar un control de hemoglobina, hematocrito, grupo y factor, ya que así se puede controlar cuánta sangre perdería por el procedimiento.

Los resultados son normales: hemoglobina 13.1, hematocrito 40%, Grupo O y factor +, así que está apta para poder realizarle el procedimiento.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

2.1 Hospital San Juan de Lurigancho

El Hospital San Juan de Lurigancho, ubicado en el departamento de Lima, Provincia de Lima y distrito de San Juan de Lurigancho, es un hospital que pertenece al Ministerio de Salud, en la DIRIS Lima Centro, de nivel II-2 desde el 29 de Diciembre del 2009, ampliando la capacidad resolutive a los siguientes servicios: Cirugía y Anestesiología, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Odontología, Neurología, Dermatología, Oftalmología, Gastroenterología, Endocrinología, Otorrinolaringología, Reumatología, Cardiología, Infectología, Urología, Radiología, Laboratorio, Nutrición, Enfermería, Apoyo al diagnóstico y Apoyo al tratamiento, al igual que áreas de Trauma Shock, Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Especiales. El hospital cuenta con consultorios externos, hospitalización con 167 camas entre todos los servicios y emergencia, sin embargo, la demanda supera la capacidad (7).

El distrito de San Juan de Lurigancho es el distrito con más pobladores en el departamento de Lima (aproximadamente 1 millón 40 mil personas), seguido por San Martín de Porres que cuenta con la mitad de las personas. Aunque el hospital, cuenta con un número considerable de camas para hospitalización

con, la alta densidad poblacional, genera un desabastecimiento para la atención de la gran cantidad de pacientes que ingresan diariamente (8).

Por otro lado, el nosocomio cuenta con 3 ambulancias de nivel I, II y III para el traslado de pacientes, especialmente para uso de referencias, ya que al ser un hospital nivel II-2, no cuenta con su propio Tomógrafo, ni Resonador Magnético. Ello conlleva a que en la mayoría de los casos el paciente tiene que pagar por esos exámenes imagenológicos o solicitar su traslado a un hospital de mayor complejidad; sin embargo, muchas veces la respuesta es negativa por la alta demanda interna de aquellos hospitales.

No obstante, no solo la falta de exámenes imagenológicos son un motivo de referencia, sino que la falta de especialidades durante los 30 días del mes o por 24 horas, son muchas veces un de referencia a hospitales como el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital Nacional 2 de Mayo, y en algunos casos Institutos especializados. Muchas veces los grandes hospitales no aceptaban dichos traslados por no contar con camas.

A pesar de ello una mejora implementada en este hospital es fue el software "SIGALEM" que permitió la digitalización de las historias clínicas. Este sistema permite al personal de salud, mediante un usuario y contraseña, poder realizar diferentes tareas como fichas de ingreso, recetas (conocer la disponibilidad en farmacia de medicamentos), solicitudes de pruebas complementarias de manera digital, permitiendo un mayor control por auditoria y un uso racional de recursos (Anexo 1). Anteriormente, se realizaba todos estos trámites de manera manual, lo que tomaba más tiempo de lo requerido y por consiguiente una demora en la atención del paciente. No obstante, aún se mantiene los formatos físicos de historias clínicas en áreas de hospitalización, para que el interno pueda desenvolverse y tener contacto con los pacientes, mediante la anamnesis y el examen físico para forjar los conocimientos teóricos y relacionarlo a la práctica, generando diagnósticos sindrómicos para llegar a un diagnóstico.

En la época previa a la llegada del virus al país, el internado médico consistía en rotaciones por los 4 servicios principales de Cirugía general, Pediatría y Neonatología, Medicina Interna, Ginecología y obstetricia, siendo el horario de

lunes a domingo, desde 07:00 am hasta las 05:00 pm. Asimismo, se contaba con una programación de guardias nocturnas 3 veces por semana de 05:00 pm hasta las 07:00 am. Por su parte, el hospital proveía de facilidades como desayuno, almuerzo y cena, también ofrecía un ambiente para descanso y una retribución de 400 soles mensuales.

