



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LOS HOSPITALES DOS DE MAYO Y
MARIA AUXILIADORA ENERO 2020 - ABRIL 2021**

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

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GRECIA STEPHANIA ROSSELL FERNANDEZ

CLAUDIA ARACELLI RUEDA URBINA

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

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 LOS HOSPITALES DOS DE MAYO
Y MARIA AUXILIADORA ENERO 2020 - ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAREL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GRECIA STEPHANIA ROSSELL FERNANDEZ

CLAUDIA ARACELLI RUEDA URBINA

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINOSA

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E. Jorge Luis Herrera Quispe

Miembro: M.E. Felipe Santiago Tolentino Valladares

Miembro: Mg. Víctor Hinostroza Barrionuevo

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	3
1.2 Rotación de Gineco obstetricia	8
1.3 Rotación en Pediatría	11
1.4 Rotación en Cirugía	16
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	22
3.1 Rotación de Medicina Interna	22
3.2 Rotación de Gineco obstetricia	25
3.3 Rotación de Pediatría	28
3.4 Rotación de Cirugía	30
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	39

RESUMEN

El presente trabajo es un informe que describe las experiencias de los internos de medicina en el periodo de enero-abril del 2020 - 2021, antes de la llegada del primer caso de contagio por covid-19, después de la suspensión al tercer mes de iniciado debido a la pandemia Covid 19; situación que duro seis meses en los cuales las universidades desarrollaron de forma virtual actividades académicas hasta la reanudación de las practicas clínicas en las sedes hospitalarias y/o postas en el mes de octubre 2020. **El objetivo** fue describir cómo se llevaron a cabo las prácticas académicas prepandemia en las rotaciones de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología - obstetricia y pediatría, y durante la pandemia con el fin de dar a conocer cómo se vieron afectadas las rotaciones en cada uno de estos servicios asimismo la percepción del trabajo en primera línea acompañando en su labor a todo el equipo de médicos asistentes, residentes, personal técnico y de enfermería. **Desarrollo:** Se realizó una recopilación de algunos de los casos clínicos que con mayor frecuencia se observa en el hospital, logrando asociar el conocimiento teórico con la práctica clínica. Además, comparando el manejo dado en un hospital del Ministerio de salud con diferentes guías nacionales e internacionales de manejo clínico de las patologías presentadas. **Conclusión:** es considerado el internado médico una actividad esencial para la formación profesional de todo médico siendo este el término de la etapa universitaria en la cual se ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante los meses de rotación que nos han permitido alcanzar las habilidades y destrezas en las actividades medico quirúrgicas a través del juicio clínico. Por otro lado, existe una brecha demasiado grande entre el estudiante y el profesional de salud, la cual se espera vaya acortándose conforme pasa el tiempo en beneficio tanto del estudiante de último año como del paciente y esto se logra en base a experiencias y destreza adquiridas durante el internado.

ABSTRACT

The present work is a report that describes the experiences of medical interns in the period January-April 2020 - 2021, before the arrival of the first case of covid-19 infection, after the suspension of the third month of initiation due to the Covid-19 pandemic; a situation that lasted six months in which the universities developed virtual academic activities until the resumption of clinical practices in the hospital sites and/or posts in the month of October 2020. **The objective** was to describe how the pre-pandemic academic practices were carried out in the rotations of Internal Medicine, Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics, and during the pandemic in order to show how the rotations were affected in each of these services as well as the perception of the work on the front line accompanying the entire team of assistant doctors, residents, technical staff and nurses. **Development:** A compilation was made of some of the clinical cases most frequently observed in the hospital, associating theoretical knowledge with clinical practice. In addition, the management given in a hospital of the Ministry of Health was compared with different national and international guidelines for the clinical management of the pathologies presented. **Conclusion:** the medical internship is considered an essential activity for the professional training of every physician, being this the end of the university stage in which the knowledge acquired during the months of rotation is put into practice, which has allowed us to reach the abilities and skills in the medical-surgical activities through clinical judgment. On the other hand, there is too big a gap between the student and the health professional, which is expected to be shortened as time goes by for the benefit of both the senior student and the patient, and this is achieved based on experiences and skills acquired during the internship.

INTRODUCCIÓN

El Hospital María Auxiliadora, se encuentra al sur de Lima Metropolitana, es una institución prestadora de servicios de salud nivel III-I con reconocimiento nacional e internacional en la atención integral y especializada en servicios de salud, en formación de recursos humanos, contribuyendo a la ciencia con investigación científica en salud. Es el centro de referencia en el Cono Sur de Lima Metropolitana, ósea llegan desde Barranco, Chorrillos, Surco, San Juan de Miraflores, etc. y también referente de provincias; ofreciendo una atención completa básica en los servicios de Salud a la población de distritos urbano, marginal y rural. El hospital cuenta con los servicios de emergencia, sala de partos, diagnóstico por imágenes, hospitalización, centro quirúrgico, rehabilitación, laboratorio, consultorios externos de distintas especialidades médicas, entre otros⁽¹⁾.

El Hospital Dos de Mayo sede hospitalaria antes de la pandemia que se encuentra ubicada en barrios altos, no siempre estuvo ahí, anteriormente recibía el nombre de Real Hospital de San Andrés ubicado frente a plaza Italia. Es una institución perteneciente al Ministerio de Salud con categoría III-1. Es un Hospital de referencia nacional y brinda atención en todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Así mismo cuenta con la atención ambulatorio y servicios de hospitalización para pacientes con patologías complejas que llegan referidos de todas las regiones del país⁽²⁾. Además, cuenta con personal médico altamente calificados y la tecnología moderna brindan atención permanente en los casos de emergencia tanto como en la atención de pacientes crónicos, satisfaciendo las necesidades de la población para recuperar la salud y mejorar su calidad de vida.

En el último año en la currícula de los planes de estudio de las facultades de

medicina en nuestro país, se lleva a cabo el internado de medicina, esto es antes del servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS, para aquellos que deseen trabajar en el sector público) y el Examen Nacional de Medicina (ENAM). El internado es un periodo que corresponde a prácticas preprofesionales de estudiantes de último año de formación de pregrado en ciencias de la salud que se desarrolla en establecimientos de salud, preparación que permite a los estudiantes de medicina emplear los conocimientos teóricos y prácticos obtenidos durante los ciclos anteriores, en un campo de trabajo, donde se fusiona la parte educativa, para la obtención de experiencia y capacidades, además de la práctica de asistencia a los pacientes en unidades del sector salud, donde se cultiva la actitud de servicio, elaboración conjunta de trabajo y la solución conjunta de problemas que se enfrenten, la comunicación y trato con los pacientes y personal del servicio, ejercicios que beneficiaran para la formación tanto profesional como personal; esto se dará en un contexto bajo vigilancia y asesoría del personal médico responsable de la institución ⁽³⁾. Estas prácticas preprofesionales se llevan a cabo en los servicios médicos de las unidades hospitalarias, que en el programa de internado de pregrado se conocen como “áreas de rotación”, las cuales son: Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna, cada una de estas áreas cuenta con metas específicas de las entidades que atienden y para el desarrollo de aptitudes y capacidades.

La importancia del internado es que pone en práctica los conocimientos de pregrado, e incrementar los conocimientos básicos sobre la carrera de medicina mide las capacidades fortalezas y debilidades, permite aumentar el desempeño medico en las emergencias, consultas y hospitalización de los diferentes servicios. Nos brinda mayor aprendizaje desde la prevención, diagnóstico correcto y tratamiento oportuno. En este periodo es cuando el interno se encuentra en el preámbulo de lo que será su vida profesional, ya que esto implica la última etapa de su preparación universitaria para obtener el título profesional con las competencias obtenidas durante el ejercicio preprofesional con sus valores y actitudes específicas.

La rotación con la que se inició el internado fue en un contexto donde aún no existía la pandemia covid-19, se comenzó con las rotaciones de medicina interna en el Hospital dos de mayo y pediatría en el Hospital María Auxiliadora con muchas ansias de aprendizaje y poner en práctica todo lo aprendido en pregrado. Lamentablemente en el Perú el 6 de marzo del 2020 se informó el primer caso de COVID-19 por lo que el gobierno tomó medidas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para reducir y controlar la propagación del virus, estas incluyeron el cierre de las sedes de internado a nivel nacional por lo cual se dejó de asistir generando así una gran incertidumbre con relación a nuestra formación preprofesional.

Sin embargo, el tiempo transcurrió y los internos volvieron a sus establecimientos, muchos de los establecimientos por seguridad se negaron a recibirlos por lo que algunos fueron a postas y otros a hospitales donde poco a poco fueron desarrollándose en las distintas áreas de rotación, adquiriendo mayor conocimiento y múltiples habilidades, adaptándose a la realidad nacional, aprendiendo a enfrentar problemas y situaciones que se dan dentro del ámbito hospitalario y en un contexto actual, siendo parte del sistema de salud trabajando en primera línea, junto con médicos residentes, asistentes y todo el personal que se encuentra luchando contra una pandemia.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico tiene gran importancia en nuestra formación, permite adquirir distintas competencias tales como ayudar a Identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud. Debido a la pandemia se tuvo que adaptar el internado médico a la situación en la que estaba atravesando el país.

Son relevantes la adquisición de competencias, habilidades y conocimientos porque se requieren para resolver los problemas médicos, ya que en el centro de salud donde posteriormente se realice el SERUMS, el medico es el profesional de salud más capacitado y de mayor nivel donde muchas veces no cuenta con equipo multidisciplinario de especialistas y tiene que hacer el rol de cirujano, ginecólogo, pediatra, y debe aplicar todas las destrezas adquiridas del internado antes de ir al campo, porque en los lugares alejados para salvar una vida los minutos son valiosos

Se esperaba realizar la capacitación en una sede hospitalaria de nivel III o institutos, donde se tiene alta demanda de pacientes y especialidades; sin embargo, muchos no tuvieron la misma oportunidad de elección por lo que tuvieron que adaptarse a seguir preparándose en las distintas áreas de medicina en centros de salud de nivel I a II. Las expectativas cumplieron el silabo de la universidad, pero no en su totalidad.

