



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN EN EL AÑO 2020 A 2021**

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

**PRESENTADA POR  
DORA ALMENDRA LOAYZA MINGA**

**ASESOR**

**DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCIA**

**LIMA, PERÚ  
2021**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DANIEL ALCIDES CARRIÓN EN EL AÑO 2020 A 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**DORA ALMENDRA LOAYZA MINGA**

**ASESOR**

**DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Giselle Vásquez Donayre

**Miembro:** Mg. Edgar Rolando Ruiz Semba

**Miembro:** Me. Johandi Delgado Quispe

## **DEDICATORIA**

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por el apoyo incondicional que siempre me brindan y por haber sentado en mí las bases de la responsabilidad y deseos de superación. Todo esto es por y para ellos.

Dora Almendra Loayza Minga

## **AGRADECIMIENTO**

En primera instancia agradezco a mis padres, las personas más importantes en mi vida quienes siempre supieron motivarme a alcanzar mi más grande sueño, a mi hermano por su amor incondicional y a mis formadores por transmitirme sus conocimientos y consejos para con mi carrera. Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a todos he logrado importantes objetivos como obtener una afable titulación y sobre todo culminar mi carrera profesional llevándome conmigo las mejores enseñanzas.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 MEDICINA INTERNA	1
1.2 GINECOLOGÍA	4
1.3 CIRUGÍA	6
1.4 PEDIATRÍA	8
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	11
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	15
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	26
<b>CONCLUSIONES</b>	28
<b>RECOMENDACIONES</b>	29
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	30

## RESUMEN

### INTERNADO MÉDICO EN ÉPOCA DE PANDEMIA

**Objetivo.** El fin de este trabajo es exponer la experiencia de la práctica profesional en las cuatro rotaciones durante del año de internado médico.

**Materiales y método.** Se realizará una presentación de lo aprendido durante el internado médico en las cuatro rotaciones: medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología, con una descripción de casos clínicos y procedimientos fundamentados en bases teóricas, incluyendo en ellos el aprendizaje adquirido durante toda la carrera. De tal manera que proporcionen evidencia de la opinión crítica y humanista de la profesión, todo esto llevado a cabo en una emergencia sanitaria mundial.

**Conclusión.** Se describe un internado médico con mayor demanda de personal médico, deficiente de recursos con respecto al hospital y un ambiente laboral ajetreado.



## ABSTRACT

### MEDICAL INTERNSHIP IN TIME OF PANDEMIC

**Objective.** The purpose of this work is to present the experience of the professional practice in the four rotations during the year of medical internship.

**Materials and method.** There will be a presentation of what was learned during the medical internship in the four rotations: internal medicine, general surgery, pediatrics and gynecology, with a description of clinical cases and procedures based on theoretical bases, including in them the learning acquired throughout the career. In such a way as to provide evidence of the critical and humanistic opinion of the profession, all carried out in a global health emergency.

**Conclusion.** A medical internship is described with a higher demand for medical personnel, insufficient resources with respect to the hospital and a busy work environment.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa de la carrera de medicina, siendo esta la de mayor expectativa porque es el momento en el cual se pone en práctica todos los conocimientos adquiridos durante los 6 primeros años en la universidad.

Es la etapa más importante porque se consolida lo aprendido, se fortalecen definiciones y criterios, se solventan dudas y se aprende de los errores para mejorar a partir de ellos y evitar cometerlos en un futuro para su posterior aplicación en el diagnóstico y tratamiento certero del paciente.

Por lo cual, esta etapa genera cierta ansiedad para asumir nuevos retos y abordar situaciones complejas y bruscas que se puedan presentar, a la misma vez produce expectativas de aprender nuevas cosas como la realización de procedimientos menores y también de mostrarse capaz para el abordaje de una atención completa y adecuada.

El internado médico 2020 se llevó a cabo en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. El cual es categorizado como un hospital nivel III-1<sup>(1)</sup>, siendo el hospital de mayor complejidad en el Callao, hospital de referencia nacional y sede docente pre y post grado<sup>(2)</sup>. Cuenta con especialistas de alta calidad profesional y de enseñanza. Cabe resaltar que incluye un consultorio de fertilidad en el área de ginecología así como un laboratorio especializado en prevención, detección y tratamiento de tuberculosis, únicos en la región.

Como es de saber, al inicio del internado se realiza una inducción previa para dar a conocer el sistema de trabajo del hospital y el reglamento de dicho nosocomio, en el cual explican la cantidad de horas por semana que se debe cumplir, la cantidad de guardias, los pagos respectivos y las leyes que

respaldan al interno de medicina y los logros que el hospital tuvo. Así mismo explican que el interno de medicina es aún un estudiante y que por ello no cuenta con responsabilidad sobre los pacientes. Sin embargo, su rol influye en tratar de compensar las limitaciones del sistema de salud que deviene en el beneficio del paciente y aprendizaje del mismo.

Durante el inicio del año 2020 la situación nacional fue usual a las anteriores, la demanda era oscilante correspondiendo propiamente a cada rotación. De todas las áreas del hospital, el servicio de ginecología es el más organizado y antes de la pandemia siempre se atendían emergencias tales como una mujer embarazada en trabajo de parto, placenta previa, ruptura prematura de membranas, abortos, etc.

Mientras que en consultorio se atendían patologías como ovario poliquístico, infertilidad, vaginosis bacteriana, miomatosis, mastitis, prolapso, enfermedades de transmisión sexual, etc. También se podía encontrar un consultorio de planificación familiar donde las mujeres podían acercarse y ser informadas de un método anticonceptivo y elegir el que vaya de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

Además se contaba con un ambiente para retiro de puntos en mujeres post cesareadas, donde también se podía realizar colposcopia y toma de muestra para PAP.

Finalmente se encontraba la unidad de embarazo patológico y el piso de hospitalización. El primero incluye a mujeres gestantes hospitalizadas por una enfermedad que pone en riesgo la vida del bebé y la propia; mientras que el segundo esta conformado por dos pabellones para mujeres puérperas por parto eutócico y distócico, post operadas en general y demás.

La función del interno de medicina es de realizar historias clínicas de ingreso, evoluciones diarias, recetas, órdenes y altas de pacientes. También coloca métodos anticonceptivos y atiende partos en el centro obstétrico con apoyo de los residentes de primer año y en emergencia se encarga de evaluar a las pacientes y realizar tactos vaginales con previa supervisión.

Sin embargo, todo esto cambió con la llegada del covid 19 a nuestro país.

Es así que por Decreto Supremo N° 008-2020-SA<sup>(3)</sup> se declara Emergencia Sanitaria a nivel nacional el 11 de marzo del 2020 y por ende el retiro de todos los internos de ciencias de la salud. El tiempo sin realizar prácticas profesionales fue alrededor de 7 meses, donde la educación se tornó virtual para todos.