Desde el inicio del estado de emergencia en el Perú casi todas las especialidades se han visto divididas en 2 áreas: COVID y no COVID, con la suspensión de los consultorios externos. De esta manera, el médico interno se desempeña en áreas no COVID de hospitalización y emergencia. Aunque aún se mantienen las rotaciones por los cuatro servicios antes mencionados, ahora la asistencia es de lunes a sábado, por 15 días al mes, en el horario de 07:00 am a 01:00 pm, con una programación de guardia diurna de 07:00 am a 07:00 pm 1 vez por semana, siendo estos los únicos días que el hospital proporciona almuerzo para los internos. Por otro lado, durante la suspensión del internado y el aumento de contratación de personal de salud, se tuvo que ceder los ambientes de descanso. Asimismo, ante la necesidad de personal de salud, el Ministerio de Salud optó por formalizar contratos con los internos ofreciendo el sueldo mínimo de 930 soles, entrega de equipos de prevención personal (mascarilla, protector facial, mandil descartable, botas descartables y gorras descartables) y finalmente la posibilidad de acceder a pruebas antigénicas al término de cada rotación (9).

Durante las rotaciones del internado médico, el número de atenciones se ha reducido. Actualmente, en plena segunda ola por el SARS-COV2, muchos de los pacientes por el miedo al contagio, no acuden a tiempo a los establecimientos de salud, llegando en estadios severos de enfermedades crónicas. Ello ha denotado un gran reto para los internos que comúnmente son el primer contacto en las emergencias de los hospitales.

Actualmente, ante la disminución de horas en el hospital, los servicios tuvieron que realizar las actividades académicas con los internos y residentes de manera virtual. Asimismo, en el marco de las medidas para la contención de la pandemia, todo paciente con patología respiratoria, crónica o aguda tiene que pasar por el área COVID para poder descartar infección por SARS-CoV-

2. Ello ha generado enlentecer el flujo de atención de los pacientes, sobre todo si se tiene en cuenta que el resultado de las pruebas demora al menos 15min.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Teniendo en cuenta las dificultades explicadas en el capítulo anterior, este pretende continuar con el relato de las historias clínicas presentadas en el capítulo I, enfocándose en como fue el razonamiento y agrupación de ideas con el fin de llegar al diagnóstico para después dar un correcto manejo.

3.1 Rotación de Pediatría y Neonatología

Caso clínico 3.1.1

Según el Minsa aparte de los exámenes pedidos, también debió pedirse dosaje de bilirrubinas, Coombs directo y frotis de lámina periférica (10).

Apreciación diagnóstica:

- Recién nacido femenina, a término, adecuado para edad gestacional
- Ictericia neonatal por incompatibilidad de grupo
- Caput succedaneum resuelto

En el manejo la paciente pasa a fototerapia, se le indica en receta lentes para protección ocular, aparte una hidratación correcta y continuar con lactancia materna. De evolución favorable y buen pronóstico.

Caso clínico 3.1.2

En casos de partos prolongados el personal de obstetricia suele aplicar maniobras para disminuir el tiempo de parto, una de estas maniobras es la técnica de Kristeller que puede ser uno de los factores de riesgo para la fractura que presenta el paciente

Impresión diagnóstica:

- Fractura de tercio medio de clavícula no desplazada
- Caput succedaneum resuelto

El manejo en el hospital es solo expectante con prescripción de analgésicos, tal cual recomienda la literatura (11). Al no contar con la especialidad de traumatología pediátrica, en caso de fracturas desplazadas se hace una referencia para el instituto nacional de salud del niño, donde se reduce la fractura y el paciente regresa al hospital.

Caso clínico 3.1.3

Para estos casos el diagnóstico es clínico, con una buena anamnesis se puede descartar otras patologías cutáneas en los niños. Para este caso el decaimiento de la fiebre seguida de un exantema, con pródromos de una rinofaringitis aguda.

Impresión diagnóstica:

- Exantema súbito

El manejo es sintomático, la enfermedad suele autolimitarse, no tienen métodos preventivos porque no están dentro del esquema de vacunación.