Con respecto a la rotación de ginecología y obstetricia, en consultorio externo se aprendió el correcto llenado del carné perinatal para un adecuado control además de realización de un examen físico completo, control de gestantes de bajo y alto riesgo, como los trastornos hipertensivos. En el área de hospitalización y centro obstétrico, se atendieron partos eutócicos, se aprendió el manejo de paciente en

puerperio normal y patológico, la aplicación de los distintos métodos anticonceptivos, planificación familiar y manejo de hemorragias. Debido a la pandemia y por el aforo no se tuvo la oportunidad de entrar a sala de operaciones frecuentemente, pero se tuvo la oportunidad de asistir en ciertos procedimientos tales como como legrado, AMEU.

Con respecto a la rotación de pediatría en la cual se tuvo la oportunidad de realizar casi en su totalidad, se pudo conocer, identificar y tratar las patologías más frecuentes en áreas de hospitalización y emergencias, patologías respiratorias comunes como asma, bronquiolitis, coqueluche, enfermedades diarreicas, exantemáticas, intoxicaciones. Además, en neonatología, se brindó atención primaria del recién nacido acompañado con la supervisión de la enfermera y médico.

En el área de medicina interna, las actividades desarrolladas fueron desde sacar muestras de sangre para distintas pruebas hasta llevar camillas y bajar pacientes a ecografías u otros exámenes diagnósticos debido a la falta de personal. La realización de historias clínicas, para una adecuado diagnóstico y posterior tratamiento, así como la presentación de casos clínicos durante la visita médica. Se crearon grupos en los cuales se realizaron exposiciones vía zoom dadas por residentes sobre patologías comunes vistas en el servicio.

El área de cirugía general comprende también rotaciones en traumatología y algunas especialidades afines (urología, cirugía plástica). Lo más valioso de estas áreas, desde un punto de vista académico, es el área de emergencias, pues son patologías que comúnmente ingresan por ahí (accidentes de tránsito, asaltos, abdomen agudo quirúrgico, etc.). Y es ahí donde el aprendizaje más útil radica. Lamentablemente también por la coyuntura actual, es que en el área de consultorio clínico no se pudo realizar rotaciones, y también la afluencia de pacientes era menor, por lo que especialidades útiles y programadas en el sílabo, como otorrinolaringología y oftalmología, no pudieron ser aprovechadas. Respecto a las áreas de hospitalización, realmente es aprender sobre los cuidados post operatorios, limpieza de heridas quirúrgicas, cuidado apropiado de colostomías, nutrición parenteral y enteral, y demás consideraciones propias del

pabellón médico mencionado.

1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso 1

Paciente BLAS femenina de 37 años que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad 5 horas caracterizado por dolor en epigastrio que se irradia a zona lumbar asociado a náuseas y vómitos, una hora antes del ingreso dolor se intensifica 10/10. Niega antecedentes de importancia, fecha de última regla hace un mes.

- Funciones vitales al ingreso: Presión Arterial (PA) 137/88mmHg, Frecuencia cardiaca (FC): 66 por minuto, frecuencia respiratoria (FR):19 por minuto, Sat%: 100%, T: 37C.

- Al examen físico se encuentra a nivel abdominal: no distendido, RHA (+), blando depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, signo Murphy (+). Además, se le solicitaron exámenes auxiliares como hemograma, PCR, urea, glucosa, perfil hepático. Los resultados de examen de sangre se encontraron: amilasa: 3690U/L, lipasa: 31138U/L, PCR:6, TGO:170, TGP:234, leucocitos:14300mm³, plaquetas:290mm³ hemoglobina: 12.4g/dL, hematocrito:36%.

- La impresión diagnóstica fue síndrome doloroso abdominal, descartar pancreatitis.

- El plan terapéutico fue el siguiente: CNa 0.9% 1000cc + dimenhidrinato 50mg + ranitidina 50mg, todo endovenoso a 45 goteo.

- En la ecografía abdominal se encontró hígado tamaño habitual, contornos lisos, parénquima homogéneo, ecogenicidad conservada, no lesiones focales, vía biliar intrahepática no dilatada. Coledoco:6.1mm, vena porta:12mm. Vesícula biliar con múltiples imágenes hiperecogénicas que proyectan sombra acústica posterior. El estómago, páncreas, bazo y riñones sin alteraciones aparentes. Conclusión: litiasis vesicular múltiple.

Caso 2

Paciente PCLV, femenina de 60 años que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad 2 días caracterizado por náuseas y vómitos de contenido salival, hiporexia, dolor abdominal además deposiciones “negras” malolientes de poca cantidad en 10 oportunidades, asociado a cansancio. 30 minutos antes del ingreso presenta hematemesis con coágulos rojo oscuro. Antecedentes: hospitalización previa por varices esofágicas, hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipos 2, no recuerda cuando fueron diagnosticadas. Medicamento habitual captopril 1 tableta al día y tomaba metformina forma irregular. Además, alcoholismo crónico.

- Funciones vitales al ingreso: PA:100/60, FC:92, FR:18, Escala de Glasgow: 15/15 Sat%: 97%, Hemogluco test: 138.
- Al examen físico, el aparato cardiovascular, respiratorio, locomotor, genitourinario sin alteraciones, se le realizó tacto rectal en el cual se evidenció esfínter normotónico, ampolla vacua, dedo de guante negativo.
- Exámenes auxiliares: Glucosa:236mg/dL, urea:54mg/dL, creatinina:0.49mg/dL, TGO:53U/L, TGP:34U/L, Hemoglobina:7.2.
- La impresión diagnóstica fue: hemorragia digestiva alta probable, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial.
- El plan terapéutico que recibió fue:

1. NPO
2. CINA 0.9% 1000cc, se pasó 500cc a chorro y luego 45 gotas por minuto
3. Omeprazol 80mg endovenosos STAT luego 40mg endovenoso cada 12 horas
4. CINA 0.9% 100cc + dimenhidrinato 50mg, endovenoso cada 8 horas

Además, se le solicitaron exámenes auxiliares como hemograma, glucosa urea, creatinina, perfil coagulación, perfil hepático, grupo y factor. Posteriormente se le realizó una endoscopia donde se encontró varices esofágicas grandes con signos rojos, gastropatía hipertensiva portal leve, gastropatía erosiva antral, no signos de hemorragia digestiva alta activa al momento del examen.

Se le realizó una ecografía abdominal hallándose un hígado con parénquima ecotextura granular, contornos irregulares, ecogenicidad conservada, no lesiones focales. Colédoco: 4mm. En la vesícula biliar dimensiones 58x23mm, pared: 3mm, con presencia de cálculos. A nivel de riñones se halló quistes renales bilaterales, no litiasis no hidronefrosis. Conclusión: signos de cirrosis hepática, quistes renales bilaterales, litiasis vesicular

Caso 3

Paciente varón de 49 años que ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 mes refiere que 1 mes antes del ingreso presenta debilidad de miembros inferiores, posterior a ello sufre caída de la cama cuando se ponía en bipedestación, luego de ello refiere dolor y aumento de volumen de pie derecho que no calmaba con analgésico. Dos semanas antes del ingreso se agrega al cuadro náuseas y vómitos postprandiales acompañados de hiporexia y posterior a ello anorexia por lo que acude a clínica particular y recibe tratamiento para celulitis por tres días intramuscular, pero dolor persiste y volumen de miembro inferior derecho no disminuye, además de Sensación de alza térmica por lo que acude a emergencia de este nosocomio. Como antecedente de importancia diabetes mellitus tipo II sin tratamiento.

- Funciones vitales: PA: 120/80; FC: 81a; FR: 20, SatO2: 98 %, Fio2: 21%, T°: 37.1°C.

- Al examen físico piel: T/H/E, llenado capilar <2 “, TCSC: no edemas; Tórax y pulmones, cardiovascular, abdomen, Genitourinario y locomotor sin alteraciones. Pie derecho: Lesión ulcerosa profunda con secreción purulenta en 1/3 medio de planta de pie de aproximadamente 10cm de largo y 3 de ancho con secreción seropurulenta y mal olor.

-Exámenes Auxiliares: Leu: 23000, Hb: 12.3, Hcto: 36, VCM:82.7, HBCM:28.4, plaquetas: 499000, abastados 0%, segmentados: 86%. Glucosa: 178, U:49 albumina en sangre, globulinas y demás de exámenes normales. Se le toma un AGA y electrolitos cuyo resultado no muestra alteraciones.

- Eco Doppler arterial miembros inferiores: signos en relación con zonas

estenóticas grado leve menor al 25% en arteria tibial anterior, posterior y pedia.

Diagnósticos:

1. DM tipo 2 con complicaciones tardías
 - 1.1 Pié diabético infectado W3
2. D/C retinopatía diabética
3. D/C nefropatía diabética

Plan: Se hospitaliza para manejo médico

1. NaCl 0.9% 1000 cc
2. Ceftriaxona 2gr vía EV c/ 24h
3. Clindamicina 600 mg c/ 8h EV
4. Tramadol 50mg c/ 8h EV
5. Dimenhidrinato 50mg c/ 8h
6. Metamizol 1gr PRN SI temperatura mayor a 38.5°C
7. Insulina NPH 10 U a las 8am
8. Insulina R escala móvil SC
9. Hemoglucotest c/8h
10. Cabecera 30°C
11. CFV + BHE
12. Curaciones diarias

Como no hubo mejoría clínica se le cambió el antibiótico a Meropenem 500mg c/8h y se esperó completar 15 días de tratamiento con el cual el paciente mejoró.