El día 14 de agosto del año 2020 se emite la resolución ministerial N° 622-2020<sup>(4)</sup> en la cual dispone la reanudación progresiva de los internos de ciencias de la salud en el sector público a partir del 15 de agosto del 2020 bajo lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de las actividades.

Estos lineamientos indican que el regreso al internado debe ser voluntario y justificado mediante una declaración jurada; el interno de medicina debe ser contratado por el ministerio de salud y contar con seguro complementario por trabajo de riesgo y seguro de salud. Además de recibir un estipendio mensual equivalente a 930 soles como sueldo básico.

Las actividades se reanudarán si es no reactivo a la prueba rápida covid-19 y en caso de ser reactivo o de presentar síntomas, este debe cumplir con el aislamiento requerido. También informan que debe ser provisto de equipos de protección personal el cual debe ser otorgado por cada centro de salud.

Cabe recalcar que el ministerio de salud puso a disposición los centros de salud de primer nivel de atención para el retorno de los estudiantes de ciencias de salud del último año.

Sobre las actividades del interno, recalcan que la asistencia debe llevarse a cabo mediante un régimen de 15 días de asistencia continua en áreas no covid, seguidos de 15 días de descanso y de esta forma alternarse dos grupos de internos casa mes. Además se debe cumplir un horario de 6 horas desde las 7:00 am a 1:00 pm de lunes a sábado sin asistencia los días domingo y con un máximo de 2 guardias diurnas de 12 horas desde las 7:00 am hasta las 7:00 pm.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es la etapa más decisiva de toda la carrera de medicina porque te indica la calidad de profesional médico que vas a ser y quizás la más difícil de sobrellevar por la alta carga de responsabilidad y estrés laboral que esta proporciona. Sin embargo, todos pasan por ello y todos se pulen en esta etapa para llegar a ser el gran profesional que son hoy en día.

Adquirir nuevos conocimientos en esta fase mejora la opinión crítica de cada uno y esto influye en el manejo del paciente.

Las expectativas que un estudiante tiene previo al pase de internado son las de complementar el aprendizaje teórico con el práctico, realizar procedimientos, aprender el manejo de una emergencia común el cual podría darse en el SERUMS y saber otorgar el mejor tratamiento a un paciente.

Por lo que se presentan casos clínicos correspondientes a cada rotación, siendo los más resaltantes y los de mejor aprendizaje durante el internado.

### **1.1 MEDICINA INTERNA**

#### **Caso Clínico 1**

- a. **Anamnesis:** Paciente de sexo masculino de 32 años de edad, procedente del callao, acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por presentar dolor en banda de lado derecho hasta el lado izquierdo de intensidad 8/10. Coloración amarillenta de escleras y piel.

**b. Antecedentes:** litiasis vesicular

**c. Funciones vitales:** Temperatura de 36.7 °C, Frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 13 por minuto, Saturación de oxígeno 99% y Presión arterial de 130/80 mmHg.

**d. Al examen físico:**

**Piel y mucosas:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, ictericia ++/+++. No edemas.

**Tórax y pulmones:** Simétrico, amplexación adecuada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiaco rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes.

**Abdomen:** plano, simétrico. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco derecho. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonoridad conservada.

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, genitales normales

**Sistema nervioso central:** Orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

**e. Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

- Exámenes de laboratorio: amilasa, lipasa, perfil hepático, Bilirrubinas, Fosfatasa alcalina y gama glutamil transferasa
- Exámenes de imágenes: ecografía: cálculos en vesícula biliar

**f. Diagnóstico:**

- Pancreatitis aguda por litiasis vesicular
- Descartar coledocolitiasis

**g. Tratamiento:**

- Dieta absoluta, NPO
- Hidratación y analgésicos

## **Caso Clínico 2**

**a. Anamnesis:** Paciente de sexo masculino de 45 años de edad, procedente de los olivos, acude a emergencia del Hospital Nacional

Daniel Alcides Carrión por presentar dolor abdominal, náuseas, sed excesiva y debilidad. Niega otros síntomas.

**b. Antecedentes:** Diabetes mellitus hace 15 años

**c. Funciones vitales:** Temperatura de 37.4 °C, Frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 14 por minuto, Saturación de oxígeno 97% y Presión arterial de 100/70 mmHg

**d. Al examen físico:**

**Piel y mucosas:** tibia, deshidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, No edemas.

**Tórax y pulmones:** Simétrico, amplexación adecuada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiaco rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes.

**Abdomen:** plano, simétrico. Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonoridad conservada.

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, genitales normales

**Sistema nervioso central:** Orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

**e. Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

- Exámenes de laboratorio: AGA, examen de orina, hemograma, glucosa, urea y creatinina

**f. Diagnóstico:**

- Cetoacidosis diabética

**g. Tratamiento:**

- Hidratación
- Insulinoterapia
- AGA control

## 1.2 GINECOLOGÍA

### Caso Clínico 1

**a. Anamnesis:** Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, procedente del callao, acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por presentar contracciones frecuentes y de intensidad 8/10. Sin pérdida de líquido.

**b. Antecedentes:** niega

**c. Funciones vitales:** Temperatura de 36.2 °C, Frecuencia cardiaca de 92 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 13 por minuto, Saturación de oxígeno 99% y Presión arterial de 120/80 mmHg.

**d. Al examen físico:**

**Piel y mucosas:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, No edemas.

**Tórax y pulmones:** Simétrico, amplexación adecuada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiaco rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes.

**Abdomen:** Globuloso, simétrico. Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonoridad conservada.

**Útero:** Grávido

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, genitales normales

**Sistema nervioso central:** Orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

**e. Diagnóstico:**

- Trabajo de parto
- Gestante de 38 semanas por ecografía del II trimestre.

**f. Tratamiento:**

- Atención del parto



## Caso Clínico 2

**a. Anamnesis:** Paciente de sexo femenino de 30 años de edad, procedente del callao, acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por presentar prurito palmar y plantar de intensidad moderada, asociado a esteatorrea. Sin pérdida de líquido.

**b. Antecedentes:** niega

**c. Funciones vitales:** Temperatura de 37.2 °C, Frecuencia cardiaca de 61 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 12 por minuto, Saturación de oxígeno 98% y Presión arterial de 120/80 mmHg.

**d. Al examen físico:**

**Piel y mucosas:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, No edemas. Lesiones eritematosas en palmas y plantas.

**Tórax y pulmones:** Simétrico, amplexación adecuada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiaco rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes.

**Abdomen:** Globuloso, simétrico. Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonoridad conservada.

**Útero:** Grávido

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, genitales normales

**Sistema nervioso central:** Orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

**e. Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

- Exámenes de laboratorio: perfil hepático, ácidos biliares, fosfatasa alcalina, bilirrubinas y hemograma

**f. Diagnóstico:**

- Colestasis gravídica
- Gestante de 35 semanas por ecografía del II trimestre.

**g. Tratamiento:**

- Ácido ursodexosicólico.