El paciente recibe al alta paracetamol 15 mg/kg/dosis condicional a fiebre, se les explica a los papás no exceder de los 75 mg/kg/día por riesgo de intoxicación, primero intentar siempre disminuir la temperatura con medios mecánicos (12).

Caso clínico 3.1.4

Tener en cuenta para el diagnóstico, aparte de la clínica, los factores de riesgo como son: la edad, cambios bruscos de temperatura y hacinamiento que podría ser en el colegio.

Impresión diagnóstica:

- Faringoamigdalitis aguda

Importante en este caso determinar la etiología de la enfermedad, siendo la estreptocócica la más frecuente (13). Antes de pensar en antibióticos se analizan los criterios de Centor: fiebre (1 pto), exudado amigdalar (1 pto), tos (0 pts.), adenopatías cervicales dolorosas (1 pto).

Solo ante puntos de 4 o 5 se recomienda el uso de antibióticos, la guía del Minsa pone como medicamento de primera línea penicilina G-Benzatínica 1.200.000 UI IM en dosis única 12. En este caso se receta amoxicilina 50 mg/kg/día vía oral por 10 días; también se indica paracetamol 250 mg cada 6 horas (media tableta).

3.2 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 3.2.1

Paciente por estar despierta y con capacidad de deglutir se le indica como primera medida la ingesta de azúcar, en este caso gaseosa. Evitar los chocolates porque son de digestión lenta (14). HGT de entrada 50 mg/dl.

Mientras toma la bebida, se indica a enfermería la aplicación de 4 ampollas de dextrosa al 33% y posterior control de glucosa

En HGT control da valor de 76 mg/dl, y de esta manera cumple con la triada de Whipple (glicemia menor de 70 mg/dl, clínica, revierte con dextrosa)

Impresión diagnóstica

- Hipoglicemia
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial esencial

Al alta se le retira la glibenclamida, seguirá tomando metformina 850 mg VO 3 veces al día post comidas, losartán 50 mg VO cada 24 horas para el manejo de HTA y se le recomienda control por consultorio externo particular de endocrinología.

Caso clínico 3.2.2

Paciente con factores de riesgo y clínica compatible con tuberculosis pulmonar, se debe buscar posibles contactos 15, al momento del ingreso por emergencia no se tomó BK de esputo.

Se debió insistir con la toma de prueba molecular para COVID19, por el riesgo de contagio al resto de pacientes del área no COVID.

Impresión diagnóstica

- Tuberculosis pulmonar

Solo por clínica y radiología de tórax, el paciente pasó al área de pacientes con tuberculosis. Se continuará con estudiar para descartar otras patologías.

Para el tratamiento anti-tuberculosis se debe hacer el frotis, seguido de las pruebas rápidas de sensibilidad para observar la respuesta del microorganismo a los fármacos de primera línea y después escoger el mejor esquema terapéutico (15).

Caso clínico 3.2.3

Este caso es de un típico paciente que, ante cualquier dolor, la primera acción que toma es automedicarse, puede llegar a cumplir su objetivo, pero desconoce los problemas que puede traer consigo los medicamentos; otro problema es que algunos pacientes esperan con la creencia que los síntomas que tienen son pasajeros y no necesitan acudir a consulta. En este caso

probablemente el paciente se está medicando con algún antiinflamatorio no esteroideo por el dolor que tiene en la rodilla izquierda.

Impresión diagnóstica:

- Hemorragia digestiva alta
- Anemia severa
- Enfermedad ulcero péptica inducida por AINES

En el manejo de este paciente es evitar que llegue a la hipotensión mediante reposición de fluidos, mientras se espera la respuesta de banco de sangre para ver si dispone de paquetes globulares al momento. Descontinuar el uso del medicamento que toma el paciente para el dolor y arrancar con omeprazol 40 mg cada 24 horas. Por emergencia nacional, gastroenterología podrá realizar recién la endoscopia en una semana, limitando el avance de los estudios.

