



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NAVAL
Y LANFRANCO DURANTE EL 2020 - 2021**

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

**PRESENTADA POR
YARIXA YEMIKO CARDENAS KAWASAKI
VALERIA ANDREA HUAPAYA ATAHUE**

ASESOR

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NAVAL Y LANFRANCO DURANTE EL 2020 - 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

YARIXA YEMIKO CARDENAS KAWASAKI

VALERIA ANDREA HUAPAYA ATAHUE

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. María Santibáñez Gutiérrez

Miembro: M.C. Mario Heins León Florián

Miembro: MG. Yanire Paty Macedo Alfaro

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar por guiar nuestros caminos a esta carrera tan maravillosa como es la medicina humana y acompañar nuestros pasos y decisiones; a nuestros Padres, que nos enseñaron a nunca rendirnos y a servir desinteresadamente, quienes nos apoyaron durante este camino largo que escogimos y que con palabras de aliento y amor nos levantaron cuando tropezamos. Porque sin ustedes no hubiese sido posible este logro.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vii
Abstract	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Casos clínicos	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	1
1.2 Rotación de Ginecología y obstetricia	4
1.3 Rotación de Cirugía general	5
1.4 Rotación de Pediatría y neonatología	7
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	10
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	12
III.1 Discusión de casos clínicos	12
3.1 Rotación de Medicina Interna	12
3.2 Rotación de Ginecología y obstetricia	18
3.3 Rotación de Cirugía general	23

3.4 Rotación de Pediatría y neonatología	27
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
FUENTES DE INFORMACIÓN	43
ANEXOS	48
1. Clasificación de la celulitis: leve, moderada-grave	49
2. Principales factores de riesgo para Tuberculosis resistente	50
3. Escala de Glasgow	50
4. Adenopatía por arañazo de gato	51
5. Tratamiento antibiótico de elección para faringoamigdalitis estreptocócica	52
6. Dosificación de medicamentos antituberculosos de primera línea	53
7. Reacciones adversas a medicamentos antituberculosos	53
8. Criterios de severidad según tomografía	54
9. Criterios de Marshall	54
10. Score de BISAP	55
11. Clasificación de Nyhus	55
12. Escala de Alvarado para el diagnóstico clínico de apendicitis aguda	56
13. Indicadores en el hemograma de sepsis neonatal	56
14. Evaluación de la deshidratación en la niña o niño	57
15. Tratamiento por enfermedad de arañazo de gato	58
16. Criterios de Centor	58
17. Uso de antibióticos para pielonefritis	59
18. Diagnóstico diferencial de aborto	60

19. Criterios de alta para TEC leve	61
20. Plan de hidratación A para la niña o el niño sin signos de deshidratación	62
21. Plan de hidratación B para la niña o el niño con algún grado de deshidratación	63
22. Plan de hidratación C para la niña o el niño con deshidratación severa, con o sin shock	64

RESUMEN

Durante el internado médico del año 2020 - 2021 se dieron una serie de variaciones debido a la problemática mundial del COVID-19. Los internos, año tras año venían desarrollando un internado anual que constaba de 4 rotaciones cada una con un tiempo de 3 meses, iniciando un primero de enero y terminando un 31 de diciembre del mismo año; a pesar de tener un inicio de manera regular, tuvieron que ser retirados de sus centros hospitalarios para su posterior retorno bajo lineamientos específicos y hasta cambios a centros de atención del primer nivel, por lo que se generó en muchos casos dificultades tanto personales como académicas.

El presente informe tiene como objetivo brindar un panorama respecto al impacto del internado médico pre y post pandemia, comparando la situación en la que se encuentran los internos de medicina durante sus rotaciones, además de presentar los casos más significativos o de los que con mayor frecuencia pudieron ser partícipes; así como la importancia del internado dentro de la formación de un médico y las circunstancias vividas.

También se detalla la diferencia entre los centros hospitalarios del Hospital Naval y el Hospital Lanfranco La Hoz y las medidas que cada uno tomó para el retorno de los internos en cuanto a división de rotaciones y manejo de horarios.

ABSTRACT

During the medical internship of the year 2020 - 2021 there were a series of variations due to the global problem of COVID-19. The interns, year after year, had been developing an annual internship that consisted of 4 rotations each with a time of 3 months, beginning on January 1st and ending on December 31st of the same year; Despite having a regular start, they had to be removed from their hospitals for their subsequent return under specific guidelines and even changes to first-level care centers, for which both personal and academic difficulties were generated in many cases.

This report aims to provide an overview of the impact of the pre and post pandemic medical internship, comparing the situation in which medical interns find themselves during their rotations, in addition to presenting the most significant cases or those with the greatest frequency. they could be participants, as well as the importance of the internship within the training of a doctor and the circumstances experienced.

It also details the difference between the hospital centers of the Naval Hospital and the Lanfranco La Hoz Hospital and the measures that each one took for the return of the inmates in terms of division of rotations and management of schedules.

INTRODUCCIÓN

El hospital Daniel Alcides Carrión se trata de una institución de 79 años de historia, la cual posee como misión el brindar atención en salud, con el objetivo de recuperar la confianza y satisfacción de sus pacientes, mejorando sus calidades de vida con la mayor eficiencia posible, contando con un grupo humano calificado, desarrollado en actividades de docencia e investigación. Respecto a la visión que poseen como hospital, busca ser reconocido como de alta complejidad, acreditado técnica y socialmente por los servicios de salud que brinda, además de la investigación y la docencia, y así los pacientes escojan como una gran opción debido a su trayectoria y prestigio.¹

El centro médico naval “cirujano Mayor Santiago Távora” con 64 años de trayectoria es una institución prestadora de servicios de salud cuya misión es brindar atención integral de salud de calidad al personal naval en actividad con el fin de mantenerlo psicofísicamente apto para el servicio, así como también al personal en retiro y a familiares con derecho. Tiene como visión ser una institución prestadora de servicios de salud líder del sector defensa a nivel

nacional y lograr la excelencia en atención de Salud para el personal naval y su familia con derecho de la mano de personal altamente capacitado y tecnología de última generación.²

El hospital Carlos Lanfranco La Hoz cuya misión se trata de brindar servicio de salud básica y especialidad con la adecuada calidad e inclusión social dentro del marco de atención integral constituido en persona, familia y comunidad con el debido enfoque preventivo curativo y reparativo a la población aledaña de donde se ubica, contribuyendo al empoderamiento de nuevos estilos de vida. Por otro lado, su visión planteada en el año 2018 ha propuesto ser un instituto de salud que satisfaga las necesidades de atención integral de salud, respetando los derechos de los ciudadanos. Además, la misma institución posee diversos valores que consta en los siguientes: Lealtad, solidaridad, responsabilidad, honestidad, respeto y ética.³

En la época donde no existía la pandemia, el hospital Daniel Alcides Carrión brindaba la inducción correspondiente al nuevo ingreso de internos de medicina, siendo citados tres días previos al servicio donde iniciarían el último año de la carrera de medicina humana; en estos días previos, los internos salientes eran quienes les explicaban a los ingresantes cómo sería el manejo del servicio respecto a papeleo y la forma de presentar los casos clínicos, además del movimiento y el impacto que tendría la experiencia del servicio sobre el nuevo practicante. Por otro lado, los residentes eran quienes se encargaban de darles la bienvenida y explicarles sobre el mecanismo del servicio correspondiente, además de las responsabilidades que tendrían sobre sus hombros, destacando el intercambio de información entre ambas partes, conformando un dinamismo entre los residentes y los internos.