## 1.3 CIRUGÍA

### Caso Clínico 1

**a. Anamnesis:** Paciente de sexo Masculino de 20 años de edad, procedente del callao, acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por accidente traumático por aplastamiento.

**b. Antecedentes:** niega

**c. Funciones vitales:** Temperatura de 36.7 °C, Frecuencia cardiaca de 129 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 12 por minuto, Saturación de oxígeno 97% y Presión arterial de 80/50 mmHg.

**d. Al examen físico:**

**Piel y mucosas:** fría, hidratada, elástica, llenado capilar mayor de 2 segundos, palidez ++/+++. No edemas. Laceración en brazo izquierdo.

**Tórax y pulmones:** Simétrico, amplexación adecuada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiaco rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes pero débiles

**Abdomen:** plano, simétrico. Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonoridad conservada.

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, genitales normales

**Sistema nervioso central:** Orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

**e. Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

- Exámenes de laboratorio: Urea, glucosa, creatinina, hemograma.
- Exámenes de imágenes: radiografía de tórax, radiografía de pelvis.

**f. Diagnóstico:**

- Politraumatizado por aplastamiento

**g. Tratamiento:**

- Laparotomía exploratoria

## Caso Clínico 2

**a. Anamnesis:** Paciente de sexo Masculino de 46 años de edad, procedente de los Olivos, acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por presentar dolor abdominal en fosa iliaca derecha de intensidad 7/10 asociado a pérdida de apetito, vómitos y sensación de alza térmica no cuantificada.

**b. Antecedentes:** Niega

**c. Funciones vitales:** Temperatura de 38,9 °C, Frecuencia cardiaca de 105 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 12 por minuto, Saturación de oxígeno 97% y Presión arterial de 120/70mmHg.

**d. Al examen físico:**

**Piel y mucosas:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, No edemas.

**Tórax y pulmones:** Simétrico, amplexación adecuada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiaco rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes

**Abdomen:** globuloso, simétrico. Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Punto de Mc Burney positivo. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonoridad conservada.

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, genitales normales

**Sistema nervioso central:** Orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

**e. Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

- Exámenes de laboratorio: hemograma.
- Exámenes de imágenes: ecografía

**g. Diagnóstico:**

- Apendicitis aguda

**h. Tratamiento:**

- Apendicectomía laparoscópica

- Analgésicos
- Antibioticoterapia.

## 1.4 PEDIATRÍA

### Caso Clínico 1

- Anamnesis:** Paciente de sexo femenino de 1 año de edad, procedente de ventanilla, acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por presentar vómitos, sensación de alza térmica cuantificada de 38.7 ° C, diarreas de 5 cámaras de aproximadamente 100 cc.
- Antecedentes:** Síndrome obstructivo bronquial a los 3 meses
- Funciones vitales:** Temperatura de 38.8 °C, Frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 14 por minuto, Saturación de oxígeno 99%

**d. Al examen físico:**

**Piel y mucosas:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, No edemas.

**Tórax y pulmones:** Simétrico, amplexación adecuada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardiaco rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes

**Abdomen:** globuloso, simétrico. Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonoridad conservada.

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, genitales normales

**Sistema nervioso central:** Orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

**e. Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

- Exámenes de laboratorio: examen de orina, pcr, hemograma
- Exámenes de imágenes: ecografía renal y de vías urinarias.

**f. Diagnóstico:**

- Infección del tracto urinario alto: Pielonefritis

**h. Tratamiento:**

- Antibioticoterapia

**Caso Clínico 2**

**a. Anamnesis:** Paciente de sexo femenino de 12 años de edad, procedente del Callao, acude a emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión por presentar aumento de volumen en zona infraclavicular izquierda, eritematosa y dolorosa que impide la movilización del brazo.

**b. Antecedentes:** osteogénesis imperfecta (Hermano). Celulitis abscedada clavicular izquierda.

**c. Funciones vitales:** Temperatura de 37.4 °C, Frecuencia cardíaca de 89 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 12 por minuto, Saturación de oxígeno 99%

**d. Al examen físico:**

**Piel y mucosas:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, No edemas. Lesión de 2x3, 5x2, 5 cm eritematosa, dolorosa al tacto en zona clavicular izquierda.

**Tórax y pulmones:** Simétrico, amplexación adecuada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

**Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos. Pulsos periféricos presentes

**Abdomen:** plano, simétrico. Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. Ruidos hidroaéreos presentes. Sonoridad conservada.

**Genitourinario:** Puño percusión lumbar negativo, genitales normales

**Sistema nervioso central:** Orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. No presenta signos meníngeos ni de focalización.

**e. Exámenes de apoyo al diagnóstico:**

- Exámenes de laboratorio: PCR, hemograma

- Exámenes de imágenes: radiografía, ecografía

**f. Diagnóstico:**

- Celulitis abscedada

**g. Tratamiento:**

- Drenaje
- Antibioticoterapia

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

El hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se encuentra en la provincia constitucional del Callao, ubicado en la avenida guardia chalaca, es un hospital de nivel III-1 considerado como el mejor hospital del callao no solo por tener múltiples especialidades, sino por tratarse de un hospital de referencia y sede docente. Tiene como objetivo atender a los 415 888<sup>(1)</sup> pobladores de la zona, además de la recepción de referencias por parte de los centros del primer nivel de atención, del Hospital San José y el Hospital de Ventanilla.

Como visión planea ser elegido por los pacientes por contar con alto prestigio y ser reconocido por su complejidad, acreditado por la prestación de servicios de salud, docencia e investigación en el campo científico. Y tiene como misión mejorar la calidad de vida y recuperar la satisfacción y confianza de los pacientes que acuden diariamente al nosocomio <sup>(5)</sup>.

El hospital cuenta con un área de triaje donde se otorga un rango de prioridad a los pacientes que acuden según especialidad y luego pasan a emergencia donde convergen los servicios de pediatría, medicina, cirugía y traumatología. El hospital tiene 6 pabellones (6A, 6B, 7A, 7B, 8A y el 8b) para el servicio de medicina interna en el cual cada uno de ellos cuenta con un área de enfermería y de procedimientos. En el quinto piso se encuentra UCYME donde podemos encontrar a los pacientes que necesiten mayores cuidados con equipos más especializados.

El Servicio de ginecología esta dividido en emergencia, el cual cuenta con cuatro espacios: el primero es para ecografías de emergencia, el segundo es un área con camillas para evaluación ginecológica, el tercero es un tópicó donde permanecen hospitalizadas por 24 a 48 horas y el cuarto donde se realizan procedimientos como AMEU y legrados; centro obstétrico donde atienden partos eutócicos y cuenta con un área de puerperio inmediato donde permanece la madre por alrededor de las primeras 2 horas luego del parto; UEPA (unidad de embarazo patológico) y finalmente piso que esta dividido en dos pabellones y cuentan con un área de procedimientos.