Caso 4:

Paciente varón de 31 años, residente en Lima, trabaja como repartidor de gaseosas, refiere que dos meses previos a su ingreso empieza con pérdida de peso progresivo, un mes antes a su ingreso se agrega disnea al esfuerzo, progresa a mayor dificultad respiratoria y 3 semanas antes de su ingreso se inicia tos seca no productiva, sudoración nocturna y SAT por lo que es ingresado a otro nosocomio, con mal estado general, caquético y con dificultad respiratoria, donde lo catalogan como una NAC, y se inicia con la administración de

ceftriaxona. Por los antecedentes manifestados se realiza una prueba de VIH el cual es positivo. Es trasladado al HAMA en aparente mal estado general, aparente regular estado hídrico, Aparente mal estado nutricional y caquéctico, donde se encuentran funciones vitales: T°: 36.8°C, FC: 80 lpm, FR: 26 rpm, PA: 100/60 mmHg y Peso: 38 Kg.

- Al examen físico: En la piel T/H/E, llenado capilar menos de 2seg y una cicatriz de aproximadamente 6 cm en hemicara derecha; el TCSC está muy disminuido, sin edemas y en los dedos de los pies se encuentran onicomosis. Se palpa adenopatías de 0.5 cm en la región cervical, la cual es móvil y no dolorosa. Al examen físico: La exploración cardiaca sin alteraciones, tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares y roncales difusos. El abdomen estaba excavado, RHA presentes, blando, depresible, no visceromegalia, no masas, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. En el Aparato Genitourinario negativo a PPL y PRU. No se observan lesiones en genitales, ni en la región perianal. Su aparato locomotor esta conservado.

- Antecedentes: primera relación sexual a los 14 años, múltiples parejas sexuales, tabaquismo con consumo de 5 cigarrillos al día, alcohol los fines de semana, consumo de cocaína por un periodo de 5 años. Apendicectomía a los 26 años sin complicaciones, sin antecedentes familiares de importancia.

- Exámenes auxiliares: Hcto 40%, Hb: 12.7 mg/dl, leucocitos: 22 340/mm³, glucemia: 102 mg/dl, Cr: 0.89 mg/dl, TGO 44 IU/l, TGP 15 IU/l, LDH 1034 IU/l, VSG 95 mm en la primera hora, proteínas totales de 60 g/dl, albúmina 2.2 g/ dl, PCR=7.4, orina normal. Además, los Bk fueron negativos en varias oportunidades. Los resultados del Análisis de Gases Arteriales (AGA) a su ingreso con un FiO₂= 50%, por lo que se le encontró con bolsa de oxígeno, pH=7.4; pCO₂=45.3 mmHg; pO₂= 97.3 mmHg; Sat= 95.8%; PaFi=194 mmHg y HCO₃= 28.

-Tomografía de tórax: pequeñas imágenes nodulares bilaterales que evidencia opacidades de aspecto nodular con halo en vidrio esmerilado circundante en ambos pulmones, que nos indica un incremento del infiltrado interlobulillar y alveolar.

-Cultivo de esputo (+) para Pneumocystis Jirovecii

Diagnóstico:

1. VIH sin TARGA
2. Neumonía por PCP

Plan:

1. Conteo de CD4
2. Iniciar TARGA

Tratamiento:

1. TARGA
2. Cotrimoxazol (Trimetoprima 15-20 mg/kg/día y Sulfametoxazol 75-10mg/kg/día)

1.2 ROTACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA

Caso 1

Paciente con iniciales EPN femenina de 36 años acude a consultorio externo de ginecología para programación de cesárea electiva. Antecedentes ginecológicos: menarquia 16 años, régimen catamenial: 4/30, método anticonceptivo: ampolla trimestral y anticonceptivos orales, no especifica, fecha de ultima regla: 07/02/20, fecha probable de parto 13/11/20, edad gestacional 39semanas, G4P3003.

- Al examen físico regional: piel, tórax y pulmones, cardiovascular, genito urinario, todo sin alteraciones. A nivel de abdomen: altura uterina 38cm latidos cardiacos fetales (LCF) 141 por minuto, no presenta dinámica uterina, movimientos fetales (MF) presentes, situación posición y presentación (SPP) del feto longitudinal cefálico izquierdo.

- Impresión diagnostica fue: multigesta de 39semanas en no labor de parto, alto riesgo obstétrico: cesareada anterior 3 veces. Por lo que se le prepara para sala de operación.

Caso 2

Paciente con iniciales LCGM femenina de 29 años acude por emergencia referida de centro de salud con los diagnósticos de gestante de 26 semanas, preeclampsia e hipertiroidismo. Paciente refiere que presenta cefalea biparietal intermitente durante la gestación, niega signos premonitorios de eclampsia, niega sangrado vaginal, percibe movimientos fetales. Antecedentes ginecológicos: fecha de ultima regla: 20/03/20, G2P1001.

- Funciones vitales: PA:180/80mmHg, FC: 135 por minuto, FR:20 por minuto, T: 36C, Sat%:98%.

- Al examen físico ginecológico dirigido, se evaluó abdomen encontrando altura uterina 23cm, LCF: 148, sin dinámica uterina, MF: positivo, edemas una cruz, reflejo osteotendinoso una cruz. Al tacto vaginal se halló cérvix cerrado largo, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico. - Impresión diagnóstica: gestante de 25 semanas 1 día por ecografía de primer trimestre, no labor de parto, enfermedad hipertensiva del embarazo con signos de severidad e hipertiroidismo subclínico descompensado.

- El plan de trabajo fue activar clave azul, maduración pulmonar, se hospitaliza en centro obstétrico y se realiza interconsulta neonatología notificando el caso.

-Se le solicita exámenes auxiliares: hemograma grupo y factor, TGO, TGP, perfil coagulación, glucosa urea creatinina, examen de orina, AGA y electrolitos, proteinuria cualitativa.

Caso 3

Paciente mujer de 19 años primigesta referida de Centro de salud VMT, con Dx: Gestante de 38ss /NLP/RPM más o menos 6 horas. Paciente refiere pérdida de líquido desde hace más o menos 6 horas, percibe movimientos fetales, niega signos y síntomas premonitorios de eclampsia, niega sangrado. Niega HTA, TBC, ASMA Bronquial, DM, convulsiones y RAMS, G:1 P:0.

- Antecedentes gineco obstétricos: FUR: 24/07/ 20; FPP: 30/4/21, menarquia: 14 años, IRS: 17 años, NPS: 02, RC: 7/30, EG: 38 SS, MAC: niega.

- Examen físico: No palidez, ictericia ni cianosis. Abdomen: AU: 35 cm, SPP:LC,

LCF: 145X', MF: ++, DU: 1/10/+; Genitales externos: se evidencia líquido claro. D: 4cm, B:80%, AP: -3, Membranas: rotas con líquido amniótico claro, I: 80%. Test de Nitrazina compatible con RPM. Test del hehecho positivo.

- Diagnósticos presuntivos: Gestantes de 38ss, FALP, RPM: 8h.
- Se inicia tratamiento en EMG antes de pasar a piso (y posteriormente a centro obstétrico) con:

Tratamiento

1. NPO
2. CFV + vía hidratada
3. Ampicilina 1g EV c/6h
4. Gentamicina 80mg EV c/8 h x RPM > 12h
5. S/s hemograma
6. pasa a centro obstétrico

Plan:

Iniciar ATB profilaxis, y al ser una gestación a término, culminar la gestación por vía vaginal.

Caso 4

Paciente mujer de 35 años, nulípara, con pareja estable sin factores de riesgo, con ciclos menstruales regulares y con retraso menstrual de cinco semanas en relación a la FUR. Refiere que Una hora antes del ingreso al HAMA al tener actividad sexual tuvo un episodio de dispareunia y dolor súbito de moderada intensidad tipo cólico en hipogastrio y en fosa iliaca derecha y no tuvo sangrado vaginal ni otros síntomas. al realizar la exploración física.

- Funciones vitales PA:120/70mmHg, FC: 86 por minuto, FR:18 por minuto, T: 36,5 °C, Sat%:98%. IMC:22.

- Al examen físico dirigido: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, no signos de irritación peritoneal. Aparato genito urinario: PRU (-). Tacto Vaginal: Útero en anteversoflexión 7x5 cm y dolor a la

movilización cervical y de anexos.

- Exámenes Auxiliares: b-hCG en orina positiva (2832mUI/L), hemograma con parámetros normales.

- Ecografía abdominal: Útero 60x50x40 mm, endometrio trilaminar de 8mm y anexo derecho con imagen quística de 20 x 20 mm, compatible con cuerpo lúteo.

Diagnóstico: Embarazo ectópico

Tratamiento:

Salpingostomía por Laparoscopia, en la que se observó el útero normal, cuerpo lúteo en anexo derecho e implantación de trofoblasto de aproximadamente 1.5cm de diámetro en la base de los ligamentos uterosacros.

- Reporte operatorio: El tejido trofoblástico se extrajo totalmente con pinzas quirúrgicas, el lecho quirúrgico se electrocoaguló para controlar hemostasia.

- Reporte histopatológico: saco gestacional abdominal de 1x0.6x0.5cm, vellosidades coriales de primer trimestre de gestación y una reacción decidual extensa con hemorragia reciente.

La paciente tuvo buena evolución postoperatoria y fue dada de alta dos días después. Las cuantificaciones de la subunidad b-hCG fueron de 27mUi/mL a los 7 días y de 0 mUI/ml a los 15 días.

1.3 ROTACIÓN EN PEDIATRIA

Caso 1

Paciente varón de 12 años que ingresa por emergencia acompañado de su madre con tiempo de enfermedad 5 días, caracterizado por dolor tipo punzante en fosa iliaca derecha asociado a un vomito de contenido alimentario y una deposición liquida sin moco y sin sangre. Cuatro días antes del ingreso dolor persiste y se agrega sensación de alza térmica y escalofríos, por lo que lo

automedica con naproxeno, sin embargo, cuadro clínico persiste y dolor se exagera con el transcurso de los días. Por ese motivo acude a centro de salud donde le diagnostican apendicitis aguda y lo refieren al Hospital María Auxiliadora.

