



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MEDICO REALIZADO DURANTE LA PANDEMIA SARS-
COV2, EN HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION 2020-2021,
CALLAO PERU**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
BRYAN GIANPIERRE ROJAS PERALTA
PIA PRAXEDES DEL CARMEN ORE GALLEGOS
ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

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

**INTERNADO MEDICO REALIZADO DURANTE LA PANDEMIA
SARS-COV2, EN HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION
2020-2021, CALLAO PERU**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ROJAS PERALTA, BRYAN GIANPIERRE
ORE GALLEGOS, PIA PRAXEDES DEL CARMEN**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Carmen Layten Villanueva

Miembro: Mg. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

Quiero empezar este trabajo dedicándole a Dios por guiar mis pasos y darme la fortaleza necesaria para continuar hasta el final, asimismo dedico el presente trabajo a mis padres, que me dieron la oportunidad de poder estudiar y alcanzar mi sueño, a mis hermanos que me apoyaron durante toda la carrera.

Bryan Rojas Peralta

Pía Ore Gallegos

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad San Martín de Porres, mi casa de estudios, por haberme llenado de tantos conocimientos para poder ponerlos en práctica, mis doctores de distintos Hospitales de Lima sobre todo a los de mi internado, por aportar siempre con conocimientos durante mi etapa universitaria y por ayudarme en cada duda que se me presentaba.

A mis padres, mis hermanos que siempre me apoyaron desde el principio con esta carrera

INDICE

	Págs
PORTADA	Error!
Bookmark not defined.	
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	viii
CAPITULO I . TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Rotación gineco -obstetricia	1
I.2 Rotación de cirugía general	1
I.3 Rotación de pediatría	10
I.4 Rotación de medicina interna	10
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	18
II. 1 Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	18
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
III.1 Rotación de Gineco-Obstetricia	19
III.2 Rotación de Cirugía General	21
III.3 Rotación de Pediatría	25
III.4 Rotación de Medicina Interna	28
CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA	31
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIÓN	34
FUENTES DE INFORMACION	35

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional ha sido elaborado por dos internos de la Universidad de San Martín de Porres, en base a la experiencia teórico-práctica adquirida durante el año de internado médico, en las áreas de Cirugía general, Medicina interna, Gineco-obstetricia y Pediatría en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Este trabajo consiste en una breve descripción de casos emblemáticos revisados durante las cuatro grandes rotaciones, asimismo se describe las actividades realizadas durante el internado médico, centrándose en el diagnóstico y tratamiento. Se realiza un análisis del tratamiento planteado en cada caso, en el cual el interno de medicina realiza un análisis crítico de dicho tratamiento, contrastándolo con el conocimiento de las últimas guías de práctica clínica vigentes hasta la fecha, asimismo se pone en manifiesto la experiencia y la forma de abordaje de dicho caso clínico por parte del interno y médicos tratantes.

Objetivo: Dar a conocer las experiencias y conocimientos adquiridos durante el internado médico realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, por dos internos de medicina, de la Universidad de San Martín de Porres en el periodo de enero del 2020 a mayo del 2021.

Metodología: Recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencias de manejo de la salud.

Conclusiones: Es una etapa importante en el desarrollo de todo profesional médico, la cual es piedra fundamental para adquirir conocimientos sobre el diagnóstico de patologías más frecuentes, como su tratamiento. Esta etapa se ha visto limitada por el contexto que vivimos de la pandemia producida por SARS Cov 2, a pesar de ello, es importante el conocimiento teórico-práctico aprendido en cada rotación, extrapolarlo a las últimas guías de práctica clínica, para realizar una mejor medicina basada en evidencia. Por lo cual esta etapa debe ser analizada por cada interno de medicina y convertirla en una mejor experiencia de vida y aprendizaje para su carrera profesional.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina interna, Gineco-obstetricia, Pediatría.

ABSTRACT

The present work of professional sufficiency has been prepared by two inmates of the University of San Martín de Porres, based on the practical theoretical experience acquired during the year medical internship, in the areas of General Surgery, Internal Medicine, Gynecology-obstetrics and Pediatrics at the National Hospital Daniel Alcides Carrión.

This work consists of a brief description of flagship cases reviewed during the four major rotations, and describes the activities carried out during the medical hospital, focusing on diagnosis and treatment. An analysis of the treatment proposed in each case is carried out, in which the medical intern performs a critical analysis of this treatment, contrasting it with the knowledge of the latest clinical practice guidelines in force to date, also highlights the experience and the way in which the medical treatment case is addressed by the intern and the treating physician.

Objective: The aim of this work is to publicise the experiences and knowledge acquired during the medical boarding school carried out at Daniel Alcides Carrión National Hospital, by two medical interns of the University of San Martín de Porres in January 2020 to May 2021.

Methodology: Collection of information according to medicine based on evidence and health management experiences.

Conclusions: This is an important stage in the development of any medical professional, which is the fundamental stone for acquiring knowledge about the diagnosis of more frequent pathologies, such as their treatment. This stage has been limited by the context of the pandemic produced by SARS Cov 2, despite this, the theoretical and practical knowledge learned in each rotation is important, extrapolating it to the latest clinical practice guidelines, to perform better evidence-based medicine. Therefore, this stage should be analyzed by each medical intern and become a better life and learning experience for their professional career.

Keywords: Medical internship, General Surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics.

INTRODUCCION

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es la Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional, así como sede docente de pre y post grado de la Universidad San Martín de Porres y otras Universidades privadas y públicas.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, como establecimiento de salud de nivel de complejidad III-1 es responsable de satisfacer las necesidades de salud brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud, buscando mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención en salud. Además de establecer normas y parámetros necesarios, que generen una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.

Por ese motivo, los dos internos decidieron elegirlo sede de internado, que en el Perú es el séptimo y último año de la carrera de Medicina Humana, cabe resaltar que todavía eres estudiante, vas al hospital desde el primero de enero hasta el último día de diciembre de dicho año. Trabajas y desempeñas como un médico sin tener la responsabilidad legal que implica el estar titulado y colegiado.

La finalidad o los objetivos que se cumplen durante el internado médico es la integración de los conocimientos adquiridos durante los años de aula, así como la consolidación de estos. Además de la adquisición de competencias,

destrezas, habilidades, técnicas, este es el cambio del proceso de formación del médico.

El internado antes de la pandemia se caracterizaba por asistir todos los días de la semana (lunes-domingo) incluyendo si estabas post guardia (cabe resaltar que existían guardias diurnas y nocturnas) desde las 6:30 a.m. hasta las 16:30 p.m. en el caso de la especialidad de Pediatría (varía según especialidad). Asimismo, las guardias podían durar 36 horas ya que, una vez terminada la guardia nocturna, se empalmaba con hospitalización.

Todo lo anteriormente comentado cambió a raíz que se confirmó el primer caso de SARS-CoV-2. Ya que se suspendió el internado para evitar problemas medico legales ante las posibles infecciones de los internos.

Una vez que disminuyeron los casos de infección en la primera ola aproximadamente en el mes de Septiembre, el Ministerio de Salud pidió la reincorporación de los internos a través de un Decreto de Urgencia N° 0902020:

“Artículo 2. Reanudación de actividades de internos de ciencias de la salud y financiamiento

2.1 Dispóngase el inicio o la reanudación progresiva de las actividades de los internos de ciencias de la salud, que corresponda durante el año 2020, en los establecimientos públicos del Ministerio de Salud, sus organismos públicos, de los gobiernos regionales, de las sanidades de la Policía Nacional del Perú y de las Fuerzas Armadas y del Seguro Social de Salud - ESSALUD, a partir del 15 de agosto de 2020. Para dicho efecto, las referidas entidades, de manera excepcional, durante el año fiscal 2020, proveen los equipos de protección personal a los internos de las ciencias de la salud en los establecimientos de salud donde desarrollen sus actividades, según nivel de riesgo y la normativa vigente.”