Como parte de la inducción a los internos de medicina en el Hospital Naval; se les brinda charlas previas a su ingreso, de temas tales como: Lavado de manos, llenado correcto de la historia clínica y consentimiento informado, relación médico paciente, instalaciones e uniforme reglamentario; así mismo se realiza un visita guiada por los servicios con la debida presentación a jefes de servicios y adjuntos, finalmente se exhorta al interno asistir como mínimo 3 días antes del inicio de su rotación para que conozca su servicio, pacientes y manejo del mismo, recibiendo consejos y ayuda del interno saliente; en cuanto al trabajo que desarrolla el interno, este consiste en realizar las historias clínicas detalladas, evaluar diariamente durante el tiempo en el servicio a cada paciente con el fin de ser participe en las discusiones en cuanto al diagnóstico y tratamiento así como entablar una buena relación médico paciente.

Tras más de medio año en pandemia, el hospital Carlos Lanfranco Hoz permitió el retorno de los internos de medicina, siendo capacitados días previos en horarios premeditados y en grupos, debido a las nuevas normativas respecto a la distancia social y la reducción de concentración de personas en un ambiente. La inducción fue dictada en conjunto con un médico y una licenciada, encargados de acentuar el uso de equipos de protección, además de un énfasis respecto al lavado de manos que si antes era importante para el conocimiento de los trabajadores de salud, su importancia ha incrementado con creces; el departamento de docencia intervinieron al final de la inducción, remarcando el hecho que los internos están prohibidos de ingresar a áreas COVID, además de resaltar que ante cualquier inconveniente respecto a que se forzara al ingreso del área mencionada, inmediatamente debía reportarse aquello. De igual forma, se explicó el horario restrictivo con el que se llevaría el internado.

El internado es importante para la formación del médico, ya que en este último año se consolida los conocimientos adquiridos durante los 6 años de carrera, brindando capacidad de decisión y solución en los estudiantes de medicina. Al recorrer los cuatro grandes servicios provee al interno diversas situaciones que enfrentará en la siguiente etapa de su formación sea el servicio rural o su especialidad, formándolos no solo en lo académico sino también en carácter.

A inicios del 2020 el internado médico costaba de 365 días incluido domingos y feriados, con 4 rotaciones de 3 meses cada uno por los servicios de medicina, pediatría – neonatología, ginecología – obstetricia y cirugía general con guardias diurnas y nocturnas por cada rotación, sin embargo con la situación de emergencia que decreto el gobierno del Perú, se retiraron a todos los internos del área de salud para salvaguardar su integridad a la espera de retorno sin fecha probable, fecha que se dio luego de 6 meses con restricciones emitidas en el decreto de urgencia N° 090-2020 donde se especifica los lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco de la pandemia donde se restringió el ingreso de los internos a áreas COVID, además se redistribuyo a estos entre hospitales y centros de salud de primer nivel no COVID.

Así mismo se redujeron los días de rotación a 15 por mes, para así evitar aglomeración y facilitar la enseñanza en pequeños grupos.⁴

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Para este año en el silabus se tenía estipulado para cada servicio de rotación la facilitación del desarrollo de habilidades para la prevención, diagnóstico y manejo de patologías según la especialidad, se tenía la expectativa de fortalecer la parte teórica brindada por nuestra casa de estudios poniendo en práctica dichos conocimientos, enfrentándonos a la realidad que vive un médico ante las deficiencias del sistema de salud y a pesar de haber podido finalizar nuestro internado con prácticas en una institución de salud, lamentablemente la cantidad y variedad de casos se vio se reducida por la situación que atraviesa el mundo.

I.1. Casos clínicos

1.1. Rotación de Medicina interna

Paciente varón de 41 años procedente de cañete, que acude al servicio de emergencia por presentar aumento del volumen en pie derecho, asociado a rubor y dolor en dicha zona.

Paciente relató que 7 días antes del ingreso, posterior a adentrarse al mar, sintió un hincón en el pie derecho que al revisar notó una herida en la zona dorsal, mas no le tomó importancia ya que hace mención de no ser la primera vez que le ocurría; ese mismo día regresaron al submarino para continuar con sus labores,

6 días antes del ingreso nota dificultad para colocarse calzado, por lo que nota aumento de volumen asociado a dolor en pie derecho, motivo por el cual acude a tóxico del submarino donde le recetan antibioticoterapia y analgésicos que no recuerda nombre, hasta que pudieran emerger nuevamente, una vez en tierra paciente decide no acudir a emergencias por motivos personales, 1 día antes del ingreso, paciente presenta fiebre que cedía a antipiréticos, asimismo refiere limitación en la movilización y sensación urente en pie derecho, así como secreción verdosa por herida por lo que acude al servicio de emergencia.

El día del ingreso, paciente refiere fiebre cuantificada en 39°C, al examen físico se evidencia aumento del volumen en dorso del pie derecho, de aspecto eritematoso, con bordes mal definidos, que a la palpación denota hipertermia y dolor que limita su deambulaci3n, con secreci3n sanguino purulenta as3 mismo se evidencia onicomiosis y onicodistrofia en ambos pies, as3 como descamaci3n plantar e interdigital; por lo que se decide su hospitalizaci3n, con el diagn3stico de celulitis de pie derecho.

Paciente var3n de 19 a3os sin antecedentes de importancia acude al servicio de emergencia por presentar tos seca asociado a rinorrea con tiempo de evoluci3n de 3 d3as, que asocia a actividad militar en el mar de La Punta - Callao, por lo que se le diagnostica un proceso al3rgico; rinitis al3rgica, indic3ndose clorfenamina 10 mg cada 8 horas por 7 d3as, dextrometorfano 5ml cada 8 horas y paracetamol 1gr condicional a fiebre > 38°C. Sin embargo luego de 1 mes aproximadamente, paciente regresa a emergencia por presentar episodios de fiebre, tos persistente y dolor en hemit3rax izquierdo, cabe resaltar que a la ectoscopia se le observaba adelgazado para la contextura habitual de los militares, a la auscultaci3n se evidencia cr3pitos en 3pice del hemit3rax izquierdo, as3 como matidez a la percusi3n, por lo que se le solicita una placa de t3rax P-A

donde se evidencia infiltrado en ápice del hemitórax izquierdo dando como diagnóstico probable, tuberculosis pulmonar, por lo que se decide su hospitalización.

Paciente femenina de 52 años, traída por familiar. Paciente refiere que hace +/- 48 horas presenta dolor abdominal tipo opresivo en epigastrio de intensidad 7/10, que cede parcialmente a medicación (paciente no recuerda qué medicamento), dolor que comienza a exacerbarse con las horas, además, paciente refiere que dolor se irradia hacia la espalda como cinturón. Paciente refiere náuseas y vómito en una oportunidad de contenido alimenticio. Al examen físico: Piel y mucosa, tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar <2", no palidez. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio y flanco derecho. SNC: Despierta, alerta, Glasgow 15/15. Diagnóstico: Síndrome doloroso abdominal, D/C pancreatitis aguda, D/C colecistitis aguda.

Paciente femenina de 36 años, traída por familiar. Paciente refiere que hace +/- 3 días presenta disuria y polaquiuria, fiebre cuantificada de 39°C más escalofríos, asociado a hiporexia, refiere náuseas y vómitos en 4 oportunidades de contenido alimenticio y bilioso, refiere dolor en zona lumbar; ante persistencia de síntomas decide acudir por emergencia. Al examen físico: Piel y mucosa, tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar <2", no palidez. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso. Genitourinario: PPL (+). SNC: Despierta, alerta, Glasgow 15/15. Diagnóstico: ITU.

1.2. Rotación de Ginecología y obstetricia

Paciente femenina de 35 años, multigesta de 39 semanas 4/7 acude al servicio de emergencia por presentar contracciones esporádicas de regular intensidad, con antecedente de cesárea hace 8 años. Al examen físico, paciente con piel y mucosas: tibia, hidrata y elástica, con llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, edema en miembros inferiores. Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: Ocupado por útero grávido, altura uterina de 36 cm. LCF: 151 Tacto vaginal: Dilatación 4 cm, Borramiento: 90%, Altura de presentación: -2, membranas integra. Sistema nervioso central: Despierta, Glasgow 15/15. Diagnóstico: Multigesta de 39 semanas 4/7 según ecografía del primer trimestre, feto en longitudinal, cefálico izquierdo.

