



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN PERIODO OCTUBRE 2020 – ABRIL 2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

VERITAS

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

FRIEDA JOSELIN VIZARRAGA NAVARRO

GABRIELA YTUSACA HERNANDEZ

ASESORA

DR. GUIJA GUERRA, HENRY

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 PERIODO OCTUBRE 2020 – ABRIL 2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**FRIEDA JOSELIN VIZARRAGA NAVARRO**

**GABRIELA YTUSACA HERNANDEZ**

**ASESOR**

**DR. GUIJA GUERRA, HENRY**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Cesar Baltazar Mateo

**Miembro:** Mg. Oscar Otoya Petit

**Miembro:** Mg. Antonio Lahoud Velaochaga

## **DEDICATORIA**

A Dios, quien en esta etapa nos permitió disfrutar del apoyo incondicional de nuestros padres. Quienes día a día han sido testigos de nuestro esfuerzo, estuvieron en todo momento dispuestos a brindarnos una palabra aliento, un abrazo al alma, esos que nos reiniciaban la vida y daban la energía necesaria para continuar. Ellos quienes con su ejemplo nos han enseñado que no importa que tan largo sea el camino, si este es el correcto para llegar al objetivo.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestros padres quienes fueron pilares en este proceso, sin su apoyo incondicional esto no habría sido posible. Sabíamos que no sería fácil, pero si su apoyo habría sido imposible. Este logro refleja el esfuerzo de una familia que jamás dejo de perseguir su sueño.

Gracias a ustedes, nuestros padres.

## ÍNDICE

<b>Portada</b>	i
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	10
1. Rotación de cirugía	10
2. Rotación de pediatría y neonatología	17
3. Rotación de ginecología	26
4. Rotación de medicina interna	33
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	40
1. Situación pre pandemia y durante pandemia	41
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	43
1. Rotación de cirugía	44
2. Rotación de pediatría	48
3. Rotación de ginecología	50
4. Rotación de medicina interna	55
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	60
<b>CONCLUSIONES</b>	63
<b>RECOMENDACIONES</b>	64
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	65

<b>ANEXOS</b>	69
1. Nomograma de riesgo de hiperbilirrubinemia	69
2. Fototerapia para RN hospitalizados $\geq$ 35 semanas	70
3. Manejo de la hemorragia digestiva alta	71
4. Algoritmo para el manejo de hemorragia digestiva alta	72
5. Manejo del síndrome nefrótico	73

## RESUMEN

El presente informe tiene como propósito dar a conocer la experiencia durante el internado médico dentro de los diversos servicios del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC). Se relataron los casos más relevantes de cada rotación tanto como cirugía, pediatría, ginecología y medicina interna. Se realizó un análisis de los métodos diagnósticos y manejo de las diferentes patologías. Se evaluó diferentes guías de práctica clínica, artículos, etc y se comparó con el manejo en el HNDAC, resaltando sus fortalezas y debilidades. Se resaltó los recursos y carencias que tiene el hospital en la actualidad. Sin embargo, los recursos humanos tenían gran conocimiento y años de experiencia, lo cual facilitó el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías.

Realizar el internado durante la pandemia, fue uno de los retos más importantes por el que tuvieron que atravesar. Las horas de asistencia al hospital fueron reducidas a menos del 50%. Pero ese no fue el problema más grande, sino las restricciones. Los internos no cumplían turnos en zona COVID, por lo cual, no observaban patologías respiratorias. Sin embargo, sí veían pacientes post covid, con los cuales aprendieron que más que tratar al paciente físicamente, tenían que hacerlo desde un enfoque biopsicosocial. Aprendieron que, a pesar de las limitaciones, podían adquirir conocimientos y destrezas si ponían todo de su parte para cada día ser mejor.

## **ABSTRACT**

The purpose of this report is to present the experience during the medical internship within the various services of the Daniel Alcides Carrion National Hospital (HNDAC). The most relevant cases of each rotation were reported as well as surgery, pediatrics, gynecology and internal medicine. An analysis of the diagnostic methods and management of the different pathologies was carried out. Different clinical practice guidelines, articles, etc. were evaluated. and it was compared with the management in the HNDAC, highlighting its strengths and weaknesses. The resources and deficiencies that the hospital currently has was highlighted. However, the human resources had great knowledge and years of experience, which facilitated the diagnosis, treatment and rehabilitation of pathologies.

Carrying out the internship during the pandemic was one of the most important challenges they had to go through. Hours of attendance at the hospital were reduced by at least 50%. But that was not the biggest problem, but the restrictions. The inmates did not take shifts in the COVID area; therefore, they did not observe respiratory pathologies. However, they did see post-covid patients, with whom they learned that more than treating the patient physically, they had to do it from a biopsychosocial approach. They learned that, despite the possibilities, they could acquire knowledge and skills if they did everything they could to be better every day.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente informe tiene como propósito dar a conocer la experiencia durante el internado médico dentro de los diversos servicios del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC).

Siendo esta etapa la más importante en la formación clínica, representa las prácticas pre-profesionales que realiza el estudiante de medicina en su último año bajo la supervisión de médicos residentes y asistentes, quienes les permiten participar de forma activa tanto en el diagnóstico como en el manejo oportuno de múltiples patologías, con el objetivo de que el médico interno adquiera la experiencia necesaria, no solo en la toma de decisiones sino también en la detección temprana de factores de riesgo.

Además de ello, el interno tendrá la oportunidad de brindarles atención holística a los pacientes, ya que no solo se enfocará en su patología orgánica sino también brindará soporte emocional, reforzando la relación médico paciente, convirtiendo a esta en una herramienta fundamental para una adecuada adherencia al tratamiento.

Situación opuesta a la que hemos vivido en este periodo de pandemia, donde la información brindada de forma inadecuada o el uso de lenguaje técnico, muy estructurados que no se ajustan a la realidad sociocultural del paciente, quien por vergüenza o temor a reproches opta en quedarse con las dudas que traen como consecuencia un mal manejo del tratamiento, donde la única víctima es el paciente.

Es por ello que para los internos el rotar en el hospital, les brinda la oportunidad de desarrollar la inteligencia emocional, ya que se maneja un gran flujo de pacientes, cada uno de ellos con necesidades diferentes, más aún en un hospital como el Daniel Alcides Carrión, es la única institución de referencia de tercer nivel de la región Callao.

La cual se caracteriza por manejar casos complejos de las diversas especialidades, además de contar con médicos con amplia experiencia y con formación docente, características que lo convierte en una sede apta para realización del internado médico.

En este periodo de 12 meses el interno deberá adquirir las destrezas que lo ayudarán a enfrentar situaciones que definirán el pronóstico del paciente. Todo lo aprendido será aplicado en el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS), actividad obligatoria en el estado peruano, la cual es requisito para optar una segunda especialidad o ejercer medicina en un centro de salud público.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **1. Rotación de cirugía**

Al iniciar el internado muchos de los internos llegaron llenos de expectativas y miedos, con toda la disposición de aprender. Algunos asistieron incluso días antes para intercambiar experiencias con los internos que estaban concluyendo sus prácticas. Cada interno brindaba sus experiencias más anecdóticas, cada uno desde una perspectiva distinta. Lo cierto es que ningún internado es igual al anterior. La prueba real empieza el primer día.

Los internos llegan al hospital y saben que es el último año en el que podrán afianzar no solo sus conocimientos sino también sus habilidades en el manejo de la relación médico paciente. Este año será muy importante en la formación médica, a pesar de que no tienen responsabilidad médico – legal; asumen el manejo de pacientes bajo la supervisión de los médicos residentes y asistentes, quienes en todo momento muestran la mejor disposición para orientarlos y aclarar sus dudas.

Iniciaron el internado en enero del 2020, para entonces los sillabus planteaban objetivos según las 4 rotaciones: pediatría, medicina interna, cirugía general y ginecología.

En este grupo de internos iniciaron con cirugía general, la primera función fue

evolucionar pacientes que, si lo habían hecho antes, pero no en tan corto tiempo, además de ello debían efectivizar lo planes que se decidieron durante la visita médica. Debían estar atentos a cualquier cambio hemodinámico en el paciente después del procedimiento quirúrgico, asegurando que su estancia hospitalaria sea la más corta posible con el único objetivo de preservar su salud y garantizar su recuperación, todo ello en hospitalización.

Por otro lado, en emergencia sus funciones cambiaban, ahora debían aprender a tomar decisiones y priorizar atenciones. Muchas veces el hospital no contaba con recursos para asegurar la atención y más aún en emergencias, sin embargo; el paciente seguía siendo prioridad, y con o sin recursos debían garantizar su atención. Realizar procedimientos a veces tan sencillos como limpiar heridas, suturar y otros más complejos como entrar a sala de operaciones se convierte en una odisea al no contar con recursos. Realizar procedimientos era uno de sus objetivos en esta rotación, así como reconocer signos de alarma en pacientes post cirugía. Además de ellos se incluían rotaciones externas durante el último mes. Podían elegir entre cirugía plástica, traumatología y anestesiología. Pero la pandemia llegó el último mes de rotación y con ello se suspendieron rotaciones e internado.

Algunos de los casos clínicos más frecuentes en esta rotación fueron los siguientes:

#### **Caso clínico 1:**

Paciente mujer de 20 años refiere que aproximadamente 48 horas antes del ingreso, inicia dolor tipo dolor abdominal tipo cólico, de leve intensidad, localizado en epigastrio, asociado a la ingesta de comida copiosa, por lo que se automedica buscapina compuesta con el que ceden las molestias. 4 horas después el dolor abdominal se intensifica y migra a fosa iliaca derecha, asociado a anorexia, náuseas y sensación de alza térmica no cuantificada, por lo que toma una segunda dosis de buscapina. Sin embargo, el dolor no cede, motivo por el cual acude a emergencia.

- Antecedentes familiares: niega
- Antecedentes patológicos personales: niega

- Antecedentes gineco-obstétricos:
  - Menarquía: 13 años
  - Ciclos menstruales: irregulares
  - Duración: 4 -5 días
  - Cantidad: moderada
  - Color: rojo oscuro con presencia de coágulos.
  - Vida sexual activa: no

- Funciones vitales:

PA:94/60    FC: 88x'    FR: 24x'    T: 39.6°C

- Al examen físico:
  - Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 seg, no palidez
  - Cabeza: normocéfalo, sin alteraciones.
  - Orofaringe: No congestiva, sin alteraciones.
  - Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.
  - Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha. Mc Burney (+), Rosving (-), Blumberg (-)
  - Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
  - Locomotor: moviliza extremidades
  - SNC: Despierto, activo, orientado en tiempo, espacio y persona
- Escala de Alvarado: 8/10

- Exámenes auxiliares:

<b>Hemograma</b>	<b>Bioquímico</b>
Hb: 10.5 g/dl	Glucosa: 103
Leucocitos: 13480	Creatinina: 1.2
Neutrófilos: 89600	Urea: 38
Plaquetas: 170 000	

- Ecografía abdominal: Se observa imagen tubular alargada, no

compresible con transductor en fosa iliaca derecha.

Con el resultado de los exámenes auxiliares se programa para sala de operaciones.

- Reporte operatorio:
  - Diagnóstico pre operatorio: apendicitis aguda
  - Diagnóstico postoperatorio: apendicitis aguda no complicada
  - Procedimiento Quirúrgico: Apendicectomía laparoscópica
  - Hallazgos: Apéndice subcecal de 7cm x 0,8cm edematosa. Congestiva en su tercio distal, coprolito en base, base indemne.
  - Paciente pasa a sala de recuperación con funciones vitales estables, sin signos de alarma. Posteriormente, es llevada a área de hospitalización donde evoluciona favorablemente, por lo cual es dada de alta a las 48 horas con analgesia. Se cita a paciente por consultorio externo de cirugía para retiro de puntos y reevaluación en 7 días.

### **Caso clínico 2:**

Paciente mujer de 62 años acude refiriendo un tiempo de enfermedad de 5 horas, caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio, mesogastrio e hipocondrio derecho de intensidad 8/10, asociado a vómitos 6 oportunidades, de color blanco espumoso. Paciente refiere que con el paso de las horas dolor se incrementa motivo por el cual acude a emergencia del HNDAC.

- Signos vitales:

PA:130/80 mmHg FC: 65x' FR: 24x' T: 36.8°C

- Al examen físico:
  - Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 seg, no palidez
  - Cabeza: normocéfalo, sin alteraciones.
  - Orofaringe: No congestiva, sin alteraciones.
  - Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.
  - Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, no hepato ni esplenomegalia, doloroso a la palpación de

hipocondrio derecho y epigastrio de intensidad +++/++++. Murphy (+).

- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
- Locomotor: moviliza extremidades
- SNC: Despierto, activo, orientado en tiempo, espacio y persona.

- Exámenes auxiliares:

<b>Hemograma</b>	<b>Perfil Hepático</b>
Hb: 13.9 mg/dl	TGO: 23
Leucocitos: 15720	TGP: 41
Neutrófilos: 13670 (87%)	Albúmina: 3.1 g/dL
<b>Perfil de coagulación</b>	Fosfatasa alcalina: 122 UI/l
Tiempo de protrombina: 15 seg	Bilirrubina total: 0.27 mg/dL
INR 1.5	Bilirrubina directa: 0.09 mg/dL
<b>Bioquímico</b>	Bilirrubina indirecta: 0.18 mg/dL
Glucosa: 122 mg/dL	Gammaglutamiltransferasa: 28 U/l
Urea: 33 mg/dL	Amilasa: 93 UI/l
Creatinina: 0.67 mg/dL	Lipasa: 30 UI/l

Es tratado por medicina interna de emergencia, quienes indican hidratación, metoclopramida, tramadol y ranitidina, además solicitan evaluación por cirugía y ecografía abdominal.