El servicio de pediatría el cual cuenta con dos pabellones para hospitalización y una emergencia para atención. El área de neonatología se divide por centro de atención de neonatología que se encuentra al lado de sala de partos y que posee dos ambientes: el primero para la atención inicial del neonato y el segundo es un alojamiento mientras la madre se encuentra en puerperio inmediato; UCI I, II y III e intermedios A y B para los casos complejos.

El Servicio de cirugía cuenta emergencia y piso que esta constituido por dos pabellones específicos para su especialidad pero pueden tener camas periféricas en otros pabellones cuando necesiten.

Cuando en los servicios se necesite algún examen de apoyo al diagnóstico se decide hacer una referencia pero normalmente estas se hacen con mayor demanda en el servicio de pediatría, donde muchas veces la madre o familia no puede costear los gastos de exámenes de manera privada y se procede con las referencias para poder tener un mejor manejo del caso. La mayoría se realiza en el Hospital San Bartolomé donde se envían órdenes para perfil TORCH y enfermedades de transmisión vertical y al INEN en caso se busque efectuar una gammagrafía.

Sin embargo, todo en el hospital cambió a raíz de la pandemia. Primero se eligió al personal de salud con comorbilidades y aquellos de mayor edad para que hagan trabajo remoto y no asistan al hospital por alta probabilidad de contagio. Segundo los residentes de tercer año pudieron graduarse tempranamente y pasar a ser asistentes para de esa manera cubrir al personal que se eligió para trabajo remoto. Los residentes de primer año pasaron a realizar las actividades del interno de medicina.



Se optó por dividir la emergencia general donde todos los servicios convergían. Por lo que, traumatología y cirugía general pasaron al sótano, la emergencia de medicina, ginecología y pediatría se dividieron en emergencia normal y para sintomáticos respiratorios. Pediatría y ginecología se ubicaron en la parte posterior del hospital, mientras que medicina permaneció en el mismo lugar pero se implementaron 3 carpas a las afueras del hospital para atención de paciente con síntomas de covid.

Los pabellones en todos los servicios se separaron en covid y no covid, y para el ingreso a cualquiera de ellos, es necesario una prueba rápida covid o un prueba antigénica. Además de que el ingreso del personal deber ser con un equipo de protección completo: mandilón, botines, mascarilla n95, gorro quirúrgico y careta facial o lentes.

Todas las emergencias en la época de pandemia contaban con recursos para el lavado de manos, hecho que no ocurría anteriormente. También se ubicaron lugares ventilados y amplios donde el personal médico podría ingerir sus alimentos con el aforo de 2 personas máximo estableciendo la distancia de 2 metros.

Si bien, el hospital supo manejar la distribución de servicios para evitar mayor cantidad de contagios para el personal de salud y de la población en general, la situación a nivel hospitalario pasó a ser insostenible para todo el personal asistencial en el ámbito laboral y emocional. A diario se escuchaban fallecimientos de colegas y todos cursaban con un alto nivel de estrés, mientras que otros ejercían su profesión a la vez que llevaban un duelo familiar. Los horarios debían ser cubiertos por mayor personal porque ahora había dos emergencias por servicio.

Todo esto influyó en el internado, el aprendizaje se pudo haber visto comprometido ya que había una reducción de días en los que se asistía al hospital, cancelación de actividades académicas para evitar aglomeraciones y reducción de la cantidad de guardias. También así había una falta de conocimiento del caso del paciente, ya que solo se rotaba por 15 días al mes o en algunos casos de 3 a 4 días por presencia de subrotaciones dentro de un servicio.

El psicosocial del poder infectarse también estuvo presente, pese a ser voluntario el regreso y pese a las medidas de bioseguridad, siempre se tuvo temor de una probable infección, motivo por el cual uno mismo es riguroso con el uso del equipo de protección personal y con el distanciamiento.

Por lo demás, esta en uno mismo aprovechar las situaciones y casos clínicos que se podían presentar, siendo la emergencia una de las mayores fuentes de aprendizaje.

### **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Durante las rotaciones se presentaron diversos casos clínicos, desde los más sencillos hasta los más complejos y cada paciente es como un libro abierto del cual hay que sacar lo más sustancioso para aprender y para fijar la información que servirá en un futuro.

En la rotación de medicina interna se podría decir que se encuentran los casos más complejos porque los pacientes cuentan con dos antecedentes clínicos como mínimo e incluso son una polifarmacia por la cantidad de medicamentos que ingieren.

Integrando lo aprendido a la parte práctica, se procede a analizar los casos clínicos ya mencionados.

El primero se trató de un paciente masculino de 32 años con antecedente de litiasis vesicular. El paciente llega a emergencia presentando ictericia en escleras, palma de manos y mucosas asociado a un dolor en epigastrio que se irradia en banda o cinturón desde el lado derecho dorsal hasta el izquierdo. Se realizó una ecografía abdominal para demostrar el antecedente de litiasis vesicular, evidenciándose la misma. Según la bibliografía el diagnóstico de pancreatitis es una suma de la clínica que presenta el paciente, los resultados de exámenes de laboratorio y el tener una imagen como una tomografía o resonancia magnética <sup>(6)</sup>.

Se obtuvieron resultados de exámenes como amilasa y lipasa altas, siendo la más específica la lipasa porque es la más sensible y la que se eleva más rápido (6 a 8 horas) y se mantiene por 10 a 14 días. Se obtuvieron también resultados de bilirrubinas y perfil hepático donde se evidenció un patrón colestásico por aumento de bilirrubina directa, fosfatasa alcalina y GGT.

Sumando el antecedente probado por ecografía, la clínica del paciente y los exámenes laboratoriales de apoyo; el paciente entró a piso con el diagnóstico de pancreatitis aguda por litiasis vesicular a descartar coledocolitiasis.

Una vez en piso, se inició dieta blanda, terapia analgésica, reposición hidroelectrolítica y se corrió con la interconsulta para el servicio de gastroenterología para una evaluación y posibilidad de realizar una CEPRE. Como consiguiente se efectivizó la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, siendo este un procedimiento diagnóstico y terapéutico, en el cual se introduce un endoscopio por vía oral hasta llegar aproximadamente a la ampolla de Váter o segunda porción del duodeno, en la cual finalmente desembocan el colédoco y el conducto pancreático principal, para la extracción del cálculo ocupante <sup>(7)</sup>. Cabe recalcar que la intervención temprana con CPRE reduce la morbilidad y la mortalidad <sup>(8)</sup>.

Posterior al procedimiento, el paciente evolucionó favorablemente y por indicación epidemiológica se decidió dar de alta al paciente con un control por el servicio de gastroenterología.

El segundo caso trata de un paciente masculino de 45 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 15 años.

Él ingresa a emergencia por presentar debilidad, náuseas, sed excesiva y dolor abdominal. Por lo que se procede a realizar un AGA como parte del diagnóstico en casos de complicaciones agudas en paciente diabéticos. En el caso de paciente se halló una glucosa más de 250, pH menos de 7.3, bicarbonato menos de 18 y cetonas en orina compatible con un cuadro de cetoacidosis diabética <sup>(9)</sup>.