En este Decreto indicaban que la asistencia de los internos sería 15 días al mes para evitar el hacinamiento en los establecimientos de salud. Por ello, se organizaron dos grupos, en donde, el primer grupo asistía los 15 primeros días del mes y el segundo grupo, los 15 días faltantes. Respecto al horario, se estableció que sea de 7:00a.m. hasta 13:00p.m. pero en algunas rotaciones podía variar. Finalmente, el uso de equipo de protección (protector facial,

mascarilla KN95, mameluco y botas) es obligatorio así no labores en áreas COVID.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1 ROTACIÓN GINECO -OBSTETRICIA

CASO CLÍNICO #1

Paciente de sexo femenino, 20 años, acude a emergencia del hospital por cuadro clínico caracterizado, por dolor abdominal bajo de aproximadamente 4 días de evolución, de moderada intensidad, acompañado con náuseas y vómitos en 2 ocasiones de contenido alimenticio, asimismo 2 días antes del ingreso, presenta fiebre cuantificada 38,5 C, síntomas persisten por lo que acude a emergencia del hospital.

Antecedentes personales: No uso de métodos anticonceptivos, fuma 2 a 3 cigarrillos al día, consumo de alcohol 2 veces por semana, a veces hasta quedar inconsciente.

Diagnóstico de depresión mayor hace 2 años, con tratamiento irregular con sertralina.

Antecedentes ginecológicos: G1P0010, legrado uterino hace 2 años, IRS:14 años, Parejas sexuales: 6 parejas sexuales. Fecha ultima regla:1 semana antes del ingreso

Examen físico: Presión arterial:120/80 mmHg, Frecuencia cardiaca:85 latidos por minuto, frecuencia respiratoria:18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno: 98%, Temperatura:38,3 C

Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no presenta ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, buena intensidad.

Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha, se palpa masa dolorosa en FID, ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: No presenta globo vesical, puño percusión negativo, no puntos renoureterales.

Examen Ginecológico: Genitales externos con características normales, secreción de aspecto amarillento, mal oliente, dolor a la movilización de cérvix. Se plantea como diagnostico presuntivo: a descartar enfermedad inflamatoria pélvica, a descartar apendicitis aguda.

Con el examen físico y la anamnesis, una vez planteado los diagnósticos presuntivos, se solicita pruebas complementarias.

Hemograma: leucocitos 15000, PCR: 10, hemoglobina: 13mg/dl, plaquetas 250 000.

Se le solicita una ecografía abdomino pélvica, encontrándose apéndice de características normales, se encontró masa en tubo-ovárico de 4x3cm compatible con absceso tubo-ovárico.

Con lo encontrado se decide hospitalizar a la paciente, se realiza medidas de soporte básico como hidratación, antipiréticos como metamizol 1,5 gr endovenoso, se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona 500mg intramuscular, doxiciclina 100mg endovenoso y metronidazol 500mg endovenoso, paciente presenta una evolución tórpida, se aumenta el dolor en las próximas horas, presentándose un dolor al rebote difuso, fiebre persiste. Por lo que ingresa a sala de operaciones, donde se encuentra liquido libre en cavidad, se le realiza un lavado de cavidad y drenaje quirúrgico, paciente pasa a piso de hospitalización, se continua con antibiótico terapia con clindamicina 900mg endovenoso c/ 8horas más gentamicina 1,5 mg cada 8 horas, paciente permanece en hospitalización por 6 días, evolución favorable, no hace picos febriles, es dado de alta con doxiciclina 100mg vía oral más clindamicina 450 mg vía oral cada 6 horas por 14 días y se hace seguimiento por consultorio.

CASO CLÍNICO # 2

Paciente mujer de 47 años acude a consulta por dolor en hipogastrio de moderada intensidad, aproximadamente 5 días de evolución, que se irradia a la región lumbar, se suma flujo vaginal grisáceo amarillento, mal oliente, no prurito vulvar, niega fiebre, niega nauseas, niega vómitos. Paciente

procedente de centro de salud donde se le diagnostica infección de tracto urinario inferior y recibe tratamiento con nitrofurantoína, completa días de tratamiento, sin embargo, síntomas persisten, aumentando cantidad de flujo, por lo que acude a emergencia del hospital.

Antecedentes personales: Niega conductas de riesgo, niega hábitos nocivos, niega antecedentes patológicos.

Antecedentes Ginecológicos: Inicio de relaciones sexuales:16 años, Fecha de ultima regla: hace 2 años, G0P0000

Funciones vitales: Temperatura 37,2 grados, frecuencia respiratoria: 20rpm, frecuencia cardiaca:87 lpm, presión arterial: 120/80 mmHg, saturación de oxígeno: 97%

Exploración física:

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmones: amplexación conservada, tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

Genitourinario: no presencia globo vesical, puño percusión negativo, punto renoureteral negativo.

Examen ginecológico: a la especuloscopía se observa leve atrofia vaginal, flujo grisáceo mal oliente, resto del examen normal.

Con el examen físico y anamnesis se propone el diagnostico de vaginosis bacteriana, por lo que se le solicita test de KOH y Ph de flujo, encontrándose un PH de 4,6, por lo que se confirma el diagnóstico. Asimismo, se solicita un nuevo examen de orina, el cual presentaba leucocitos 1-2 por campo, gérmenes negativos.

Paciente es tratada ambulatoriamente con metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días y citada por consultorio externo.

CASO CLÍNICO #3

Paciente de sexo femenino de 32 años acude a Consultorio de Ginecología por un cuadro clínico de 3 días caracterizado por intenso prurito en zona genital acompañado de descenso vaginal tipo "leche cortada" y dolor al miccionar.

Antecedentes personales: No uso de métodos anticonceptivos. Fuma y bebe socialmente.

Antecedentes ginecológicos: G1P0001 (parto vaginal). Parejas sexuales: 1.

Fecha de última regla: hace 2 semanas.

Examen físico: PA:120/80 mmHg, FC:85 latidos por minuto, FR:18 respiraciones por minuto, Saturación: 98%, T:37 °C

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No presenta ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y buena intensidad. No soplos

Abdomen: Plano. Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: No presenta globo vesical, puño percusión negativo, no puntos renoureterales.

Examen Ginecológico: Rash geográfico simétrico en vulva, presencia de placas en pared vaginal a la especuloscopia y secreción blanquecina. Se plantea como diagnostico presuntivo: Vaginitis por Cándida

Se le indica como tratamiento tomar Fluconazol 150mg oral como dosis única.

CASO CLÍNICO #4

Paciente mujer de 35 años acude a consultorio de Ginecología por un cuadro clínico de 2 días caracterizado por la presencia de 2 verrugas en zona perineal, indoloras que causan escaso prurito. Niega fiebre, náuseas y vómitos.

Antecedentes personales: No uso de métodos anticonceptivos. Fuma y bebe socialmente.

Antecedentes ginecológicos: G0 P0000. Parejas sexuales: 2. Fecha de última regla: hace 3 semanas.

Examen físico: Presión arterial:120/80 mmHg, Frecuencia cardiaca:90 latidos por minuto, Frecuencia cardiaca:18 respiraciones por minuto, Saturación de oxígeno: 99%, Temperatura:37 °C

Piel: Tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos no presenta ictericia, no edemas, tejido celular subcutáneo de distribución simétrica.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No presenta ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y buena intensidad. No soplos

Abdomen: Plano. Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: No presenta globo vesical, puño percusión negativo, no puntos renoureterales.

Examen Ginecológico: Genitales externos con características normales.

Zona perineal: Lesiones hiperplásicas pediculadas de base ancha, de color rosado, carnosa, blandas e indoloras.

Con el examen físico y anamnesis se propone el diagnóstico de condilomas por VPH, por lo que se le solicita un Papanicolau (el último fue hace 5 años).

Paciente es tratada ambulatoriamente con Acido tricloroacético 90% y es citada en una semana para aplicación por 6 semanas. Además, debe traer resultados de Papanicolau.

I.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Paciente de 54 años de edad, de sexo masculino, obrero de ocupación, acude a emergencia con cuadro clínico de aproximadamente 5 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad que inicia en epigastrio, náuseas y vómitos de contenido alimenticio en 3 ocasiones, de regular cantidad, 1 día antes del ingreso dolor migra a cuadrante inferior derecho, dolor aumenta de intensidad 8/10 en escala del dolor, asociándose a sensación de alza térmica no cuantificada, motivo por el cual acude a emergencia del hospital.