Paciente femenina de 37 años, multigesta de 39 semanas 6/7 acude al servicio de emergencia por presentar contracciones esporádicas de regular intensidad, primigesta, sin otra comorbilidad asociada. Al examen físico, paciente con piel y mucosas: tibia, hidrata y elástica, con llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez. Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: Ocupado por útero grávido, altura uterina de 36 cm. LCF: 147 Tacto vaginal: Dilatación 6 cm, Borramiento: 90%, Altura de presentación: -1, membranas integra. Sistema nervioso central: Despierta, Glasgow 15/15. Diagnóstico: Multigesta de 39 semanas 6/7 según ecografía del primer trimestre, feto en longitudinal, cefálico izquierdo, con prueba NST activo, reactivo sin contraindicaciones para el parto eutócico; sin embargo, gestante presenta un expulsivo prolongado, ya que el feto tenía una presentación de

occipito posterior que no se había previsto; por lo que al alumbramiento se evidenció hemorragia post parto por atonía uterina.

Paciente femenina de 33 años, multigesta de 37 semanas acude por emergencia. Paciente refiere contracciones 2-3 cada 10 minutos con una duración de 30 segundos. Paciente percibe movimientos fetales. Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar <2", no palidez. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: Ocupado por útero grávido, altura uterina de 35 cm. LCF: 142-145 x'. Tacto vaginal: Dilatación: 8 cm, se palpa pies del feto. Sistema nervioso central: Despierto, Glasgow 15/15. Diagnóstico: Multigesta de 37 semanas según ecografía del primer trimestre, feto en podálico, trabajo de parto: fase activa.

Paciente femenina de 20 años, primigesta de aproximadamente 8 semanas por FUR, acude por emergencia debido a dolor en hipogastrio de intensidad 9/10, sangrado vaginal moderado acompañado de coágulos hace +/- 2 días. Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar <2", palidez ++/+++. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: Ocupado por útero grávido. Tacto vaginal: Orificio permeable, se evidencia sangrado vaginal. Sistema nervioso central: Despierto, alerta, Glasgow 14/15. Diagnóstico: Aborto.

1.3. Rotación de Cirugía general

Paciente masculino de 76 años con antecedentes de Alzheimer, que acude al servicio de emergencia por presentar dolor en zona inguinal izquierda asociado a tumoración en misma zona de 5 días de evolución, sin embargo, esposa nos

refiere que dicha tumoración la presenta hace 4 meses aproximadamente, sin embargo, se encontraba asintomático, por lo que se negaba a acudir a emergencias. A la evaluación se observa tumoración en zona inguinal izquierda que aumenta de tamaño a la maniobra de Valsalva y se asocia a dolor a la palpación.

Se procede a evaluar con la maniobra de Edward Wyllys Andrews al paciente, introduciendo el dedo anular a través del escroto hacia el conducto inguinal, para luego pedirle al paciente que tosa, evidenciando una protrusión que empujaba el dedo hacia adelante, denominándolo de esta manera como hernia directa. Así mismo dicha hernia no podía ser reducida y no evidenciaba cambios en la coloración de la piel; en la ecografía se evidenció saco herniario de contenido intestinal, motivo por el cual se decide su hospitalización para procedimiento quirúrgico.

Paciente varón de 21 años que ingresa al servicio de emergencia refiriendo epigastralgia de 20 horas de evolución tipo cólico de moderada intensidad, que no cede al uso de analgesia y que 6 horas antes del ingreso dolor migra a fosa iliaca derecha, añadiéndose sensación de alza térmica e hiporexia, niega náuseas, vómitos o deposiciones líquidas, al examen físico se evidencia abdomen blando depresible, RHA disminuidos, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha y epigastrio, MC Burney positivo, Rovsing positivo y Blumberg positivo en hipogastrio por lo que se diagnostica abdomen agudo quirúrgico: apendicitis aguda

Paciente masculino de 43 años ingresa traído por familiar, paciente refiere que hace +/- 24 horas presenta dolor abdominal en epigastrio de intensidad 6/10 que cede parcialmente a medicación (plidan), dolor que hace +/- 2 horas se exagera en intensidad 9/10, dolor que se irradia a fosa iliaca derecha y que no cede a

medicación, asociado a hiporexia. Paciente refiere náuseas y vómitos en 3 oportunidades de contenido alimenticio y bilioso de +/- 2 vasos en cada ocasión. Al examen físico, Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar <2", no palidez. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: Leve distensión, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en fosa iliaca derecha. McBurney (+), Blumberg (+). Sistema nervioso central: Despierto, Glasgow 15/15. Diagnóstico: Síndrome doloroso abdominal, D/C apendicitis aguda.

Paciente masculino de 28 años ingresa traído por paramédico, paciente refiere haber sufrido accidente de tránsito hace +/- 30 minutos en condición de conductor de vehículo moto lineal que fue impactado por otro vehículo, ocasionando que paciente saliera expedido aproximadamente 2 metros, cayendo sobre pista. Paciente refiere cefalea en región parietal, niega pérdida de consciencia, niega vómitos, refiere náuseas. Al examen físico: Cráneo, aumento de volumen en región parietal. Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar <2", no palidez. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Sistema nervioso central: Despierto, Glasgow 14/15. Extremidades: Movilización y fuerza conservada. Diagnóstico: Policontuso por accidente de tránsito, TEC.

1.4. Rotación de Pediatría y Neonatología

Paciente recién nacido prematuro y bajo peso al nacer con antecedente de madre adolescente que llegó a emergencia en trabajo de parto expulsivo, con fiebre pre

y post parto con alta sospecha de ITU sin tratamiento, con insuficientes controles prenatales (3); al momento del nacimiento el neonato cursa febril y taquicárdico acompañado de distrés respiratorio notorio, por lo que se sospecha de una sepsis neonatal precoz, siendo trasladado inmediatamente a UCI de neonatología.

Acude por emergencia un niño de 2 años cuya madre refiere que el menor realiza deposiciones líquidas sin sangre, ni moco en 5 oportunidades asociado a vómitos y pobre tolerancia oral, así mismo refiere que todos en casa almorzaron arroz chaufa del día anterior, por consiguiente, se diagnostica diarrea aguda.

Paciente masculino de 1 año y medio, traído por madre, madre refiere que hace +/- 10 días su menor hijo presentó aumento de volumen en región axilar, además de fiebre cuantificada persistente por 3 días, madre refiere haberlo llevado a consultorio particular donde le recetaron paracetamol condicional a dolor y fiebre, hace +/- 1 día, madre refiere mayor aumento de volumen y dificultad de movilización del brazo izquierdo de su menor hijo, por lo que ante persistencia de síntomas, decide llevarlo a emergencias. Al examen físico: Piel y mucosa, tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar <2", no palidez. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso. SNC: Despierto, irritable, reacciona a estímulos. Extremidades: Aumento de volumen en región axilar, doloroso a la palpación, móvil, caliente al tacto, adenopatía de 4x4.5 cm. Diagnóstico: Linfadenitis axilar, D/C arañazo de gato.