Entre todos los estudios solicitados y realizados, faltó uno que también podría ser crucial para determinar la etiología de la úlcera péptica, el test de urea en aliento, un método no invasivo que se recomienda de primera elección con una sensibilidad y especificidad de 95% (16).

Caso clínico 3.2.4

El interno de medicina realiza la historia clínica del paciente en piso de hospitalización, durante la anamnesis consulta sobre la religión del paciente, refiere ser testigo de jehová; su religión no acepta las transfusiones sanguíneas convirtiéndose en un obstáculo para la resolución del caso.

Ya que anestesiología se niega a ingresar a sala operatoria con un paciente que tiene alta posibilidad de sangrado y no acepta paquetes globulares, recomiendan al servicio de Medicina interna manejar la hemoglobina del paciente con otros métodos antes de programar la cirugía.

Impresión diagnóstica:

- Diabetes mellitus con complicaciones vasculares periféricas
- Clasificación de Wagner 4
- Anemia severa

Paciente recibe eritropoyetina 2000 UI SC cada 48 horas, también hierro sacarato, siendo este tratamiento de corrección de hemoglobina a largo plazo, curaciones diarias de lesiones (17); durante la semana presenta picos febriles, aspecto séptico; se decide junta médica donde traumatología y anestesiología ven con gran probabilidad que paciente no sobreviva a la cirugía, ante este impase se procede a llamar al fiscal de turno para consultar cómo se debería actuar, este refiere que no hay responsabilidad legal en caso de que paciente fallezca porque se está realizando un procedimiento para mejorar condición del paciente. Pasada 2 semanas se decide programar la cirugía, paciente con hemoglobina de 6.0 mg/dl.

Se realiza amputación supracondílea exitosa, paciente regresa a piso, pero presentando cuadro de dificultad respiratoria, se le realiza prueba molecular que da positivo a COVID19, se le transfiere al área COVID conde 2 días después fallece.

Es un caso en el cual se pueden hacer reflexiones sobre la demora en la programación de la cirugía, pero también existe el temor por parte del personal médico ante demandas penales ya sea por la familia o la congregación religiosa pero el médico siempre debe actuar respetando la voluntad del paciente.

3.3 Rotación en Cirugía y Traumatología

Caso clínico 3.3.1

Una vez confirmado el diagnóstico, y bajo la Escala de Alvarado, se obtiene un puntaje de 10 puntos, que es indicativo a cirugía, y por las horas que han pasado, se puede inferir que aún no se ha perforado el apéndice, pero se puede confirmar al momento que se haga la exploración del apéndice.

Al momento de la intervención, usualmente se realiza una Apendicectomía Laparoscópica, ya que por las horas y al no haber signos de irritación peritoneal, no se indica Laparotomía Exploratoria. Se encontró el apéndice flemonoso, con la base indemne por lo cual se dejó muñón libre, el sangrado fue mínimo y terminó la cirugía sin complicaciones, por lo cual se procede a llevar al área de Recuperación y después de que pase el efecto anestésico, se traslada al área de hospitalización (18).

Al día siguiente post cirugía, se examinó al paciente, el cual no manifestó ninguna molestia, los puntos de las pequeñas incisiones tenían buena cicatrización, no signos de flogosis, por lo cual, habiendo pasado más de 24 horas de la cirugía sin complicaciones, se procede a dar el alta con indicaciones y analgesia condicional si presenta dolor, y el retiro de puntos en una semana en su centro de salud.

Caso clínico 3.3.2

Una vez confirmado el diagnóstico de Hernia Inguinal Indirecta por la clínica y ecografía, y más la confirmación de Medicina Interna de que el paciente está apto para la intervención, se procede a realizar la Hernioplastia de emergencia.

La cirugía consiste en colocar una malla en el punto donde protruye el intestino, para que no vuelva a salir, esta intervención se realizó a través de la técnica Trans Abdomino PrePeritoneal, dado que se realiza de forma Laparoscópica, y se opta más por esta vía, porque muchas guías nacionales e internacionales sugieren que por vía Laparoscópica hay menor aberturas y se reduce la estancia hospitalaria, pero también depende mucho de la técnica que el cirujano aplique. La cirugía no tuvo ninguna intercurencia, el sangrado del paciente fue mínimo, por lo cual, después de llevarlo al área de Recuperación, se puede llevar a las horas al área de hospitalización (19).