- Ecografía abdominal: hígado de forma y tamaño normal. Con ecogenicidad incrementada en forma moderada y difusa sugestiva de infiltrado graso. No hay lesiones focales ocupantes de espacio. No hay dilatación de vías biliares intra ni extra hepáticas. Vesículas de paredes engrosadas, de 4.9 mm, regulares, en su interior se observan múltiples cálculos móviles que proyectan SAP. Riñones, páncreas y bazo de características normales. No hay líquido libre en cavidad.

- Impresión diagnóstica: colelitiasis/colecistitis, esteatosis hepática.

Es evaluada por cirugía de emergencia quienes deciden programar colelap, al no ver mejoría de los síntomas

- Reporte operatorio:
  - Diagnóstico pre operatorio: colelitiasis
  - Diagnóstico postoperatorio: colelitiasis
  - Procedimiento Quirúrgico: colecistectomía laparoscópica
  - Hallazgos: vesícula de 8x6cm, paredes delgadas con múltiples cálculos en su interior el mayor de aproximadamente 1cm. cístico de aproximadamente 8 mm vía biliar principal dilatada aproximadamente 15mm.

Paciente pasa a área de hospitalización, cursa con evolución favorable, le administra antibioticoterapia. Se inicia tolerancia oral 24 horas después, cursa afebril, sin signos de alarma. Motivo por el cual es dada de alta y es programada para reevaluación en consultorio externo.

### **Caso clínico 3:**

Paciente varón de 62 años, acude consultorio de cirugía general por presentar dolor anal hace 2 días que en ocasiones le impide sentarse, dolor que no cede con el uso de analgésicos. Refiere prurito anal intenso, además de heces sanguinolentas, rojo brillante. Paciente refiere masa pequeña a la palpación que prolapsa por el orificio anal, además de sensación de defecación incompleta.

Paciente sin antecedentes de importancia.

- Signos vitales:

PA 110/70 mmHg    FC 75x'    FR 19x'    SatO2 99%    T° afebril

- Al examen físico:
  - Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 seg, no palidez
  - Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.
  - Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
  - Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
  - Tacto rectal: doloroso, tono esfintérico normal, se palpa masa blanda, húmeda, a escasos 2cm de margen anal. Se reduce manualmente.

- SNC: Despierto, activo, orientado en tiempo, espacio y persona.

- Exámenes auxiliares:

Hemograma	Bioquímico
Hb: 10.5 g/dl	Glucosa: 95 mg/dL
Leucocitos: 7500/mm <sup>3</sup>	Creatinina: 0.65 mg/dL
Neutrófilos: 65%	
Plaquetas: 200 000/mm <sup>3</sup>	

- Impresión diagnóstica: Hemorroide interna grado III

Se le indicó como tratamiento una buena higiene anal y una dieta alta en fibras. Se le indica aplicación de analgésicos tópicos condicional a dolor, además de una reevaluación en una semana. Los síntomas persistieron motivo por el cual se programa para hemorroidectomía cerrada (Miligan-Morgan) por cirugía de día. Se realiza procedimiento quirúrgico, sin interurrencias, paciente evoluciona favorablemente, por lo cual es dada de alta por la tarde.

#### **Caso clínico 4:**

Paciente varón de 51 años acude a consultorio externo de cirugía general, refiriendo presenta “herida” a nivel del ano hace 5 meses, dolorosa a la palpación y con secreción purulenta.

Antecedente personal: diabetes mellitus controlada

- Signos vitales:

PA 135/88mmHg    FC 72x'    FR 20 x'    T 38°C

- Examen físico:

- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 seg, no palidez
- Cabeza: normocéfalo, sin alteraciones.
- Orofaringe: No congestiva, sin alteraciones.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.
- Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
- Tacto rectal: Ano limpio cerrado con orificio secundario lateral izquierdo a 1.5cm del margen anal con salida de material purulento.
- Locomotor: moviliza extremidades
- SNC: Despierto, activo, orientado en tiempo, espacio y persona
- Impresión diagnóstica: fístula anorrectal

Se programa para procedimiento quirúrgico (fistulectomía) por cirugía de día. Tolera procedimiento, evoluciona favorablemente por lo cual es dado de alta con antibioticoterapia y analgesia.

## **2. Rotación de pediatría y neonatología**

Los internos fueron retirados del hospital de forma temporal y regresaron 7 meses después en condiciones completamente diferentes a las que iniciaron el internado y con ello los objetivos de aprendizaje se vieron limitados.

Ellos regresaron al internado, pero bajo otras reglas, ahora solo asistirían 15 días al mes y con una guardia por semana. Todo se dividió en área COVID y no COVID. Para ellos solo estaba permitido el ingreso a área no COVID, pero para ese momento un gran porcentaje de los pacientes eran COVID -19 positivo, ya no tenían permitido evaluar pacientes con cuadros respiratorios. Lo que representó una limitación en la formación médica; además de ello, el temor de contagios y con ello exponer a sus familias fue algo que sumado a su inexperiencia fue difícil de manejar, pero poco a poco aprendieron a hacerlo.

Las atenciones no eran como antes, debían ser más breves para evitar la exposición, mantener la distancia, usar el equipo de protección personal adecuado que garantizaría su seguridad y la de sus familias. Las atenciones para el recién nacido fueron menores, la mayoría de gestantes eran covid-19 positivo, tenían que aprovechar todas las oportunidades que se les presentaran.

Por otro lado, les permitió ver la realidad emocional de los niños. Se encontraron con intentos de suicidio que no era algo esperado en pediatría; sin embargo, estos casos llegaron y más de una vez. El estrés del encierro a causa de una pandemia inesperada que dejó a muchas familias sin empleo y expuestos a muchas necesidades, llevó a muchos niños a tomar decisiones equivocadas. Muchos de ellos sólo pedían atención a gritos, pero los padres estaban sumergidos en sus propias necesidades y dificultades que no vieron lo que para muchos era evidente. No es que la depresión en niños sea un tema nuevo, pero si es un tema que muchos ignoran porque suelen decir “son niños”, si son niños, pero tienen tantas emociones como los demás, con la diferencia que no tienen la claridad para expresarse. Fueron los internos quienes aprendieron a escuchar niños y comprender que esa irritabilidad solo escondía una gran necesidad de atención.

Sin embargo, en pediatría los casos más abundantes fueron las gastroenteritis como lo presentan en el siguiente caso clínico.

### **Caso clínico 1:**

Paciente mujer de 9 meses es traída por su madre, quien refirió que paciente 4 días antes del ingreso, inició con vómitos tras la ingesta de mazamorra, los vómitos fueron de contenido lácteo en 4 oportunidades y de moderada cantidad. La madre le dio panetela y líquidos por vía oral a tolerancia. Dos días antes del ingreso se le asocia sensación de alza térmica no cuantificadas y deposiciones líquidas en 10 oportunidades de moderada cantidad, sin moco y sin sangre, un día antes del ingreso la madre evidencia disminución de las lágrimas, astenia e hiporexia, motivo por el cual acude a emergencia.

- Antecedentes familiares:
  - Padre: 39 años de edad, aparentemente sano, Madre:32 años de edad, aparentemente sana, hermana de 5 años, aparentemente sana.
- Antecedentes personales:
  - Prenatales: G2P2002 con 8 controles prenatales
  - Natales: RN de 39 semanas por parto eutócico, peso al nacer :3400 kg; talla: 52cm; Apgar: 9(1”) 9 (5”).

Al ingreso se evidencia al examen físico:

- Funciones vitales al ingreso:

FC: 160 lpm      FR: 40 rpm      PA: 90/60 mmHg      SatO2: 92%

- Examen físico:

Peso: 8,310kg      Edad: 9 meses      Talla: 69 cm

- Ectoscopía: Paciente activa, irritable, febril con lágrimas presentes.
- Piel y faneras: elástica, tibia, mucosas secas y pálidas, llenado capilar <2 segundos
- Cabeza: normocéfalo, sin alteraciones.
- Orofaringe: No congestiva, sin alteraciones.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: adecuado para sexo y edad, no globo vesical.
- Locomotor: moviliza 4 extremidades
- SNC: Despierta, activa y reactiva a estímulo, irritable al contacto. Glasgow 15/15.

- Exámenes auxiliares:

<b>Hemograma</b>	<b>Examen de orina</b>
Hb: 9.7 g/dl	Turbio
VCM: 82um <sup>3</sup>	Amarillo
HCM: 25.5 pg	Olor fétido
Leucocitos: 12500	Nitritos +.
Neutrofilos: 7000	30 a 35 leucocitos por campo
<b>Electrolitos</b>	5 a 8 eritrocitos por campo
Na <sup>+</sup> : 138 meq/l	<b>Urocultivo</b>
K <sup>+</sup> : 5.1 meq/l	Resultado pendiente

- Diagnósticos al ingreso:
  - Diarrea aguda por rotavirus

- Deshidratación moderada
- Anemia leve

En base a la evaluación realizada deciden hospitalizar a la paciente al encontrar signos de deshidratación y examen de orina patológico. Durante los tres primeros días de hospitalización la paciente presenta deposiciones líquidas que disminuyeron paulatinamente en frecuencia y volumen. Recibe hidratación por vía endovenosa con 400 ml en 4hrs. Posteriormente el cuadro remite, presenta buena tolerancia oral por lo que es dada de alta. Se le indica antibioticoterapia vía oral y reevaluación con resultados de urocultivo.

- Indicaciones al alta:
  - Cefadroxilo jarabe 250mg/5ml □ 5ml c/24h x 5 días
  - Sacharomices bulardi 1 sobre cada 12 horas x 7 días
  - Sulfato de zinc 20 mg VO cada 24 horas x 14 días

### **Caso clínico 2:**

Menor de 4 años es traído por madre quien refiere que un día antes del ingreso luego de haber ingerido pollo a la brasa con abundante mayonesa, presenta vómitos con contenido alimentario en dos oportunidades con el paso de las horas los vomites aumentan en frecuencia y se le asocia intolerancia oral, niega sensación de alza térmico o diarreas; motivo por el cual acude a emergencia.

- Examen físico:

Peso: 14 kg edad: 4 años talla :1.10cm

- Ectoscopía: despierto, activo, reactivo, irritable al momento.
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 seg.
- Cabeza: normocéfalo, sin alteraciones.
- Orofaringe: No congestiva, sin alteraciones.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.
- Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: adecuado para sexo y edad, no globo vesical.

- Locomotor: moviliza extremidades
- SNC: Despierto, activo, reactivo al estímulo, irritable al contacto. Glasgow 15/15.
- Exámenes auxiliares:

Hemograma	Examen de orina
Hb: 11.5 mg/dl	Amarillo claro
Leucocitos: 8500	Sin gérmenes
Neutrófilos:4000	3-5 leucocitos

- Diagnostico al ingreso: intoxicación alimentaria

Se le administró ondasetron 5ml EV STAT y 30 minutos después se le indico suero de rehidratación oral VO 5ml cada 5 minutos. Fue reevaluado dos horas después, presento buena tolerancia oral, motivo por el cual fue dada de alta.

Indicaciones al alta:

Dieta blanda, sin grasas x 5 días

Gaseovet 80mg/1ml □ 28 gotas c/8 horas x 3 días

Paracetamol 120mg/5ml □ 9ml condicional a fiebre > o = 38°C

Sales de rehidratación oral 10ml x cada episodio de vomito.

### **Caso clínico 3:**

Menor de 7 años es traído por madre a emergencia, quien refiere que más o menos 15 días antes del ingreso inicia con dolor abdominal asociado a sensación de alza térmica no cuantificada. 14 días antes del ingreso se le añade vómitos en 2 oportunidades que ceden con la medicación. 10 días antes del ingreso se agrega hiporexia, 5 días antes del ingreso se exacerba. 2 días antes del ingreso apetito mejora. Sin embargo, ante persistencia del dolor abdominal es traído a emergencia. Familiar refiere haber recibido teleconsultas en 2 oportunidades en las cuales recibió tratamiento sintomático con simeticona y plidan. Hace 3 días se suspende medicación, se le indica dieta blanda y reevaluación a solicitud.

- Antecedentes familiares: niega
- Antecedentes personales:
  - Prenatales: G1P1001
  - CPN: +6

- VAT: Sí
- Natales: RN de 40 semanas por parto distócico por presentación podálica, peso al nacer :3200 kg; talla: 50cm; Apgar: 9(1") 9 (5").
- Tuvo hospitalización postparto porque el niño presento ictericia neonatal por lo que estuvo 2 días en fototerapia.
- Posnatales: vacunación completa
- Al ingreso se evidencia al examen físico:
- Funciones vitales al ingreso:

FC 124      FR 20      T° 36.8°C      PA: 94/60      SatO2:99%

- Funciones biológicas:

Apetito: normal      Sed: normal      Sueño: normal      Orina: normal

Deposiciones: disminuidas en volumen

- Examen físico:
  - Ectoscopia: paciente caquético
  - Piel y TCSC: ligera palidez, llenado capilar < 2 seg; se evidencia disminución de tejido adiposo.
  - Cabeza: normocéfalo, no adenopatías
  - Orofaringe: no congestiva
  - Otoscopia: diferido
  - Tórax: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
  - CV: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no soplos.
  - Abdomen: globuloso, blando, depresible con leve dolor a la palpación en fosa iliaca derecha e izquierda, RHA (+), no masas, no visceromegalia.
  - GU: PPL (-), PRU (-).
  - Locomotor: tono y fuerza muscular conservadas.
  - Neurológicos: despierto, activo, colabora con evaluación. No signos meníngeos.