Paciente masculino de 5 años, traído por madre. Madre refiere que paciente hace +/- 3 días presenta fiebre cuantificada (la última tomada, 38°C) por lo que le da paracetamol en gotas, medicamento que cede parcialmente la fiebre, pero tras

horas, nuevamente la temperatura se eleva. Madre refiere ausencia de tos, niño se encuentra irritable, refiriendo náuseas y vómitos en una oportunidad de contenido alimenticio. Al examen físico: Piel y mucosa, tibia, elástica, hidratada, con llenado capilar <2", no palidez. Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso. SNC: Despierto, alerta, reacciona a estímulos. Orofaringe: Amígdalas eritematosas, inflamadas, presencia de exudado. Diagnóstico: Síndrome febril, faringoamigdalitis bacteriana.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Hospital Daniel Alcides Carrión es una institución de nivel III-1 ubicada en la Región Callao, establecimiento de salud que cubre la población de la provincia constitucional del país. Debido a la categoría a la que pertenece, por lo general no realiza referencias a menos que se requiera un mayor manejo en el área de pediatría, siendo derivados al Instituto Nacional de Salud del Niño.¹

El Centro Médico Naval “Cirujano mayor Santiago Távora” es una institución de Nivel III-1, ubicada en el distrito de Bellavista, Departamento constitucional del Callao, avenida Venezuela s/n, cuya población objetivo es el personal naval en actividad y en retiro, así como sus familiares con derecho.²

Al ser este el centro de mayor nivel en cuanto al sistema de salud Naval, es considerado el centro de referencia para las demás sanidades; entre las cuales tenemos al Hospital de la base Naval del Callao, Policlínico Naval San Borja, Policlínico Naval de Ancón, Policlínico de la Capitanía del puerto de Puno, Clínica Naval de Iquitos, Posta Naval de Ventanilla, Sanidad de la comandancia de la

cuarta zona Naval, Sanidad de la comandancia de la tercera zona Naval, Comandancia de la primera zona Naval y Estación Naval de Pichari.²

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz es una institución de nivel II-2 ubicado en la Avenida Sáenz Peña, poseyendo como población a los distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y Carabayllo. Los pacientes que requieran una atención de mayor complejidad son referidos a los hospitales de Cayetano, Collique y Loayza .³

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Discusión de Casos clínicos

3.1. Rotación de Medicina interna

En cuanto al caso de celulitis en pie derecho una vez hospitalizado, decidieron iniciar cobertura antibiótica con clindamicina 600mg EV cada 8 horas y amikacina 1gr EV por volutrol cada 24 horas, para el dolor se le indicó diclofenaco 50 mg horario (1 tableta VO después del desayuno, almuerzo y cena), y Ketoprofeno 100 mg EV condicional a dolor intenso.

También se observó onicomicosis en dedos de ambos pies, por lo que se indicó terbinafina al 1% tópica en ambos pies, mañana y noche, además de solicitarse cultivo de raspado de uñas.

Al segundo día de hospitalización enfermería reporta un pico febril durante la noche y al ampliar en la historia clínica nos comenta que en dicha playa suelen haber muchos casos de picadura por raya, por lo que se decide realizar una eco de partes blandas en pie derecho por posible cuerpo extraño (aguijón de raya), sin embargo, la ecografía no fue significativa, pidiéndose así un total de dos

hemocultivos, con fiebre y sin fiebre, empero, el paciente no volvió a presentar fiebre en el transcurso de los días, por lo que se decidió continuar con tratamiento antibiótico y realizar curaciones de herida cada 24 horas con sulfadiazina de plata e interconsulta a dermatología para un mejor manejo de la onicomycosis.

Dermatología indicó terbinafina 250 mg 1 tableta VO cada 24 horas y terbinafina tópica en zona plantar e interdigitales.

Paciente mantiene buena evolución, culminando al 6to día su tratamiento antibiótico con amikacina sin recurrencia de fiebre, con disminución del dolor, del volumen y del rubor en dicha zona, así como a la limpieza de la herida se evidencia disminución de secreción siendo este de contenido claro, paciente deambula con ligero dolor, aun así, se le indica que debe seguir con el pie elevado, por lo que se decide pasar la clindamicina a vía oral en dosis de 300 mg cada 6 horas.

De este caso clínico se aprendió que se debe indagar más sobre el relato del paciente, pues si bien en este caso el paciente acudió al hospital luego de 6 días; en caso se hubiese tratado de una picadura por raya y ante la sospecha de envenenamiento por el aguijón de la misma, el manejo inicial sería neutralizar el posible veneno y así evitar una necrosis tisular o una diseminación sistémica; por lo que si no indagamos en las posibles causas, no llegaremos a un adecuado diagnóstico y por ende a una mejor atención. De todas formas, en esta oportunidad no fue ese el caso por lo que nos avocamos a una celulitis por objeto penetrante no identificado, cuyo manejo inicial según artículos, es determinar si la lesión amerita una hospitalización o se puede brindar un tratamiento ambulatorio mediante criterios de clasificación (Figura 1).⁵

Si se opta por un tratamiento ambulatorio se indicaría amoxicilina/clavulánico 500/125mg vía oral cada 8 horas por 10 días o cefalexina vía oral 1g cada 12

horas por 10 días. Por el contrario, si se opta por la hospitalización el tratamiento de elección es cloxacilina 1g cada 6 horas por volutrol en 60 minutos o amoxicilina/clavulánico 1g cada 8 horas por volutrol en 30 minutos y si existe sospecha de *S. aureus* meticilino resistente indicar clindamicina 600 mg cada 8 horas por 10 días.⁶

En el presente caso se optó por iniciar una antibioticoterapia con clindamicina debido al antecedente de uso de antibiótico que aunque no refiere el nombre, se asume que recibió betalactámicos como primera línea y ante el evidente fracaso ya sea por resistencia o por mal seguimiento del tratamiento, se toma al paciente como meticilino resistente y se inicia con clindamicina, sin embargo dentro de la terapéutica se hace uso de la amikacina y esta se debe a la probabilidad de la presencia de *Pseudomona Aeruginosa* por el entorno húmedo y una herida penetrante; así también se logra ampliar la cobertura antibiótica para este paciente.

En cuanto al paciente con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, una vez hospitalizado se le realizaron dos pruebas de BK en esputo, una del mismo día y otra pasada las 24 horas, siendo ambas positivas; iniciándose tratamiento para tuberculosis sensible y ya que nos encontrábamos ante una tuberculosis pulmonar sin compromiso osteoarticular y/o del SNC ni VIH positivo se utilizó el siguiente esquema: 2HREZ/4(HR)3 el cual tuvo una buena aceptación por el paciente, tras dos meses evolución favorable y con 2 pruebas BK negativas, se procedió a dar de alta al paciente para continuar con la segunda fase del tratamiento ambulatoria.

Este paciente refuerza los puntos importantes para una enfermedad muy predominante en el país, como es la tuberculosis, si bien es cierto es una

enfermedad que se maneja ambulatoriamente, en el centro médico naval todo paciente con diagnóstico de tuberculosis se hospitaliza, hasta que tenga dos BK en esputo negativos, afianzando el conocimiento de los esquemas de tratamiento

El paciente posterior al diagnóstico no cumplía con factores de riesgo para sospechar de TB resistente, así como no presentaba antecedente de VIH, ni compromiso del sistema nervioso u osteoarticular, por lo que el manejo con esquema sensible para tuberculosis, siguió la guía del ministerio de salud publicada en la resolución ministerial del año 2018, que nos indica el esquema de 6 meses, siendo la primera fase de 2 meses a una frecuencia diaria sin incluir domingos con Isoniacida (H) a dosis de 5 mg/kg, Rifampicina (R) a dosis de 10 mg/kg, Etambutol (E) a dosis de 20 mg/kg y Pirazinamida (Z) a dosis de 25 mg/kg haciendo un total de 50 dosis y la segunda fase de 4 meses a una frecuencia de tres veces por semana con Isoniacida (H) a dosis de 10 mg/kg y Rifampicina (R) a dosis de 10 mg/kg haciendo un total de 54 dosis (tabla 1 y figura 2).⁷