Al día siguiente post cirugía, se examinó al paciente, el cual no manifestó ninguna molestia, los puntos de las pequeñas incisiones tenían buena cicatrización, no signos de flogosis, por lo cual, habiendo pasado más de 24 horas de la cirugía sin complicaciones, se procede a dar el alta con indicaciones y analgesia condicional si presenta dolor y terminar su

tratamiento antibiótico ya que el primer día se trató con Cefazolina 1 gr cada 24 horas, y para el alta se le deja Cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 4 días, para completar cobertura.

Caso clínico 3.3.3

Una vez teniendo el diagnóstico definitivo de Colecistitis Aguda, bajo los criterios diagnósticos de la guía de Tokio 2018, se puede proceder a realizar la cirugía prevista.

Hoy en día se prefiere realizar las intervenciones Laparoscópicas ya que se ha probado que hay menor tiempo hospitalario, y se reduce la incidencia de infecciones del sitio operatorio. En el caso del paciente lo ideal es realizarle la Colectomía Temprana vía Laparoscópica, y en la intervención la vesícula se encontraba un poco agrandada (14 cm de longitud aproximadamente), y no surgieron complicaciones, se le extirpa la vesícula, luego pasa el paciente al área de recuperación para finalmente ir al área de Hospitalización (20).

El inicio de tratamiento que acompaña a su recuperación son los antibióticos (Ciprofloxacino 500mg vía endovenosa cada 12 horas + Metronidazol 500mg vía endovenosa cada 12 horas) y la analgesia con ketoprofeno 500mg vía oral condicional a dolor, pero como el paciente no presentó ninguna molestia, ni picos febriles, y se decide dar de alta médica con los analgésicos respectivos y completar tratamiento antibiótico.

Caso clínico 3.3.4

Después de que se confirma el diagnóstico de Hemorroides grado IV, con el examen físico, y se tiene los prequirúrgicos del paciente, se procede a hospitalizar al paciente, ya que previa cirugía, se tiene que preparar con enemas evacuantes una noche anterior con una dieta líquida.

Una vez realizada la preparación del paciente, se lleva a sala de operaciones, aunque en esta intervención sólo se usará anestesia regional, luego se procede a realizar la Hemorroidectomía abierta y se realiza la ligadura del pedículo arterial, y se termina dejando abierto el anodermo distal y la piel para cicatrización de segunda intención (21).

El paso por el área recuperación es más corto, por lo cual a las horas pasa a área de Hospitalización, con indicaciones de dieta rica en fibra, limpieza con agua, Ibuprofeno 400 mg vía oral cada 12 horas, para ayudar a la analgesia y desinflamación, y como no presentó picos febriles, ni signos de flogosis, se procede a dar de alta después de 24 horas post cirugía, y se va con las indicaciones correspondientes al cuidado, como los baños de asiento por lo menos 2 veces al día, evitar la vida sedentaria, y la analgesia por 5 días más.

3.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 3.4.1

Al presentar los síntomas premonitorios y la presión elevada, se le considera como una Preeclampsia Severa y lo primero que hacemos es colocar Alfametildopa 1gr vía oral cada 12 horas, y se debe continuar con la evaluación constante de la presión arterial, luego de una vez estabilizada la presión, se procede a realizar la cesárea (22).

La cesárea que se le realiza es la Cesárea Segmentaria Transversal Secundaria (por ser la tercera), durante la operación no se presentaron interurrencias, hubo control del sangrado, el producto fue un recién nacido de 3.580kg, con APGAR 8 en el primer minuto y 9 a los 5 minutos.