- Exámenes auxiliares:

---

**Hemograma**

Hb: 9.1 mg/dl

---

**Perfil de coagulación**

Tiempo de protrombina: INR 1.13

Leucocitos: 12550	Tiempo de coagulación: 6 segundos
Neutrófilos: 10050	Tiempo de sangría: 2 segundos
<b>Electrolitos</b>	<b>Bioquímico</b>
Na+: 137 mmol/L	Glucosa: 121 mg/dL
K+: 3.4 mmol/L	Urea: 8 mg/dL
Cl-: 103 mmol/L	Creatinina: 0.24 mg/dL
Ca++: 1.14 mmol/L	<b>Reactantes de fase aguda</b>
<b>Perfil hepático</b>	LDH: 83
TGO: 9	Proteína C reactiva: 8.09 mg/dl
TGP: 6	<b>Reacción inflamatoria en heces</b>
Albúmina: 3.1 g/dL	Positiva
Amilasa: 31 U/l	Leucocitos: >100 x campo
Fosfatasa alcalina: 255 U/l	Hematíes: 2-4 x campo
Bilirrubina total: 0.27 mg/dL	<b>Parasitológico simple</b>
Bilirrubina directa: 0.09 mg/dL	Quiste de Entamoeba coli 2-3x campo
Bilirrubina indirecta: 0.18 mg/dL	
Gammaglutamiltransferasa: 12 U/l	

- Radiografía de abdomen simple decúbito y de pie: moderada dilatación de asas intestinales delgadas distribuidas en casi toda la cavidad abdominal, con paredes engrosadas por edema, con múltiples niveles hidroaéreos, en relación con obstrucción intestinal mecánica.
- Ecografía abdominal: en fosa iliaca derecha se observa imagen tubular de 1,2 cm de diámetro transversal, sin cambios en su configuración. Se asocia a cambios inflamatorios de la grasa mesentérica, presencia de asas intestinales delgadas, de paredes engrosadas y ausencia de peristaltismo. Se concluyó signos de apendicitis aguda
- Tomografía de abdomen y pelvis sin y con la administración de contraste endovenoso y reconstrucciones multiplanares: Líquido libre en cavidad abdominal, asociado a discreto realce, reticulación de la grasa mesentérica y ganglios mesentéricos reactivos.

Dilatación de asas intestinales delgadas proximales, con múltiples niveles hidroaéreos, sugerente de procesos suboclusivo intestinal e íleo.

Paciente es evaluado por cirugía pediátrica con resultados de exámenes solicitados. Al examen físico McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (+). Motivo por el cual se le cataloga como una apendicitis aguda complicada, por lo cual se programa para sala de operaciones.

Los hallazgos durante la cirugía fueron: región ilocecal y asas adyacentes firmemente adheridas, múltiples adherencias interasas y hacia pared abdominal en fosa iliaca derecha. No se logra identificar apéndice cecal ni ganglios mesentéricos (no palpables, ni visibles), no presencia de líquido inflamatorio. El diagnóstico post operatorio fue plastrón apendicular.

Paciente postoperado presentó dolor en zona operatoria de leve intensidad que fueron cediendo con el paso de los días, tolera la vía oral, afebril. Durante estancia hospitalaria recibió antibioticoterapia con ceftriaxona + metronidazol por 7 días y analgesia. Al evidenciar mejoría clínica es dado de alta 4 días después.

#### **Caso clínico 4:**

Neonato de 5 días de vida es traído por madre a la emergencia. Refiriendo tiempo de enfermedad 3 días, el cual se caracteriza por ictericia, letargia y mala succión, motivo por el cual es llevado a emergencia.

- Antecedentes familiares: niega
- Antecedentes personales:
  - Prenatales: G1P1001
  - CPN: +6
  - VAT: Sí
  - No refiere enfermedades previas al embarazo
  - TORCH negativo
  - Madre adolescente
  - Natales: RN de 38 semanas por parto eutócico, peso al nacer :2900 kg; talla: 49 cm; Apgar: 9(1") 9 (5").

- Posnatales: BCG y hepatitis B
- Lactancia materna: lactancia materna exclusiva
- Madre con síndrome depresivo

- Funciones vitales:

FC: 135x' FR: 50x' T°: 36.2

- Delta del peso: -12%
- Al examen físico:
  - Ectoscopia: paciente activo, irritable, lágrimas presentes
  - Piel y TCSC: leve ictericia zona Kramer 4, llenado capilar < 2 seg, mucosas secas
  - Cabeza: normocéfalo, no adenopatías
  - Orofaringe: no congestiva
  - Tórax: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.
  - CV: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no soplos.
  - Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación RHA (+), no masas, no visceromegalia.
  - GU: PPL (-), PRU (-).
  - Locomotor: tono y fuerza muscular conservadas.
  - Neurológicos: despierto, activo. No signos meníngeos.
- Exámenes auxiliares:

<b>Hemograma</b>	<b>Perfil hepático</b>
Hb: 15 mg/dl	Bilirrubina total: 14.0 mg/dL
Leucocitos: 9000	Bilirrubina directa: 2 mg/dL
Neutrófilos: 2500	Bilirrubina indirecta: 12 mg/dL
<b>Glucosa: 85 mg/dL</b>	

- Diagnóstico definitivo:
  - 1.- Ictericia por mala técnica de lactancia.
  - 2.- Deshidratación moderada

Se hidrata al neonato con 125 ml en 4hrs horas. Es dado de alta y se le explica a madre las adecuadas técnicas de lactancia.

Casos como los antes mencionados son los que refieren los internos como los más frecuentes, pero no por ello menos importantes. Por el contrario, es fundamental que sepan manejar este tipo de casos, ya que es muy frecuente en pediatría.

### **3. Rotación de ginecología:**

La rotación acabo y continuaron con ginecología, una rotación diferente. Pues ahora serían responsables del cuidado de la gestante hasta el parto, esto implicaba el manejo de las diversas patologías que podían presentar durante la gestación. El objetivo principal en esta rotación era atender partos y las complicaciones de estos, así como manejo de las patologías más frecuentes en esta etapa. Al igual que en la rotación anterior solo estaba permitido que atendieran a gestantes no covid. Los partos eran pocos, por otro lado, las visitas médicas fueron muy académicas y realmente aprendieron mucho en ellas.

Muchos internos hicieron guardias nocturnas para poder realizar más atenciones, pero en ese momento la gran mayoría de gestantes estaban contagiadas, por otro lado, en la emergencia se atendían patologías ginecológicas, pero realmente los casos eran escasos.

#### **Caso clínico 1:**

Paciente mujer de 25 años con gestación activa de 34 semanas por ecografía del primer trimestre, acude a emergencia refiriendo que 4 horas antes del ingreso presenta cefalea frontal de 4 horas de evolución y vómitos, en 2 oportunidades de contenido alimentario. Niega sensación de alza térmica, perdida de líquido o sangrado. Motivo por el cual acude a emergencia del hospital Daniel Alcides Carrión.

- Antecedentes Familiares: madre hipertensa, padre: aparentemente sano
- Examen físico al ingreso:
- Funciones vitales:

- PA: 170/90 mmHg. FC: 82 por min. FR:19 por min. T°: 36,6° C
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2segundos.
- TCSC: edema en miembros inferiores +/-+++
- Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: ocupado por útero grávido. Altura uterina:29, dinámica uterina: 1/10min., latidos cardiacos fetales:145-147 x min., movimientos fetales: presentes, longitudinal cefálico derecho
- Tacto vaginal: diferido.
- SNC: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

- Exámenes complementarios:

<b>Hemograma</b>	<b>Bioquímica</b>
Hemoglobina: 12.2mg/dl	Creatinina: 1.2mg/dl
Linfocitos: 7.500/mm <sup>3</sup> .	Urea: 6.8 mg/dl
Hematocrito: 37 %	Glucemia: 87 mg/dl
Plaquetas: 160.000/mm <sup>3</sup>	<b>Proteinuria</b>
<b>Perfil hepático</b>	5g/lt
TGO: 75UI/L	<b>Eco Doppler fetal</b>
TGP:15 UI/L	Normal

- Diagnostico:

1. Primigesta de 34 semanas por ecografía de I trimestre
2. Preeclampsia con criterios de severidad
3. No trabajo de parto
4. Obesidad grado 1

Según la evaluación clínica se decide hospitalizar a la paciente en UEPA (unidad de embarazo patológico). Se inicia con la administración nifedipino 10mg vía oral en la emergencia y se continua con alfa metildopa 1gr cada 12 horas, sulfato de magnesio 4 gramos como dosis de ataque en 15 minutos y lo continuamos en infusión de 1gr por hora durante 24h después de culminada la gestación. Además, se inició corticoterapia con dexametasona 6mg c/12 (4 dosis).

Luego de completa la corticoterapia, se decide culminar la gestación dado los síntomas persisten por lo que es programada para cesárea. Se obtiene un Recién nacido vivo de 2400gr, 37 semanas por Capurro, con funciones vitales estables al nacimiento con Apgar 9(1")9(5").

La paciente pasa a sala de recuperación con PA 140/70, luego es llevada a la de puerperio donde ingresa PA 120/80 y queda en observación y con manejo medico por 48 horas. No presento ninguna complicación durante la hospitalización y conservo PA dentro de los valores normales, motivo por el cual es dada de alta sin medicación antihipertensiva.

### **Caso clínico 2:**

Paciente de 32 años acude refiriendo que dos semanas antes del ingreso inicia con prurito en antebrazos y piernas de moderada intensidad a predominio nocturno, que se intensifica y se extiende a palmas y plantas. 2 días antes del ingreso la paciente refiere dolor tipo contracción que aumenta 2 horas previas al ingreso. Motivo por el cual acude a emergencia. Niega sangrado, pérdida de líquido, sensación de alza térmica.

- Funciones vitales:

PA: 120/70 mmHg. FC: 85 por min. FR:18 por min. T°: 36,5° C

- Examen físico al ingreso:
  - Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2segundos, ictericia +/+++
  - TCSC: no edemas
  - Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares
  - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
  - Abdomen: ocupado por útero grávido. Altura uterina: 35, dinámica uterina: esporádica, latidos cardiacos fetales:145-147 x min., movimientos fetales: +/+++ longitudinal cefálico izquierdo
  - Tacto vaginal: flujo vaginal blanquecino sin mal olor.
  - Cervix: posterior, orificios cerrados, consistencia intermedia, altura de presentación: fuera de pelvis, membranas íntegras.

- SNC: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

- Exámenes auxiliares:

<b>Hemograma</b>	<b>Bioquímica</b>
Hemoglobina: 12.2mg/dl	Glucosa: 90
Linfocitos: 7.500/mm <sup>3</sup> .	Urea: 9
Hematocrito: 37 %	Creatinina: 0.47
Plaquetas: 160.000/mm <sup>3</sup>	<b>Perfil hepático</b>
<b>Examen de orina</b>	Albumina: 3.1
Color amarillo	Proteínas totales: 5.6
Leucocitos: 1-2 x campo	FA: 499
Hematíes: 1-3 x campo	TGO: 59
Gérmenes: escasos	TGP: 39
Densidad: 1010	Bilirrubinas totales: 0.52.
<b>LDH</b>	Bilirrubinas directas: 0.28.
174	Bilirrubinas indirectas: 0.24
	Gammaglutamiltransferasa: 24 UI/l

- Ecografía abdominal: hepatomegalia, litiasis vesicular múltiples

- Impresión diagnóstica:

1. Multigesta de 34 ss 5 d por eco de II trimestre
2. Sospecha de APP
3. Prurito gestacional d/c Colestasis intrahepática gestacional
4. Covid 19 Ig G +

En emergencia se inicia corticoterapia con dexametasona 6mg intramuscular cada 12horas y nifedipino 20 mg vía oral cada 20 minutos (3 dosis). Se hospitaliza en Unidad de Embarazo Patológico; se continua con corticoterapia cada 12 horas hasta completar las 4 dosis. Se le agrega nifedipino horario 10 mg cada 6 horas, cetirizina 10 mg vía oral cada 12 horas.

Durante la hospitalización fue evaluada por gastroenterología y dermatología, quienes solicitan dosaje de ácidos biliares y le indican pantoprazol de 40 mg

cada 24 horas, ácido ursodexosólico 500 mg vía oral cada 12 horas posterior al dosaje de ácidos biliares. Se obtienen resultados de ácidos biliares, 14 mmol/L, por lo cual se confirma el diagnóstico de colestasis intrahepática gestacional. Se continuo tratamiento, prurito cede, paciente niega contracciones uterinas, pérdida de líquido o sangrado. Al 4to día de hospitalización, al evidenciar mejoría clínica, paciente es dada de alta.

### **Caso clínico 3:**

Multigesta 37 años con 32 semanas y 2 días por eco de 2° trimestre, acude refiriendo pérdida de líquido de +/- 5 horas, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

- Antecedentes ginecológicos:
  - CPN: 1
  - G7P5105
  - FUR:18/04/20
  - PAP:2016
  - Última relación sexual: hace 1 mes
- Funciones vitales:

FC: 77x'      FR: 18x'      PA: 120/80 mmHg

- Al examen físico:
  - Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 segundos.
  - TCSC: no edemas
  - Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares
  - Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
  - Abdomen: ocupado por útero grávido. Altura uterina: 32, dinámica uterina: esporádica, latidos cardíacos fetales:138-142 x min., movimientos fetales: ++/+++ , longitudinal cefálico derecho.
  - Tacto vaginal: diferido
  - SNC: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.
  - Exámenes auxiliares de la emergencia:
    - Hemoglobina: 12.8 g/dl

- Leucocitos: 6830 x mm<sup>3</sup>
  - Examen de orina: 12-14 leucocitos
- Impresión diagnóstica:
1. Multigesta de 32 semanas con 2 días por eco de 2° trimestre
  2. No trabajo de parto
  3. Ruptura de membranas +/- 5 horas
  4. Sedimento urinario patológico
  5. D/c coriamnionitis

Se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina + eritromicina endovenosa y corticoterapia (dexametasona 6 mg cada 12 horas). Se decide hospitalizar, paciente ingresa a UEPA, durante su estancia se culminó tratamiento antibiótico profiláctico con amoxicilina + eritromicina por 7 días, se culmina corticoterapia con dexametasona. El 6to día de hospitalización, paciente refiere cefalea de intensidad 8/10 por lo cual es evaluada por neurología y lo cataloga como una cefalea primaria. Cefalea que se vuelve esporádica y disminuye en intensidad 2/10. Cursa afebril hasta el día 10mo día de hospitalización, presentó febrícula 37.5 °C. Se decide iniciar inducción con oxitocina, se le reinicia antibioticoterapia. Ante inducción fallida, se decide programar para cesárea de emergencia.