Ahora bien, existen esquemas para determinadas situaciones como cuando el paciente es portador de VIH, ya que el tiempo de tratamiento de la segunda fase se alarga, siendo la primera fase de 2 meses a una frecuencia diaria sin incluir domingos con Isoniacida (H) a dosis de 5 mg/kg, Rifampicina (R) a dosis de 10 mg/kg, Etambutol (E) a dosis de 20 mg/kg y Pirazinamida (Z) a dosis de 25 mg/kg dando un total de 50 dosis y la segunda fase de 7 meses a una frecuencia diaria con Isoniacida (H) a dosis de 10 mg/kg y Rifampicina (R) a dosis de 10 mg/kg dando un total de 175 dosis o cuando es una tuberculosis extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central u osteoarticular, donde la segunda fase se alarga, siendo la primera fase de 2 meses a una frecuencia diaria sin incluir domingos con Isoniacida (H) a dosis de 5 mg/kg, Rifampicina (R) a dosis de 10

mg/kg, Etambutol (E) a dosis de 20 mg/kg y Pirazinamida (Z) a dosis de 25 mg/kg dando un total de 50 dosis y la segunda fase de 10 meses a una frecuencia diaria con Isoniacida (H) a dosis de 10 mg/kg y Rifampicina (R) a dosis de 10 mg/kg dando un total de 250 dosis y es importante mencionar los efectos adversos de estos medicamentos, ya que la Isoniacida, Rifampicina y Pirazinamida tienen como efecto adverso la hepatitis entre otros, el Etambutol puede causar neuritis retrobulbar y la Estreptomicina, toxicidad vestibular y auditiva (Tabla 2).⁸

En cuanto a la paciente con diagnóstico de pancreatitis, de acuerdo a lo planteado por el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, las órdenes médicas inmediatas hacia el caso de la paciente, fue suspender cualquier tipo de ingestión oral, seguido de la hidratación y la aplicación de analgésicos por el síndrome doloroso abdominal; además de la solicitud de exámenes de laboratorio donde se apreció la clara elevación de amilasa y lipasa, además de una leucocitosis de 15.80, el resto de exámenes de laboratorio no marcaron importancia y una ecografía donde se apreció una vesícula biliar distendida de paredes engrosadas de 5mm con edema mural, apreciándose múltiples litiasis dándose el diagnóstico de colecistitis aguda, siendo la etiología de la pancreatitis; de igual forma, la posibilidad que los familiares de la paciente pudieran costear una tomografía debido a la falta de ese tipo de examen en el hospital, realizándose una referencia a un centro particular cercano, donde se brindó un puntaje de Baltazar B (Tabla 3), describiéndose un páncreas edematoso. Procedimiento que se alinea con la guía práctica clínica perteneciente al hospital Cayetano Heredia, donde se indica el diagnóstico ante la presencia de 2 de 3 condiciones: Dolor abdominal intenso, súbito, en epigastrio que se irradia a espalda; Amilasa y/o lipasa elevada 3 veces su valor normal y hallazgos característicos en imágenes. Respecto al manejo, se considera principalmente la hidratación catalogándolo de crucial como

prevención de complicaciones sistémicas, reponiendo líquidos entre las 6 primeras horas de ingreso hasta las 24 horas, recomendándose 5-10 mg/kg/hora de suero fisiológico; por otro lado, se prioriza la analgesia debido al dolor que el paciente presentará debido a su cuadro, y además, se podrá acudir a la dieta enteral siempre y cuando el paciente no presente ni náuseas, ni vómitos, y una disminución del dolor abdominal.⁹

Ante una adecuada tolerancia oral, ausencia del dolor sin analgesia y la presencia de ruidos hidroaéreos, además de la eliminación de flatos, se consideró alta médica para la paciente, quien se le informó realizarse una colecistectomía que, debido a motivo de pandemia, se encuentran suspendidas en el hospital.

El presente caso nos permite conocer la clínica y tratamiento de una pancreatitis aguda donde la hidratación es crucial para así prevenir cualquier tipo de complicación, tratándose de manera agresiva la reposición de líquidos, de igual forma, el cómo ir escalando con la analgesia. Por otro lado, permite el repaso de los criterios de severidad y los distintos marcadores que esta patología (Tabla 4, 5), siendo fundamental para así catalogar el estado de gravedad del paciente, siendo en este caso, tratándose de una pancreatitis aguda sin compromiso sistémico.

En el caso de la paciente con diagnóstico de ITU, se debe sospechar de infección del tracto urinario complicada si se acompaña de síntomas de cistitis y la presencia de fiebre, escalofríos y dolor en el flanco, sobre todo estos últimos síntomas son característicos de una pielonefritis por más que haya ausencia de síntomas de cistitis, o de igual forma fiebre sin foco localizado; por lo que se solicitó de inmediato un examen de orina, resultando patológico y también un urocultivo, antes de iniciar el tratamiento antibiótico; también se realizó un

hemograma donde se evidencia una leucocitosis de 17.80. La decisión de hospitalizar a los pacientes debido a una pielonefritis debe ser individualizada, en el caso de la paciente, presentó fiebre alta y dolor persistente, además de poca tolerancia oral por lo que se decidió hospitalizarla; debido a que la paciente no presenta antecedentes de importancia, el tratamiento empírico puede realizarse con ceftriaxona 1 gr c/24 horas EV de 5 a 14 días (Flujograma 1), cambiándose al tratamiento oral en el momento de la mejoría de la clínica inicial. Por otro lado, si tras 48 a 72 horas no presenta mejoría, o su cuadro clínico empeora, debe realizarse una evaluación adicional como una imagen del abdomen, sea ecografía o una tomografía¹⁰. En caso de la paciente, el resultado del urocultivo dio E. Coli sensible, por lo que pudo completar su tratamiento con ceftriaxona, presentado mejoría al tercer día, cambiándose a tratamiento oral hasta el cese de los síntomas y fuera dada de alta.

El caso brindado nos permite apreciar la clínica de una infección de tracto urinario, patología recurrente que se debe aprender a diferenciar y tratar oportunamente, debido a que, en caso de una pielonefritis, la infección puede propagarse y así brindar complicaciones que podrían evitarse ante una intervención adecuada. Siendo fundamental el cuadro clínico, debido a la posibilidad de bacteriuria asintomática ante un examen de orina negativo, pero los síntomas y signos, además del examen físico, se sobreponen ante los exámenes auxiliares.

3.2. Rotación de Ginecología y obstetricia

En el caso de paciente multigesta de 39 semanas 4/7 luego del tacto inicial, se procedió a monitorizar por 15 min al feto mediante el NST, llegando a la conclusión que no presentaba contraindicaciones para un parto eutócico por lo

que se indica dimenhidrinato + hioscina y se reevalúa 3 horas después donde se encontró: Dilatación en 6, borramiento 95% y altura de presentación -1, aperturándose el partograma e indicando a la paciente que camine hasta su próxima evaluación, realizando tactos de acuerdo a la curva del partograma; la gestante ante tacto vaginal: Dilatación de 10 cm, borramiento 100% y altura de presentación en +1, se trasladó a sala de partos donde con la vestimenta adecuada y el apropiado lavado de manos, se inició la asepsia en zona vulvar, vaginal y perianal con yodopovidona; se explicó y solicitó a la gestante que al momento de la contracción, inhalara profundamente y sin exhalar, pujara sin emitir ruidos y concentrando la fuerza hacia el abdomen, y así repetidamente hasta que cesara la contracción, posterior a la expulsión del bebe se procedía a colocarlo sobre abdomen de la madre y esperar 3 minutos para realizar el clampaje. Tras ello, se continuó con la fase de expulsión en donde se procedió a una ligera tracción del cordón de la placenta al mismo tiempo que se presionó sobre el fondo de saco uterino para evitar su inversión, hasta que la placenta fue expulsada en su totalidad; se realizó la inspección adecuada para evitar posibles puntos de sangrado, y al no hallarse ninguno, se procedió limpiar el área y así trasladar a la paciente a observación por un mínimo de 2 horas donde se monitorizó sus funciones vitales y sangrado vaginal, tras el lapso cumplido y que la paciente no presentara ninguna interurrencia, paciente fue nuevamente trasladada al área de puérperas.