Funciones vitales: presión arterial:120/70 mmHg, frecuencia cardíaca: 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 37,3 grados, saturación 98%

Paciente en aparente regular estado general, hidratación y nutrición

Examen Clínico:

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor 2 segundos, no edemas
Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, buena intensidad

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos disminuidos en tono y frecuencia, abdomen blando, depresible, se palpa masa en fosa iliaca derecha, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (+)

Genitourinario: no presencia de globo vesical

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15

El diagnostico planteado es a descartar una apendicitis aguda complicada, a descartar plastrón apendicular. Por lo que se hidrata al paciente, se indica NPO, manejo antibiótico con cefazolina, analgesia con ketoprofeno 100mg endovenoso. Asimismo, se solicita radiografía de tórax, hemograma, grupo y factor, prueba rápida COVID, ecografía abdominal.

Ecografía abdominal: se encuentra plastrón apendicular, esto de órganos evaluados dentro de los limites normales

Hemograma: paciente presenta leucocitosis, hemoglobina normal, plaquetas dentro de valores normales

Evolución del paciente: paciente mientras se realiza prequirúrgicos, dolor abdominal aumenta, presenta al examen físico rebote (+), por lo que es operado por laparotomía exploratoria.

Hallazgos operatorios: se encuentra plastrón apendicular conformado por epiplón, colon, asa delgada y ciego. Apéndice cecal de 11x3 cm, perforado en un tercio medio, base parcialmente friable, apéndice en posición retrocecal, con 3 fecalitos libres en cavidad abdominal, se encuentra liquido purulento 1000 cc en zona apendicular, se deja dren laminar en zona parieto cólico derecha.

Por lo que se procede a realizar apendicectomía más lavado de cavidad.

Paciente pasa a piso de hospitalización donde se continua con la antibioticoterapia con ciprofloxacina 400mg endovenoso cada 12 horas y metronidazol 500mg endovenoso cada 8 horas, se continua con ketoprofeno 100mg endovenoso cada 8 horas, paciente presenta evolución favorable, no hace fiebre durante hospitalización, tolera bien vía oral al segundo día, hace

deposiciones al tercer día, escaso drenaje por dren laminar, por lo que se retira dren y es dado de alta al tercer día, se cita por consultorio.

CASO CLÍNICO #2

Paciente de 26 años, de sexo femenino, ocupación estudiante, acude a emergencia refiriendo cuadro clínico de 1 día de evolución, paciente refiere que después de parrillada, presenta dolor abdominal a predominio de cuadrante superior derecho, de moderada intensidad (6/10), por lo que toma ibuprofeno, dolor cede parcialmente, 3 horas antes del ingreso dolor se exacerba, aumentando en intensidad 8/10 en escala del dolor, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimenticio en aproximadamente 4 oportunidades, síntomas persisten por lo cual acude a emergencia del hospital. Antecedentes personales:

Paciente niega consumo de alcohol, tabaco o tóxicos, niega cirugías previas, niega otras patologías.

Antecedentes Ginecológicos: Fecha de última regla: 1 semana antes del ingreso

Funciones vitales: Temperatura: 37° C frecuencia respiratoria: 19 rpm, frecuencia cardíaca: 95 lpm, presión arterial: 110/70 mmHg, saturación de oxígeno: 98%

Examen Clínico:

Piel, anexos y TSC: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no presencia de ictericia

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos

Abdomen: levemente distendido, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, punto de Murphy presente, ruidos hidroaéreos presentes, timpánico a la percusión.

Aparato Genitourinario: No globo vesical

Sistema Nervioso: Glasgow 15/15, No focalización

La impresión diagnóstica fue Colecistitis aguda calculosa. Por lo que se indica NPO, manejo antibiótico, analgesia. Asimismo, se solicita ecografía abdominal, hemograma.

En el hemograma se encuentra leucocitosis, hemoglobina dentro de valores normales, plaquetas dentro de valores normales

En la ecografía abdominal se encuentra vesícula de 10x4cm, pared engrosada 6mm, cálculo de aproximadamente 3 cm en bacinete. Por lo que se solicita riesgo quirúrgico, grupo factor, prueba covid y se indica pase a sala de operaciones.

Se realiza una Colectomía Laparoscópica encontrándose: Vesícula biliar +/- 9x4x1, pared edematosa, bilis fluida, cálculo de aproximadamente 2cm alojado en bacinete y barro biliar. Conducto cístico único anterior y arteria cística posterior.

Paciente pasa a piso de hospitalización donde se continua con analgésicos , ketoprofeno 100mg endovenoso cada 8horas, se prueba tolerancia oral a las 12 horas, paciente tolera bien vía oral, elimina flatos, ambulación sin complicaciones, evolución favorable, sale de alta a las 24 horas pasada la operación. Se le cita por consultorio a los 7 días después de la cirugía.

CASO CLÍNICO #3

Familiar refiere que hace 10 días, paciente varón de 61 años presentó dolor en región escrotal con sensación de alza térmica, que en inicio no dio importancia, luego de 3 días acude a Hospital A. Loayza donde le informan que “no había Urólogo” y dan tratamiento ambulatorio (antibiótico).

Familiar refiere que hace 2 días, paciente se torna delirante con eventos de confusión, además de aumento de dolor en región escrotal con coloración negruzca y salida de secreción purulenta por lo que acude a Emergencia.

Funciones biológicas:

-Apetito: disminuido

-Sed: conservada

-Diuresis: conservada

-Deposiciones: conservada

-Sueño: conservado

Examen clínico:

Presión arterial: 89/50

Frecuencia cardiaca: 83 por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Temperatura: 36.1°C

Saturación de oxígeno: 97%

Paciente en mal estado general, ventila sin dificultad.

Piel y anexos: Fría, diaforética, palidez ++/+++

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no signos peritoneales, timpanismo conservado.

Aparato GU: No globo vesical, se evidencia escroto edematoso, con aumento de volumen y lesión dérmica negruzca de 6x4cm a predominio de escroto derecho.

Región inguinal: Se evidencia lesión de continuidad de 2cm de diámetro por el que emerge secreción purulenta fétida. Sistema Nervioso: confuso y delirante.

La impresión diagnóstica fue Shock séptico punto de partida de partes blandas y Gangrena de Fournier. Por lo que se indica hidratación, manejo antibiótico amplio, analgesia. Asimismo, se solicita hemograma, G-U-C, perfil de coagulación, AGA y e, riesgo quirúrgico, prueba Covid-19 para manejo en área crítica.

En el hemograma se encuentra leucocitosis, hemoglobina dentro de valores normales, plaquetas dentro de valores normales.

Se le realiza una colostomía en asa + limpieza quirúrgica que se extiende hacia flanco derecho, fosa iliaca derecha e izquierda, región inguinal derecha e izquierda, región perineal y testicular.

Paciente pasa a piso de hospitalización donde se continua con analgésicos, antibioticoterapia, protector gástrico, curación diaria, control de funciones vitales y balance hidroelectrolítico.

CASO CLÍNICO #4

Paciente varón de 49 años refiere que hace aproximadamente 3 días, cuadro clínico inicia con dolor a nivel de epigastrio asociado a alza térmica. Con el transcurso de los días se localiza en fosa iliaca derecha. Además, se agrega náuseas y vómitos. Motivo por el cual acude a emergencia.

Funciones vitales: presión arterial:120/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 88 por minuto, frecuencia respiratoria: 18 por minuto, temperatura: 37,3 grados, saturación:98%

Paciente en aparente regular estado general, hidratación y nutrición.

Examen Clínico:

Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor 2 segundos, no edemas
Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, no soplos

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos disminuidos en tono y frecuencia, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+)

Genitourinario: no presencia de globo vesical

SNC: Glasgow 15/15

El diagnóstico planteado es a descartar una apendicitis aguda no complicada. Por lo que se hidrata al paciente, se indica NPO, manejo antibiótico, analgesia. Asimismo, se solicita radiografía de tórax, hemograma, grupo y factor, prueba rápida Covid-19, ecografía abdominal.

Ecografía abdominal: signos ecográficos compatibles con apendicitis aguda.

Hemograma: paciente presenta leucocitosis, hemoglobina normal, plaquetas dentro de valores normales

Hallazgos operatorios: Apéndice cecal de 10x1 cm, necrosada en toda su extensión, base no comprometida, meso corto.

Por lo que se procede a realizar apendicectomía laparoscópica.

Paciente pasa a piso de hospitalización donde se continua con la antibioticoterapia y analgesia, además de tolerancia oral y ambulación obligatoria. Al día siguiente, paciente presenta evolución favorable, no hace fiebre durante hospitalización, tolera bien vía oral, por lo tanto, es dado de alta y se cita por consultorio a los 7 días para retiro de puntos.