#### **Caso clínico 4:**

Paciente de 33 años, con 34 semanas y 5 días por eco de 1° trimestre, acude refiriendo contracciones uterinas regulares, niega pérdida de líquido o sangrado, refiere movimientos fetales. Refiere que una semana antes del ingreso, inicia con dificultad para conciliar el sueño y hace 2 días inicia con cefalea. Motivo por el cual acude a emergencia.

- Antecedentes ginecológicos:

- G3P2002
- FUR: no recuerda

- Funciones vitales:

FC: 85 x'      FR: 20 x'      PA: 110/70 mmHg

- Al examen físico:

- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2segundos, ictericia

+/>+++

- TCSC: no edemas
  - Tórax y pulmones: simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares
  - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
  - Abdomen: ocupado por útero grávido. Altura uterina: 31, dinámica uterina: esporádica, latidos cardiacos fetales:142-147x min., movimientos fetales: presentes, feto en podálico.
  - Tacto vaginal: Cérvix: posterior, dehiscente 1 dedo, consistencia intermedia, altura de presentación: -3, incorporado: 50%, membranas íntegras.
  - SNC: Despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.
- Exámenes auxiliares de la emergencia:

<b>Hemograma</b>	<b>Bioquímica</b>
Hemoglobina: 10.2 g/dl	Glucosa: 100
Leucocitos: 7020 x mm <sup>3</sup>	Urea: 7
Plaquetas: 200 000 x mm <sup>3</sup>	Creatinina: 0.40

- Ecografía transvaginal: gestación única activa de 34 semanas con 4 días por ecografía de 1° trimestre. Feto pelviano. Alto riesgo de parto pretérmino: longitud cervical 18 mm. Ponderado fetal: 2912gr +/- 300
- Impresión diagnóstica:
1. Multigesta 34ss 5/7 por eco de 1° trimestre
  2. Amenaza de parto pretérmino
  3. Feto pelviano
  4. Anemia leve
  5. Cefalea: etiología a determinar

En emergencia se inicia corticoterapia con dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas y nifedipino 20 mg vía oral cada 20 minutos x 3 dosis (dosis de ataque). Se continua con tocolisis de mantenimiento con nifedipino 10 mg

cada 6 hrs y paracetamol 1 gr condicional a dolor. Es evaluado por neurología, quienes lo catalogan como una cefalea tensional y sugieren continuar con paracetamol condicional. Dos días después de la hospitalización, se evidencia mejoría clínica, sin dinámica uterina, afebril, sin cefalea. Ni signos de alarma, no se evidencia pérdida de líquido ni sangrado. Motivo por el cual es dada de alta, se le explican signos de alarma por los cuales debería acudir a emergencia.

#### **4. Rotación de medicina interna:**

Finalmente llegaron a su última rotación medicina interna, un servicio muy demandante, pero de mucho aprendizaje donde tuvieron la oportunidad de ver diversas patologías y muchas de ellas en un solo paciente. Normalmente el interno en este servicio maneja un gran número de pacientes, pero a consecuencia de la pandemia diversos pabellones se cerraron para pacientes contagiados con covid-19 y el número del mismo disminuyó siendo alrededor de 5 a 9 por interno. A causa de la pandemia casos nuevos y muy comunes fueron los pacientes con secuelas post COVID - 19, pero no fueron solo secuelas físicas como tos, dolor de espalda, cefaleas u otros signos o síntomas sino secuelas emocionales. Muchos de los pacientes presentaron cuadros de ansiedad, el temor de morir a causa de esta enfermedad o volver a contagiarse es algo que los atormentaba día a día durante su etapa de convalecencia.

El interno esperaba ver patologías complejas, pero jamás imaginó que una pandemia como esta le enseñaría el verdadero significado de una atención integral que es la atención que todo paciente debería recibir. Muchos de estos pacientes solo necesitaban ser escuchados y que a través de estas conversaciones entre médico – paciente se les transmita seguridad y ellos sientan que sus preocupaciones eran escuchadas, estos problemas emocionales son los que se somatizan en los pacientes y se reflejan en dolores que solo con una charla se desvanecen.

### **Caso clínico 1:**

Paciente mujer de 80 años es traída a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 semana, cuadro clínico caracterizado por disnea, edemas, oliguria. Con antecedente de diabetes hace 25 años, mal controlada, sin insulino terapia e hipertensión en tratamiento regular con losartán.

Familiar del paciente refiere haber acudido 15 días antes por cuadro clínico caracterizado por diarrea y oliguria. Al examen físico se encuentra normotensa y presenta edemas perimaleolares ++/+++ bilaterales. En esta oportunidad de se le encuentra una creatinina plasmática en 3,4 mg/dl, la cual mejora con hidratación a 1,7 mg/dl y se cataloga como una falla prerrenal. Tras mejoría clínica es dada de alta.

- Funciones vitales: FC: 88 x'      FR: 22 x'      PA: 168/76 mmHg
- Al examen físico:
  - Ectoscopia: paciente somnolienta
  - Piel y TCSC: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/+++ edema ++/+++ bilateral de miembros inferiores.
  - Tórax: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, roncus, crepitantes y sibilantes bibasales
  - CV: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no soplos, IY (+)
  - Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación RHA (+), no masas, no visceromegalia.
  - GU: PPL (-), PRU (-).
  - Neurológicos: somnolienta, reactiva al estímulo verbal. No signos meníngeos.
  
- Exámenes auxiliares:

<b>Hemograma</b>	<b>Perfil lipídico</b>
Hb: 11,7 mg/dl	Colesterol: 242 mg/dl

Leucocitos: 8700	Triglicéridos: 208 mg/dl
Linfocitos: 14,2 %	<b>Examen de orina</b>
Segmentados: 69,2 %	Proteínas ++
Eosinófilos: 5,1 %	Hb ++
<b>Bioquímica</b>	Hematíes: 15-20 x campo
Creatinina: 4,9 mg/dl	Leucocitos: 4-6 x campo
Proteínas: 4,7 g/dl	Gérmenes: escasos
Albúmina: 2,3 g/dl	Sodio en orina: 28 mEq/l
	Proteinuria en 24 horas > 10 g

Paciente es hospitalizada y durante su estancia hospitalaria curso con deterioro clínico, se evidencia disminución de la función renal (creatinina plasmática: 6 mg/dl), oliguria persistente. Se observa edemas no disminuyen con tratamiento diurético intravenoso en dosis altas, motivo por el cual se indica hemodiálisis. Se cataloga como síndrome nefrótico, causado por nefropatía diabética. Con la hemodiálisis, los edemas mejoraron y disminuye la creatinina.

Se modificó el tratamiento antihipertensivo con antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II), calcioantagonista y alfabloqueante, con buena respuesta. Se inicia insulino terapia para un mejor control de la glicemia. Al alta también se le agregó Provide Gold para conseguir un aumento de las proteínas séricas.

### **Caso clínico 2:**

Paciente femenino de 36 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento regular con insulina glargina. Refiere que 3 días previos al ingreso, inicia con deposiciones líquida en 10 oportunidades, sin moco, sin sangre, asociado sensación de alza térmica. Motivo por el cual acude a emergencia.

- Funciones vitales:

PA 120/80 mmHg    FC 105x'    FR 23x'    T 38.3 °C

- Al examen físico:

- Ectoscopia: paciente somnolienta
- Piel y TCSC: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2

segundos.

- Tórax: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- CV: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no soplos, IY (+)
- Abdomen: globuloso, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas, no visceromegalia.
- GU: PPL (-), PRU (-).
- Neurológicos: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

- Exámenes auxiliares:

<b>Análisis de gases arteriales</b>	<b>Bioquímico</b>
pH 7.175	Urea 32 mg/dl
PCO2 23.6 mmHg	Creatinina 0.7 mg/dl
PO2 25 mmHg	Glucosa 392 mg/dl
HCO3 8.7 mmol/L	
Na 139,20 mEq/L	
K 4.20 mEq/L	
Cl 101,60 mEq/L	
Ca 11,00 mg/dl	

- Impresión diagnóstica:

1. Crisis hiperglucémica: cetoacidosis diabética
2. Gastroenterocolitis aguda
3. Diabetes mellitus tipo 2 por antecedente

En emergencia, recibe hidratación y tratamiento antibiótico (ciprofloxacino y metronidazol) y antiemético. Se le toma AGA control a las 12 horas.

<b>Análisis de gases arteriales</b>	
pH 7.29	Na 145mEq/L

PCO2 16 mmHg	K 2.8 mEq/L
PO2 153 mmHg	Ca 0.6 mg/dl
HCO3 8.2 mmol/L	Glucosa: 206 mg/dl

Se decide hospitalizar a paciente en el servicio de medicina interna. Durante la estancia hospitalaria recibe hidratación, insulina en infusión. Al tercer día se suspende metronidazol y se continuo ciprofloxacino. Niveles de glucosa en sangre disminuyen hasta 150 mg/dl. Motivo por el cual se le administra dextrosa 5% y NaCl 0.9%, glicemia 210 mg/dl. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta en 5to día de hospitalización.

### **Caso clínico 3:**

Paciente mujer de 50 años, refiere que hace más o menos 8 días antes del ingreso, presenta golpe a nivel de talón derecho asociado a dolor, calor. 1 día antes del ingreso, paciente refiere salida de material purulento por herida y esfacelación de la piel. Motivo por el cual acude a emergencia. Hemoglucotest en emergencia de 54 mg/dl, es tratada con dextrosa al 5% y luego al 10% con poca respuesta al tratamiento. Motivo por el cual deciden hospitalizarla en el servicio de medicina interna.

- Antecedentes personales: diabetes mellitus en tratamiento con glibenclamida, metformina e insulina NPH 5 UI subcutáneo cada 12 horas.
- Funciones vitales:

PA: 140/80 mmHg      FC: 112 ppm      FR: 22 rpm      T: 38°C

- Al examen físico:
  - Piel: Se observa ulcera en talón derecho con presencia de tejido necrótico, con olor fétido.
- Impresión diagnóstica:
  1. Celulitis en miembro inferior derecho
  2. Diabetes mellitus por antecedente

Se decide hospitalizar a paciente para control de glicemia y tratamiento antibiótico con clindamicina 900 mg EV cada 8 horas y analgesia. Paciente recibe antibioticoterapia por 10 días, evoluciona favorablemente. Motivo por el cual es dada de alta.

#### Caso clínico 4:

Paciente varón de 48 años, acude a emergencia. Refiriendo deposiciones negras asociado a vómitos con gotas de sangre hace 3 días. Niega otras molestias.

- Antecedentes personales:
  - Consumidor de alcohol: cerveza, 2 latas al día
  - Consume fármacos AINES (ibuprofeno y otros)
  - Actividad física: Fútbol, trote
- Funciones vitales:

PA: 125/71      FC: 110 x'    FR: 15 x'    SatO2: 98%    T: 36,3

- Al examen físico:
  - Piel y TCSC: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/-
  - Tórax: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
  - CV: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, no soplos, IY (+)
  - Abdomen: globuloso, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas, no visceromegalia.
  - GU: PPL (-), PRU (-).
  - Tacto rectal: se evidencia heces melena
  - Neurológicos: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. No signos meníngeos.

- Exámenes auxiliares:

Hemograma	Electrolitos
Hemoglobina 10,9 g/dL	Na+ 138
Leucocitos 5740 x mm <sup>3</sup>	K+ 4,1

Plaquetas 153.000 x mm <sup>3</sup>	CI- 110
<b>Bioquímica</b>	<b>Perfil hepático</b>
Creatinina 0,9	BT 0,27
Urea 44	BD 0,06
<b>Perfil de coagulación</b>	TGO 19
TP 13	TGP 32
Prot 105	FA 59
TTPK 30	GGT 32

- Impresión diagnóstica:
  - Hemorragia digestiva alta
  - Sd. Ulceroso

En emergencia se le indica hidratación y antiácidos, además se solicita evaluación por gastroenterólogo. Motivo por el cual es hospitalizada para la programación de endoscopia digestiva alta.

EDA: úlceras lineales en tercio distal del esófago, fondo parcialmente cubierto de fibrina, friable, que sangra en capa, por lo que se inyecta adrenalina, cesando sangrado. Úlceras esofágicas Forrest IIb-III, sospecha esófago de Barret. Patología no variceal, úlceras esofágicas- esofagitis - gastropatía erosiva. Paciente es dado de alta citándolo por consultorio externo de psiquiatría para mejora hábitos.

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

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es un hospital nacional de categoría III-1, es decir, es la institución de salud de mayor complejidad que pertenece a la región de Callao. Este se inauguró un 30 de diciembre de 1941. Está ubicado en Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista en la región del Callao. El HNDAC es un establecimiento de salud perteneciente al tercer nivel de atención, brinda tanto atención integral ambulatoria como hospitalaria altamente especializada, dando especial importancia a la recuperación y rehabilitación de los problemas de salud mediante servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad.

Al ser un establecimiento de tercer nivel cuenta con profesionales de salud, técnico y auxiliar. Es un centro de referencia tanto nacional como regional. La población atendida en este establecimiento de salud es en un 93% del Callao y sus distritos, el 6.5% restante de Lima y otros<sup>1</sup>.

Actualmente, este hospital cuenta 18 departamentos, con múltiples servicios cada uno. con 565 camas para hospitalización, 109 consultorios Externos en las áreas Se ha implementado recientemente una Unidad de Neurointervencionismo y un servicio de Preventorio (Centro de Prevención y Detección del Cáncer y otras Enfermedades), además de un Centro de Entrenamiento en operaciones de cirugía laparoscópica avanzada perteneciente al servicio de cirugía general, con la cual se busca beneficiar tanto a médicos residentes y médicos cirujanos para conseguir una destreza en las cirugías mínimamente invasiva.