- Funciones vitales al ingreso: PA: 110/80mmHg, FC:82 por minuto, FR:20 por minuto, Sat:98%.

- Al examen físico: piel y faneras tibia hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, a nivel tórax y pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados; cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos, regulares buena intensidad no soplos; a nivel abdominal, no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho, reflejo muscular involuntario dudoso. Impresión diagnóstica: síndrome doloroso abdominal, probable gastroenteritis, descartar apendicitis complicada.

- Exámenes auxiliares que se solicitan: glucosa, urea, creatinina, transaminasas, hemograma completo, grupo y factor, perfil de coagulación y ecografía abdominal. Los resultados muestran: leucocitosis (18 mil/ul), hemoglobina: 12.1g/dl, hematocrito: 35% plaquetas: 292, Creatinina:0.7 mg/dl, TGO:14, TGP:8, urea:24. - En la ecografía a nivel de fosa iliaca derecha se observa incremento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica. Disminución de la peristalsis, edema de la pared de asas intestinales, se observan ganglios menores de 7mm de aspecto inflamatorio, por lo que podría corresponder a adenitis mesentérica versus proceso inflamatorio apendicular.

Caso 2

Paciente masculino de 10 meses de edad que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad 14 días, caracterizado por tos, rinorrea hialina y dolor de garganta, niega fiebre por lo que acude a centro de salud donde le indican medicamentos en jarabe que no especifica la madre. Siete días antes del ingreso persisten los síntomas por lo que nuevamente acude al centro de salud donde indican paracetamol en jarabe, amoxicilina y ambroxol de forma ambulatoria.

Cuatro días antes del ingreso, continúan los síntomas respiratorios altos y se

agregan deposiciones semilíquidas con moco y sangre en 5 oportunidades, niega vómitos. Las deposiciones persisten los días siguientes, pero disminuye en frecuencia hasta el día del ingreso por emergencia. Además, madre refiere que hay presencia de fiebre de 39 C por lo que administra paracetamol, pero al no remitir fiebre, administra metamizol en gotas. Un día antes del ingreso madre refiere que menor presenta lesiones maculo papulares eritematosas en mejilla. Las cuales son escasa, lo lleva a centro de salud donde le refieren que se trata de una intoxicación alimentaria y le colocan una ampolla la cual no recuerda nombre, debido a que las lesiones se extienden en tamaño y área, y evidencia aumento de volumen en mejillas y región ocular es llevado a emergencia.

- Funciones vitales: FC:122 por minuto FR: 36 por minuto, T:38 C, Sat%:98%, peso: 8,580kg.

- Al examen físico: en piel se observa tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, lesiones maculo papulares eritematosas con diseminación céfalo caudal hasta miembros inferiores de un aspecto áspero (piel de lija) con aumento de temperatura local. En región tórax y pulmones sin alteraciones, a nivel cardiovascular sin alteraciones, sistema nervioso central menor despierto, reactivo a estímulos externos.

Impresión diagnóstica:

1. Escarlatina
2. Enfermedad diarreica aguda disintérica.

Plan de trabajo: paracetamol más ceftriaxona 80mg/kg, pasa a UCPTIN.

- Los exámenes auxiliares que se le solicitaron fue hemograma, glucosa urea creatinina y coprocultivo.

El menor evoluciona de manera favorable, se encontraba hemodinamicamente favorable, afebril, ventilaba espontáneamente, tolera vía oral, disminuyeron las manchas eritematosas tanto en tórax y miembros inferiores, persiste deposiciones líquidas en menor frecuencia.

Caso 3

Paciente mujer de 5 meses que ingresa por emergencia acompañada de su

madre con un tiempo de enfermedad de 5 días. Madre refiere que Cinco días antes del ingreso la paciente presentó una “picadura de zancudo” en miembro inferior izquierdo. Tres días antes del ingreso se evidencia una lesión eritematosa de aproximadamente 5 x 5 cm en tercio medio y borde medial de muslo izquierdo asociado a enrojecimiento, aumento de temperatura local y dolor en dicha zona. Dos días antes del ingreso madre nota disminución de apetito, tendencia al llanto y se agrega fiebre cuantificada en 38°C que no cede con antipiréticos, motivo por el cual acude al Hospital María Auxiliadora.

- Funciones vitales: FR:33, FC: 100, T°: 38°C, saturación: 98%, Peso: 6.8 kg.

- Al Examen físico: Piel: T/H/E, llenado capilar <2”, no cianosis, Lesión eritematosa de 5 x 5 cm, de bordes irregulares en tercio medio, borde medial de muslo izquierdo y aumento de volumen. Tórax y pulmones, Cardiovascular, genitourinario, abdomen y SNC sin alteraciones.

- Exámenes auxiliares: 15 000 leucocitos, Hb: 10g/dl, plaquetas: 440 000, abastados 0%.

Diagnóstico:

1. Celulitis en miembro inferior izquierdo
2. Anemia Leve

Tratamiento:

1. Sello salino
2. Oxacilina 260 mg EV c/6h
3. Paracetamol 100 mg VO si T° > igual a 38°C

Plan:

1. Se hospitaliza
2. Antibioticoterapia

3. CFV + OSA

La paciente evolucionó favorablemente, lesión eritematosa disminuyó su tamaño a partir del tercer día de hospitalización y no volvió a presentar fiebre.

Caso 4

Paciente varón de 5 meses de edad proveniente de SJM, ingresa a emergencia o en brazos de su madre quien refiere que 20 horas antes del ingreso menor presenta fiebre cuantificada en 38.5°C, por lo que le administran paracetamol 18 gotas, pero síntomas persisten. 4 horas antes del ingreso se agrega irritabilidad, hiporexia, disminución del sueño y apetito, motivo por el cual acude a emergencia. Niega tos, niega vómitos y diarrea.

- Funciones vitales: FR:44, FC: 142, T°: 38.2°C, SatO2: 97%, W=8.4kg. Al examen físico se encuentra Piel: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no palidez; Orofaringe: Congestiva, no se evidencia placas; Tórax Y Pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados; Cardiovascular: RCR de BI, no soplos; Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaéreos presentes (+), no distendido. SNC: Despierto, alerta, reactivo a estímulos.

- Exámenes auxiliares (examen de orina y hemograma). Hemograma: Leu: 10 000, Hb: 9.3 g/dl; Plaquetas: 473 000; Abastionados: 0%. Examen de orina: Leu: 75 – 80 x campo, células epiteliales: escasas por campo, Leucocitos aglutinados: ++ por campo. Hematíes y cilindros: no se observa.

Se plantean diagnósticos:

1. ITU
2. Anemia moderada

Plan:

1. Sello salino
2. Amikacina 170mg c/24h
3. Paracetamol 130mg VO si T° es > o igual a 38°C

4. S/S urocultivo, coprocultivo y ecografía renal
 5. Se hospitaliza
- Urocultivo: E coli BLEE (+) sensible a amikacina
 - Ecografía renal normal

1.4 ROTACIÓN EN CIRUGIA

Caso 1

Paciente NPS varón de 46 años que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad 7 días caracterizado por dolor tipo cólico a nivel de cuadrante superior derecho, con irradiación a la espalda de intensidad 6/10 acompañado de náuseas y vómitos por lo que se automedica con antiespasmódicos (plidan), cediendo el dolor y las molestias. Dos días antes del ingreso reaparece el dolor a nivel de cuadrante superior derecho, aumentando de intensidad por lo que acude a tópico de medicina del Hospital María Auxiliadora donde recibe analgésico. Un día antes del ingreso, el dolor aumenta de intensidad. Niega sensación de alza térmica. Antecedentes quirúrgicos: hernioplastia inguinal encancerada y estrangulada.

- Funciones vitales: PA:110/70mmHg, FC:80 por minuto, FR:19 por minuto T: 37°C, Sat%:98.

- Al examen físico regional: piel, faneras, tórax y pulmones, cardiovascular sin alteraciones. A nivel abdominal se encuentra no distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando depresible, no doloroso a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda en cuadrante superior derecho, signo de Murphy (+), el examen neurológico y genitourinario sin alteraciones.

- Paciente contaba con un examen ecográfico el cual determinaba colecistitis aguda asociada a barro biliar. Impresión diagnóstica fue:

1. Colecistitis aguda a descarta hidropiocolocistitis
2. Quiste hepático

3. Obesidad tipo I.

Plan de trabajo:

1. NPO
2. Antibioticoterapia
3. Analgesia
4. Hospitalización

Caso 2

Paciente femenina de 42 años que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad 3 horas, refiere que sufre mordida de dos canes, a nivel de la pierna izquierda y en rostro por lo que acude a centro materno infantil donde le hacen limpieza de las heridas. Paciente niega antecedentes de importancia.

- Funciones vitales: PA: 110/75 mmHg, FC:77 por minuto, FR:18 por minuto, Sat%:98%.

- Al examen físico, en cara se evidencia solución de continuidad lineal de aproximadamente 2cm en pómulo derecho, no sangrado activo. A nivel de miembro inferior izquierdo se observa dos soluciones de continuidad de más o menos 0.5cm de bordes irregulares a nivel de vasto lateral de muslo izquierdo. impresión diagnóstica: herida por mordedura de perro en muslo izquierdo y pómulo derecho.

Plan de trabajo:

1. Curación de herida
2. Transferencia a epidemiología para pronta vacunación.

Caso 3

Paciente varón de 63 años que ingresa por emergencia sin antecedentes de importancia refiere que 2 días antes del ingreso inicia con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de leve intensidad que posteriormente se hace difuso y se incrementa de forma progresiva, asociado a distensión abdominal náuseas y vómitos en 2 oportunidades, además de hiporexia y constipación, niega eliminación de flatos, náuseas no seden al reposo ni con automedicación. 1 día antes del ingreso dolor abdominal se hace moderado por lo que acude a clínica particular dónde le realizan exámenes auxiliares y lo derivan al Hospital María Auxiliadora por emergencia con sospecha de obstrucción intestinal.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital María Auxiliadora, sede hospitalaria donde se desarrolló en su mayoría de las rotaciones del internado es un establecimiento de nivel I-III, que se encuentra ubicado al sur de Lima, dirección Av. Miguel Iglesias 968, San Juan de Miraflores. Este nosocomio atiende a toda la población que se encuentra en el cono sur, zonas urbanas, urbano-marginales, rurales y balnearios, además atiende a pacientes referidos de los distritos de la región Lima Sur (imagen1) y diferentes partes del país, con mayor afluencia San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo ⁽¹⁾.