I.3 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

CASO CLÍNICO #1

Madre llega a emergencia trayendo a su hijo de 1 mes y medio de nacido, refiriendo que 3 días antes del ingreso presenta rinorrea transparente, estornudos, asimismo refiere que lactante rechaza las tomas de pecho, síntomas persisten, agregándose fiebre de 38 grados, madre nota que lactante presenta tiraje intercostal, sibilancias, horas antes del ingreso se suma cianosis en mucosa peri oral al llanto.

Antecedentes personales: lactante productor de un embarazo de 39 semanas, Apgar adecuado al nacimiento, peso 3000gr, parto vaginal, eutócico, periodo neonatal sin incidencias, alimentación a base de lactancia materna y ablactancia.

Examen físico: Lactante sin presencia de signos de deshidratación, presenta temperatura de 38 grados al ingreso, frecuencia respiratoria 47 respiraciones por minuto, latidos cardíacos 116 latidos por minuto, saturación de oxígeno 94%, a la inspección se observa tiraje subcostal e intercostal, sibilancias espiratorias e inspiratorias con estetoscopio, murmullo vesicular pasa disminuido en bases de ambos hemitórax, se auscultan subcrepitantes difusos, a predominio de bases, cianosis peri oral al llanto.

exámenes auxiliares: leucocitos 11 300 mm³, PCR y procalcitonina dentro de los valores normales, se solicita radiografía de tórax, encontrándose espacios intercostales aumentados de tamaño.

Se diagnostica bronquiolitis, por lo que se indica nebulización con suero fisiológico, paciente pasa a hospitalización, 48 horas después paciente presenta evolución favorable, desapareciendo los tirajes y la cianosis peri oral al llanto, asimismo se auscultan escasos sibilantes difusos y subcrepitantes escasos en base, se prueba tolerancia oral, paciente presenta avidez por lactancia materna, tolera bien vía oral, paciente presenta marcada mejoría, por lo que es dado de alta.

CASO CLÍNICO #2

Niño de 3 años es traído al servicio de emergencia, madre refiere que, desde ayer por la tarde, luego de acudir a una fiesta infantil, paciente presenta deposiciones acuosas sin moco, sin sangre, voluminosas y vómitos en 5 oportunidades de contenido alimenticio siendo el ultimo 2 horas antes del ingreso a emergencia, rechaza alimentos, asimismo presenta sensación de alza térmica, madre nota a niño callado, somnoliento, sediento, por lo que decide traerlo a emergencia del hospital.

Antecedentes personales: no presenta antecedentes de importancia

Signos Vitales: Temperatura: 38° C, Presión Arterial: 120/70 mmHg, Frecuencia

Respiratoria: 23 por minuto, Frecuencia Cardíaca: 115 por minuto

Paciente aspecto deshidratado, febril, decaído o inquieto si lo tocan.

Examen Físico: paciente se encuentra febril, ojos hundidos, mucosas secas, signo del pliegue menor de 2 segundos, somnoliento, responde a estímulos, se encuentra panículo adiposo disminuido, el resto del examen físico normal.

Se plantea como Diagnóstico principal: diarrea acuosa aguda

Con el examen físico y la anamnesis una vez planteado el diagnóstico se plantea los siguientes exámenes complementarios: hemograma, reacción inflamatoria en heces

Hemograma: leucocitos dentro de parámetros normales, hemoglobina dentro de parámetros normales, plaquetas dentro de parámetros normales

Se aplica una ampolla de metamizol como antipirético para bajar la fiebre, se decide indicar hidratación fraccionada, según tolerancia, con sales de rehidratación oral, paciente en las próximas horas tolera mejor vía oral, se nota más lucido, por lo que es dado de alta con indicaciones según método ACREZ.

CASO CLÍNICO #3

Madre llega a emergencia trayendo a su hijo de 2 años con un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por fiebre de 38°C que no cesa ante el uso de paracetamol y una tumoración submaxilar derecha, no dolorosa y fija que aumenta de tamaño conforme pasan los días. Un día antes del ingreso se agrega inyección conjuntival bilateral no exudativa, lengua aframbuesada y exantema en dorso y tórax que desaparece a la digitopresión.

La impresión diagnóstica fue Enfermedad de Kawasaki. Se decide hospitalizar al paciente y pedir hemograma que muestra leucocitosis y plaquetas normales. PCR positivo. El ecocardiograma no mostró alteraciones. Se administró gammaglobulina intravenosa (IGIV) 2 g/kg, en dosis única, lentamente y aspirina dosis inicial 100 mg/kg/día en 3-4 dosis, hasta 48 horas después de que el paciente quedó afebril. Se indicó realizar un nuevo ecocardiograma a la 3era semana.



Figura 1. Enfermedad de Kawasaki en menor de 5 años.

CASO CLÍNICO #4

Madre llega a emergencia trayendo a su hija de 3 años con un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por fiebre de 38°C que cesa ante el uso de paracetamol cada 6 horas. Además, presenta náuseas y vómitos en 2 oportunidades y dolor lumbar.

Examen físico: Niña de 3 años sin presencia de signos de deshidratación, presenta temperatura de 38 grados al ingreso, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto, latidos cardiacos 85 latidos por minuto, saturación de oxígeno 99%. Se le realiza puño percusión y es positivo en el lado derecho. Se le indica examen de orina, urocultivo y hemograma.

Exámenes auxiliares: En el examen de orina se muestra > 10 leucocitos por campo. En el hemograma se evidencia leucocitosis y hemoglobina dentro de los parámetros adecuados.

Como tratamiento se le indica Nitrofurantoína 5mg/kg/día por 7 días. Recoger el resultado de urocultivo a los días.

I.4 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

CASO CLÍNICO #1

Paciente mujer de 58 años con un tiempo de enfermedad de dos días refiere que cuadro clínico inicia con dolor, enrojecimiento y aumento de tamaño en miembro inferior derecho. Hace un día se agrega fiebre por lo que acude al servicio de Emergencia de este nosocomio.

Funciones vitales: presión arterial:120/80 mmHg, frecuencia cardiaca: 85 por minuto, frecuencia respiratoria: 18 por minuto, temperatura: 37,3 grados, saturación 98%

Paciente en aparente regular estado general, hidratación y nutrición.

Examen Clínico:

Piel: Miembro inferior derecho presenta aumento de volumen, enrojecimiento y dolor.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, no soplos

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. Ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: no presencia de globo vesical

Sistema nervioso central: Glasgow 15/15

El diagnóstico planteado es a descartar una celulitis. Por lo que se indica hemograma, PCR y prueba covid-19.

Hemograma: paciente presenta leucocitosis, hemoglobina normal, plaquetas dentro de valores normales.

Por lo que el paciente pasa a hospitalización donde se indica antibioticoterapia con doxiciclina 100mg cada 12 horas por 7 días.

CASO CLINICO #2

Varón de 45 años, trabajador de la construcción. Acude por evolución tórpida de lesión en primer dedo del miembro inferior izquierdo que había sido tratada en su centro de atención primaria. El paciente tenía mal control de las glucemias y llevaba el tratamiento antidiabético de forma caótica. No fumador, no dislipemia.

Acude al Servicio de Urgencias del Hospital por empeoramiento del cuadro clínico con fiebre y deterioro del estado general.

La impresión diagnóstica es pie diabético.

En el estudio analítico presentaba una leucocitosis elevada con desviación izquierda, discreta anemia, aumento de la VSG, aumento de PCR, deterioro de función renal, deterioro del estudio de coagulación, es decir, una afectación sistémica.

En la exploración vascular presentaba pulsos positivos a todos los niveles en ambos miembros inferiores, lo que nos indicaba que no existía obstrucción vascular arterial. Así mismo presentaba secreción purulenta a través de fístula en el primer dedo y lesión necrótica del 2º dedo de dicha extremidad, con colección en la planta del pie y celulitis del antepié.

En la urgencia se inició tratamiento antibiótico y drenaje de la colección y pasó a planta. En el estudio de RMN del pie se evidenció signos de osteomielitis del primer dedo y colección en planta del pie. Una vez que el estado general y los parámetros analíticos mejoraron, el paciente fue llevado a quirófano donde se realizó una amputación transmetatarsiana de primer dedo y limpieza de las cavidades que tenía en el pie.