## Situación pre pandemia y durante pandemia

### 1. Consulta externa

La consulta externa es el área funcional destinada a cubrir la demanda de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria en consultorios. Durante la primera rotación, los internos de cirugía apoyaban durante las consultas externas, tanto en el turno mañana como turno tarde, los cuales acudían para cirugía electivas, en su gran mayoría patologías como litiasis vesicular y hernias abdominales no complicadas. Sin embargo, desde el mes de octubre los internos de medicina no cumplían horas en consultorios. Las principales causas de morbilidad general en consulta externa en enero 2020 fueron: trastorno de la refracción, dispepsia e hiperplasia de la próstata a diferencia del mes de enero 2021: SIDA y covid-19 tanto con virus identificado como no identificado (Tabla 1). El número de atenciones, es decir pacientes nuevos, reingresantes y continuadores, en el mes de enero 2021 fue casi la tercera parte del número de atenciones en el mes de enero 2020.

**Tabla 1. Morbilidad general de los consultorios externos del HNDAC**

Enero 2020	Enero 2021
1° Trastorno de la refracción, no especificado	no SIDA
2° Dispepsia	COVID-19, virus identificado
3° Hiperplasia de la próstata	COVID-19, virus no identificado
4° Rinitis alérgica, no especificada	Hipertensión esencial (primaria)
5° Enfermedad cardíaca hipertensiva, sin ICC	Epilepsia, tipo no especificado

### 2. Servicios de emergencia

El servicio de emergencia es el área funcional destinada al manejo oportuno según demanda de lesiones o enfermedades que requieren una atención y un tratamiento inmediato. Durante los meses de enero, febrero y marzo 2020, los internos de medicina realizaban guardias de 12 hrs tanto diurnas como

nocturnas, en las cuales las patologías más vistas eran las enfermedades diarreicas, dolor abdominal y faringitis agudas. Al retorno en el mes de octubre, solo realizaban guardias diurnas de 12 hrs, 2 por quincena en las cuales en el mes de enero 2021 las patologías más tratadas fueron las respiratorias, covid-19 y las faringitis agudas no especificadas (Tabla 2).

**Tabla 2. Morbilidad general del servicio de emergencia del HNDAC**

Enero 2020	Enero 2021
1° Infecciones intestinales debidas a otros organismos sin especificar	COVID-19, virus no identificado
2° Otros dolores abdominales y los no especificados	COVID-19, virus identificado
3° Faringitis aguda, no especificada	Faringitis aguda, no especificada
4° Infección de vías urinarias, sitio no especificado	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
5° Rinofaringitis aguda, rinitis aguda	Infecciones intestinales debidas a otros organismos sin especificar

### 3. Servicio de atención hospitalaria

El servicio de hospitalización es una unidad organizada y dirigida adecuadamente para la prestación de servicios y cuidados que requieren pacientes que necesitan internamiento por más de 24 horas para definir diagnóstico y/o tratamiento médico o quirúrgico. Antes de la pandemia, el servicio de cirugía general tenía el mayor número de ingresos para procedimientos quirúrgicos tales como apendicectomías y colecistectomías. Seguido del servicio de ginecología con patología como la anemia. A diferencia, del mes de enero de 2021 en donde el mayor número de hospitalizaciones era para el tratamiento de pacientes Covid-19 (Tabla 3).

**Tablas 3. Morbilidad general en los servicios de hospitalización del HNDAC**

Enero 2020	Enero 2021
------------	------------

1°	Apendicitis aguda, no especificada	COVID-19, virus identificado
2°	Anemia que complica el embarazo, parto y/o puerperio	Dolor, no especificado
3°	Colecistitis crónica	COVID-19, virus no identificado
4°	Ictericia neonatal, no especificada	Apendicitis aguda, no especificada
5°	Falso trabajo de parto, sin otra especificación	Ictericia neonatal, no especificada

---

### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

## 1. Rotación de cirugía

### **Apendicitis aguda:**

La apendicitis aguda es el proceso inflamatorio del apéndice cecal. Siendo este una de las patologías más comunes que requieren manejo quirúrgico<sup>2</sup>.

La etiología es la obstrucción de la base apendicular, y la causa más frecuente de ello es la hiperplasia linfoidea (causa más frecuente en niños), seguido del fecalito (causa más frecuente en adultos).

Con un buen examen físico pueden llegar al diagnóstico. Se describe la cronología o secuencia de Murphy, la cual inicia con dolor, seguido de náuseas, vómitos y luego fiebre en casi 50% de los casos. A la palpación del abdomen encontramos dolor en el punto entre el tercio medio y externo de la línea que va de espina iliaca anterosuperior a cicatriz umbilical, punto conocido como Mc Burney. Existen otros puntos dolorosos del abdomen, los cuales nos orientarán hacia el diagnóstico de apendicitis aguda, dependiendo de la ubicación del apéndice, tales como Lanz (pélvica), Lecene (retrocecal), Morris (paraileal). En el caso de apendicitis complicadas pueden aparecer signos de irritación peritoneal como signos de Blumberg o rebote, Rovsing.

Se pueden solicitar exámenes auxiliares, para ver la gravedad del cuadro leucocitos con desviación izquierda en el hemograma y proteína C reactiva, estos si se solicitan en el HNDAC. La ecografía abdominal es la prueba de diagnóstico por imágenes más útil, nos ayuda a descartar apendicitis y líquido libre en cavidad abdominal. Se solicita en el hospital al tener buena relación costo beneficio. Según múltiples bibliografías, el gold estándar para su diagnóstico es la tomografía con contraste en donde se observa aumento en el diámetro del apéndice cecal  $> 6$  mm y engrosamiento de pared  $> 2$  mm<sup>3</sup>. Sin embargo, en hospitales del MINSA no se solicitan debido a su alto costo-beneficio.

---

### **Tabla 4. Escala de Alvarado**

La escala de Alvarado nos ayuda a orientar la conducta en emergencia (Tabla 4). Si el puntaje era > o igual a 7 los programaban para apendicectomía de emergencia, usualmente laparoscópica. Si se sospechaba de una apendicitis complicada se realizaba apendicectomía abierta <sup>2</sup> .	Dolor que migra a CID	1
	Anorexia	1
	Náuseas o vómitos	1
	Dolor en CID	2
	Dolor al rebote en CID	1
	Fiebre > 37.5°C	1
	Leucocitosis > 10000	2
Desviación izquierda	1	
	1 – 3 → Buscar otras causas	
	4 – 6 → TAC o Ecografía u observación por 12 horas y si se mantiene o más es apendicectomía	
	7 – 10 → Apendicectomía	

### **Colecistitis aguda calculosa:**

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar. La colecistitis aguda principalmente ocurre por consecuencia de una complicación de la litiasis vesicular. Existe la colecistitis aguda alitiásica, la cual es menos frecuente y se presenta generalmente en pacientes inmunosuprimidos<sup>4</sup>.

El diagnóstico es tanto clínico como laboratorial, para esto utilizamos los criterios diagnósticos de Tokyo (Tabla 5). En el HNDAC, se solicita ecografía abdominal para observar el grosor de la pared vesicular (>4 mm). El manejo de elección es el tratamiento médico, es decir, se trataba al inicio en el tópico de medicina interna indicando analgesia, antiinflamatorios y antibioticoterapia. El manejo definitivo es la colecistectomía laparoscópica, de urgencia, se realizaba cuando había complicaciones, pacientes

**Tabla 5. Criterios diagnósticos - TOKYO 18**

inmunosuprimidos o tenían una evolución menor a 72 horas. En caso de la colelap diferida, se realizaba cuando el cuadro clínico tenía una evolución mayor a 72 horas o cuando el cuadro cedía con tratamiento médico <sup>5</sup> .	1. Signos locales de inflamación
	Signo de Murphy o arresto inspiratorio Masa / dolor / hipersensibilidad en hipocondrio derecho
	2. Signos sistémicos de inflamación Fiebre >38° PCR >3mg/dl Leucocitosis >10000
	3. Imágenes
	Ecografía / Gammagrafía (Gold standard) → pared vesicular >4mm

**Hemorroides:**

Las hemorroides son dilataciones de los

A + B → SOSPECHA DIAGNÓSTICA

A + B + C → DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

plexos venosos vasculares. Pueden ser internas o submucosas, se ubican por encima de la línea dentada, o externas o subcutáneas, ubicadas por debajo de la línea dentada. Algunos factores de riesgo son la multiparidad y la obesidad<sup>6</sup>.

La clínica más frecuente de la hemorroide es el sangrado rectal y el prolapso, la cual dependerá del grado. El grado de la hemorroide ayuda a decidir el tratamiento. A partir del grado III, se opta por el manejo quirúrgico, la hemorroidectomía, la cual puede ser cerrada o de Ferguson, o abierta o de Miligan-Morgan (Tabla 6). En el caso anteriormente descrito, se optó por un manejo conservador inicial. Sin embargo, al no ver una respuesta, se optó por la hemorroidectomía<sup>7</sup>

**Tabla 6. Clínica y manejo de las hemorroides**

	Clínica	Prolapso	Manejo
I	Sangrado rectal	No prolapsa	Médico/conservador (baños de asiento y fibra)
II	Sangrado +	Al defecar	Ligadura con bandas

	Prolapso	Reducción espontánea	(estrangular el paquete hemorroidal) / escleroterapia o fotocoagulación
III	Sangrado + Prolapso	Al defecar y de forma espontánea Reducción manual	Hemorroidectomía cerrada o de Ferguson
IV	Sangrado/prolapso / dolor/trombosis	No se puede reducir el prolapso (alto riesgo de encarcerarse y estrangularse)	Hemorroidectomía abierta o de Miligan-Morgan (cierre x 2da intención)
IV	COMPLICADAS (trombosadas)	Masa violácea, dolorosa, náuseas (emergencia)	Incisión y drenaje (posterior hemorroidectomía)

### **Fístula anorrectal:**

La fístula anorrectal es un trayecto inflamatorio crónico entre conducto anal o piel perianal. La mayoría de fístulas son consecuencia del absceso anorretal. Tienen un alto riesgo de malignizar a adenocarcinoma o carcinoma epidermoide. Se clasifica en:

- Interesfintérica (tipo 1), el tipo más frecuente
- Transesfintérica (tipo 2)
- Extraesfintérica (tipo 3)
- Supraesfintérica (tipos 4)
- Superficiales

Se puede estudiar mediante una ecoendoscopía (proctoscopía) para observar el trayecto fistuloso, prueba que se realiza previo al procedimiento quirúrgico por el servicio de gastroenterología del HNDAC. El tratamiento de elección es la fistulotomía<sup>8</sup>.

## **2. Rotación de pediatría:**

### **Intoxicación alimentaria y diarreas**

La diarrea se define como la disminución de la consistencia de las deposiciones y/o un aumento en la frecuencia de estas (>3 en 24 horas). La diarrea se clasifica en aguda, subaguda y crónica por su duración. En el caso del paciente pediátrico, sobre todo lactantes, es más importante la variación de la consistencia que el aumento en la frecuencia. La principal causa de las diarreas son las infecciones víricas, siendo el rotavirus la etiología más frecuente.

El manejo dependerá del grado de deshidratación. Si es leve, el manejo será casa con líquidos caseros a voluntad. Si es moderado, se maneja en el establecimiento de salud con sueros de rehidratación oral (50-100 cc/kg/4hrs), 20 minutos después probaremos tolerancia oral y damos de alta si tolera. En el caso del HNDAC, indicamos que por cada vómito dar 5cc de SRO y 10 cc por cada deposición líquida. Si es deshidratación grave, manejo hospitalario por vía endovenosa. Si hay signos de shock dar NaCl 0.9% 10-20cc/kg/bolo, pasar de 2 a 2 bolos, si no responde a fluidos, pensar en shock distributivo. Si no hay signos de shock dar terapia de rehidratación endovenosa 100 cc/kg, si es menor administrar en 6 horas y si es mayor a un año, en 3 horas<sup>9</sup>.

### **Plastrón apendicular:**

El plastrón apendicular es una complicación de la apendicitis aguda. En la que el cuadro de apendicitis aguda evoluciona hasta perforar al apéndice cecal, se forma una masa inflamatoria, donde se adhiere asas intestinales y epiplón. Solo el 10% de los casos evoluciona hasta plastrón<sup>10</sup>.

Generalmente, aparecen las masas apendiculares a partir del 4to día de evolución, tanto plastrón como absceso apendicular. A diferencia del absceso, el plastrón no presenta una colección de material purulento. Por eso, en el hospital el manejo es netamente antibioticoterapia. En contraste, en el absceso apendicular se debe realizar un drenaje percutáneo o quirúrgico. Sin embargo, se debe realizar apendicectomía es diferida, los más frecuente es

que se opere a partir de la sexta semana.

### **Ictericia neonatal:**

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y las escleras, siendo esta el síntoma más importante de la elevación de las bilirrubinas en sangre. Es causada por una alteración en el metabolismo o la excreción de la bilirrubina. En los niños, generalmente se presenta la hiperbilirrubinemia indirecta y en la mayoría de los casos es causada por una destrucción de glóbulos rojos o por algún defecto en la enzima UGT o glucoroniltransferasa. A diferencia de la hiperbilirrubinemia directa que suelen ser causa de una disfunción hepática intrínseca.

La definición de hiperbilirrubinemia indirecta es:

- Si las bilirrubinas totales son  $<5\text{mg}$ , entonces la b. directa debe ser  $<1\text{mg}$
- Si las bilirrubinas totales son  $>5\text{mg}$ , entonces la b. directa debe ser  $<20\%$  de las BT

La definición de hiperbilirrubinemia directa es:

- Si las bilirrubinas totales son  $<5\text{mg}$ , entonces la b. directa debe ser  $>1\text{mg}$
- Si las bilirrubinas totales son  $>5\text{mg}$ , entonces la b. directa debe ser  $>20\%$  de las BT

En la tabla 7, se mencionan las diferentes causas de ictericia dependiendo del tipo de bilirrubina elevada.