El examen de laboratorio de mayor importancia es el AGA (es un procedimiento de extracción de sangre arterial para evaluar electrolitos y trastornos metabólicos y respiratorios) junto con el examen de orina, el cual sirve para evaluar presencia de cuerpos cetónicos como acetona, acetoacetato y betahidroxibutirato, siendo la más importante la última.

La cetoacidosis es una causa de la acidosis metabólica con anion gap elevado y se traduce de la siguiente manera: pH mayor a 7.4, bicarbonato menor de 24, presión de dióxido de carbono menor de 40 y anión gap mayor de 12.

El paciente ingresa a piso luego de ser estabilizado donde le realizan un AGA control y examen de orina, en el cual se evidencia leucocitos en orina y nitritos positivos, motivo por el cual se realizó una orden para un urocultivo y poder aislar al germen causante.

Además de realizarle la historia clínica exhaustiva donde el paciente revela un antecedente de tuberculosis con tratamiento incompleto también refiere cursar con diarrea de larga data de 8 cámaras diarias, líquidas sin rasgos de sangre. Por lo que el plan fue realizar un parasitológico seriado para ver si la causa era parasitaria, reacción inflamatoria en heces para descartar que sea de etiología bacteriana, bk en esputo y bk en orina para descartar tuberculosis de vías urinarias.

Durante la estadía en piso, el paciente cursaba con cuadros de hipoglicemia con valores mínimos de 50 mg/dl por lo que inmediatamente se administraba de 4 a 5 ampollas de dextrosa al 33,3%. Además la acidosis metabólica pasó de ser anión gap elevado a un anión gap normal.

El tratamiento administrado fue antibioticoterapia empírica con cobertura para *E. Coli* por ser el germen causante más común de las infecciones de tracto urinario hasta recibir los resultados del urocultivo; paralelamente se hidrataba al paciente con 0.45% de NaCl de 250 a 500 ml por hora para corregir la acidosis metabólica leve con anión gap normal y se proporcionaba insulina NPH como parte de su tratamiento por diabetes mellitus.

Posteriormente se recibieron los resultados de Bk, los cuales fueron negativos y el resultado de urocultivo: aislando al germen *E. Coli* como causante, para lo cual ya contaba con cobertura antibiótica.

El cuadro diarreico seguía presente y al obtener todos los exámenes de reacción inflamatoria en heces negativo, parasitológico seriado negativo y Bk en heces negativo, se decidió mandar una interconsulta al servicio de gastroenterología para su evaluación. Los cuales concluyeron que la mejor opción era realizar una biopsia de colon. Se realizó la colonoscopia para toma de muestra y en el resultado anatómo-patológico se diagnosticó colitis microscópica. Patología que se define como un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal que puede ser de dos tipos: linfocítica y colagenosa en pacientes de mediana y avanzada edad, de causa idiopática pero con alta

asociación con ácidos biliares, agentes infecciosos y uso de medicamentos como aines e inhibidor de la bomba de protones.

Para el tratamiento de dicha enfermedad, suele ser suficiente con el retiro del fármaco causante, con el uso de mesalazina y con indicación de antidiarreicos como loperamida. Si a pesar de todo, no responde se procedería al uso de corticoides

Con respecto a la rotación de ginecología, resaltan dos casos. El primero de ellos se dió con una mujer joven de aproximadamente 25 años sin antecedentes de importancia que llega a emergencia por encontrarse en trabajo de parto. Por lo que es llevada al centro obstétrico para atenderla, durante el periodo de expulsión la madre no realizaba el pujo adecuado, además la salida del bebé por el canal del parto fue lenta por lo que optaron por realizar la maniobra de Kristeller. El cual se define como un movimiento en el que se ejerce presión a nivel del fondo uterino con los puños o con el antebrazo, empujando hacia el canal de parto con el objetivo de fortalecer la contracción uterina con ayuda del pujo de la madre y la próxima expulsión del bebé.

Luego del periodo de alumbramiento, la madre es llevada a puerperio inmediato donde permanece por 2 horas para evaluación y prevención de hemorragia post parto donde todo parece ser satisfactorio, pasa a piso donde la paciente refiere encontrarse muy adolorida y al momento de evaluarla se evidencia dificultad a la sedestación y deambulación por dolor a la apertura de miembros inferiores.

Se decide tomar una radiografía de pelvis y solicitar una evaluación por el servicio de traumatología para descartar posibles lesiones. Posteriormente el servicio acude para revisión del caso donde examinan a la paciente y al momento de la compresión de los trocánteres hay un dolor leve y al realizarlo a nivel de la sínfisis del pubis esta genera un dolor intenso, además se evidencia en la radiografía una separación de ramas pubianas de aproximadamente 14 mm. Según la bibliografía, la diástasis de la sínfisis del pubis se considera fisiológica en mujeres no gestantes cuando la medida es de 5mm y en mujeres gestantes cuando es menor y no sobrepasa los 10 mm, es patológica cuando

supera los 10 mm y hay factores que contribuyen a desencadenarla como la multiparidad, macrosomía, desproporción cefalo-pélvica, parto precipitado y enfermedades articulares o del tejido conectivo <sup>(10)</sup>. El tratamiento es una corrección quirúrgica ortopédica cuando la diástasis es mayor a 40 mm y esta puede complicarse con una separación de la articulación sacro iliaca y lesiones del plexo lumbo-sacro; caso contrario a cuando la diástasis es menor a 40 mm, el tratamiento es conservador: se proporciona reposo, analgésicos y fisioterapia, el cual se llevó a cabo con la paciente <sup>(11)</sup>.

El segundo caso trata de una paciente de aproximadamente 30 años que se encontraba en el servicio de Unidad de embarazo patológico (UEPA). En la historia clínica de piso se registró que la paciente cursaba con esteatorrea y prurito de moderada intensidad llegando a ser insoportable, de afectación palmo plantar que empeoraba por las noches. Por lo que ingresó al servicio con el diagnóstico a descartar de colestasis gravídica. Se le realizaron exámenes de laboratorio para confirmar sospecha diagnóstica con ácidos biliares y perfil hepático. Cabe recalcar que la colestasis gravídica ocurre entre el 2 trimestre y 3 trimestre de embarazo y se diagnostica como un aumento de ácidos biliares mayor a 10, aumento de transaminasas hasta 70, fosfatasa alcalina hasta 4 veces su valor y la bilirrubina total y directa altas <sup>(12)</sup>.

Los ácidos biliares son moléculas anfipáticas producidas en el hígado a partir del colesterol que aumentan su concentración ante una predisposición genética a un aumento de sensibilidad a estrógenos y progesterona lo cual ocurre entre el 2 y 3 trimestre. Los ácidos biliares se pueden diferenciar por ser primarios como el ácido cólico y quenodesoxicólico, secundarios como litocólico y desoxicólico y terciarios como el ursodexoxicólico, importantes para la digestión de grasas.