Posteriormente en planta se realizaron curas diarias durante dos semanas, hasta que el lecho de amputación tuvo buen tejido de granulación y fue enviado a casa para continuar las curas ambulatorias.

CASO CLÍNICO #03

Paciente de 22 años, de sexo femenino, estudiante de ocupación, acude al Servicio de Urgencias por presentar de dolor intenso (9/10) izquierdo de tipo en flanco izquierdo cólico irradiado a hipogastrio y disuria, polaquiuria de 3 días de evolución. Asimismo, refiere malestar general, escalofríos y fiebre cuantificada de hasta 39º C, por lo que decide acudir a emergencia del hospital.

Antecedentes personales:

Infecciones urinarias recurrentes

Niega consumo: alcohol, tabaco, drogas

Antecedentes Ginecológicos: FUR: 2 semanas antes del ingreso

Funciones vitales: Presión Arterial: 110/70 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 123 por minuto, Frecuencia Respiratoria: 22 por minuto, Temperatura: 39º C, Saturación: 97%

Paciente consciente orientado, febril e hidratado.

Examen Físico:

Piel, anexos y TSC: Caliente, hidratada, elástica, llenado capilar <2”

Aparato Respiratorio: Murmullo Vesicular conservado

Aparato Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, buena intensidad

Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación en abdomen inferior.

Aparato GU: No presenta globo vesical, puntos ureterales positivos.

Región Lumbar: Puño percusión positiva izquierda. Extremidades: No alteraciones. No edema, pulsos distales presentes

Sistema Nervioso: Glasgow /15. Sin alteraciones, orientada

Se plantea como diagnostico presuntivo: Pielonefritis aguda

Diagnóstico diferencial: Pielonefritis y Enfermedad pélvica inflamatoria

Con el examen físico y la anamnesis, una vez planteado los diagnósticos presuntivos, se solicita pruebas complementarias.

Hemograma: leucocitos 14.000, a predominio de Polimorfonucleares con desviación a la izquierda, Hb 13,6 g/dl

Análisis de orina: hemoglobina +, nitritos positivos, piuria, hematíes 10-25 por campo, células epiteliales 6 por campo.

Se le solicita una ecografía abdominal y radiografía con características normales.

Con lo encontrado se decide hospitalizar a la paciente y se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 g y metamizol 1G por Vía Endovenosa. Tuvo buena evolución tras 24h en observación. Se le da de alta con tratamiento en casa ciprofloxacino 500 mg cada 12h (7 días) y paracetamol 1 g cada 8h.

CASO CLÍNICO #4

Paciente varón de 58 años, obrero de ocupación, acude al servicio de urgencias debido a que aproximadamente 3 días presenta dolor (9/10) por las mañanas, que no puede usar calzado, el uso de medias le genera un ardor demasiado intenso, incluso sin mover alguno de los miembros inferiores.

Antecedentes personales:

Refiere que ha presentado en múltiples ocasiones episodios similares, pero calman con reposo y analgésicos. Hace 1 mes atrás tuvo episodio similar pero que le afecto tobillos, de duración 1 semana y media y con el uso de Diclofenaco, se fue limitando

Hábitos Tóxicos: Fumador 1-2 cajetillas por 6 meses, Consumidor habitual de alcohol más de 1 caja de cerveza los fines de semana. Niega consumo de drogas

Antecedentes Patológicos:

HTA hace 8 años con Hidroclorotiazida 25mg

Dislipidemia tratada con atorvastatina 40mg

Signos Vitales: Temperatura: 37, 5° C, Presión Arterial: 145/88 mmHg,

Frecuencia Respiratoria: 80 por minuto, Frecuencia Cardíaca: 86 por minuto

Paciente vigil, orientado en tiempo y espacio, sin signo de foco, febril,

Examen Físico

Piel, anexos y TSC: Tibia, turgencia, llenado capilar < 2"

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular conservado

Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos

Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin alteraciones

MMSS: Presencia de tofos en codo derecho.

MMII: 1° articulación metatarsiana edematosa, dolor a la palpación superficial, motilidad pasiva y limitada de falanges del mismo miembro; resto del miembro conservada

Sistema Nervioso: Glasgow /15. Sin alteraciones, orientada (T/E/P)

Se plantea como diagnóstico presuntivo: Gota

Diagnóstico diferencial: Pseudogota y Artritis reumatoide

Con el examen físico y la anamnesis, una vez planteado los diagnósticos presuntivos, se solicita pruebas complementarias: Artrocentesis con análisis de líquido sinovial.

Artrocentesis: Glóbulos blancos > 2000/ml a predominio PMN; los cristales de urato monosódico confirman el diagnóstico

Hemograma: se encuentra leucocitosis, a predominio de neutrófilos, PCR y VSG elevado, ácido úrico 8mg/dl

Ultrasonido: detecta tofos

Con lo encontrado se decide iniciar el tratamiento con Colchicina 3mg/día, naproxeno, dieta, cambio de antihipertensivo a enalapril, paciente mejora y es dado de alta, con cita por consultorio externo.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

II. 1 Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es un nosocomio de tercer nivel de atención (categoría III-1) que se fundó hace 80 años y se ubica en la Región del Callao. Esta categoría se les asigna a aquellas instituciones que brinda atención de salud con la finalidad de recuperar la confianza y satisfacción de nuestros pacientes mejorando la calidad de vida con eficiencia y calidad, contando con un equipo humano calificado que desarrolla actividades de docencia e investigación

El nosocomio cuenta con 565 camas para hospitalización, 01 amplio y moderno servicio de Emergencia con Unidad de Shock Trauma, 109 consultorios Externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Odontoestomatología, 01 Unidad de Cuidados Intensivos, 01 Unidad de Cuidados Intermedios, 01 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 01

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 05 Salas Quirúrgicas Electivas y 03 Salas de Emergencia, 01 Unidad de Quemados, 01 Moderno Departamento Oncológico, y una Unidad de Neurointervencionismo de última generación, 01

Servicio de Preventorio (Centro de Prevención y Detección del Cáncer y otras Enfermedades), un moderno servicio de Gineco-Obstetricia y un nuevo sistema de atención denominado Hospital de día.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación de Gineco-Obstetricia

En el caso 1 tenemos a una mujer en edad reproductiva, sexualmente activa, que presenta factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica como múltiples parejas sexuales, no usar anticonceptivos orales, presenta cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal bajo con fiebre, cuándo llega a emergencia se hace un examen físico dirigido y se encuentra masa dolorosa en fosa iliaca derecha y dolor a la movilización cervical, por lo que se debe descartar una enfermedad inflamatoria pélvica, para ello usamos los criterios de Hager.

Criterios mayores:

- Historia o presencia de dolor de hemiadomen inferior
 - Dolor a la movilización cervical en la exploración
 - Dolor anexial en la exploración abdominal
 - Historia sexual en los últimos meses
 - Ecografía no sugestiva de otra patología

Criterios menores:

- Temperatura mayor 38 grados
- Leucocitos mayor 10 000
- VSG incrementado
- Tinción Gram

Para Hager el diagnostico de enfermedad inflamatoria pélvica se realiza con 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores, en el caso de la paciente se diagnostica una enfermedad inflamatoria pélvica, ya que cuenta con cuatro criterios mayores y dos menores.

Asimismo, se debe clasificar el estadio, ya que en ello basamos el tratamiento, para ello usamos los estadios de Monif.

- Grado I: salpingitis aguda bilateral sin peritonitis, en la clínica podremos ver un dolor abdominal bajo en hipogastrio con mayor frecuencia
- Grado II: salpingitis aguda, ooforitis y pelviperitonitis, donde podemos encontrar dolor a la movilización cervical
- Grado III: Salpingitis aguda, pelviperitonitis y se aumenta la presencia de masa dolorosa anexial.
- Grado IV: Peritonitis generalizada

Paciente cuando ingresa a emergencia aparentemente es un estadio III, pero en el transcurso de la atención, se convierte en estadio IV haciendo una peritonitis difusa, paciente entra a sala de operaciones inmediatamente, paciente tolera bien procedimiento quirúrgico, a los días se le da de alta y se cita a consultorio para seguimiento.