DISTRITO DE PROCEDENCIA	% RESPECTO A ATENDIDOS
CHORRILLOS	12%
LURIN	1%
PACHACAMAC	1%
PUNTA HERMOSA	1%
PUNTA NEGRA	1%
SAN BARTOLO	1%
SAN JUAN DE MIRAFLORES	43%
SANTIAGO DE SURCO	6%
VILLA EL SALVADOR	8%
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	29%

Fuente: Sistema de Información OEI HMA, Proyección noviembre y diciembre 2018

Las unidades productoras de servicios de salud que brinda el Hospital María Auxiliadora son: consulta externa, emergencia, centro obstétrico, centro quirúrgico, hospitalización, cuidados intensivos, patologías clínicas, diagnóstico por imágenes, medicina de rehabilitación, nutrición y dietética, centro de hemoterapia y banco de sangre, farmacia, hemodiálisis, radioterapia, quimioterapia, radiología. Dentro de cada una de las mencionadas anteriormente, a su vez se desglosa en una amplia cartera prestadora de servicios ⁽¹⁾.

Durante los meses de enero, febrero e inicios de marzo las actividades del

internado se desarrollaron normalidad según el silabo, iniciando en las sedes correspondiente con las actividades académicas programadas teóricas y prácticas. Se tuvo contacto cercano y directo con los pacientes con los que se trataba, se realizó una adecuada comunicación medico paciente bidireccional, con lo que se lograba una buena anamnesis y examen físico minucioso e historia clínica. Se conto con el apoyo directo de los familiares para algunas intervenciones como medicamentos requeridos para el manejo del paciente, coordinar y realizar los exámenes auxiliares solicitados que no se contaba en dicho momento en el hospital. Previo a la pandemia se realizaban actividades académicas grupales presenciales como casos clínicos, revisión de temas y socializar con el equipo de salud del servicio.

Después del anuncio del primer caso de COVID en nuestro país, se suspendieron las prácticas de modo presencial en las sedes hospitalarias en tanto se mantenga vigente la emergencia sanitaria por COVID-19 y hasta que se disponga el restablecimiento del servicio educativo presencial. Sin embargo, bajo estas circunstancias no se podía suspender el año académico por lo que la facultad comunico que se realizarían clases virtuales de las cuatro rotaciones a través de la plataforma de campus virtual, las cuales se dictarían una vez por semana, estas sesiones consisten en el desarrollo de teorías en las cuales se expongan diálogos de aprendizaje basado en problemas y análisis de casos clínicos, de acuerdo con el programa establecido en el silabo. Asimismo, se debía presentar tareas semanales según la rotación en la que uno se encuentre, para ser calificadas y de esa forma sumar a la nota final. En algunas rotaciones se contaba con evaluaciones calificada que constaban de 5 preguntas acerca del tema tratado durante la clase virtual desarrollada previamente.

Al cabo de unos meses de encontrarnos desarrollando las clases de forma virtual, se aprobó los lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de las actividades de los internos de ciencias de la salud. El ministerio de salud (MINSA) al requerir recursos humanos en salud emitió un decreto de urgencia en el que establecía la reanudación de actividades de los internos de ciencias de salud, por ser un apoyo necesario para continuar con las dinámicas de los servicios de

salud. Para la reanudación progresiva de estas actividades existieron requisitos, empezando porque sea de forma voluntaria constatándolo en un consentimiento informado, se gestionó la contratación de internos, estipendios, seguro de vida, inducción y capacitación. Se realizarían pruebas rápidas de covid-19 previo al inicio de las prácticas en los establecimientos correspondientes, también se haría entrega de equipos de protección personal de acuerdo con la actividad desarrollada en las unidades productoras de salud del establecimiento. Después que se cumplieran con los requisitos, el MINSA puso a disposición establecimientos de salud nivel I-3 y I-4 para reanudación de prácticas de los internos, para que estas sean desarrolladas cerca al domicilio del interno de ciencias de la salud, con el fin de evitar los desplazamientos prolongados ⁽⁴⁾.

Previo al retorno al internado la facultad realizó un curso de medidas de prevención y control de COVID 19 durante 5 días a través de la plataforma zoom, en el último día se realizó una evaluación de los conocimientos aprendidos durante el curso, cuyo propósito del curso es brindar conocimientos sobre los procedimientos a seguir para disminuir el riesgo de contagio por Covid-19 en los estudiantes de medicina durante las prácticas del internado. Los temas que se vieron durante el curso fueron generalidades respecto al Covid-19, las medidas generales de prevención y control de Covid-19.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se contrasta el manejo clínico y quirúrgico dado en el Hospital María Auxiliadora con las distintas guías clínicas nacionales e internacionales según las distintas áreas de rotación.

3.1 Rotación de Medicina Interna:

El caso número 1 de medicina interna, se trata de un paciente con cuadro de pancreatitis aguda, enfermedad gastrointestinal que con más frecuencia requiere hospitalización. Dentro de la etiología de esta patología, a la cabeza es la litiasis vesicular, para ello los estudios de imágenes ayudan a definir la etiología, esto mismo fue lo que se halló a través de una ecografía abdominal en la paciente. A su vez se observó que la paciente tuvo un cuadro clínico característico de una pancreatitis presentando dolor abdominal que se irradia a zona lumbar, náuseas y vómitos, el segundo hallazgo fue en los exámenes de laboratorio elevación de amilasa y lipasa sérica 3 veces por encima del límite superior al valor normal, cumpliéndose dos de los tres criterios para el diagnóstico de pancreatitis. Los exámenes auxiliares no solo nos permitieron llegar al diagnóstico si no también evaluar el pronóstico a través de algunos scores, entre ellos Ranson, BISAP, MARSHALL. El primero score ve 5 parámetros al ingreso (edad, leucocitos, Glucosa, TGO, LDH) y 6 parámetros a las 48h (Hematocrito, BUN Calcio, PaO₂, déficit de base y de fluidos) y se suma el puntaje total, si cada parámetro esta alterado se suma un punto. El manejo que recibió el paciente fueron medida generales hidratación para evitar la hipovolemia secundaria a los vómitos o el bajo consumo de alimentos, presencia de tercer espacio. Para ello se usan se cuenta con dos tipos de fluido coloides y cristaloides, siendo este último el

recomendado y en nuestro medio se cuenta con el suero fisiológico. En cuanto a la analgesia se elige de acuerdo a la intensidad del dolor y esta será de forma escalonada ⁽⁵⁾. Se brinda soporte nutricional cuando la pancreatitis es grave y la de elección es la vía enteral con sonda naso yeyunal porque baja la translocación bacteriana. No está demostrado el uso de antibióticos profilácticos, por lo que recién se dará cuando se ha demostrado la infección (fiebre, aire en tomografía o la punción por aguja fina sale positivo) los de elección son los carbapenem por su buena penetración en tejido pancreático. Después de remitir el cuadro en la paciente, se procedió al tratamiento definitivo el cual es la colecistectomía laparoscópica.

El caso número 2 de medicina interna El caso número 2 de medicina interna, se trata de una paciente que ingresa por una probable hemorragia digestiva alta, debido a las complicaciones que esta conlleva, la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación de EsSalud elaboró una guía de práctica clínica basada en evidencias para la evaluación y el manejo de HDA, esta recomienda que un paciente con un puntaje mayor o igual a dos en el índice de Blatchford, score pre endoscópico, se debe hospitalizar para hacer una endoscopia digestiva alta dentro de las 24h siguientes y ver la etiología y pronóstico ⁽⁶⁾. Este score permite decidir entre el manejo de forma inmediata o de forma diferida. La paciente del caso obtuvo un puntaje de 8 del score Blatchford, ósea alto riesgo de sangra gastrointestinal por lo que es requiere intervención médica, transfusión sanguínea ya que presenta hemoglobina 7.1g/dL y endoscopia. Previo a la endoscopia se recomienda brindar omeprazol endovenoso 80mg en bolo seguido de 40mg cada 12 horas, si no se contara con disponibilidad, esto no debe retrasar la endoscopia. Si sospecha de una hemorragia digestiva alta por varices esofágicas, como es el caso de la paciente por el antecedente de ingesta de alcohol crónico y la hospitalización anterior por el mismo cuadro, se le administra octeotride endovenoso en bolo seguido de infusión de 50microgramos durante 5 días. Esta guía recomienda la ligadura con bandas en hemorragia digestiva alta por varices esofágicas, lo que recibió la

paciente. La evolución clínica fue favorable, así que se aplicaron criterios para el alta temprana post-endoscópico con el score de Rockall el cual dio un puntaje de 1.

El caso número 3 de medicina interna, se refiere básicamente a un paciente diabético con una complicación típica, un pie diabético infectado. El servicio de medicina interna lo catalogó como un WAGNER 3. Según la Guía de práctica clínica de la sociedad americana de enfermedades infecciosas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones del pie diabético a un paciente con un pie diabético Wagner 3 (presentó una úlcera profunda con contenido seropurulento), debes darle antibioticoterapia que pueda cubrir pseudomona ⁽⁷⁾. Sin embargo, en el caso presentado al paciente le iniciaron simplemente con ceftriaxona más clindamicina, cubriendo sobre todo Staphylococcus Aureus uno de los gérmenes más común en infecciones de piel. Pasaron los días y el paciente no mejoraba clínicamente, motivo por el cual recién decidieron cambiarla terapia antibiótica a meropenem. El paciente inicio la nueva antibioticoterapia y empezó a evidenciarse mejoría clínica, conforme fue esperando completar sus 15 días de tratamiento antibiótico.