En un principio había que distinguir la causa de prurito siendo uno de los diagnósticos diferenciales más comunes la escabiosis. Pero esta afecta predominantemente palma y plantas de manos y pies.

Finalmente se recibieron los exámenes de laboratorio encontrando los ácidos biliares con un valor de 50 uc/l, lo cual lo categoriza como una severa

colestasis. Cabe recalcar que los ácidos biliares en altos valores traspasan la barrera placentaria y se acumulan en el líquido amniótico y en el feto ocasionando sufrimiento fetal, arritmia fetal, óbito fetal y síndrome de distrés respiratorio neonatal por depósito.

Con respecto al tratamiento, se puede dar colestiramina que secuestra ácidos biliares a nivel intestinal para que estos sean excretados por las heces y el ácido ursodexosicólico el cual es hidrofílico busca reemplazar a los ácidos biliares hidrofóbicos, a la vez que inhibe su absorción intestinal<sup>(13)</sup>. En el caso de la paciente se administró el ácido ursodexosicólico, se realizó monitoreo fetal y se dio de alta con su respectivo control de perfil hepático cada 4 a 6 semanas hasta el término del embarazo.

En relación a la rotación de cirugía se presentaron dos casos: el primero de ellos trató de un paciente de 20 años sin antecedentes de importancia que acude a emergencia por accidente traumático por aplastamiento. El paciente se encontraba lúcido, despierto y orientado en tiempo espacio y persona y al examen físico lo positivo fue un abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda, con signos de irritación peritoneal.

Según la bibliografía se debe realizar el ABCDE como parte de la atención inicial en un paciente politraumatizado. Esta evaluación está definida como A de vía aérea, en la cual buscamos la permeabilidad de esta incluyendo el uso de collarín; B de respiración, en la cual vemos si el tórax se moviliza con cada inspiración y espiración además de evaluar la frecuencia respiratoria; C de circulación, en la cual evaluamos la presencia de pulsos periféricos, llenado capilar y frecuencia cardiaca; D de déficit neurológico, en la cual evaluamos el glasglow del paciente y E de exposición, en la cual se busca evidenciar lesiones y fracturas del paciente sin ropa<sup>(14)</sup>. Posteriormente se procede a usar exámenes laboratoriales como hemograma, glucosa, creatinina y de imágenes como el ecofast para tener un mejor panorama del paciente.

Mientras se realizaba el ABCDE, la presión arterial del paciente cae bruscamente por lo que es llevado a trauma shock por un presunto shock hipovolémico. Allí logran estabilizarlo momentáneamente hasta coordinar su pase a sala de operaciones para una laparotomía exploratoria abierta para identificar una probable hemorragia interna causante del cuadro.



Durante la operación se encontraron los siguientes hallazgos: trauma renal derecho grado v, trauma de colon sigmoides grado III y trauma de colon descendente grado I y hemoperitoneo de 500 cc. Se procedió a la realización de una nefrectomía derecha, resección del segmento dañado del colon sigmoides, una rafia del colon descendente y colocación de dren laminar del lado derecho, al final de la operación se suturó con puntos discontinuos para cierre por 2 intención. Cabe recalcar que durante la operación el paciente cursaba con presiones muy bajas llegando a 40/30. Luego pasó a recuperación donde fue estrictamente vigilado, allí cursó con taquipnea en varias ocasiones y con dificultad respiratoria, por lo que al momento de examinarlo se evidenció una disminución del murmullo vesicular y matidez a la percusión sospechando de hemotórax, por lo consiguiente se realizó una radiografía de tórax donde se confirmó un hemoneumotórax de lado derecho y como nuevo hallazgo se encontraron fracturas costales. Se prosiguió a realizar una toracocentesis para drenaje de contenido y se obtuvo alrededor de 600 cc de líquido hemorrágico, logrando que el paciente se encontrara en mejor condición.

Finalmente el paciente pasó a piso con una evolución favorable, aún con el tubo de drenaje torácico pero drenando en poca cantidad, se realizó exámenes control para evaluar función renal (urea y creatinina, las cuales estuvieron elevadas los primeros días al tratar de suplir el funcionamiento que usualmente realizaban los dos riñones) y exámenes de imagen para completar la evaluación total del paciente, siendo uno de ellos una radiografía pélvica, donde también se evidenció una fractura de rama isquiática de ambos lados, por lo que el servicio de traumatología sugirió que el tratamiento sea conservador al momento.

El paciente cursó con picos de fiebre luego de 10 días de la operación, motivo por el cual se decidió a iniciar terapia antipirética y a realizar una ecografía control, encontrando un absceso en retro peritoneo de aproximadamente 15x20cc. Como plan se retiró un punto para limpiar de manera más exhaustiva la herida, utilizando azúcar para generar granulación y rifocina en spray para evitar que la herida se infecte, además de colocar 10 cc de cloruro de sodio hasta en 6 oportunidades por el dren laminar para extraer la colección.

Es así que el paciente evoluciona favorablemente cumpliendo con el tratamiento de reposo para la fractura de rama isquiática, con terapia antibiótica por la presencia del absceso retroperitoneal y con tratamiento analgésico y antipirético.

El segundo caso trata de un paciente masculino de 47 años de edad que acude a emergencia por dolor abdominal. Al momento de realizar la historia clínica de emergencia, refiere que hace 2 días cursó con pérdida de apetito, vómitos y sensación de alza térmica no cuantificada.

Al examen físico lo positivo fue a nivel abdominal ya que se evidenciaba dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha (Signo de Mc burney positivo).

Se realizó un hemograma para evaluar la presencia de leucocitosis más de 10 mil con desviación izquierda y una ecografía abdominal para estimar si hay aumento de la base apendicular > 6 mm, lo cual apoyaría al diagnóstico de apendicitis.

Por consiguiente, se debe tener en cuenta que el diagnóstico es netamente clínico y la escala de Alvarado es un recurso que nos ayuda a tomar decisiones tales como si el valor total obtenido es de 1 a 3 es poco probable que se trate de una apendicitis, si es de 4 a 6 se debe realizar una tac para evidenciar la congestión apendicular o reevaluar luego de 12 horas y si es de 7 a 10 el tratamiento es realizar una apendicetomía<sup>(15)</sup>. En el caso del paciente, se contaba con un puntaje de 8 en la escala de Alvarado por lo que se optó por una apendicetomía laparoscópica ya que esta genera menor tiempo de recuperación, es menos traumática y genera menor dolor post operatorio.

Es importante diferenciar apendicitis aguda de otro tipo de patologías según la edad y el género. En niños se debería de tener en cuenta un diagnóstico como el de adenitis mesentérica y diverticulitis de Meckel. Mientras que en mujeres se tendría en cuenta una torsión ovárica o un embarazo ectópico roto por ello es importante preguntar por antecedentes. Finalmente el paciente fue sometido a cirugía, evolucionando favorablemente hasta su posterior alta.