En el caso 2 tenemos una paciente mujer, postmenopáusica, que presenta antecedente de infección urinaria y al momento de ingreso al hospital presenta flujo vaginal, asimismo no refiere conductas sexuales de riesgo. En este caso la paciente se estudia enfocándose en el diagnóstico de flujo vaginal, por lo que se realiza una especuloscopia, visualizándose el flujo grisáceo mal oliente y atrofia vaginal, es por ello por lo que el diagnóstico diferencial se hace entre vaginosis y vaginitis por tricomonas, es por ello por lo que se realiza exámenes de ayuda diagnóstica, considerando los criterios para diagnóstico de vaginosis.

- PH alcalino mayor de 4,5
- Presencia de más del 20% de clue cells
- Test de aminas positivo.

Con lo que se confirma diagnóstico y se usa el esquema recomendado a base de metronidazol, en diversos estudios se vio que hay una menor eficacia en el tratamiento con una sola dosis de metronidazol 2 gramos, por lo que se recomienda un esquema ampliado a 7 días con metronidazol 500mg cada 12 horas.

En el caso 3 tenemos una candidiasis vulvovaginal que es una infección de vulva y vagina causada por un hongo llamada cándida. Este hongo tiene

distintas especies y la más frecuente es la Albicans que se aísla en el 90% de los cultivos. ¿Por qué es tan frecuente la enfermedad? Se cree que, en las mujeres, el 75% va a tener al menos un episodio de candidiasis en su vida y de este grupo, el 50% recurre una vez. Los síntomas son prurito dolor y quemazón vulvar. Los signos son flujo patológico como leche cortada, eritema y edema de la zona vulvar con mucha molestia y dolor. El cultivo hará el diagnóstico de preferencia donde veremos si estamos en presencia de candidiasis y que tipo es para dar el tratamiento. Dentro del tratamiento hay 3 pilares: medidas higiénico-dietéticas (no utilizar jabón de tocador, ropa ajustada, interior de algodón), medidas locales (evitar inflamación y flujo con óvulos de 3-6 días y corticoides tópicos) y tratamiento vía oral (fluconazol única dosis).

En el caso 4 tenemos a una paciente que presenta condilomas que son verrugas que se desarrollan en relación con una infección por el virus del papiloma humano de bajo potencial oncogénico y se pueden desarrollar a nivel de todo el aparato genital femenino y masculino y también a nivel del ano, dentro del canal anal o en la piel perianal de forma localizada o difusa. Su tratamiento es variable, no hay evidencia clara de cuál sea el mejor. Puede ser tópico (aplicación de cremas) o quirúrgicos (ablación quirúrgica con infrarrojos). Generalmente los tópicos son tratamientos largos con una baja tolerabilidad de los pacientes mientras que los quirúrgicos son más rápidos y eficacia inmediata.

III.2 Rotación de Cirugía General

En el caso 1 podemos ver a un paciente de sexo masculino sin antecedentes de importancia que presenta dolor abdominal de 5 días de evolución, este dolor en el transcurso de los días fue migrando a fosa iliaca e incrementando de intensidad, asociándose a náuseas y vómitos, al ingresar a emergencia en el examen físico encontramos la palpación de una masa en fosa iliaca derecha con signos peritoneales, por lo que es necesario en este paciente descartar el diagnóstico de apendicitis aguda complicada, por lo cual usamos la escala de Alvarado:

- Dolor migratorio a cuadrante inferior derecho
- Anorexia

- Náuseas o vómitos
- Mc Burney presente
- Dolor al rebote
- Fiebre
- Leucocitosis mayor a 10 000
- Desviación izquierda

Sabemos que los que brindan 2 puntos son la presencia de dolor en cuadrante inferior derecho o Mc Burney y la leucocitosis, los demás parámetros brindan solo 1 punto, por lo tanto, este paciente tenía 8 puntos. Asimismo, la escala de Alvarado nos ayuda a saber cuál va a ser el manejo cuando el paciente ingresa a emergencia:

- 1-3 puntos: se descarta el diagnóstico de apendicitis, se debe buscar otros diagnósticos
- 4-6 puntos: diagnóstico aún no está definido, es necesario una tomografía para confirmar
- Mayor de 7 puntos: se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda, se realiza apendicetomía.

El diagnóstico de apendicitis aguda se confirma, pero todavía existe la sospecha de que tenga un plastrón apendicular, porque tiene 5 días de evolución de la enfermedad y se encuentra masa en fosa iliaca derecha, por lo que se realiza una ecografía abdominal, donde se puede observar plastrón apendicular. El plastrón no suele operarse, suele darse antibioticoterapia y pasadas las 4 a 6 semanas recién se haría una apendicetomía diferida, en este caso el paciente presenta signos de peritonitis por lo que era necesario operarlo de emergencia, paciente tolera bien la operación, evoluciona bien, y es dado de alta en los próximos días.

En el segundo caso tenemos a una paciente joven, que refiere que después de comer presenta dolor en hipocondrio derecho, que no calma con analgésicos y se le agrega náuseas y vómitos, por lo que lo primero que se debe hacer es un diagnóstico diferencial entre cólico biliar y colecistitis aguda. El cólico biliar se presenta por una contracción intensa de la vesícula para secretar bilis, este suele estar precedida a comidas abundantes en grasas y proteínas, el dolor en el cólico biliar dura menos de 6 horas y calma con

analgésicos, asimismo no encontraremos punto de Murphy presente, por lo tanto, este cuadro no requerirá mayor tratamiento.

La colecistitis aguda es producida por cálculos en la vesícula, se caracteriza por dolor persistente mayor a 6 horas, que no calma con analgésicos, presenta síntomas generales como fiebre, y punto de Murphy presente

Asimismo, se usa los criterios de Tokio 2018 para el diagnóstico de colecistitis aguda.

- Signos locales de inflamación: signo de Murphy, masa, dolor, hipersensibilidad en cuadrante superior derecho
- Signos sistémicos de inflamación: fiebre, PCR, leucocitosis
- Imágenes: ecografía abdominal, gammagrafía

Por lo tanto, se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda, se le programa a sala al paciente, tolerando bien la operación, presenta buena evolución, por lo que es dado de alta.

En el caso numero 3 tenemos un paciente con gangrena de Fournier, es una infección grave de la piel, es un ejemplo de una infección necrotizante en la que la piel y el tejido subyacente empieza a morir, por lo que se considera una emergencia médica dentro de las 72 horas al desarrollo de los síntomas iniciales de enrojecimiento y dolor. El paciente puede morir si es que no se le proporciona tratamiento. La causa de la gangrena de Fournier suele ser una infección subyacente como una del tracto urinario donde las personas con sistemas inmunitarios comprometidos y enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus tienen más probabilidad de desarrollar la enfermedad. Los signos de alerta temprana incluyen enrojecimiento y dolor en la ingle junto con hinchazón. El paciente también puede experimentar una sensación de tensión causada por el estiramiento de la piel a medida que los tejidos en los genitales empiezan a hincharse. Si se permite que la gangrena progrese, el tejido infectado comenzará a morir. La infección puede entrar en el torrente sanguíneo, lo que lleva a una infección bacteriana sistémica y puede ser fatal si no se trata. Una vez que la infección entra al torrente sanguíneo, se vuelve mucho más difícil de tratar. Los tratamientos incluyen medicamentos para tratar la infección como antibióticos agresivos de alto espectro y también se necesitará cirugía para extirpar tejido muerto infectado. Si este tejido se deja

en el lugar, la infección puede dañar los genitales y potencialmente propagarse a otras partes del cuerpo. En cirugía, el médico extirpa la mayor cantidad de tejido no saludable, esto puede cambiar la forma y el aspecto de los genitales lo que lleva a la necesidad de una cirugía reconstructiva después de que el paciente se recupere. Por eso la intervención temprana puede preservar los genitales, además de, reducir el riesgo de desarrollar complicaciones graves.