**Tabla 7. Causas de la ictericia neonatal**

Ictericia a predominio indirecto	Ictericia a predominio directo
- Policitemia (hto $>65\%$ )	- Hepatitis: TORCH
- Hemólisis	- Atresia de Vías Biliares
- Muy bajo peso o desnutrición	- Galactosemia

- 
- Problemas a nivel de UGT:  
Síndrome de Crigler-Najar (funcional) y Síndrome de Gilbert (número)
  - Aumento CEH: mucha ingesta de LM y pobre ingesta de LM
  - Ileo u obstrucción
  - Hijo de madre diabética
  - Cefalohematoma/ hematoma subgaleal
  - Sangre deglutida
  - Galactosemia (al inicio)
  - Hipotiroidismo
- 

Se utilizan diferentes tablas para definir el manejo, tanto tablas de Buthani como la guía NICE (Anexo 1 y 2). Ayudaban a decidir, la terapéutica con fototerapia o exanguinotransfusión, al igual que las últimas guías de manejo de la hiperbilirrubinemia indirecta neonatal<sup>11</sup>.

### **3. Rotación de ginecología:**

Las principales patologías en la especialidad de ginecología fueron las siguientes:

#### **Preeclampsia:**

Definida la preeclampsia en las guías como un trastorno hipertensivo de la gestación que se presenta después de la semana 20 y se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial asociada a proteinuria y teniendo como criterios de severidad en el caso clínico creatinina 1.2mg/dl, TGO: 75UI/L además de la cefalea intensa. Por ello en este caso lo catalogaron como preeclampsia con criterios de severidad.

Siendo el manejo con antihipertensivos como nifedipino a dosis de 10mg VO y si no le logra mantener una presión <160/110 se puede repetir la dosis a los

30 minutos y dejar con dosis de mantenimiento 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas sin exceder 120 mg/día. Otra opción terapéutica es el uso de alfametildopa 500-1000 mg VO cada 12 horas, pero no más de 2 gramos al día con el objetivo de mantener la presión arterial sistólica entre 120-150 mmhg para no llevar a la hipotensión a la gestante.

Otro punto importante es evitar las convulsiones en la gestante por ello está indicado el uso de sulfato de magnesio 4 gramos como dosis de ataque en 15 minutos y lo continuamos en infusión de 1gr por hora durante 24h después de culminada la gestación. Simultáneamente se debe iniciar corticoterapia y al completar las 4 dosis, se programa para culminar la gestación.

Es difícil predecir qué mujeres padecerán preeclampsia durante la gestación, por ello es fundamental un adecuado monitoreo durante los controles prenatales, esto permitirá detectar a tiempo los factores de riesgo en cada paciente, así como evaluar la predisposición a dicho trastorno hipertensivo.

Según la ACOG lo más importante es una historia clínica detallada en la que se puedan identificar los factores de riesgo en cada gestante, no recomienda utilizar pruebas de laboratorio, ni estudios de imagen como el ultrasonido Doppler de la arteria uterina, como una estrategia para predecir la preeclampsia.

Por ello consideran que toda gestante con más de 34 semanas y que presente criterios de severidad, deberán ser programadas a cesárea de emergencia, pero aquellos que tengan menor edad gestacional se debe considerar manejo expectante y de esta forma prolongar el tiempo intraútero del feto con el objetivo disminuir complicaciones neonatales. Por otro lado, plantea que el uso de aspirina durante el segundo trimestre de gestación antes de la semana 28 de gestación en dosis entre 50 mg - 150 mg, se ha evidenciado que la mejoría clínica de las gestantes a estas dosis fue muy similar, del mismo modo, se sugiere usarlo hasta la semana 36 o hasta una semana antes del parto. La profilaxis profiláctica está indicada en pacientes con gestaciones múltiples, antecedentes de gestaciones con preeclampsia,

hipertensas crónicas, diabéticas, nefrópatas, lupus o síndrome antifosfolípídico. Además, que las pacientes con IMC>30 con más de 35 años, nulíparas o antecedente familiar de primer grado de preeclampsia y raza afroamericana deberán ser catalogadas con riesgo moderado; en ellas está indicado siempre cuando cumplan con por lo menos dos de las características antes mencionadas<sup>13</sup>.

### **Colestasis intrahepática gestacional:**

Esta es una patología que no ha sido incluida en las guías del hospital Carrión, sin embargo, se maneja según las guías internacionales. Define a la enfermedad como un incremento de los ácidos biliares en sangre de la gestante. Se caracterizan por un síndrome clínico caracterizado por prurito palmoplantar y elevación de las transaminasas sérica teniendo como punto de corte  $\geq 10$  micromoles /L y elevación de TGP.

Considerada como colestasis reversible que suele manifestarse entre fines del segundo trimestre y tercer trimestre de embarazo, teniendo en cuenta que los exámenes laboratoriales deben realizarse con 8 horas de ayuno como mínimo. Por otro lado, los síntomas suelen remitir entre la segunda y octava semana post parto, así como la normalización de los valores laboratoriales.

Algunas de las complicaciones de esta patología gestacional son aumento de la morbimortalidad perinatal debido a los partos pre término, sufrimiento fetal, líquido amniótico meconial, muerte intrauterina y distrés respiratorio. Al ser una patología de etiología multifactorial, es decir, se debe a factores hormonales, genéticos y ambientales fundamental el diagnóstico y manejo clínico oportuno.

Se clasificará según los rangos de ácidos biliares:

- Leve: 10-19 milimoles/L
- Moderado: 20-39 milimoles/L
- Severo:  $\geq 40$  milimoles/L

El manejo será según el nivel de ácidos biliares, los cuadros leves serán manejados de forma ambulatoria y se solicitará control cada 2 semanas hasta

evidenciar normalización en los exámenes de laboratorio.

En cuadros moderados en gestantes de < 28 semanas el manejo será el mismo que en el cuadro leve pero gestantes >28 semanas está indicada la internación y tratamiento con ácido ursodesoxicólico 900 mg/día (máximo 1200 mg/día) y antihistamínicos de primera generación, así como el monitoreo materno fetal e inicio de corticoterapia. En cuadros severos la internación, tratamiento y seguimiento serán fundamentales en el pronóstico de la gestante y el feto<sup>14</sup>.

### **Corioamnionitis:**

Definida como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso y que se acompaña de infección del contenido amniótico, esto implica feto, cordón y líquido amniótico.

El cuadro clínico implica los criterios de Gibbs que son: fiebre materna 38°C, taquicardia materna >100 lpm /taquicardia fetal >160 lpm, > 1500 leucocitos /mm<sup>3</sup>, irritabilidad uterina, líquido maloliente.

Según las guías del HNDAC en toda gestante > 28 semanas, se debe terminar la gestación en las próximas 12 horas de confirmado el diagnóstico; iniciar antibiótico empírico. Se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina + eritromicina endovenosa y corticoterapia (dexametasona 6 mg cada 12 horas). Se decide hospitalizar, paciente ingresa a UEPA, durante su estancia se culminó tratamiento antibiótico profiláctico con amoxicilina + eritromicina por 7 días, se culmina corticoterapia con dexametasona. El 6to día de hospitalización, paciente refiere cefalea de intensidad 8/10 por lo cual es evaluada por neurología y lo cataloga como una cefalea primaria. Cefalea que se vuelve esporádica y disminuye en intensidad 2/10. Cursa afebril hasta el día 10mo día de hospitalización, presentó febrícula 37.5 °C. Se decide iniciar inducción con oxitocina, se le reinicia antibioticoterapia. Ante inducción fallida, se decide programar para cesárea de emergencia.

Se realizó un consenso en el año 2018 organizado por la FASGO donde plantean que el diagnóstico de corioamnionitis es indicación absoluta para

culminar la gestación, más no es indicativo de cesárea de emergencia, a menos que exista alguna razón que no permita el parto vaginal en las próximas 6 - 12 horas. Está indicada la antibioticoterapia e inicio de corticoterapia. Por otro lado, si se evidencia mejoría clínica se puede mantener el régimen hasta por 48 horas post parto. Por otro lado, plantea que con un adecuado control prenatal lo que permitirá detección y tratamiento oportuno infecciones cérvico-vaginales<sup>15</sup>.

### **Amenaza de parto pretérmino:**

Es una patología bastante frecuente en el nosocomio, muchas gestantes acuden sin controles prenatales y esta es la causa principal de muchas de las complicaciones en la gestación.

Se define a esta patología como la presencia de contracciones uterinas 1 cada 10 minutos de 25 a 30 segundos de duración (evidenciadas por el examinador que se mantengan durante 1 hora, además borramiento del 50 % del cuello uterino o una dilatación  $< 0 = a$  3 cm entre las semanas 22 y 36 con 6 días.

Sin embargo, el HNDAC tiene sus propias guías clínicas y en base a ellas es el manejo médico, en este caso según la clínica lo catalogan como una amenaza de parto pretérmino por presentar cambios cervicales y una longitud cervical de 18mm.

Al ser una gestante de 34 semanas y 4 días el manejo será iniciar tocólisis con nifedipino a dosis de 20 mg VO cada 20 minutos hasta en tres oportunidades seguidas de 10mg cada cuatro a seis horas (máx. 90 mg/día). Simultáneo a ello está indicado iniciar corticoterapia con dexametasona IM 6 mg/12h x 4 dosis; Si culminada la corticoterapia la dinámica uterina ha remitido y los cambios cervicales no progresan, está indicado el alta y control por consultorio en 1 semana. Siempre previo al alta se debe explicar claramente a la gestante cuales son los signos de alarma por los cuales debe acudir al nosocomio por emergencia.

Las guías indican que el manejo principal debe ser la administración de tocolíticos por lo menos las 48 horas necesarias para cumplir con la corticoterapia para disminuir la morbimortalidad del recién nacido. La

neuroprotección con sulfato de magnesio con dosis de ataque y luego dejarlo en infusión como dosis de mantenimiento contribuyen a disminuir el riesgo de parálisis cerebral infantil demostrado una intervención segura de costo beneficio.

#### **4. Rotación de medicina interna:**

##### **Cetoacidosis diabética:**

La cetoacidosis diabética es una complicación importante de la diabetes que se caracteriza por la tríada metabólica: hiperglucemia  $>200$  mg /dl, acidosis metabólica ( $\text{PH}<7.3$  y bicarbonato  $<15$  mmol/L) y cetonuria. Todo este cuadro clínico genera deshidratación y trastornos electrolíticos y trayendo como consecuencia más grave el edema cerebral. Los pacientes suelen presentar síntomas inespecíficos como fatiga, dolor abdominal, náuseas y vómitos, signos de deshidratación.

El tratamiento será orientado a la corrección de la hiperglucemia dentro de las 48 horas próximas al cuadro ya que si hay un descenso brusco de la osmolaridad esto podría aumentar el riesgo de edema cerebral, por ello los pacientes requieren ser hospitalizados para observación y rehidratación con cloruro de sodio 0.09% - 0.45%, la concentración y volumen dependerá del nivel de sodio sérico. Luego de la hidratación es importante realizar un nuevo control de glucosa, si su valor es  $<200$  mg/dl entonces se debe cambiar la hidratación; daremos dextrosa al 5% + cloruro de sodio 0.45% a un volumen de 125 – 250 ml/hora.

Seguidamente controlaremos los niveles de potasio en sangre, solo daremos insulina en normokalemia e hiperkalemia. Iniciaremos con insulina regular (R-cristalina) a dosis de 0.1UI/kg/bolo, luego la dejaremos en infusión a 0.1 UI/Kg/h EV. Por todo el cuadro clínico que implica esta complicación es importante que los pacientes sean responsables en el tratamiento de la diabetes mellitus, ya que un tratamiento y manejo oportuno evitarían consecuencias lamentables<sup>16</sup>.

### **Pie diabético:**

En el paciente diabético se deben enseñar conductas que disminuyan sus factores de riesgo para el desarrollo de pie diabético. Es decir, retirar exceso de callos, proteger ampollas, manejo adecuado de uñas encarnadas y engrosamiento ungueal y en caso de presentar onicomycosis usar antifúngicos. Este tratamiento idealmente debe ser realizado por profesional capacitado en el manejo de pie diabético.

la causa principal de estas alteraciones es el uso inadecuado de calzados, caminar ellos, usar calcetines con costuras, secar de forma inadecuada los pies; por ello fundamental que el calzado utilizado sea cómodo y proteja adecuadamente el pie. Las úlceras por neuropatía se suelen desarrollar en la superficie plantar del pie y en prominencias óseas mientras que las isquémicas son más frecuentes en bordes laterales del pie y pulpejo de los dedos.

La infección en el pie de una persona diabética representa un gran problema pues puede comprometer a todo el miembro inferior del pie afectado, veremos signos y síntomas clínicos como leucocitosis, fiebre y dolor en casos más severos celulitis o hasta sepsis con o sin presencia de osteomielitis.

El manejo dependerá del compromiso de la úlcera. En casos superficiales, donde la infección está limitada, se limpiará, debridará todo el tejido necrótico y el callo alrededor junto a la terapia antibiótica empírica contra patógenos frecuentes como *Staphylococcus aureus* y estreptococos.

Por otro lado, si la infección es profunda o extensa y pone en riesgo a la extremidad del pie afectado, se debe evaluar con urgencia si es necesario una intervención quirúrgica para eliminar tejido desvitalizado o necrótico incluyendo el hueso infectado o drenar los abscesos e iniciar terapia antibiótica de amplio espectro por vía parenteral dirigidas a gram (-) incluidos anaerobios. En la mayoría de los casos según el cultivo y antibiograma se reorientará el tratamiento. Por otro lado, los pilares fundamentales serán el

adecuado control de la glicemia con o sin insulina según la necesidad del paciente<sup>17</sup>.

### **Hemorragia digestiva alta:**

Esta patología frecuente en nuestro país tiene una forma de presentación bastante variable y representa un alto riesgo de mortalidad de no ser atendida a tiempo. Definida como hemorragia del tubo digestivo superior proximal al ángulo de Treitz.