En Alto Riesgo Obstétrico de la paciente y su recién nacido, la madre hizo presiones arteriales constantes de 120/80, no hizo picos febriles y su herida operatoria estaba cicatrizando bien, sin signos de flogosis; por lo cual al cumplir las 48 horas después de su cirugía, se pudo ir de alta, con las indicaciones correspondientes, su control en una semana en su centro de salud y con la metildopa de 1gr siempre y cuando haga presiones arteriales >160/110

Caso clínico 3.4.2

Al confirmarse el Síndrome de HELLP en la paciente, y al haberse bajado gradualmente un poco la presión (140/90) con Alfa Metildopa 1gr vía oral cada 12 horas; y al no volver a convulsionar desde que llegó al hospital, ya que se colocó Sulfato de Magnesio al 20% también 6gr en bolo y luego 2gr por hora en infusión continua, se procede a realizarle una Cesárea Segmentara Transversal Secundaria (por ser 2da cesárea) y durante la intervención se controló la presión, no convulsionó, y se controló adecuadamente el sangrado, y se obtuvo un recién nacido de 3.390kg con un APGAR 7 al primer minuto y 8 a los 5 minutos (22).

Después de la cirugía la paciente estuvo en observación por 12 horas, para asegurarse que no vuelva a convulsionar, y no volvió a hacerlo, ya que seguía con Sulfato de Magnesio al 20% 1gr por hora.

Al llegar a Alto Riesgo Obstétrico, la paciente comenzó a evolucionar favorablemente, ya que su Escala de Glasgow mejoró, era más colaboradora, sus presiones estaban en 140/90, y se le estuvo monitoreando las enzimas hepáticas, las cuales gradualmente fueron bajando, aumentando las plaquetas y disminuyendo el LDH, y así a los 5 días post cesárea a la paciente se le pudo dar de alta, con las indicaciones correspondientes, su control en una semana en su centro de salud y con Alfa Metildopa 1gr vía oral siempre y cuando haga presiones arteriales >160/110

Caso clínico 3.4.3

Al tener el diagnóstico de Placenta Previa, y que la paciente estaba apta para cirugía, se procede a realizarse la operación: Cesárea Segmentaria Transversal Primaria (por ser la primera) y durante la intervención se controló adecuadamente el sangrado, se extrajo la placenta completa y se obtuvo un recién nacido de 3.606kg con un índice de APGAR 9 al primer minuto y 9 a los 5 minutos (23).

En Alto Riesgo Obstétrico la paciente y su recién nacido, la madre post intervención, hizo una hemoglobina de 12.4, siendo una hemoglobina normal (hemoglobina anterior 13) por lo cual al cumplir las 48 horas después de su cirugía, se pudo ir de alta, con las indicaciones correspondientes, su control en una semana en su centro de salud e indicando los signos de alarma

Caso clínico 3.4.4

Al tener el diagnóstico de Aborto Retenido, y habiendo echo tomar el Misoprostol 2 tabletas de 200microgr para que así el orificio cervical interno se pueda abrir y así lograr retirar los restos del producto (23).

Pasadas 2 horas la paciente volverá con dolor tipo cólico, localizado en pelvis, y con sangrado activo, luego se le evalúa con especulo para ver si el orificio cervical interno está lo suficientemente abierto, luego de verificar, se procede a sedar a la paciente y paralelamente se va armando el aspirador con las cánulas, y esto se hace según el tamaño de útero de la paciente; la primera muestra va a anatomía patológica, y lo demás se desecha. Terminando el procedimiento, se deja descansar a la paciente entre 2 a 3 horas y se le da el alta con indicaciones, signos de alarma y analgesia para la casa.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado forma parte como la última etapa en el desarrollo del profesional médico, es una experiencia única y debe ser aprovechada al máximo durante la práctica. El aprendizaje durante esta etapa formativa, es proporcional al número de casos que se manejen y estudien. De esta manera, los médicos asistentes, que se encuentran laborando en el hospital, se encargan de ser tutores. Dada el diverso estado en el que los pacientes llegan a este hospital, se enseña a la teoría, a veces, no es similar a la clínica y que ante carencias se debe trabajar con lo que se tiene a disponibilidad. Lo que genera una gran ventaja de realizar en el internado en estos establecimientos, ya que las habilidades adquiridas servirán de manera eficaz para aplicarlas durante el SERUMS.