En el caso número 4 tenemos a un paciente con apendicitis aguda no complicada. Es una enfermedad común en la población en general maso menos 1 de cada 6 personas lo va a padecer en su vida. Un 18% de la población presentará esta enfermedad. Es una de las enfermedades quirúrgicas que más frecuentemente se ve. Es común ver personas que se encuentran previamente bien y de forma súbita presentan un dolor abdominal que inicia en la parte alta del abdomen de forma insidiosa y con el pasar de las horas, el dolor migra hacia la fosa iliaca derecha y se vuelve muy preciso en la ubicación a diferencia del dolor inicial que es difuso y generalizado. Se acompaña de ausencia de apetito, náuseas y vómitos al igual que fiebre. Esta clínica ocurre ya que se obstruye la luz del apéndice y este se empieza a inflamar. Se pone rojo y turgente conforme aumenta el volumen en su interior. Así es una apendicitis inicial, cuando se encuentra edematoso e inflamado. El tratamiento quirúrgico es rápido y efectivo, el paciente se va en 24hrs a casa. Conforme va pasando el tiempo y hablamos de un lapso de unas 24-48hrs, el apéndice que no puede vaciar su contenido continúa inflamándose, y esta inflamación genera cambios donde la circulación no puede irrigar de forma adecuada el apéndice, por lo tanto, se comienza a gangrenar. Esta es una etapa intermedia que es controlable porque el contenido fecal aún no ha entrado a la cavidad abdominal (está contenido dentro de la víscera) pero pasado las 48 hrs aproximadamente, el apéndice se puede perforar y genera una contaminación importante en la cavidad abdominal. La defensa natural es mandar glóbulos blancos, se forma material purulento que en ocasiones puede formar colecciones de pus y formar una peritonitis generalizada y definitivamente cambia el pronóstico del paciente.

III.3 Rotación de Pediatría

El primer caso es de una bronquiolitis. Es una patología frecuente en lactantes menores de 2 años, esta suele presentarse como primer episodio de tos con sibilancia en este grupo etario, suele estar precedido de un cuadro de catarro, la causa más frecuente es viral, el virus sincitial respiratorio, esta también se relaciona a estaciones con baja temperatura (1).

En el caso clínico podemos utilizar la escala de Bierman y Pierson donde utilizaremos las variables:

- Frecuencia respiratoria
- Sibilancias
- Retracciones
- Cianosis

En este caso el paciente presenta una puntuación de 7 puntos, lo que lo catalogaría como un episodio de moderada gravedad.

El tratamiento en estos pacientes es el soporte ventilatorio si así lo requieran, según la norma técnica del MINSA, se le administra soporte ventilatorio a los pacientes que saturan menos de 92% y vivan a menos de 25000 metros sobre el nivel del mar o menos de 85% si viven por encima de 2500 metros sobre nivel del mar.

Asimismo, se recomienda la hospitalización en pacientes que presenten dificultad respiratoria marcada, tirajes marcados, apnea, inadecuada tolerancia oral o empeoramiento de sintomatología. El paciente del caso presenta criterios de hospitalización, aunque la mejora es marcada y en corto tiempo, es importante que en todo paciente con bronquiolitis se haga el acrónimo FALTAN.

- Fiebre: administrar antipiréticos para controlar la fiebre
- Alimentación: iniciar alimentación lo más pronto posible
- Líquidos: incrementar el volumen de líquidos o ingesta de lactancia materna.
- Tos: no administrar antitusígenos
- Alarma: identificar signos de alarma: dificultad para respirar, no tolerancia oral a pesar del tratamiento
- Nariz: en lo posible mantener limpia las fosas nasales

Paciente no presenta criterios para recibir soporte oxigenatorio, paciente debe ser vigilado por medio de la medición de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, ya que puede tener complicaciones como atelectasia que alargan el proceso de hospitalización, paciente tuvo buena mejoría y tolero vía oral, por lo que se dio de alta explicando a madre signos de alarma.

En el segundo caso tenemos un paciente que presenta diarrea acuosa sin moco, sin sangre, que presenta signos de deshidratación moderada, es necesario clasificarlo, para que pueda recibir el tratamiento indicado según tipo de deshidratación.

Sin signos de deshidratación:

- Despierto
- Ojos no hundidos
- Sed normal
- Signo del pliegue menor de 2 segundos
- Mucosas húmedas
- Lágrimas presentes

Con signos de deshidratación leve a moderada:

- Irritable
- Ojos hundidos
- Avidez por líquidos
- Signo del pliegue menor de 2 segundos
- Mucosas secas
- Lágrimas escasas

Con signos de deshidratación grave:

- Dormido
- Ojos muy hundidos
- No presencia de sed
- Signos del pliegue mayor de 2 segundos
- Mucosas muy secas
- Lágrimas ausentes

En este caso el paciente entra dentro de la clasificación de una deshidratación moderada, por lo tanto, es debería recibir el plan de tratamiento tipo B, este se realiza en emergencia con sales de rehidratación oral de 50-100 cc /kg, de

forma fraccionada, probando tolerancia oral en el niño. Una vez hidratado y estable el niño, es dado de alta con el plan ACRE que incluye (2)

- A: Aumento de líquidos
- C: continuar alimentación
- R: se le explica y se le ayuda a la mama a reconocer signos de alarma
- E: evitar nuevos episodios de diarreas

Se aplica el método ACRE haciendo énfasis en la hidratación y reconocimiento de signos de alarma.

En el tercer caso tenemos a la enfermedad de Kawasaki que es la inflamación de todos los vasos del organismo (vasculitis) y se produce sobre todo en niños de 6 meses y 5 años. En los países del extremo oriente indican una incidencia de 90-100 casos por cada 100 000 niños. Sin embargo, en nuestro entorno es menor. Esta enfermedad se produce como una reacción a una infección viral. Es una reacción exagerada, una reacción anormal de nuestro sistema inmunológico que produce una inflamación generalizada de las arterias y venas de todo el cuerpo de pequeño y mediano calibre. Los síntomas que produce son fiebre alta que dura aproximadamente 7-10 días (prolongada) y se acompaña de problemas dermatológicos como exantema a nivel de palmas y manos, además de, tronco y extremidades, inyección conjuntival sin secreciones, adenopatías sobre todo a nivel del cuello. El tratamiento de esta enfermedad es gammaglobulina más aspirina en dosis altas que son antiinflamatorias. La respuesta es buena y la mayor parte se curan prácticamente sin secuelas. Pero 1 de cada 5 niños que padecen esta enfermedad, van a producir a nivel de las arterias coronarias unas dilataciones que se llaman aneurismas. Estas dilataciones de las coronarias que se van a producir pasada la fase aguda, transcurren de forma asintomática, pero en ocasiones en el proceso de cicatrización de esta inflamación de la pared de los vasos se van a producir unas obstrucciones que hará que los niños cuando cumplan 10 años presenten enfermedades como los adultos, es decir, angina o hasta infarto agudo de miocardio (cardiopatía isquémica) por ello es importante realizarse un ecocardiograma periódicamente.

En el cuarto caso tenemos a la infección del tracto urinario que no difiere a la del adulto. El germen más frecuente es la *Escherichia coli*, a excepción de los

primeros meses de vida es más frecuente en los niños y luego es más frecuente en las niñas al igual que en los adultos. En las pielonefritis agudas, la clínica es insidiosa tanto en los neonatos y lactantes ya que existirá rechazo del alimento, febrículas o hasta síndrome febril que no se acompaña con nada. Una vez que se diagnostica la infección del tracto urinario sobre todo en un lactante, además de ponerle un antibiótico y curarle la infección, hay que verificar si es que la infección no ha dejado alguna cicatriz en el riñón. Por eso se le toma una ecografía abdominal y luego una cistouretrografía miccional seriada que indicaría la presencia de reflujo vesical (grado 1, 2 y 3 resuelve espontáneamente). Actualmente los nefrólogos indican que la CUMS irradia mucho, por ello, a los 6 meses se debe realizar la gammagrafía renal cortical con DMSA y ver si hay cicatrices renales.

III.4 Rotación de Medicina Interna

En el primer caso tenemos a una celulitis que es una infección aguda piógena de la piel y los tejidos blandos que produce gran morbilidad y graves gastos al sistema de salud en todo el mundo (3).

La localización más frecuente de la celulitis es en miembros inferiores (pantorrilla). Ectoscópicamente se convierte de un tejido liso plano blanco en un cuadro infeccioso. Estos gérmenes pueden pasar a la sangre sobre todo si el sistema inmunológico está comprometido provocando una septicemia. Los síntomas son enrojecimiento, rubor, calor (porque los vasos sanguíneos se dilatan, por ello, hay hiperemia y congestión), dolor, edema y fiebre. El último síntoma indicaría que los gérmenes están disparándose a la circulación general. En el caso presentado se decidió no hospitalizar al paciente y hacer un tratamiento en domicilio con doxiciclina por 7 días. Cabe resaltar que debe estar en constante monitoreo ya que podría convertirse en celulitis hemorrágica que es una fase previa a la fascitis necrotizante que quiere decir que la infección ha pasado el tejido celular subcutáneo y ha llegado al músculo.