Según la guía práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del hospital Materno Perinatal¹¹, nos indica que lo primero que se debe hacer es definir la dilatación inicial de la gestante para tomarlo como punto de partida para su progreso, realizándose revisiones cada 2 horas, sin embargo evitando lo posible realizar muchos tactos, luego se evalúa el estado fetal y se controlan las funciones vitales tanto del feto, como de la madre, elaborando un partograma

para vigilar la curva de alerta, colocar a la gestante una vía periférica N° 18 con solución salina al 9/1000 permitiendo un acceso inmediato en caso sea necesario administración de medicamentos.

En el periodo expulsivo permitir a la gestante adoptar la posición según su comodidad y cultura, sin embargo, es preferible la posición vertical que la supina; alentamos y guiamos a la gestante en cada pujo; se debe permitir que el feto descienda y rote internamente de manera espontánea hasta la coronación pasando a proteger el periné con maniobra de Ritgen modificada, controlar la extensión de la cabeza fetal y permitir que realice la rotación externa de manera espontánea, si se evidencia circular, se procede a deslizar el cordón por encima de la cabeza, si no es posible se realiza dos pinzamientos el cordón y se corta por el medio de ellas, iniciar el contacto precoz de la madre con el recién nacido, pasado 2 minutos si no hay contraindicaciones para que se realice antes, se procede a clampar y cortar el cordón umbilical a 3cm de la piel verificando la presencia de 3 vasos sanguíneos.

En el periodo de alumbramiento se administra 10 unidades de oxitocina para realizar un alumbramiento dirigido dentro del primer minuto pasado la fase expulsiva, procediendo a una tracción controlada del cordón umbilical (maniobra de Brandt-Andrews). Una vez que la placenta ha sido extraída, se realiza masaje bimanual del útero y se revisa el canal del parto al igual que la placenta.

Por último, en el puerperio inmediato se observa a la puérpera por mínimo 2 horas, controlando funciones vitales, volumen del sangrado genital y tono uterino; si posterior a las 2 horas no se presentan complicaciones, se procede a trasladarla a hospitalización.¹¹

En el caso de la puérpera con hemorragia postparto por atonía uterina, pesar de finalizar la sutura de la episiotomía, paciente continuaba sangrado, motivo por el

cual, primero se buscó la causa del sangrado, posibles desgarros adicionales, tanto en el canal vaginal como en el cuello uterino; sin embargo no se evidenciaba nada resaltante, se revisó la placenta para evaluar la posibilidad de restos placentarios en el útero sin éxito, por lo que se procedió a evaluar el útero que se encontraba endurecido por encima de la cicatriz umbilical, y ante una sospecha de atonía uterina, se inició con masaje bimanual del útero, pero debido al sangrado persistente, se utilizaron 3 fármacos de primera línea, ya que la paciente presentaba un pulso débil y en el límite inferior de la presión arterial, al mismo tiempo se administró: misoprostol sublingual 2 tabletas, oxitocina IV 10 UI diluidos en 1000 ml de suero fisiológico y ergometrina IM 1 ampolla de 0.2 mg. Posterior a 3 minutos el sangrado cesó y se procedió a revisar nuevamente el canal para finalmente limpiar y pasarla a observación. Ahora bien, según nuestros conocimientos sabemos que los fármacos uterotónicos se administran de forma secuencial, en caso no exista respuesta previa, pero al consultar por qué se decidió administrar las tres simultáneamente, se nos enseñó que no podemos arriesgarnos a esperar que alguno no haga efecto para recién administrar el siguiente y que más aún en nuestra paciente que se estaba tornando pálida y con pulso débil, por lo que aprendimos de este caso que siempre se debe realizar un buen tacto para evidenciar la presentación del feto y evitar complicaciones, así como el hecho de que cada médico actúa según su experiencia previa y tomando a cada paciente de forma individual.

Según la guía práctica clínica de procedimientos en obstetricia del hospital materno perinatal, nos indican que ante una atonía uterina se debe realizar primero el masaje uterino externo y administrar 40 UI de oxitocina en frecuencia de 40 gotas por minuto y si es necesario ir aumentando; si el sangrado es abundante se sugiere pasar NaCl 0.9% a 39°C en 5 minutos y evaluar respuesta.¹¹

También puede aplicarse ergometrina 0.2 mg intramuscular, pudiendo repetirse a los 20 minutos, en cuanto al misoprostol se sugiere 800 microgramos sublingual o intrarectal sin embargo no se ha encontrado evidencia de ser mejor que la oxitocina + ergometrina, posteriormente se realiza una revisión de la cavidad uterina para extraer coágulos o restos y realizar masaje bimanual, si no cede el sangrado colocar una balón de Bakri o realizar un pinzamiento de las arterias uterinas, si aun así la paciente continúa sangrando, llevarla a sala de operaciones.¹¹

En el caso de la gestante multigesta de 37 semanas, de acuerdo con la guía práctica clínica y de procedimientos de obstetricia y perinatalogía citada en la bibliografía, el feto adopta una posición definitiva que por lo general se trata de la cefálica, y por ello se toma las medidas necesarias de realizar maniobras de Leopold en todo control prenatal, además de realizarse tacto vaginal a partir de las 36 semanas de gestación. Todo parto podálico se atiende mediante cesárea a partir de las 37 semanas a menos que se trate de una multípara en periodo expulsivo como se trató en el caso de la paciente, la cual no pudo ser programada para una cesárea como debió darse debido al hecho de la dilatación ya presente, además que, en el tacto vaginal, se lograba palpar los pies del feto. En este caso, el feto nació sin complicaciones, y la madre evolucionó favorablemente; por lo que los criterios de alta se trataron como si hubiera sido un parto vaginal común.¹¹

El presente y curioso caso, nos brinda la importancia de las maniobras de Leopold en los controles prenatales, además de tomar consciencia de explicar con mayor detenimiento los signos de alarmas hacia aquellas gestantes que poseen como diagnóstico un feto en podálico.

En cuanto a la caso de la paciente con diagnóstico de aborto, la conducta a tomar se trató de solicitar un hemograma donde se encontró una leucocitosis con

desviación izquierda, además de una hemoglobina disminuida agregando el diagnóstico de anemia leve. De igual forma, se solicitó una ecografía donde se confirmó el diagnóstico de aborto incompleto debido a restos en útero. Por la edad gestacional, se indicó el procedimiento de AMEU, brindándose como tratamiento misoprostol para realizar la dilatación del cuello cervical y así proceder a la indicación médica. Por el hecho que se trató de un aborto incompleto no complicado, la paciente se mantiene bajo observación de 2 horas y se brinda el alta al encontrarse hemodinámicamente estable, dando como tratamiento doxiciclina 100 mg c/8 horas por 5 días.¹¹

El presente caso nos permite acentuar la diferencia entre los distintos tipos de aborto (Flujograma 2) y la intervención que se debe realizar, sobre todo, tener en claro el concepto del uso de AMEU o legrado, de acuerdo con la semanas de gestación de la paciente. Siendo los abortos un tema recurrente en el ámbito de emergencia de gineco obstetricia.

3.3. Rotación de Cirugía general

En el caso del paciente con diagnóstico de hernia inguinal izquierda directa una vez hospitalizado, se procedió a correr los pre quirúrgicos, que constan en exámenes de laboratorio tales como hemograma, glucosa, urea, creatinina, sedimento urinario, perfil de coagulación, grupo y factor, Elisa, Hepatitis B antígeno de superficie, SPR y prueba COVID – 19, así como se solicitó una placa de tórax para cursar el riesgo neumológico y un electrocardiograma para cursar riesgo cardiológico, con los pre quirúrgicos completos se le programó para sala de operaciones en donde se realizó una hernioplastia izquierda con colocación de malla; donde se evidenció una hernia directa estrangulada, por lo que se procedió a realizar una rafia del intestino delgado, posterior a ello paciente pasó

a sala de recuperación donde no se presentaron inconvenientes, una vez en piso de hospitalización paciente se mantuvo en NPO por 3 días, para luego iniciar dieta líquida a tolerancia, para ascender a dieta blanda , HO trasversa en región inguinal izquierda con sutura intradérmica no evidenció signos de flogosis y paciente deambuló al segundo día sin dificultad, siendo dado de alta en su 5to día post operatorio.