La principal causa de esta patología es la úlcera péptica que representa el 50% de los casos. En su mayoría son de causa no variceal (80%) y los demás casos se deben sangrados persistentes. La historia clínica es fundamental en el manejo de estos pacientes, muchas sobreestimamos detalles respecto al volumen de sangrado o signos clínicos porque al ingreso a emergencia el paciente luce aparentemente bien, y no enfocan la primera evaluación en buscar signos de shock (taquicardia, taquipnea, hipotensión, etc.), lo cual muchas veces definirá el pronóstico del paciente.

Es importante estratificar en riesgo de morbimortalidad en los pacientes, para ello se usa la escala de Glasgow-Blatchford. A través de 9 parámetros valorara la posibilidad de admisión y necesidad de intervención, nos permitiría determinar a los pacientes de bajo riesgo que podrán ser manejados de forma ambulatoria.

Otra escala importante es la clasificación de Forrest, utilizada para describir las lesiones encontradas en la endoscopia y según estas se realizará un manejo individualizado en los pacientes.

El manejo dependerá de la clínica del paciente el nivel de riesgo del mismo, tal como se describe en los flujogramas (Anexo 3 y 4)<sup>18,19</sup>.

### **Síndrome nefrótico:**

La definición de síndrome nefrótico es la presencia de proteinuria > 3,5 g/24h en adultos o bien cociente en orina proteínas/creatinina generalmente > 3.

Generalmente, se asocia hipoalbuminemia, edemas e hiperlipemia, debido al aumento de permeabilidad renal por alteración de la membrana glomerular. La causa más frecuente de síndrome nefrótico es la nefropatía diabética<sup>20</sup> (Tabla 8).

**Tabla 8. Causas de síndrome nefrótico**

<b>Glomerulonefritis primarias</b>	<b>Glomerulonefritis secundarias</b>
- Nefropatía de cambios mínimos	- LES
- Glomerulonefritis esclerosante y focal	- Enfermedad mixta del tejido conectivo
- Glomerulonefritis membranosa	- Vasculitis
- Glomerulonefritis membranosa proliferativa	- Dermatitis herpetiforme
- Nefropatía IgA	- Sarcoidosis
- Nefropatía C1q	- Púrpura de Schönlein Henoch
- Nefropatía IgM	- Colitis ulcerosa
	- Amiloidosis
	- Síndrome nefrótico congénito

El manejo del síndrome nefrótico es sintomático, con esto se busca evitar las complicaciones ocasionadas por la proteinuria masiva e hipoalbuminemia. Se maneja el edema con reposo relativo, dieta baja en sodio y diuréticos. Es frecuente la resistencia a los diuréticos, en estos casos la albúmina intravenosa puede resultar beneficioso, o en última instancia la hemodiálisis podría ser eficaz. Para evitar la proteinuria se utilizan IECAs u ARA II, además tienen efecto antihipertensivo, pero pueden ocasionar cierto deterioro de la función renal y un aumento de los niveles de potasio en sangre. Se le da dieta hiperproteica. Y para tratar la hiperlipidemia se restringe las grasas en la dieta y se indica estatinas. Una de las complicaciones más graves de este síndrome son los fenómenos tromboembólicos, que se previene con antiagregación plaquetaria y anticoagulación, sobre todo en pacientes con hipoalbuminemia grave (<2g/dl). El nosocomio tiene un manejo similar al mencionado<sup>21</sup>.



## CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Al culminar sexto año, los estudiantes de medicina se convierten en internos y como tales saben que deberán asumir nuevos roles. Muchos de ellos inician esta nueva etapa con muchos miedos e inseguridades, sin saber cómo será enfrentarla, pero al mismo tiempo son conscientes que deberán sacarle el máximo provecho pues no habrá otro año igual en el podrán reforzar sus habilidades y adquirir nuevas destrezas sin responsabilidad médico-legal.

Algunos de ellos acuden a hospitales donde desean hacer sus rotaciones meses previos al inicio del internado en busca de consejos o experiencias de los internos que iniciaron el año previo. Sin embargo, cada uno de ellos siempre lo contará desde una perspectiva distinta y con todo esto el interno inicia el año más intenso en su formación médica.

Realizar el internado en el Hospital Daniel Alcides Carrión fue la mejor opción para muchos. Empezó el internado, aun la pandemia no había llegado y con ello el interno tenía un campo bastante amplio para desarrollarse. No solo rotaba en hospitalización en donde les hacían seguimiento a pacientes, participaba en la toma de decisiones y manejo clínico bajo la supervisión del médico residente y asistente, también tenían acceso a procedimientos quirúrgicos donde participaba activamente.

Por otro lado, emergencia era un reto para los internos pues no solo debían aplicar todo su conocimiento práctico sino tener un adecuado control emocional para el manejo de todas las situaciones con las que se encontraría.

Los tres primeros meses cuentan los internos fueron realmente de mucho aprendizaje e intensos pues hacer guardias de 12 horas nocturnas y luego rotar en hospitalización no fue una tarea sencilla al inicio, pero poco a poco se fueron adaptando, siendo la principal característica de este nosocomio el ser una sede docente permitió que los internos puedan desarrollar habilidades y adquieran nuevas destrezas.

Pasaron los meses y luego llegó la pandemia, algo inesperado y desconocido para todos, el país estaba colapsando. Las medidas implementadas por el estado no reflejaban ninguna mejora en la población, para el hospital fue insostenible garantizar la seguridad de sus internos motivo por el cual se vio obligado a retirarlos de forma temporal.

La situación mejoró aparentemente y el hospital ya contaba con recursos para garantizar el equipo de protección personal de cada uno de sus internos. Por lo cual admitió a los internos, pero ahora la condición de ellos sería diferente, sus actividades serían más limitadas; tenían prohibido el ingreso a área COVID y para entonces una gran parte de los pacientes estaba contagiado.

Ellos sabían que nada sería como antes y debían decidir entre regresar al hospital, asistir a un centro de salud o renunciar a su plaza reincorporándose el siguiente año, sin saber en qué condiciones sería.

Fue una difícil decisión, sin embargo; decidieron regresar al hospital, pero ahora debían enfrentar otra realidad. El uso de los equipos de protección personal, mantener la distancia con sus pacientes; ya no serían tan afectivos como antes y debían ser prudentes durante la evaluación clínica a cada uno de los pacientes. Para ellos no fue fácil porque no solo eran los nuevos protocolos que debían seguir, sino que sumado a ello estaba su inexperiencia, temor a contagiar a sus familias; motivo por el cual muchos se vieron obligados a mudarse implicando esto un gasto económico adicional que no todos estaban en condiciones de asumir. Este internado no fue fácil, ellos cuentan que al manejar menos pacientes sus oportunidades de aprender también fueron menos.

En pediatría ya no estaba permitido que los internos atendieran casos respiratorios lo que representó una gran limitación para los mismos pues en el SERUMS que es lo que les espera al salir internado, verán muchos casos respiratorios y tendrán como única herramienta conocimiento teórico para el manejo de estas patologías.

Por otro lado, en neonatología, las atenciones a recién nacidos disminuyeron ya que muchas gestantes eran COVID-19, al punto que muchos internos a pesar de hacer guardias extras no tuvieron la oportunidad de hacer atención inmediata. Sin embargo, tuvieron que adaptarse e intentaron sacar el máximo provecho a las salas de alojamiento conjunto donde sí pudieron reforzar sus habilidades y reforzar conocimientos teórico - prácticos con sus asistentes.

Las rotaciones continuaron, ahora rotarían en ginecología. Un servicio diferente pues cada una tiene sus peculiaridades. A pesar de las medidas de distanciamiento y el protocolo que se practicaba en cada servicio, los asistentes procuraban brindar todo el conocimiento teórico-práctico que necesitaban. Este servicio se caracterizaba por ser el más académico, y es lo que manifiestan sus internos, ellos refieren que cada visita fue un aprendizaje nuevo donde ellos se expresaban sus opiniones respecto a cada caso y participaban de forma activa en el manejo medico de cada paciente.

Por otro lado, una limitante en este periodo fue la atención de partos. La gran mayoría de gestantes eran COVID – 19, y no podíamos atenderlas así que eran referidas a otras áreas, por lo que la única opción que vieron para enfrentar el problema fue hacer guardias nocturnas en sus días libres tanto en emergencia como en centro obstétrico. Esta fue la forma que encontraron los internos para lograr los objetivos de esta rotación.

El 2020 culminó, pero no el internado aún les faltaba rotar en medicina interna. Empezaron la rotación y dada las circunstancias la carga laboral no era la misma, pero sí pudieron aprender a manejar diversas patologías. En esta rotación cuentan los internos la dinámica no había variado pues eran responsable del seguimiento y manejo clínico de cada paciente, pero al disminuir el número de pacientes le podían dedicar más tiempo a cada uno de ellos.

Pero algo inesperado para ellos en este servicio fue que no solo les darían soporte médico a sus pacientes sino también soporte emocional, un gran número de pacientes acababan de salir del área COVID y muchos de ellos

presentaban secuelas. Estas no solo eran físicas sino también emocionales; como ansiedad, miedo a volver a pasar por lo mismo, temor de no volver a tener la vida de antes, dolor porque perdieron a un ser querido y no se pudieron despedir. Para esto no necesitaban un medicamento sino ser escuchados y sentir que entendían lo que ellos pasaban y que los apoyaban en su lucha diaria, es aquí donde el interno cumplió un papel fundamental el pronóstico de cada uno de sus pacientes. Entendió que el paciente no sólo un conjunto de patologías, sino que también tiene emociones que lo diferencian de otros, que sí puede tener dolores que eran de “alma” como ellos dicen pero que dada las circunstancias se somatizan y no mejorarían solo con analgesia sino con una atención holística, integral; que es la atención que todo ser humano recibir, enfocada en el paciente mas no en su patología.

## **CONCLUSIONES**

Del presente informe se puede concluir que esta pandemia le enseñó al interno el significado de la palabra “enfrenta tus miedos”. No fue fácil pero no se rindieron, a pesar de todas las limitaciones estuvieron dispuestos apoyar a su sede y sacarle el máximo provecho.

Ninguno estaba preparado para esto, no fue el internado que esperaban, no

duró el tiempo que esperaban y quizás muchos de ellos no alcanzaron todos los objetivos que esperaban cuando ingresaron. El problema principal no fueron las horas sino las circunstancias, es decir, las restricciones que entendíamos eran justificadas porque priorizaban nuestra seguridad y la de nuestras familias, pero significaban una gran limitación en nuestra formación.

Pero lo que sí es cierto es que aprendieron que el ser médico era más que solo tener conocimiento teórico - prácticos y vestir una bata blanca. El ser médico era estar dispuesto a priorizar al paciente, luchar por él y con él. Como el Doctor Pandía, asistente de ginecología, les solía decir, "Haz por el paciente lo que harías por tu ser querido y entonces sabrás que lo hiciste bien".

## **RECOMENDACIONES**

Algunas de las recomendaciones o sugerencias dadas por los internos es que se debería brindar una mejor orientación al nuevo interno respecto a las situaciones que probablemente enfrentará.

Respecto a los horarios consideran que fue el adecuado, así como el número de horas, pero cada interno debe ser consciente que no será fácil pero tampoco imposible y está en cada uno de ellos ver en cada limitación una

oportunidad para adquirir nuevas destrezas y conocimientos. Siempre siendo respetuosos de cada profesional porque de todos siempre se aprende algo, incluso del que menos esperan.

Por otro lado, sería importante en la formación del interno rotar en el primer nivel de atención, esto le permitiría ver la realidad social de las poblaciones más vulnerables. Siendo el SERUMS, el periodo donde será necesario la aplicación de las habilidades y destrezas aprendidas en este ámbito.

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

1. Informe de evaluación del plan operativo primer semestre del año fiscal. 2016. Disponible en: <http://www.hndac.gob.pe/images/pdf/informe-de-evaluacion-del-plan-operativo-primer-semester.pdf>
2. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apéndice aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. Cirujano General. 6.

3. Dr. Oscar Abelardo Murúa-Millá, Dra. Martha Adriana González-Fernández. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med UAS. Diciembre de 2020;10(4).
4. Dra. Coral Marina Ramos Loza, Dr. Jhosep Nilss MendozaLopez Videla, Dr. Javier Alejandro Ponce Morales, Alejandro Ponce Morales. Aplicación de la guía de TOKYO en colecistitis aguda litiásica. Rev Med La Paz. Junio de 2018 [citado 17 de abril de 2021];24(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf)
5. Coto FM Colecistitis calculosa aguda: diagnóstico y manejo. Rev Med de Costa Rica y Centroamérica LXXIII (618) 97-99, 2016.
6. Dra. Noelia Brito Viglione, Dr. César Canessa Sorin. Hemorroides. Clin Quir Fac Med UdelaR Disponible en: [https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hemorroides\\_CQFM.pdf](https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Hemorroides_CQFM.pdf)
7. Camargo MA, Osorio M, Marín-Marmolejo JC, Jaimes IC, Sarmiento LA. Manejo quirúrgico de hemorroides internas en un centro de referencia de Manizales del 2010 al 2017. MedUNAB. 2020;23(2): 251-260. doi: 10.29375/01237047.3822.
8. Turiño Luque J, Pérez Reyes M, Cabelo Burgos A, Rivas Becerra J, Bayón Muñoz A, Martínez Ferriz A, et al. Management of perianal fistula in outpatient surgery. Cir Andal. 8 de febrero de 2019;30(1):141-5.
9. J. de la Flor i Brú. Gastroenteritis aguda. Pediatr Integral 2019; XXIII (7): 348–355.
10. Villalón F, Villanueva A, Suñol MA, Garay J, Arana J, Jiménez J. Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular. Cir Pediatr 2013; 26: 164-166.
11. M. González-Valcárcel Espinosa, R.C. Raynero Mellado, S.M. Caballero Martín. Ictericia neonatal. Pediatr Integral 2019; XXIII (3): 147 – 153.
12. Gaitan Esteban Sánchez, Ampudia Margarita Malpartida. Revista Médica Sinergia [Internet]. Editorial Médica Esculapio; [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708> [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_Fasgo\\_2017\\_Hi](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hi)