En la rotación de pediatría, el primer caso más resaltante fue el de una niña de 1 año de edad que llega a emergencia por fiebre de 38 grados, diarreas y vómitos. Se decide realizar exámenes complementarios como un examen de

orina: obteniéndose leucocitos en orina >100 por campo y nitritos positivos, también se realizó hemograma donde se halló leucocitosis en 16 mil con desviación izquierda y un pcr en 15 mg/dl. Inmediatamente se realizó orden para una ecografía de vías urinarias y de riñón, a parte de un urocultivo para aislar al germen causante del cuadro.

En la ecografía se encontró un riñón derecho aumentado de tamaño e imágenes heterogéneas sugerentes de una colección renal derecha. Paciente con el diagnóstico de infección del tracto urinario de vías altas: pielonefritis derecha pasa a piso donde presenta picos febriles continuos pese al tratamiento de antibioticoterapia recibido en emergencia por lo que este se modifica y se brinda ceftriaxona, el cual es altamente indicado para Infecciones del tracto urinario alto<sup>(16)</sup>. Cabe resaltar que la infección de las vías urinarias altas es causada comúnmente por *E. Coli*, sin embargo hay otros agentes como *Klebsiella* y *Proteus* que también pueden infectar, por ello es necesario identificar al agente causal para otorgar un tratamiento antibacteriano preciso, por lo que el gold estándar es un urocultivo con más de 100 UFC que también nos informa acerca de la sensibilidad o resistencia hacia algún medicamento<sup>(17)</sup>. Durante el tiempo de espera del resultado, se brinda terapia empírica con cobertura para estos gérmenes.

En los niños, la clínica de una infección de vías urinarias es inespecífica, por lo que puede o no cursar con fiebre, vómitos, diarreas, malestar, anorexia, irritabilidad, letargia y demás. Es por ello que se apoya el diagnóstico en exámenes laboratoriales y de imágenes. Siendo estos últimos de importancia porque dentro de los primeros años de vida, cursar con infecciones del tracto urinario a repetición nos podría indicar malformaciones de la vía urinaria, motivo por el cual siempre es necesario una ecografía. Durante los siguientes 4 días del nuevo tratamiento, la paciente ya no se encuentra irritable, hay una mejoría clínica con respecto a los primeros días y los picos febriles van disminuyendo en frecuencia hasta normalizarse. Mientras se esperan los resultados del urocultivo, se realiza ecografía renal y de vías urinarias control, hemograma control, examen de orina control y pcr. Obteniendo como resultado una disminución del volumen de colección renal derecha, vías urinarias permeables, leucocitosis en 11 mil, leucocitos en orina de 50 a 60

por campo y pcr en 6 mg/dl. Posteriormente se decide realizar una tomografía con contraste para evaluar el tamaño del absceso renal y con ello efectuar una interconsulta al servicio de nefrología y urología para evaluación y sugerencias por el servicio.

Finalmente se obtienen resultados del urocultivo donde se aísla *staphylococcus aureus* sensible a ceftriaxona y resistencia intermedia a amikacina, tratamiento que prosigue por evidencia de mejoría clínica. El servicio de nefrología acudió, refiriendo que el funcionamiento renal es adecuado ya que los niveles de urea y creatinina se encontraban dentro de sus valores normales, que el tamaño del absceso se redujo y que no sería necesario una intervención y que continúen con el tratamiento indicado. Paciente es dado de alta con tratamiento por vía oral por completar y con control por emergencia de pediatría dentro de una semana.

El siguiente caso trata de una paciente de 12 años de edad con antecedente familiar de osteogénesis imperfecta y antecedente patológico de celulitis absceda y drenada a nivel de clavícula izquierda, actualmente acude a emergencia por presentar aumento de volumen en zona infraclavicular izquierda, eritematosa y dolorosa que impide la movilización del brazo.

Paciente es hospitalizada para manejo y para posibilidad de drenaje. En primera instancia se realiza exámenes control como una ecografía donde se evidencia absceso de un volumen de 2x3, 5x 2,5 cm, radiografía donde se halla una fractura a nivel del tercio distal, hemograma con leucocitosis en 11 mil y pcr en 5 md/dl. Se realiza interconsulta al servicio de traumatología para evaluación y al servicio de cirugía pediátrica para posibilidad de drenaje. Traumatología acude refiriendo que la fractura podría ser de causa traumática por el anterior drenaje y recomienda que el tratamiento sea conservador y que el absceso amerita drenaje por el servicio de cirugía pediátrica. Este último acude y menciona que hay que descartar una probable osteomielitis. Mientras se hacían los trámites para referir a la paciente para un estudio de gammagrafía ósea en el INEN a fin de descartar dicha patología, recibe antibioticoterapia con oxacilina y clindamicina por alrededor de 5 días.

Se llevó a cabo la gammagrafía ósea y se obtienen resultados donde confirman que no se trata de osteomielitis, que es netamente un absceso ubicado a nivel supra e infra clavicular de 1,5 x 1,5x 2cm y clavícula en fase reparativa. Con informe de resultados se reevalúa nuevamente por cirugía pediátrica quienes dicen que no amerita un drenaje.

Sin embargo según la teoría, las celulitis abscedas, independientemente del volumen, deben ser drenadas y se debe añadir un tratamiento con antibióticos con cobertura para *staphylococcus aureus metilino resistente*<sup>(18)</sup>. Finalmente se acude a una evaluación por radiología intervencionista quienes piden una tomografía con contraste para tener una mejor ubicación del absceso y proceder a la técnica de drenaje, llevándose a cabo el procedimiento y mandando una muestra de lo extraído a laboratorio. Paciente es dado de alta al día siguiente con una evolución favorable y con cobertura antibiótica con oxacilina.

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

Realizar un internado sin altercados es la idea que todos los alumnos de sexto año de la carrera tienen. Si bien tocó vivir un internado en pandemia a los actuales internos, estos se podrían llevar una mejor percepción de lo importante que es el sistema de salud de un país y cómo se puede mejorar.

Realizar un internado sin pandemia fue una experiencia demandante; ya que, se debía cumplir con las guardias diurnas, nocturnas, asistencia a piso con un temprano horario de entrada y sin horario de salida. Además, asistir a actividades académicas que incluían exposiciones largas, por lo que uno terminaba extenuado al final de la jornada.

Si bien se empieza con mucho ímpetu y expectativas, poco a poco estos van disminuyendo por la alta carga laboral que representa el hospital.

Sin embargo, con la llegada de la pandemia y con el rol de horarios que se debía de cumplir para evitar contagios, se contó con más tiempo disponible. De esa manera, se cuidaba al interno y a su entorno familiar de un posible contagio por una exposición prolongada en el hospital.