El segundo caso es un pie diabético que es una enfermedad silenciosa que se produce como complicación de la diabetes cuando los niveles de glucosa en la sangre se mantienen elevados. Mucha gente que es diabética cree que tiene un pie diabético, pero no es así. Un paciente diabético que controla bien

su enfermedad manteniendo los niveles de glucosa adecuado no tiene por qué complicarse con un pie diabético. Se denomina así a la infección, ulceración o destrucción del tejido profundo del pie asociado con neuropatía en personas con diabetes. La neuropatía es el daño de los nervios de las piernas consecuencia de la hiperglicemia crónica. Puede ser sensorial donde el paciente no llega a sentir su pie y no reconoce pequeños traumas que puede estar ocurriendo. Por otro lado, se produce una neuropatía motora que lleva a la atrofia de los músculos y deformaciones del pie. Estos cambios aumentan la presión en algunas zonas de apoyo sobre las prominencias óseas. Por último, se produce una neuropatía autonómica produciendo que la piel se reseque y provoque fisuras que se convierten en úlceras. Debido a que los pacientes diabéticos desarrollan enfermedad vascular periférica que produce obstrucción del flujo sanguíneo de las arterias que irrigan el pie, la cicatrización esta retardada y se favorece la infección de las úlceras. La infección puede llegar hasta el hueso que ocasionaría la amputación. El manejo de los pacientes con pie diabético es complejo y se basa en el control de cada factor de riesgo y se logra mediante un equipo multidisciplinario (endocrinólogo, neurólogo, traumatólogo, cirujano vascular, infectólogo).

En el caso tres tenemos una paciente de sexo femenino en edad reproductiva, que presenta los síntomas característicos de presentar una infección de tracto urinario bajo, días después se agrega síntomas generales, por lo que se sospecha que se haya complicado con una infección urinaria alta, asimismo la paciente presenta puño percusión positiva izquierda, lo refuerza la sospecha diagnóstica.

Se solicita exámenes auxiliares como ecografía y radiografía, por el antecedente de infecciones urinarias a repetición, en busca de dilatación de cálices o cálculos radiopacos que se puedan apreciar en los exámenes, también se solicita examen de orina, donde vemos hallazgos típicos de pielonefritis, entre ellos tenemos a la piuria y a los nitritos presentes, el hemograma con desviación a la izquierda es sugestivo de un foco infeccioso (4).

El tratamiento de elección en estos casos es aplicar una cefalosporina de tercera generación, la más usada es ceftriaxona 1g por día, luego el paciente

se va de alta con fluoroquinolonas para cubrir espectro de E. Coli que es la etiología más frecuente.

En el caso 4 tenemos a un paciente que presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor por brotes, de similares características, paciente al llegar a consulta, refiere que no se había hecho diagnóstico, que tampoco acudía a hospital porque calmaba con analgésicos. En el examen físico encontramos tofos, afección de la primera metacarpofalángica con signos de flogosis y dolor, lo que nos orienta a pensar en un estadio crónico-reagudizado de gota. En este paciente es importante los factores de riesgo como:

- Consumo de alcohol
- Medicación con tiazidas
- Hiperlipidemia
- Hipertensión

En los exámenes de laboratorio nos ayuda los valores de ácido úrico por encima de 6,8 mg/dl, el aumento de leucocitos a predominio de neutrófilos y de reactantes de fase aguda apoyan al diagnóstico. El diagnóstico definitivo lo hace la Artrocentesis, donde se encuentra líquido inflamatorio, con cristales compatibles con gota.

El tratamiento se basa en tratamiento del brote con analgésicos, dependiendo de la complejidad del dolor, en este caso el paciente necesita de analgésicos tipo AINES y colchicina a dosis alta, para disminuir el dolor, paciente mejora cuadro, se hace hincapié en los cambios en el estilo de vida, y se deja alopurinol para evitar recurrencia (5).

CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico que inició el 1 de enero del 2020 y terminaba el 31 de diciembre del mismo año, por circunstancias referente a la pandemia producida por el virus Sars-Cov 2 o también llamado COVID 19, nuestras actividades fueron suspendidas y fuimos retirados del hospital, retornando a nuestras actividades 5 meses después, se estableció un cronograma, el cual redujo las rotaciones a 2 meses, 15 días por mes, reduciendo las horas y guardias programadas, asimismo se limitó el acceso a áreas COVID.

Los internos del hospital se enfrentaron a las distintas carencias del hospital, a una casuística distinta de pacientes, dentro de los cuales muchas veces, tenían alteraciones en el aparato respiratorio, se enseñó sobre el manejo de la oxigenoterapia en estos pacientes, así como la estabilización y rápido diagnóstico de enfermedades más frecuentes. También se pudo ver un resurgimiento de enfermedades crónicas descompensadas por la cuarentena y falta de atención en los servicios de salud, debido a la pandemia.

Muchas áreas del hospital dejaron de trabajar, como consultorio externo, se hizo una división entre áreas COVID y no COVID, limitando el número de pacientes que el interno atendía, al igual que se restringió el ingreso a los internos a sala de operaciones y áreas críticas como UCI (6).

Durante esta etapa los internos de medicina se encuentran expuestos a condiciones que no son las ideales debido al riesgo de contagio por COVID-19, exponiendo también a su familia, asimismo se encuentra expuesto a accidentes laborales. La pandemia por COVID-19 hace evidente la precariedad que se presenta en el sistema de salud del Perú, asimismo demuestra que no estamos preparados para afrontar una situación como la pandemia producida por Sars-cov2.

Para concluir los internos 2020, son la primera promoción en tener un internado con estas características, esto representa una experiencia única, en la cual se adquirieron distintas destrezas que servirán para el año de Servicio Rural Urbano Marginal.

CONCLUSIONES

1. El internado de pregrado resulta una práctica indispensable para que los alumnos apliquen, integren y consoliden los conocimientos adquiridos durante los ciclos previos, a través de su evolución histórica, ha permitido el despliegue de las competencias básicas para ejercer la práctica clínica y en los últimos años se ha prestado atención al reconocimiento de los problemas en el medio en que se desenvuelve el hombre.

RECOMENDACIÓN

1. Se recomienda a las instituciones de prestadoras de salud, que tienen internos a su disposición, continuar respetando el decreto de urgencia N°090-2020, para salvaguardar el correcto aprendizaje y salud del interno de medicina.
2. Se recomienda que se brinde de equipos de protección personal y pruebas rápida COVID mensuales, para los internos de la siguiente promoción, que continúen con esta labor.
3. Debe implementarse más horas académicas, en las cuales el interno interactúe con sus residentes y asistentes, en las cuales deban las últimas guías de práctica clínica.
4. Es importante resaltar la labor del interno de medicina, durante la pandemia, la situación en la que se encuentra expuesto, asimismo se debe tratar de brindar la mayor cantidad de conceptos que lo ayuden a sobre llevar el año de servicio rural.

FUENTES DE INFORMACION

1. Caputo GM, Cavanagh PR, Ulbrecht JS, Gibbons GW, Karchmer AW.
2. Assessment and management of foot disease in patients with diabetes. N Eng J Med 1994; 331:854-60.
3. Levin ME. Foot lesions in patients with diabetes mellitus. Endocrinol Metab Clin North Am 1996; 25:447-61.
4. Garrison MW, Campbell RK. Identifying and treating common and uncommon infections in the patient with diabetes. Diabetes Educ 1993; 19:522-29.
5. Coulthard MG, Lambert HJ, Vernon SJ, Hunter EW, Keir MJ, Matthews JN. Does prompt treatment of urinary tract infection in preschool children prevent renal scarring: mixed retrospective and prospective audits. Arch Dis Child. 2014;99(4):342-7.
6. Finnell SM, Carroll AE, Downs SM, and the Sub Subcommittee on Urinary Tract Infection. Technical Report-Diagnosis and management of an initial UTI in febrile infants and young children. Pediatrics. 2011;128: e749-e770.