De este paciente se aprendió a realizar una correcta evaluación de la hernia inguinal, con su consecuente identificación hacia una hernia directa, también recordar la clasificación NYHUS que colocaba al paciente en una clasificación III A (Tabla 6)¹², el paciente permaneció en NPO debido a la rafia en intestino delgado, para así proteger la sutura durante el periodo post operatorio de complicaciones como íleo, distensión abdominal, dehiscencia, infección y permita un cierre correcto del intestino en mención.

En cuanto al paciente con abdomen agudo quirúrgico: apendicitis aguda, se le realizó un ecografía que evidenciaba una patología inflamatoria apendicular, programándose para una apendicectomía laparoscópica y se le brinda antibioticoterapia profiláctica con cefazolina 60 minutos antes de la cirugía, cuyo diagnóstico post operatorio fue apendicitis aguda abscedada, por lo que se le indicó tratamiento antibiótico post sala de operaciones; ceftriaxona más metronidazol, paciente cursó afebril los dos días posteriores, con disminución del dolor abdominal a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, tolerando vía oral, eliminando flatos y sin dificultad a la deambulación, por lo que se decidió su alta.

El uso de tratamiento profiláctico está indicado ya que de esa manera puede prevenir infecciones de la herida operatoria y la formación de abscesos

intraabdominales, usando una cefalosporina de tercera generación por tener un mayor efecto sobre los gram negativos.¹³ Sin embargo en este caso el uso de una cefalosporina de primera generación fue justificado por la presencia de gran positivos en la piel al momento de la inserción de trocares.

En cuanto al caso de la apendicitis aguda, de acuerdo a los lineamientos del hospital, se solicitó un hemograma y un examen de orina, resultando como positivo una leucocitosis de un valor de 22.50, de igual se realizó una ecografía que daba como conclusión, el considerar patología inflamatoria apendicular por lo que el paciente fue diagnosticado con una apendicitis aguda, realizándose todos los exámenes prequirúrgicos necesarios, brindando 2 gr de ceftriaxona en vía endovenosa como profiláctico, 60 minutos antes de la cirugía programada. Debido a la falta de recursos del hospital como la ausencia de CO2, se decide realizar una apendicectomía abierta, brindándose en el reporte que se trató de una apendicitis aguda no complicada, congestiva, por lo que no fue necesario brindar un antibiótico por el estadio de la apendicitis. El paciente evolucionó favorablemente los dos siguientes días, siendo dado de alta al tolerar por vía oral, mantenerse afebril y la eliminación de flatos, además de poder movilizarse.

En las guías actuales se brinda profilácticos para prevenir infecciones a nivel de piel y a nivel intraabdominal, resaltando la importancia de cefalosporinas de tercera generación y hasta la combinación de una cefalosporina de primera generación junto a metronidazol¹³.

Con este caso pudimos repasar criterios de Alvarado para apendicitis (Tabla 7)¹⁴ y denotar la importancia del diagnóstico precoz para así evitar su perforación y consecuente peritonitis, así como observar los beneficios de una cirugía laparoscópica vs la convencional, ya que al elegir laparoscópica disminuye el tiempo de hospitalización, lo que permite la pronta deambulaci3n e inicio de

actividades, así mismo disminuye el dolor postoperatorio y el riesgo de infección del sitio operatorio.¹⁵

En el caso del paciente con diagnóstico de policontuso por accidente de tránsito, el tratamiento inicial del trauma en el adulto se trata del ABCDE, el cual se divide de la siguiente forma:

A → Evaluación y protección de las vías respiratorias, además de la inmovilización de la columna cervical en caso sea necesario.

B → Evaluación de la respiración y la ventilación, manteniendo una oxigenación adecuada.

C → Evaluación de la circulación, palpando los pulsos centrados como el carotideo y el femoral. Controlar hemorragia en caso de presentarse.

D → Evaluación de la discapacidad, es decir, una evaluación neurológica básica como la escala de Glasgow (Figura 3)

E → Exposición, o sea, desnudar al paciente y buscar lesiones en todas las zonas posibles.¹⁶

En caso del paciente, al llegar al hospital, ya se había realizado la estabilización debido al accidente de tránsito que sufrió, de todas formas, se volvió a reevaluar y al confirmarse la estabilidad del paciente, se procedió a brindarle analgesia por el dolor que padeció por el impacto, además de mantenerse bajo observación ante el aumento de volumen en región parietal y las náuseas que refirió el paciente. Tras la realización de una radiografía de cráneo donde no se visualizó trazo de fractura, y la valoración de una escala Glasgow de 15/15, se procedió a probar la tolerancia oral en el paciente, manteniéndose bajo observación un

mínimo de 6 horas¹⁷. Tras el lapso de observación, se logró apreciar que el paciente mantenía tolerancia oral, además de referir disminución del dolor y ausencia de las náuseas iniciales; se explicó oportunamente los signos de alarma al paciente para así brindarle el alta, al mostrarse estable (Flujograma 3).

Este caso nos brinda la importancia del manejo del paciente politraumatizado, afianzando el conocimiento sobre el ABCDE, proceso que uno debe recordar no solamente por el hecho de tratar al paciente en un centro de salud, si no, también el hecho que uno podría encontrarse en medio de un accidente donde siendo médico, uno puede brindar primeros auxilios; por otro lado, también la importancia del aprendizaje de la escala de Glasgow, escala sumamente fundamental en cualquier historia clínica ya que indica el compromiso neurológico del paciente. De igual forma, el proceder ante un policontuso que se acompañe con un traumatismo encefalocraneano, reconociendo los signos de alarma de esta patología, refiriéndose en caso sea necesario a una institución de salud de mayor complejidad.

3.4. Rotación de Pediatría y neonatología

En cuanto al paciente del servicio de neonatología con sospecha de sepsis neonatal, una vez ingresó a uci-neo se solicita un hemograma, procalcitonina, PCR junto con un hemocultivo más antibiograma previa terapia antibiótica empírica. Posteriormente, los resultados del hemograma resultaron patológicos, así como un PCR y procalcitonina elevada, por lo que se decidió iniciar tratamiento empírico de ampicilina + gentamicina, con notable mejoría con el paso de los días.

En una revisión de artículos, se encontró que existen factores de riesgo para sospechar de una sepsis neonatal, como son fiebre materna, ruptura prematura de membranas mayor a 18 horas, prematuridad y bajo peso al nacer.¹⁸

En cuanto a la evaluación neonatal se puede evidenciar clínica de distrés respiratorio, hipotensión, taquicardia, oliguria, rechazo a tomas de leche, distensión abdominal, hipoglucemia, etc. Y en cuanto a los valores de laboratorio se evidenciaría una leucocitosis, neutropenia y el índice de neutrófilos inmaduros en relación con los neutrófilos totales mayor a 0.2 (Tabla 8).¹⁹

La procalcitonina mayor a 3mg/ml y el PCR mayor a 10-15 mg/l, al ser reactivos de fase aguda, son útiles para la confirmación diagnóstica al igual que un hemocultivo positivo.²⁰

Finalmente, si sospechamos de una sepsis vertical, debemos iniciar terapia empírica con ampicilina y gentamicina, por un mínimo de 10 días, sin embargo, si sospechamos de la asociación con meningitis, iniciaremos tratamiento con cefotaxima y ampicilina por un mínimo de 14 días.²⁰

De este caso aprendieron cuán importante es el seguimiento a las gestantes, la importancia de los controles prenatales, así como terapia psicológica en caso de madres adolescentes que lo requieran, si bien es cierto la sepsis neonatal nos presenta una clínica muy inespecífica, los antecedentes maternos son de suma importancia, por lo que se reincide, en la importancia de una buena historia clínica.