El regreso al nosocomio durante la pandemia fue algo muy difícil de sobrellevar, principalmente por la carga emocional, así como por las medidas estrictas de bioseguridad que se debía de cumplir. Fue difícil ver la situación en la que muchas familias se encontraban por la precariedad que mostraba el sistema de salud para afrontar las necesidades de los pacientes.

Con respecto a la enseñanza, esta no cambió mucho; ya que, se optó por realizar actividades académicas de manera virtual. Además las enfermedades que comúnmente afectaban a la población seguían presentes.

Las medidas de bioseguridad pasaron a ser lo más resaltante a realizar a diario. Por el contrario, durante la época pre pandemia no se le brindaba la importancia debida, a excepción de algunos casos concretos. El uso del equipo de protección personal pasó a ser obligatorio y se tornó incómodo por la cantidad de horas que se debía permanecer con este.

Antes de la pandemia, las preocupaciones en el nosocomio eran otras, tales como: acelerar las citas de un paciente, optimizar las referencias, efectivizar los exámenes de laboratorio, etc. Por otra parte, luego del retorno al internado, esas no eran las únicas preocupaciones en mente; el psicosocial "protégete porque te puedes infectar y por ende a tu familia " era una constante que generaba ansiedad en el personal de salud.

Las dificultades por las que se tuvo que pasar fueron particularmente dos. La organización para cumplir con los horarios de cada grupo de trabajo, lo cual se resolvió democráticamente mediante un sorteo. Y la probabilidad de contagio por un contacto directo con un docente, por lo que la oficina de apoyo a la docencia e investigación efectivizó el protocolo médico-ocupacional del hospital realizándose las pruebas necesarias.

## CONCLUSIONES

1. Pese a la situación actual y a las medidas complejas que se tomaron para el internado médico 2020-2021, se puede inferir el cumplimiento de los objetivos teóricos y prácticos propuestos, desarrollando que el interno de medicina sea un personal de salud integral y eficiente para la resolución de problemas.
2. Con respecto al internado, el aprendizaje que deja cada caso clínico de cada una de las rotaciones, aportó al conocimiento y formación de los futuros médicos para un abordaje holístico del paciente.
3. Cabe resaltar, que al tratarse de un hospital III-1, no desestima que curse con carencias de recursos para el diagnóstico y tratamiento del paciente.
4. Finalmente, la experiencia vivida durante el internado médico, ayuda a un mejor desenvolvimiento frente a situaciones que se puedan presentar durante la práctica profesional como lo es el Servicio urbano marginal.



## RECOMENDACIONES

- Como sugerencia, se podría realizar rotaciones en centros de salud del primer nivel de atención y en un hospital para aprender el manejo de las patologías con el recurso de cada lugar. Ya que, en muchos centros de salud, la disponibilidad de estos no es la misma y esto prepararía al médico recién egresado para el SERUMS pese a las carencias que poseen.
- Otra idea es darle la importancia debida al diagnóstico clínico mediante la ectoscopia y maniobras para evitar un uso desmedido de estudio de imagen, si es que verdaderamente no lo amerita, y no generar dependencia.
- Una recomendación más es que el interno de medicina cumpla netamente su labor y que no asuma la de otras profesiones como el del tecnólogo de enfermería. Que no se le tome como un secretario para realizar papeleos sino como un personal de salud que aporte al manejo.
- El futuro galeno esta allí para aprender cómo realizar el diagnóstico, aprender procedimientos básicos que realizará en su trayectoria como médico. Se desea que se le tome en cuenta y se le brinde confianza porque será el profesional del futuro.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - HNDAC [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hndac>
2. Historia [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/acerca-de-nosotros/historia.html>
3. Decreto Supremo N° 008-2020-SA, *por la que se declara Emergencia Sanitaria a nivel nacional*. *Diario el peruano*, 11 de marzo de 2020. 6: 1863981-2. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2> (último acceso 15 abril 2021).
4. Resolución Ministerial N°622-2020. 14 de agosto de 2020. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237051/RESOLUCIO%CC%81N\\_MINISTERIAL\\_N\\_622-2020-MINSA.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237051/RESOLUCIO%CC%81N_MINISTERIAL_N_622-2020-MINSA.pdf) (último acceso 15 abril 2021)
5. Visión y Misión [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/acerca-de-nosotros/vision-y-mision.html>
6. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute->

pancreatitis?search=pancreatitis&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1#H26225963

7. Arizaga HAG, Avilés GAC, Hidalgo KOR, Fustillos PRV. Utilidad de CPRE en pancreatitis biliar. RECIMUNDO. 26 de noviembre de 2019;3(3 ESP):198-217.

8. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: Indications, patient preparation, and complications - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-indications-patient-preparation-and-complications?search=colangiopancreatografia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2](https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-indications-patient-preparation-and-complications?search=colangiopancreatografia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2)

9. Vista de Complicaciones Agudas de la Diabetes Mellitus, Visión Práctica para el Médico en Urgencias: Cetoacidosis Diabética, Estado Hiperosmolar e Hipoglucemia. [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/352/392>

10. Méndez ER, Ramírez GAM, Burgos OG. Diástasis traumática de la sínfisis del pubis. :2.

11. Reire Vila E, Iglesia López A de la, Corral Lorenzo C del, Canedo Carballeira ME. Dolor pélvico en la embarazada: Disfunción de la sínfisis púbica. Revisión de la literatura. Revista de la Sociedad Española del Dolor. octubre de 2010;17(7):321-5.

12. Gaitan esteban sanchez, ampudia margarita malpartida. revista medica sinergia [Internet]. editorial medica esculapio; [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/600/1028>

13. Pruritus associated with cholestasis - UpToDate [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pruritus-associated-with-cholestasis?search=colestasis%20intrahepatica%20en%20el%20embarazo&source=search\\_result&selectedTitle=5~58&usage\\_type=default&display\\_rank=4#H71723128](https://www.uptodate.com/contents/pruritus-associated-with-cholestasis?search=colestasis%20intrahepatica%20en%20el%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=5~58&usage_type=default&display_rank=4#H71723128)
14. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado. Acta Médica Peruana. abril de 2011;28(2):105-11.
15. De Quesada Suárez L, Ival Pelayo M, González Meriño CL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía. junio de 2015;54(2):121-8.
16. Segura-Cervantes DE, Mancilla DJ, Calderón-Jaimes DE, Fortino D, Sánchez-Huerta DG. INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN PEDIATRÍA. 2007;5.
17. Urinary tract infections in infants and children older than one month: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis?search=infecci%C3%B3n%20del%20tracto%20urinario&source=search\\_result&selectedTitle=6~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4#H4048462644](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis?search=infecci%C3%B3n%20del%20tracto%20urinario&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=4#H4048462644)
18. Ensinck GN, Casanueva E, Moyano M, Peuchot A, Giachetti AC, Moreno R, et al. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. :9