El caso número 4 de medicina interna, refiere a un paciente inmunosuprimido (aunque aún se encuentra en estudio los niveles de CD4) quien tiene infección por Pneumocystis Jirovecii diagnosticado por TAC, antecedentes clínicos y cultivo de esputo. Según Panel del DHHS sobre infecciones oportunistas en adultos y adolescentes infectados por el VIH. Según directrices para la prevención y el tratamiento de infecciones oportunistas en adultos y adolescentes infectados por el VIH: recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Asociación de Medicina del VIH de la Sociedad Estadounidense de Enfermedades Infecciosas el tratamiento que debería seguir el paciente es TMP - SMX 15 a 20mg/kg/día dividido entre 3 a 4 dosis por 21 días,

además de 40mg de prednisona por 5 días, y apenas sea viable, retomar su tratamiento antirretroviral⁽⁸⁾. En el caso clínico presentado, aún se estaban esperando los resultados de control de CD4, sin embargo, las infecciones oportunistas por *Pneumocystis Jirovecii* suelen darse con un CD4 <200, de similar manera, el diagnóstico se realiza con análisis de secreciones, ya sea por esputo o hasta haciendo procedimientos invasivos, en este caso se optó realizar cultivo de esputo, y se hizo un diagnóstico presuntivo a través de la sintomatología, el antecedente, la tomografía de tórax y el cultivo. El paciente recibió el tratamiento indicado, y fue dado de alta, junto con recomendaciones e interconsultas por infectología para continuar con su terapia antirretroviral.

3.2 Rotación de Ginecología:

En el caso 1 de ginecología, se trata de una gestante de 39 semanas que tiene como antecedente 3 cesáreas anteriores por lo que se la está programando para una cesárea electiva, esta se define como una intervención programada antes del inicio de trabajo de parto. La indicación de esta se puede dar desde el inicio de la atención prenatal como también durante la hospitalización. Existen distintas indicaciones para una cesárea electiva, pueden ser absolutas o relativas, en el caso de esta gestante la indicación es absoluta ya que fue cesareada anteriormente más de 2 veces ⁽⁹⁾. Los requisitos que se le solicitan son una serie de exámenes de laboratorio, serológicos, riesgo quirúrgico, depósito de sangre entre otros. Los riesgos que conllevan la cesárea iterativa: problemas en la placenta como la implantación demasiado profunda en pared uterina o placenta previa, ambas incrementan el riesgo de parto pretérmino como sangrado abundante con la necesidad de transfundir sangre o llevar a una histerectomía. En el caso de la paciente en el reporte operatorio se evidencio síndrome adherencial, complicación en estos casos de cesáreas previas, lo que dificultan la operación y aumenta el riesgo de lesión de otro órgano. Se explico los riesgos de la cirugía a la paciente y acepto firmar el consentimiento informado para ligadura de trompa.

En el caso 2 de ginecología Gestante de semanas con diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad, se hace este diagnóstico debido a que presento nuevo inicio de hipertensión en el tercer trimestre con Pa:180/80, antes presentaba presiones arteriales dentro de rango normal. El colegio americano de ginecología y obstetricia ya no toma en cuenta como criterio esencial para el diagnóstico de preeclampsia a la proteinuria, por ejemplo, hipertensión con signos de daño de órgano blanco serian suficiente para el diagnóstico. Tampoco se considera proteinuria masiva, así como restricción del crecimiento fetal como posibles características de enfermedad severa, lo que diferencia a la sociedad internacional para el estudio de hipertensión en embarazo la cual continúa incluyendo la restricción del crecimiento fetal como un criterio para el diagnóstico de preeclampsia. Ante la presencia de cefalea y la marcada elevación de la presión arterial se catalogará como preeclampsia severa, lo que puede desencadenar en una complicación como es la eclampsia, rotura uterina, síndrome de HELLP, entre otras más. El protocolo de hipertensión y gestación del centro de medicina fetal de Clinic Barcelona solicita analítica al ingreso: Hemograma completo, función renal, perfil hepático, LDH, Lactato, sFlt-1/PIGF y coagulación ⁽¹²⁾. En el caso de la paciente se solicitaron todos ellos a excepción de sFlt-1/PIGF. Además, sugiere en el manejo el labetalol o hidralazina como droga de primera línea para el manejo de hipertensión severa: sin embargo, en la guía del Instituto Nacional Materno Perinatal se recomienda es control de la presión arterial con antihipertensivos como metildopa o nifedipino ⁽¹⁰⁾. Para la prevención de la convulsión muchas de las guías coinciden y recomiendan el uso de sulfato de magnesio al 20%, 4gr EV en bolo y luego 1gr por hora, hasta las 24h del post parto. Por último, la vía de parto se basa en las indicaciones obstétricas de la paciente, en este caso se eligió parto vaginal, se le indusio con oxitocina logrando culminar el embarazo y mejorar la presión arterial.

En el caso 3 de ginecología/obstetricia, hace referencia a una paciente gestante

(de riesgo por adolescente) de 38 semanas quien llega con un RPM de aproximadamente 6 horas (al momento de ingreso, el parto fue pasada las 12 horas del RPM) quien pasaría a centro obstétrico horas después. El tratamiento que se le hizo fue, culminar la gestación por la vía vaginal, y además de ello iniciar con antibioticoterapia, en el hospital le dieron ampicilina 1g EV y gentamicina EV aduciendo que hay un RPM mayor de 12 horas. Sin embargo, según la guía clínica de manejo de RPM del Instituto Nacional Materno Perinatal, nos indica que el tratamiento debió ser simplemente ampicilina o una cefalosporina de 1ra generación (1 a 2 gr EV c/ 6h), además la guía también indica que iniciar el tratamiento profiláctico después de 6 horas de RPM reduce la morbilidad infecciosa materna pero no es significativa en los recién nacidos. En caso sospechara ya de complicaciones como una corioamnionitis, ahí recién se podría cambiar la terapéutica a una cefalosporina de 3ra generación más un aminoglucósido (sugieren amikacina), o como alternativa ampicilina y gentamicina⁽⁹⁾. Este tratamiento no fue cumplido por el Hospital María Auxiliadora, sin embargo, el paciente evolucionó sin complicaciones y fue dada de alta en su momento.

En el caso 4 de ginecología /obstetricia, nos encontramos con un embarazo ectópico en una paciente hemodinámicamente estable. Se opta por un tratamiento quirúrgico como laparoscopia de elección (conservador), ya que la paciente decidió preservar su fertilidad y cumplió con los criterios para la realización de una Salpingostomía (masa menor de 40mm, hemodinámicamente estable, con trompa intacta o destrucción mínima). Posterior a la operación, se realiza los controles de B hCG y se reducen como es de esperarse. Aquí la guía menciona que este control se toma en las primeras 24 horas post salpingostomía, el cuál debe haber disminuido 50% o más su valor inicial y luego control semanal. Este caso clínico cumple al pie de la letra los tratamientos vertidos en las guías clínicas del Instituto materno perinatal ⁽⁹⁾.

3.3 Rotación de Pediatría

En el caso número 1 de pediatría Paciente menor quien finalmente fue diagnosticado con adenitis mesentérica. La etiología de la adenitis mesentérica puede ser viral o gastroenteritis bacteriana, enfermedad intestinal inflamatoria y linfoma. Comparado con pacientes con apendicitis aguda, los niños con adenitis mesentérica se observan que tiene mayor duración de los síntomas, además de pocos hallazgos de apendicitis (migración del dolor. Sensibilidad a la percusión, sensibilidad al rebote o signo de Rovsing), fiebres altas y recuento de leucocitos normal. Sin embargo, tiene una clínica que hace difícil distinguir de una apendicitis aguda. En primer lugar se le solicito al paciente una radiografía de abdomen simple para descartar otras patologías. El menor presento un cuadro clínico similar a una apendicitis por que justamente los nódulos que se inflaman en la adenitis mesentérica se encuentran ubicados en el cuadrante inferior derecho, por lo que se le solicitaron prequirúrgicos y se le realizo una ecografía demostrándose linfadenitis mesentérica además se demostró que un apéndice normal ⁽¹¹⁻¹²⁾. Como se trata de una condición que se autolimita, se resuelve en semanas, por lo que el tratamiento consistió en manejo del dolor e hidratación adecuada, se explicó signos de alarma y se hizo control por telemedicina a la semana, encontrándose el paciente con mejoría clínica.

En el caso número 2 de pediatría Paciente menor con diagnóstico de escarlatina. Esta enfermedad causada por *Streptococcus pyogenes* del grupo A, es una infección de la vía respiratoria superior que se asocia con un exantema característico. El cuadro clínico que presento el paciente por la edad menos a tres años suele ser atípico con fiebre congestión nasal rinorrea, luego el exantema micropapular exantematoso, se describe el signo de la lija al examen físico⁽¹³⁾. Esta patología se debe tratar con antibióticos como penicilinas, cefalosporinas macrólidos y clindamicina, por lo que el departamento de pediatría del hospital cayetano Heredia establece una guía para el manejo farmacológico con penicilina V, amoxicilina ambas por vía oral, o con penicilina benzatínica

intramuscular, esto es en aquellos no alérgicos a las penicilinas ⁽¹³⁻¹⁴⁾. En este caso el paciente recibió ceftriaxona endovenosa, el tratamiento se brinda con el fin de disminuir la posibilidad de complicaciones no supurativas en el menor, entre estas están la fiebre reumática, glomérulo nefritis post streptocócica, síndrome de shock tóxico o síndrome de PANDAS. El menor a las 48 horas de inicio de antibiótico se observó mejoría de cuadro clínico.