Los internos de medicina, con el adecuado entrenamiento, también llegan a aportar en la exploración física, diagnóstico y manejo de la enfermedad durante la visita médica y lo que los convierte en una pieza clave para el correcto funcionamiento de los servicios donde pertenecen. Esto último se consigue gracias a la adquisición de habilidades de comunicación con el personal de salud y pacientes, a sus habilidades del trabajo en equipo entre internos. De esta manera el buen desempeño de un interno es recompensado con el respeto tácito otorgado por el médico asistente, residentes y resto del personal. Sin embargo, ello no debe evitar que, al final de esta etapa, cada interno deberá hacer una autoevaluación para reconocer si se cumplió las

metas fijadas y si tiene la capacidad de realizar procedimientos prácticos, por su cuenta.

Cada uno de los servicios tuvo cambios por la emergencia sanitaria, todos sin excepción tuvieron que suspender la consulta externa, cierto personal de salud tuvo que retirarse por ser población de riesgo o poseer factores de riesgo de contagio. A continuación, se describe los cambios en cada servicio mencionando los más resaltantes

Pediatría redujo la cantidad de camas disponibles, siendo originalmente 20 camas y ahora se redujo a 6; neonatología no mostró cambios relevantes en el servicio

Cirugía general ahora solo tiene disponibilidad de salas operatorias para cirugías de emergencia, teniendo que negar la atención de pacientes que solicitaban una cirugía programada, aplica lo mismo para el servicio de traumatología

Ginecología y Obstetricia tiene la misma orden de atender en sala de operaciones las emergencias como cesáreas, dejando las electivas de lado, indicando a las pacientes acudir a un hospital con mayor aforo disponible.

Medicina Interna se encuentra como el servicio con mayor riesgo de contraer neumonía intrahospitalaria por COVID, ya que la mayoría de sus pacientes tienen una estancia más larga a comparación de los demás.

La comparación entre el inicio del internado sin pandemia para luego terminar en la primera línea de atención es amplia si se tiene que detallar las ventajas y desventajas de este. Al inicio se tenía una mayor cantidad de pacientes, lo cual se traduce a una mayor oportunidad de aprender los diferentes patrones de las enfermedades, lo que permitiría poder para realizar un diagnóstico más rápido. Sin embargo, actualmente se encuentra reducida la afluencia de paciente debido al temor de contagiarse, la instalación de un triaje más exhaustivo que evita el ingreso de los pacientes e implementación de la tele consulta. Por otro lado, el tiempo de labres de los internos se ha reducido a la mitad por seguridad de estos, para disminuir el tiempo de exposición y riesgo de contagio. No obstante, ello no ha significado un problema en el aprendizaje

ya que gracias a la tecnología aún se pueden realizar las actividades académicas del hospital de manera virtual mediante discusión de casos por videollamada.

CONCLUSIONES

Después de relatar las experiencias durante el internado 2020 por parte de los autores, que realizaron su internado en el Hospital San Juan de Lurigancho, se puede concluir lo siguiente:

El hospital cuenta con una categorización, según normativa vigente, de un Hospital II-2, por lo que tiene ciertas limitaciones como la no disponibilidad de ciertas especialidades durante los 30 días del mes o durante las 24 horas.

El último año de formación tuvo percances por la pandemia, pero no represento mayor dificultad para formarse en la parte práctica, ya que los internos cuentan con suficientes beneficios para poder desempeñarse adecuadamente en sus labores, siempre teniendo en cuenta la bioseguridad por estar expuestos en un ambiente contaminado.

Los internos tienen ciertas facilidades de adaptarse a la tecnología y manejarla adecuadamente, lo que hace posible estar en mayor contacto con los asistentes y residentes para no perjudicar la actividad teórica educativa del hospital.

La mayoría de los casos clínicos observado y expuestos en este trabajo, se han tratado de patologías comunes, por lo que las habilidades adquiridas, durante esta etapa, para su manejo, serán las adecuadas y suficientes para el desenvolvimiento durante el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) de los futuros médicos.