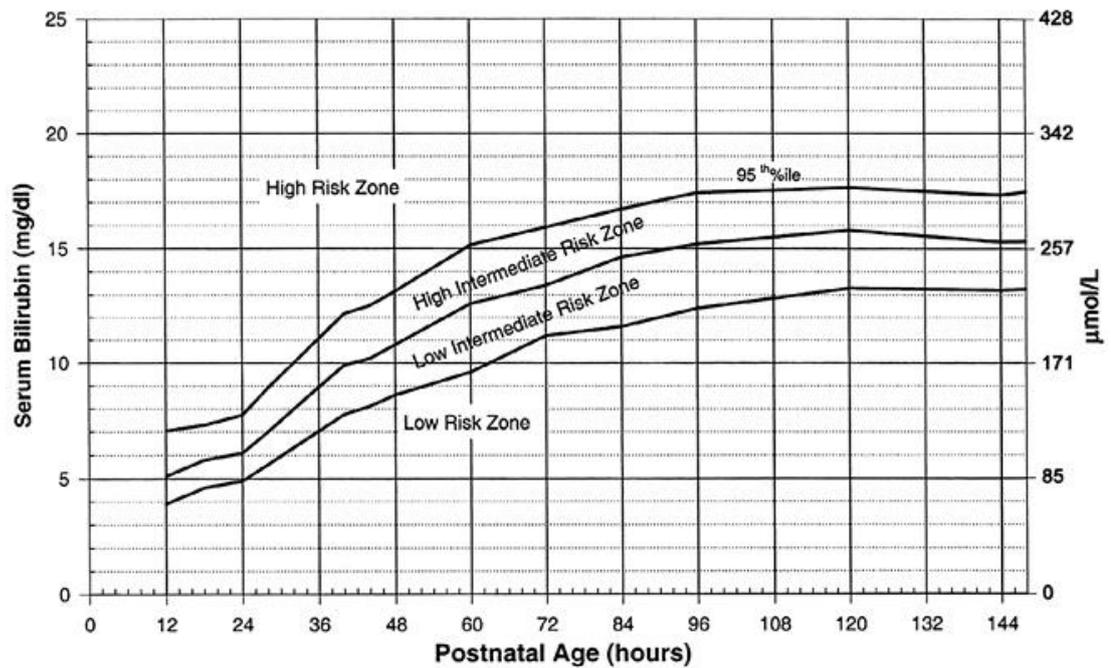
pertension\_y\_embarazo.pdf.

13. Javier Pereira Calvo, Yuliana Pereira Rodríguez, Luis Quirós Figueroa. Actualización en preeclampsia. Revista Médica Sinergia; 5(1).
14. María Alejandra Frailuna, Martín Etchegaray Larruy. Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG). Consenso FASGO 2016 [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso\\_de\\_obstetricia\\_Colestasis\\_y\\_embarazo\\_2016.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_de_obstetricia_Colestasis_y_embarazo_2016.pdf).
15. Mezzabotta L. Rotura prematura de membranas CONSENSO FASGO XXXIII Cordoba, 5 al 7 de setiembre de 2018. :16.
16. Dorado JPH. Cetoacidosis diabética: evaluación y tratamiento. Rev Soc Bol Ped 2015; 54 (1): 18 – 23
17. Guías del IWGDF para la prevención y el manejo de la enfermedad de pie diabético. Disponible en: [https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/03/IWGDF-Guidelines-2019\\_Spanish.pdf](https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2020/03/IWGDF-Guidelines-2019_Spanish.pdf)
18. Vásquez-Quiroga Jorge, Taype-Rondan Alvaro, Zafra-Tanaka Jessica Hanae, Arcana-López Ericson, Cervera-Caballero Luis, Contreras-Turin Javier et al . Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev. gastroenterol. Perú. 2018 Ene; 38( 1 ): 89-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292018000100015&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000100015&lng=es).
19. Carolina Riga. Hemorragia digestiva CONARPE 2017 – Córdoba. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Mi%C3%A9rcoles%2027-9/dra\\_Riga\\_hemorragia\\_digestiva.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Mi%C3%A9rcoles%2027-9/dra_Riga_hemorragia_digestiva.pdf)
20. Rivera F, Anaya S, Romera A, Rivera I, Vozmediano C. Síndromes Clínicos en Nefrología. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) . Nefrología al día. Síndromes Clínicos en Nefrología. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/258>. Consultado 18 Apr 2021.
21. Alcázar R. Algoritmos en nefrología. Módulo 01, Módulo 01,. Badalona: Sociedad Española de Nefrología. EUROMEDICE; 2011.

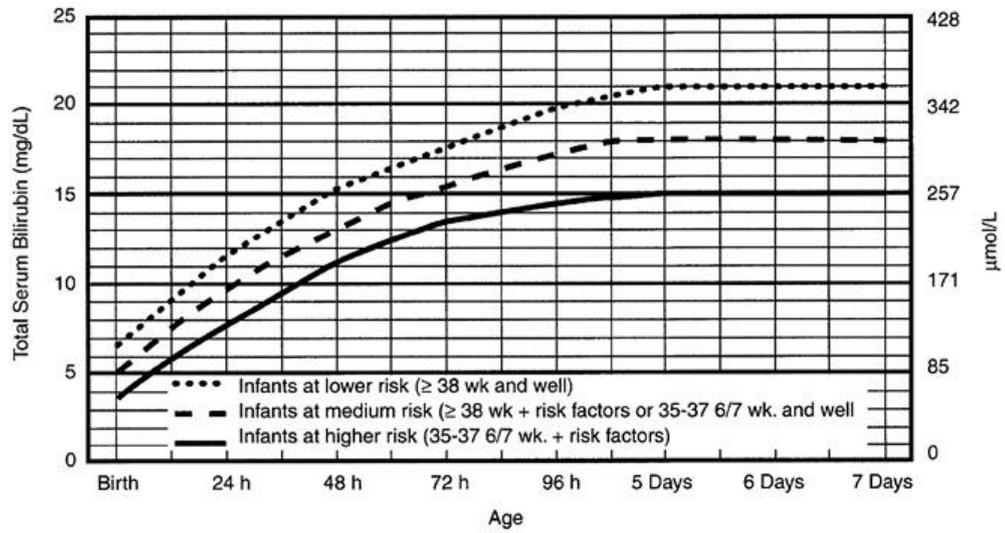


## ANEXOS

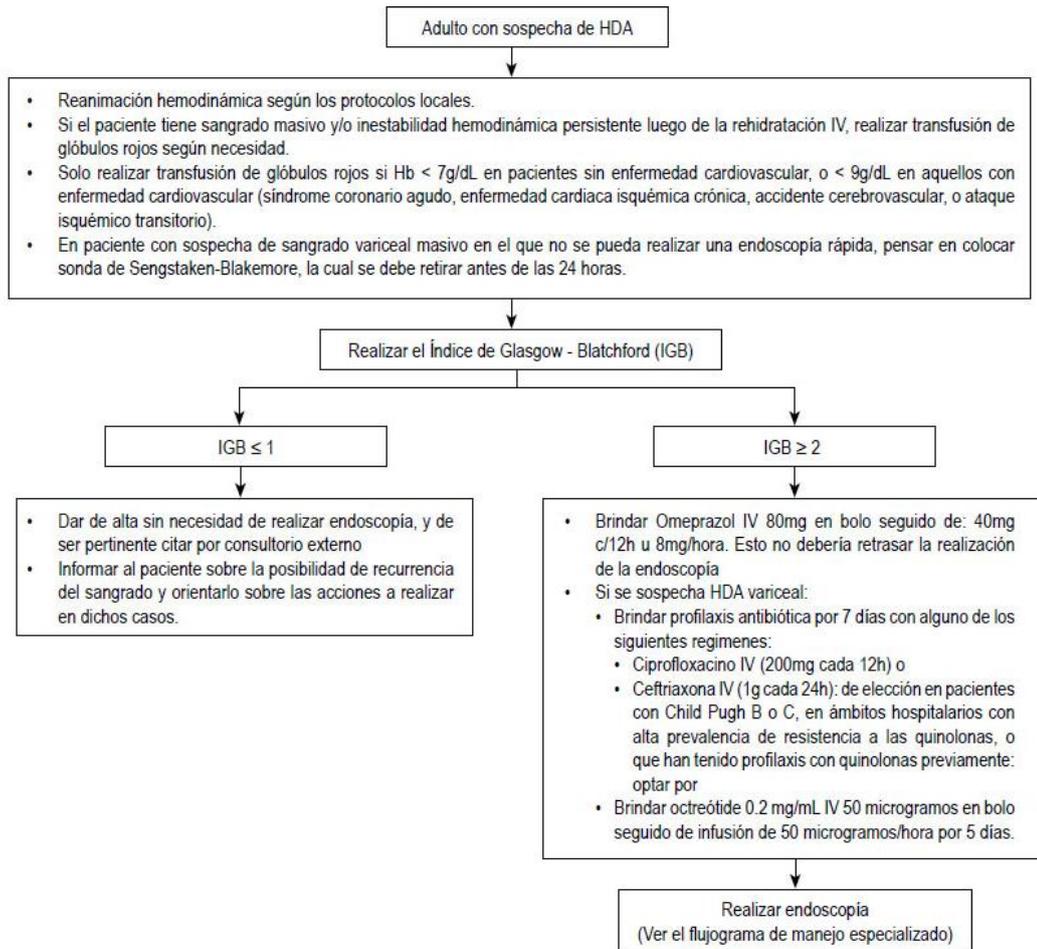
**ANEXO N°1.** Nomograma de riesgo de hiperbilirrubinemia para RN  $\geq 35$  semanas de edad gestacional, según valores de Bb sérica específicos de cada hora (según Guía Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría, Pediatrics, 2004).



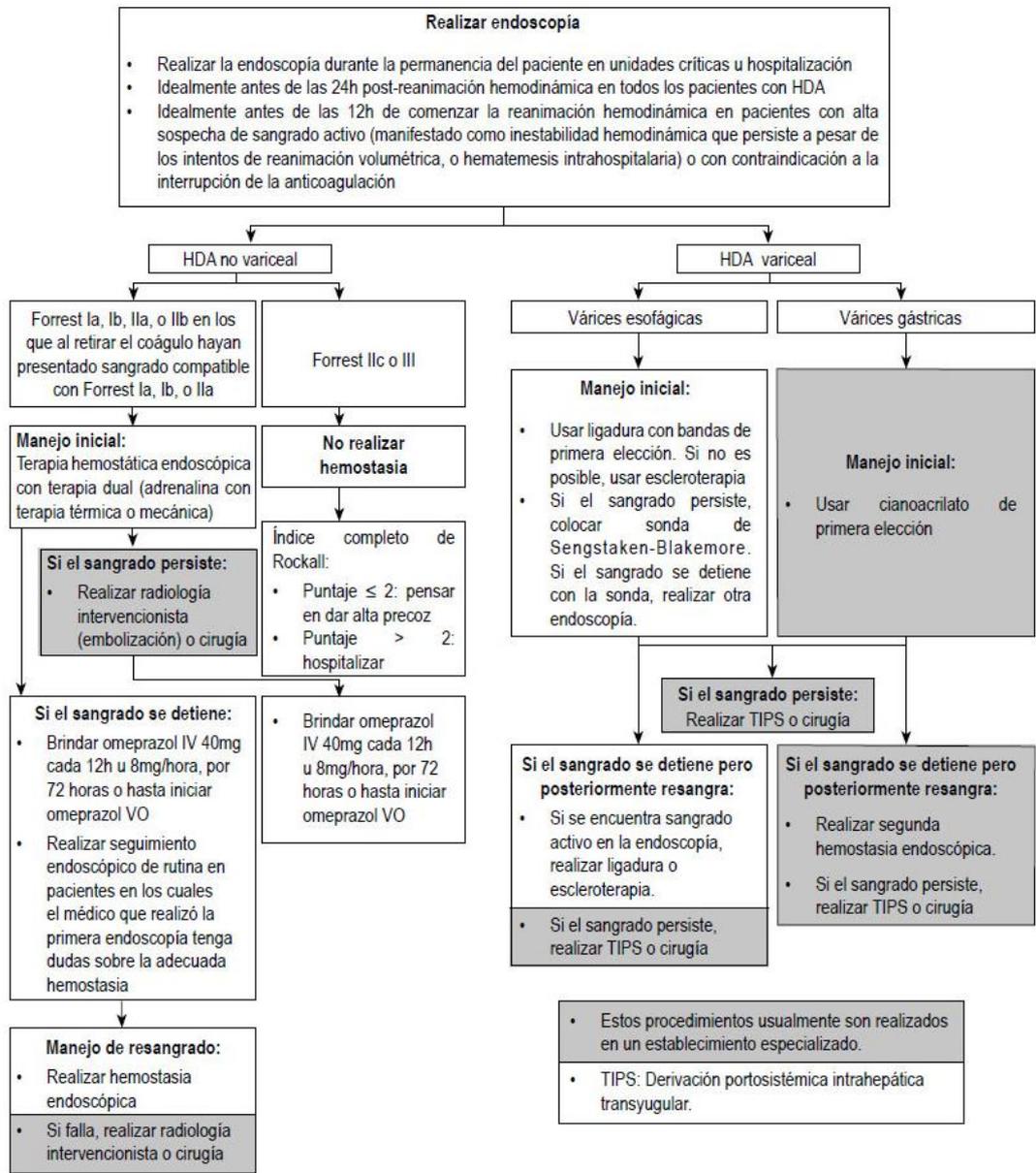
**ANEXO N°2.** Fototerapia para RN hospitalizados  $\geq 35$  semanas (según Guía Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría, Pediatrics, 2004).



### ANEXO N°3. Manejo de la hemorragia digestiva alta



**ANEXO N°4.** Algoritmo para el manejo de hemorragia digestiva alta variceal y no variceal.



## ANEXO N°5. Manejo del síndrome nefrótico