El caso número 3 de pediatría hace referencia a una celulitis en una paciente de 2 años, con un punto de entrada dada por una picadura de insecto. Debido a la edad, fiebre, y región afectada es que se decide hospitalizar e iniciar tratamiento con oxacilina. Según Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF en Guías de práctica para el diagnóstico y manejo de infecciones de piel y tejidos blandos en niños hemodinámicamente estables, puedo iniciar con terapia vía oral con cefalosporinas de 1era o 2da generación o con dicloxacilina. Y en caso no toleraran la vía oral, se puede utilizar oxacilina, cefazolina o clindamicina por vía parenteral ⁽¹⁵⁾.

El presente caso, justamente por la edad e irritabilidad que presentaba la paciente, se decidió optar por vía parenteral sobre la vía oral, y empezó con terapia única de oxacilina, y observación, más inmovilidad relativa del miembro afectado. En caso el paciente no respondiera se cambiaría la terapia antibiótica. Felizmente respondió de manera adecuada, y luego de la mejoría clínica fue dada de alta con terapia vía oral.

El caso número 4 de pediatría, hace referencia a una infección de vías urinarias, algo muy típico, pero lo atípico acá es el sexo del paciente, es común encontrar estos casos más asociados a pacientes mujeres, además de la edad. Según la guía clínica de manejo de infección urinaria del Instituto Nacional de Salud del Niño a todo paciente menor de 6 meses que presenta dicho diagnóstico se les debe hacer una ecografía de vías urinarias y renal para buscar alguna malformación que pueda ser tratada a esta edad, en el caso clínico presentado

si se realizó dicho examen. Después de ello, para realizar el diagnóstico, se suele hacer un urocultivo (GOLD STANDARD), y hasta que salga el resultado se suele dar tratamiento empírico, siendo usual el objetivo de cubrir gram negativos. En el caso presentado, teníamos un examen de orina relativamente patológico (esterasa leucocitaria) además de una clínica asociada a las infecciones urinarias en lactantes, por lo cual se decide iniciar la terapia. Se inició tratamiento con Amikacina EV que también es uno de los pilares de tratamiento para infección de vías urinarias, según la guía clínica del INSN, es lo indicado, hasta que el paciente tolere vía oral⁽¹⁶⁾. En este caso, el servicio de pediatría actuó cumpliendo con los protocolos revisados.

3.4 Rotación de Cirugía

En el caso 1 de cirugía El paciente con diagnóstico de colecistitis aguda, para llegar a este diagnóstico se utilizó los criterios de Tokyo 18, entre ellos tenemos la clínica que presento el paciente, la hipersensibilidad en cuadrante superior derecho y signos de Murphy; después los signos clínicos de inflamación que presento como leucocitosis y por último el estudio de imagen a través de una ecografía donde se evidencia la causa etiológica en este caso cálculos. Además, existe una clasificación para la colecistitis aguda, dividiéndose en: leve moderada, severa el paciente califica a una colecistitis aguda moderada ya que presenta una duración de síntomas mayor a 72 horas y a la ecografía un hidropiocolocisto. Para el tratamiento es manejo del dolor y antibiótico terapia, según UpToDate sugieren la administración de rutina de antibióticos a todos los pacientes con esta patología y debe continuarse hasta que sea extraído la vesícula o se resuelva el cuadro clínico⁽¹⁷⁾. Cuando se elige antibióticos empíricos como terapia se deben elegir aquellos que cubran al patógeno más común de la familia de enterobacteria e incluir gram negativos y anaerobios. La guía de Tokyo 2018, una gran referencia para el tratamiento de la colangitis aguda y la colecistitis aguda, coinciden con las recomendaciones anteriores, pero incluyeron agentes adicionales en cada categoría de pacientes. En este caso al tratarse de

un grado II o moderado los antibióticos recomendados para su categoría serían piperacilina/tazobactam o ceftriaxona o ertapenem o alguna fluoroquinolona ⁽¹⁸⁾.

En el caso 2 de cirugía Paciente con una herida por mordedura con ausencia de clínica evidente de infección dentro del manejo de cuidado de la herida se brinda antibiótico profilaxis, profilaxis para tétano y profilaxis antirrábica. Los cuidados para la herida son importantes para prevenir una infección, una correcta limpieza con yodo povidona previo anestésico local seguido de irrigación con suero fisiológico y remover en caso haya desbridamientos. La herida no debe ser cerrada con sutura, se deja que cierre por segunda intención, pero esto depende de las características de la herida, deben ser puntiforme, o herida por mordedura de gato, herida que involucre mano o pie, herida mayor a 12 horas, herida en inmunocomprometidos. Pero en algunos casos se realiza cierre primario si ha sido mordido por un perro en el rostro, tronco brazo o pierna y la herida debe ser menor a 24 horas. En el caso clínico del paciente acudió primero a su centro de salud donde le realizaron curación de la herida y refirieron al Hospital María Auxiliadora para manejo de la vacuna y antibiótico profilaxis. El uso de este último es de cobertura empírica para el espectro de la flora oral del animal, por lo que el antibiótico preferido es amoxicilina clavulánica. Un régimen alternativo a este debe incluir contra *Pasteurella multocida* y actividad anaeróbica, para ello tenemos doxiciclina, trimetoprima sulfametoxazol, penicilina V, cefuroxima, ciprofloxacino, más cualquiera de los siguientes contra actividad anaeróbica: metronidazol, clindamicina ⁽¹⁹⁾. La duración de la profilaxis oral antibiótica es de 3 a 5 días. En el caso del paciente se le dejó amoxicilina/clavulánico por que tiene mayor adherencia ya que la toma es dos veces al día durante 7 días según la guía clínica del hospital.

En el caso 3 de cirugía, tenemos a un paciente adulto mayor, con una típica obstrucción intestinal, sin alteración hemodinámica ni peritonitis, el tratamiento

indicado suele ser al inicio, intentar una devolvulación por colonoscopia, sin embargo, las altas tasas de recurrencia descritas en múltiples guías (e infraestructura) suelen hacer que se opte por realizar el tratamiento quirúrgico como primera opción, y eso fue exactamente lo que se realizó en este caso, dándose como diagnóstico etiológico final un dolícomegacolon ya que el paciente tenía un colon anormalmente grande⁽²⁰⁾.

En el caso 4 de cirugía, tenemos a un paciente adulto mayor con sobrepeso (factor muy importante en la génesis de los otros diagnósticos del paciente), y con 2 hernias no complicadas se decide realizar hernioplastia sin tensión con técnica de Liechtenstein. De acuerdo con las guías clínicas, no existe un consenso sobre que técnica utilizar, pero idealmente la técnica de Liechtenstein tiene una tasa de recidiva baja por lo cual es una opción aceptable⁽²¹⁾, sobre todo en Perú. No se reportan complicaciones y posiblemente el paciente haya sido dado de alta poco después de realizada la cirugía. De nuevo como se reportó en las áreas quirúrgicas, debido a que depende mucho más de la técnica de cada cirujano, hay un apego mayor a las habilidades y técnicas quirúrgicas descritas en las guías.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

En el Hospital María Auxiliadora (HMA) se atendían cientos de personas diarias, en épocas de prepandemia, antes del colapso total del hospital y del fenecimiento de diferentes profesionales de la salud en diversas áreas, lo cual solo agravó la situación. Durante el proceso de internado, los internos rotaron en áreas diferentes (ginecología, medicina interna, cirugía y pediatría) junto con sus subespecialidades o especialidades a fines, se debe mencionar que, el internado al haber sido durante época prepandemia y durante la pandemia, se pudo apreciar cómo era la situación y poder compararlas al haber estado, no solo en primera línea, sino también laborando muchas más horas que los mismos profesionales de salud.

El internado fue realizado en un hospital del MINSA, con pacientes que vienen de diferentes estratos sociales y económicos, felizmente la implementación del programa de SIS para todos ayudó a cerrar ciertas brechas que se apreciaban antes de la pandemia, pero las carencias que se podían apreciar antes de la pandemia, solo se intensificaron durante el periodo de pandemia y sus diferentes picos, tanto por parte de los pacientes y familiares en materia económica (resultó una práctica común realizar colectas de dinero entre internos y algunos residentes para poder apoyar económicamente a los pacientes), cultural (de similar manera, era muy común ver a pacientes que, quizá cegados por la esperanza, o quizá por negación a la realidad, de no querer tomar el tratamiento que necesitaban para poder tratar de recuperarse, o no querer operarse para calmar la patología que los aquejaba).

De igual manera, también se aprecia que existe una carencia total en la infraestructura del hospital, en épocas previas a la pandemia, era común ver

pacientes sin una cama disponible, acinados en los pasillos, profesionales y personal técnico de salud de diferentes áreas, tratando de solucionar los males, pero era más que obvio que el trabajo que debía ser para 10 trabajadores, lo tenía que hacer 1 solo trabajador, la demanda sobrepasaba la oferta humana. Situación que después se perjudicó aún más durante el inicio de la pandemia y sus diferentes picos, en más de una ocasión tuvieron que aislarse profesionales de diferentes áreas, y todos los que tuvieron contacto con ellos, algunos de los médicos no volvieron y hoy se les rinde tributo en el altar alzado en el frontis del colegio médico del Perú.

Antes faltaba personal, ahora era más escaso aún, y el miedo reinaba, y en esa situación los internos se encontraban el medio, estudiantes, sin EPP, sin el sueldo prometido, lo único que se tuvo que hacer fue, realizar y suplir ese espacio en blanco que dejaron los galenos. Si antes se tenía que realizar la evaluación médica a 10 pacientes previa a una visita, ahora se tenía que hacer a 20 o 40 por día. Si antes se evaluaba e interpretaban los exámenes de laboratorio de pocos pacientes, ahora se debía hacer de pabellones completos. En retrospectiva, por un periodo limitado de tiempo, estar en un sitio donde manos faltan, ayuda a aprender mucho y a capacitarse rápidamente. Sin embargo, conforme pasaba el tiempo, se podía observar, sobre todo en los residentes, que se instauraba más y más síntomas de Burnout, anhedonia, el agotamiento humano es real, y es un factor muy importante que al parecer, nadie toma en cuenta, por la situación de emergencia en la que estamos, lidiar con esto, lidiar con la indolencia del personal administrativo, quienes obligan a improvisar muchas veces con exámenes que no son indicados, tratamientos que no son los mejores para nuestros pacientes, es exasperante, sin embargo, todos sabemos, que no es una situación nueva en nuestro sistema de salud.