Este trabajo de suficiencia profesional servirá de línea base para las próximas promociones que realicen el mismo proyecto y motivará los futuros debates sobre las condiciones de trabajo de los internos de medicina.

RECOMENDACIONES

Dado lo expuesto anteriormente, se recomienda:

Prolongar, para las futuras promociones, el tiempo de duración en el hospital siempre y cuando la situación de emergencia lo permita, a favor de poder observar más pacientes, para la adquisición de habilidades.

Asimismo, es necesaria la participación de agrupaciones como la Asociación Peruana de Facultades de Medicina, el Colegio Médico del Perú y el Ministerio de Salud para poder crear rotaciones entre hospitales de mayor complejidad y centros de salud de primer nivel, para que todos tengan la misma oportunidad de aprendizaje.

Facilitar la vacunación para prevenir contagios y cuadros severos en los internos de medicina.

Realizar similares trabajos de suficiencia desde el cuarto año de formación que es donde comienza la participación activa de los estudiantes en los diferentes centros de atención y así llegar al internado con la experiencia necesaria para poder titularse mediante esta modalidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución Directoral N.º 004-2010-DISA-IVLE-DG-DESP-OAJ. Categoría II-2 al Hospital San Juan de Lurigancho. 04 de enero del 2010.
2. Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones. Reseña histórica [Internet]. Hospital de San Juan de Lurigancho. [citado el 09 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/index.html>
3. Reglamento de Internado Hospitalario. Lima - Perú: Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación; 2013.
4. Manual del Interno. México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2003.
5. Congreso de La República. Ley N°23733. Lima; 1983. pp. 1–10.
6. Decreto de Urgencia N°090-2020. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19. Diario El Peruano. 3 de agosto de 2020 pp 3–5.
7. Silva Martel PP. Análisis De La Situación De Salud Hospitalaria. Lima: Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental; 2019 pp. 102 -106.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Provincia de Lima. Resultados Definitivos. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018 pp. 24–35.

9. Resolución Ministerial N°622-2020-MINSA. Lineamientos para retorno de internos de ciencias de la salud. 02 de septiembre del 2020.
10. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. 146 p.
11. Tiffany M McKee-Garrett, MD. Neonatal birth injuries [Monografía en Internet]. Walthman (MA): UpToDate; 2019 [acceso 09 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
12. Cécile Tremblay, MD; Michael T Brady, MD. Roseola infantum (exanthem subitum) [Monografía en Internet]. Walthman (MA): UpToDate; 2019 [acceso 09 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
13. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña: guía técnica/ Ministerio de Salud. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2006. 71 p.
14. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ENT -- Lima: Ministerio de Salud; 2016. 54 p.
15. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2013. 172 p.
16. Pinto Valdivia JS, Aguilar Sánchez V, Gómez Hinojosa P. Guía práctica clínica para diagnóstico y tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* / Hospital Cayetano Heredia. Departamento de Medicina – Lima: Ministerio de Salud; 2017. 18p.
17. Resolución Ministerial N°226-2016/MINSA. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético – Lima: Ministerio de Salud; 2016. 16p.

18. Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa: Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de Apendicitis Aguda – Lima, Perú - 2017 - https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resolución_Directoral_N273-2017-DG
19. Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa: Guía de Práctica Clínica Tratamiento y manejo de Hernias inguino abdominales – Lima, Perú - 2013 - <https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/220520141524311.pdf>
20. Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa: Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Manejo de Colecistitis Aguda – Lima, Perú - 2018 - https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/Resolución_Directoral_N294-2018-DG-HEJCU_Guia_de_Practica_Clinica.pdf
21. Hospital Cayetano Heredia: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la Enfermedad Hemorroidal – Lima, Perú - 2013 - http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_430_2013.pdf
22. Ministerio de Salud: Guía Práctica clínica para la atención de emergencias obstetricas según la capacidad resolutive – Lima, Perú – 2007 - http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
23. Hospital Cayetano Heredia: Guía Práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de Placenta Previa – Lima, Perú – 2019 - http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD_496-2019-HCH-DG.pdf

ANEXOS

Anexo 1.

Software "SIGALEM"