CONCLUSIONES

El internado medico es una etapa vital para la formación del médico cirujano. No solo, se afianzan los conocimientos adquiridos durante toda su etapa de estudios de pregrado, sino que adquieren una perspectiva diferente del sistema de salud del país.

Atrás quedaron ciertos esquemas terapéuticos internacionales, que se aprecian en diversas guías clínicas de diferentes países, durante el internado se aprecia que la genética inherente de la población peruana hace que respondan diferente en muchas ocasiones a tratamientos esquematizados por consejos y estudios internacionales, naturalmente esto no aplica a todo, pero por lo que respecta a la antibioticoterapia al menos, se aprecian diferencias sustanciales, ya sea por falta de la medicación necesaria en el país, o por la resistencia bacteriana lograda por la comunidad peruana o al menos de la población que acude al Hospital María Auxiliadora.

Respecto a las áreas quirúrgicas, Quizá sea porque depende mucho más de la técnica y habilidad propia de cada cirujano que la terapéutica farmacológica, pero los tratamientos dados y técnicas quirúrgicas son las clásicas enseñadas en las escuelas de medicina, al menos en lo que respecta a patologías comunes, de manera similar con las curaciones y cuidados posteriores a la cirugía. Sin embargo, las diferencias también se ven en el momento de hacer diagnósticos diferenciales, es un ejemplo diario, ver patologías cuyo diagnostico Gold Standard, dada por diferentes guías se hace a través de TAC con contraste (patologías abdominales), acá en cambio se hace ecografías abdominales. También durante la etapa prepandemia, cuando se hacía operaciones programadas o "electivas" se apreciaba en diferentes ocasiones, toda una

travesía que tenían que realizar los pacientes para obtener sus evaluaciones prequirúrgicas, y en múltiples ocasiones eran frustradas pues para cuando lograban obtenerlas, las pruebas realizadas ya eran obsoletas y tenían que repetirse, e iniciar el ciclo otra vez.

Respecto al área de ginecología-obstetricia y neonatología, se podría decir que son las áreas donde se genera un ambiente más rutinario, mientras en medicina son pacientes descompensados, en cirugía suelen ser accidentes o eventos súbitos, en esta área, lo común son gestantes, eventos programados y controlados, sin embargo, nunca exentos de complicaciones. Procedimientos rutinarios pero importantes de aprender, acciones tan complejas como atender partos, realizar la atención primaria del recién nacido, son cosas tan rutinarias, pero a la vez de suma importancia que todo médico debe aprender para poder realizar su SERUMS de una manera más controlada y tranquila, y sobre todo, son áreas donde el trabajo en conjunto prima, tienes que trabajar necesariamente con otros profesionales de salud, tanto enfermería, como obstetricia pues son complementos entre sí, y lo que se requiere aprender sobre todo acá es realizar un buen trabajo conjunto.

En conclusión, el internado médico es vital para la formación, tanto académica, como humana. Tiene muchos errores y muchos fallos, los cuales han salido a relucir en la pandemia, los equipos de protección personal prometidos por el gobierno, aún no llegan a los internos, de igual manera pese a que se ha trabajado por más de 1 año (debido a la interrupción), la remuneración ha sido solo de 4 meses, las horas que debían cumplirse según la ley, solo están escritas en un papel pues en la práctica no existe, y sobre todo, lo más difícil, es sin duda tener que trabajar, viendo como nuestros propios compañeros, estudiantes, terminan infectándose, siendo pacientes de UCI, y si no son ellos, son sus padres y amistades. Ser interno de medicina, debido a las fallas administrativas y durante una pandemia ha sido complicado, pese a ello, los internos han sabido superar obstáculos, adaptarse a la realidad con mucha fortaleza, ganas de querer salir adelante para convertirse en grandes profesionales, pero sobre todo mejores personas.

RECOMENDACIONES

- Ampliar el tiempo de internado en mejores condiciones, con las medidas de seguridad apropiadas para todos los internos del país, así como equipos de protección personal de buena calidad para evitar contagios
- Adecuada capacitación sobre el uso de equipos de protección personal y medidas de bioseguridad
- Espacios ambientados en los cuáles se pueda hacer el cambio de equipo de protección personal al ingreso y salida del establecimiento.
- Un sueldo acorde a la pandemia y en los meses establecidos según contrato.
- Cumplimiento de horas establecidas de trabajo brindadas en el decreto de urgencia.
- Que en lo posible las practicas hospitalarias sean en nivel III o institutos especializados.
- Mayor participación en procedimientos médicos que en trámites administrativos y técnicos.
- Sería recomendable la implementación de digitalización de imágenes a través de conexión de internet en los distintos servicios de hospitalización ya que esto permitirían un pronto acceso a los exámenes auxiliares de imágenes como laboratorio.
- Con respecto a la disponibilidad de medicamentos en el hospital, se debe optimizar ya que no se cuenta con el petitorio completo de fármacos en farmacia.
- Mejorar el número de camas ofertadas en los servicios ya que lamentablemente se observa pacientes en los pasillos de emergencia a la espera de una cama en hospitalización.

- Mayor implementación y uso de la telemedicina a los pacientes, de forma no presencial con el fin de disminuir la exposición.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio De Salud. (2018, Diciembre 31). PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL ANUAL2019. Citado Abril 17, 2021, de Gob.pe website: <http://www.hma.gob.pe/pdf/tranparencia/transparencia/61.pdf>
2. Hospital Nacional Dos de Mayo. (2019). PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2019. Citado Abril 17, 2021, de Gob.pe website: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2019/01%20Enero/RD_0019_2019_POI_2019.pdf
3. Flores, S., Echavarría, A. F., Becerra, R. U., Flores, R. L., & Laura, N. (2021, Marzo 8). Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. Citado Abril 18, 2021, de Redalyc.org website: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf>
4. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA. (2014, Agosto 20). Citado Abril 18, 2021, de Gob.pe website: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
5. Valdivia, J. L. P. (2017, Julio). Guía práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda en pacientes Adultos. Citado Abril 18, 2021, de Gob.pe website: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-351080917.pdf>
6. Vásquez-Quiroga, J., Taype-Rondan, A., Zafra-Tanaka, J. H., Arcana-López, E., Cervera-Caballero, L., Contreras-Turin, J., Timaná-Ruiz, R. (2018). Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la hemorragia digestiva alta en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Revista de Gastroenterología Del Peru: Organó Oficial de La Sociedad de Gastroenterología Del Peru, 38(1), 89–102.
7. Lipsky BA, et al. 2012 Guía de práctica clínica de la Sociedad Americana de

Enfermedades Infecciosas de 2012 para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones del pie diabético. Clin Infect Dis 2012; 54:e132.

8. Sax PE. Tratamiento y prevención de la infección por Pneumocystis en pacientes con VIH [Internet]. Uptodate.com. 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-pneumocystis-infection-in-patients-with-hiv>.

9. Enrique Guevara Ríos, Amadeo Sánchez Góngora, Antonio Mambret Luna Figueroa. (2018). GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. [Internet]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/DELL/Downloads/GUIA%20INMP%202018.pdf>

10. Fundación medicina fetal barcelona. Hipertensión y gestación. Citado Abril 18, 2021, de [Medicinafetalbarcelona.org](http://medicinafetalbarcelona.org) [Internet]: <http://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertension-y-gestacion.html>

11. Neuman MD MPH, M. (2021, Marzo). Causas de dolor abdominal agudo en niños y adolescentes. Citado Abril 18, 2021, de Uptodate.com [Internet]: https://www.uptodate.com/contents/causes-of-acute-abdominal-pain-in-children-and-adolescents?search=adenititss%20mesenterica&source=search_result&selectedTitle=1~27&usage_type=default&display_rank=1

12. Tauxe MD MPH, R. (2019, Julio). Manifestaciones clinicas y diagnóstico por infección de yersinia. Citado Abril 18, 2021, de Uptodate.com [Internet]: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-yersinia-infections?search=adenititss%20mesenterica&topicRef=6454&source=see_link

13. Wald, E. R. (2024, June 20). Group A streptococcal tonsillopharyngitis in children and adolescents: Clinical features and diagnosis. Citado Abril 18, 2021, de Uptodate.com [Internet]: https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-tonsillopharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-anddiagnosis?search=eescarlantina&source=search_result&selectedTitle=3~27&

usage_type=default&display_rank=3

14. Dennis L Stevens, MD, PhD Sheldon L Kaplan. (2008, November 19). Group A streptococcal (*Streptococcus pyogenes*) bacteremia in children. citado Abril 18, 2021, de Uptodate.com [Internet]: https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-streptococcus-pyogenes-bacteremia-in-children?search=eescarlatina&source=search_result&selectedTitle=5~27&usage_type=default&display_rank=4

15. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF et al. Guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento de infecciones de piel y tejidos blandos. 2005,41:1373-1406.

16. Resolución Directoral N°353-2019-DG-INSN [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en:
<http://www.insnsb.gob.pe/docstrans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2017/RD-117-2017.pdf>

17. Dra. Coral Marina Ramos Loza*, Dr. Jhosep Nilss Mendoza Lopez Videla, Dr. Javier Alejandro Ponce Morales. (2018, Febrero 5). APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Retrieved April 18, 2021, de Org.bo website http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf

18. Vege, S. S. (2021, March 8). https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en Uptodate.com website: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

19. Ministerio de Salud, M. (2008). Norma tecnica para la Salud y prevencion de Rabia Humana en el peru. [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en Gob.pe website: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/770_DGSP242.pdf

20. Vogel JD, Feingold DL, Stewart DB, et al. Clinical Practice Guidelines for Colon Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction. Dis Colon Rectum 2016;

59:589.

21. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009; 13:343.