Con referencia al niño con diagnóstico de diarrea agua, en primer lugar se evaluó el estado de deshidratación, mediante un conjunto de signos tales como estado de

conciencia despierto, irritable o dormido; ojos normales, hundidos o muy hundidos; sed normal, avidez o niega sed; signo del pliegue inmediato, demora menos de 2 segundos o demora más de 2 segundos; mucosas húmedas, secas o muy secas y lágrimas presentes, escasas o ausentes y dependiendo de los signos que presente el niño se califica como sin signos de deshidratación, con deshidratación leve, moderada y con deshidratación severa (Tabla 9), teniendo cada clasificación su algoritmo de tratamiento, en el presente caso, el paciente cursaba con una deshidratación leve a moderada, por lo que se decidió brindarle Sales de rehidratación oral a tolerancia con cucharadas lentas, aproximadamente 100ml/kg sin embargo el niño no toleraba la vía oral, por lo que se procedió a colocar una vía endovenosa para su hidratación, administrando de manera inicial en bolo de 100 cc/Kg y por ser en el caso un niño > 1 año, se recomienda pasarlo en 3 horas; comenzando con el 30% del total del volumen calculado en 30 minutos y el 70% restante en 2 horas y 30 min. (Flujograma 4, 5 y 6). El paciente pasa la noche en observación evidenciando notable mejora al día siguiente, considerando su alta sin antes indicar suplemento de zinc 20 mg 1 vez al día por 14 días para evitar recurrencias y aconsejando una mejor alimentación para el niño.²¹

De este caso aprendieron que lo primordial en un diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, es definir el estado de deshidratación para corregirlo inmediatamente; posterior a ello y con los antecedentes que te refieran determinar la necesidad de usar o no antibioticoterapia, por ejemplo, si nos refieren que crían aves de corral o que recientemente han estado en contacto con dichas aves, es probable que la diarrea se deba a un *Campylobacter jejuni* por lo que si ameritaría de antibiótico, también es importante recordar que se le debe indicar a la madre que no debe dejar de darle alimentos al niño, ya que puede generar mayor deshidratación.

Con respecto al paciente con diagnóstico de arañazo de gato, de acuerdo con la decisión tomada por el hospital, se mantuvo el consumo de alimentos por vía oral debido a que el paciente no presentaba intolerancia oral, si no, fiebre y dolor en región axilar por la linfadenitis; decidiéndose la hospitalización del paciente debido a la persistencia de la fiebre y el pendiente del examen de laboratorio, brindándose como tratamiento el paracetamol para la fiebre, y el comienzo de azitromicina. El paciente presentó manifestaciones clínicas pertenecientes a lo que se trataría de la enfermedad del arañazo del gato, con fiebre persistente y sin foco aparente, además de la linfadenopatía en la región axilar (Figura 4)²² y como antecedente de importancia epidemiológico, madre refiere la crianza de dos gatos.

El antibiótico de elección ante la enfermedad del arañazo del gato es la azitromicina, brindándose 10 mg/kg el primer día, y el resto de 4 días donde se completa el tratamiento, se disminuye a 5mg/kg²³ (Tabla 10); la evolución del paciente fue favorable, ya que, debido a la adecuada administración de medicación y vigilancia, a los 3 días la fiebre cesó, siendo ese mismo día el resultado para *Bartonella henselae*, dando como positivo, confirmando el diagnóstico de arañazo de gato. De igual forma, la madre del paciente refirió mejoría clínica del menor, además de disminución de volumen de la adenopatía, por lo que el menor se mostraba menos irritable y movilizaba el brazo izquierdo. Tras cumplir 5 días de tratamiento, el paciente fue dado de alta.

Este caso nos brinda la triada clásica de la enfermedad del arañazo de gato, permitiendo que se logre diagnosticar al paciente, tratándose con azitromicina oportunamente, se toma importancia detallar el ambiente del paciente pediátrico, por lo que se debe realizar una buena historia clínica y anamnesis para que así

no pase ningún detalle por alto que nos podría brindar la facilidad de guiar hacia el diagnóstico.

En el caso del paciente con diagnóstico de faringoamigdalitis, de acuerdo con los criterios de Centor modificado (Tabla 11), el paciente presentó una temperatura mayor a 38°C, ausencia de tos, exudado amigdalino y una edad de 5 años, sumando un total de 4 puntos por lo que se inicia tratamiento antibiótico, siendo amoxicilina el tratamiento usado por el hospital, en dosis de 50 mg/kg/día cada 8 horas de 5 a 7 días. Según la guía práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, se debe diferenciar entre el origen viral y bacteriano, siendo bacteriano más común en la edad etérea de 3 a 12 años, rango de edad donde entra el paciente, además del cumplimiento de criterios de Centor por lo que se catalogaría de faringoamigdalitis bacteriana, empezando tratamiento antimicrobiano, amoxicilina 40-50 mg/kg/día c/12 a 24 horas (Figura 5).²⁴ El paciente pudo ser tratado de forma ambulatoria, por lo que la madre recibió la explicación de la patología de su hijo y el tratamiento a seguir donde se incluye el paracetamol y el antibiótico, además del uso de medios físicos ante fiebre >38°C, explicando los signos de alarma para que acudiera en caso de ser necesario, nuevamente a la emergencia.

Gracias al caso presentado, se refuerza la diferenciación entre una faringoamigdalitis viral y bacteriana, teniendo en cuenta el grupo etario, además de los criterios de Centor (Tabla 11), siendo de importancia en el área pediátrica debido a la frecuencia de este tipo de pacientes, brindando el tratamiento adecuado y las indicaciones óptimas que se debe brindar al cuidador del paciente pediátrico, siendo importante explicarles en qué momento se requiere la

utilización de antibióticos, debido a la mala creencia que ante todo cuadro febril, por más que se trate de una infección viral, deba tratarse con antibióticos.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

De manera anual, se viene realizando el internado médico en el Centro hospitalario de diversas universidades, las cuales tienen como requisito la aprobación previa de un examen teórico con opciones múltiples y una entrevista personal para posteriormente mediante la lista de ponderados pudieran elegir sus rotaciones. Ahora bien; el Hospital Naval, que resulta siendo el gran atractivo para la postulación, no solo divide sus rotaciones en las 4 grandes especialidades de medicina interna, cirugía, ginecología – obstetricia y pediatría - neonatología, si no que las subdivide en algunos casos, como es el de medicina interna, en una rotación corta por geriatría, infectología y neumología o también como ocurre en el caso de cirugía en donde se rotan también por las especialidades de urología y traumatología, permitiendo así al interno un mayor campo de aprendizaje; sin embargo con la situación mundial actual en la que se vive, si bien los internos pudieron permanecer en el Hospital, tuvieron que acomodarse a las nuevas medidas para salvaguardar su salud, por lo que bajo la disminución de horas hospitalarias y prohibición de zonas COVID, se reestructuraron las rotaciones, perdiendo así la posibilidad de rotar por las subespecialidades ya mencionadas de medicina interna y con el paso de los meses incluso de guardias en los servicios de cirugía y medicina interna por la alta afluencia de pacientes COVID

positivos, generando una desventaja para mejorar las habilidades prácticas; sin embargo se puso énfasis en actividades académicas como exposiciones en cada rotación que permitió reforzar la parte teórica; empero, y sin desmerecer el máximo intento que se dio para no perder el año académico, la afluencia de pacientes era mínima y tomando en cuenta que la parte práctica es fundamental para fijar conocimientos teóricos, el impacto fue negativo.

Independientemente por servicios, se comenzó con el servicio de medicina en pre pandemia, rotando durante aproximadamente 3 meses de lunes a domingo, 1 mes en las especialidades ya mencionadas, 1 mes en medicina mujeres y 1 mes en medicina varones, así como también se realizaron guardias de 12 horas en emergencia tanto diurnas como nocturnas, haciendo unas 7 guardias aproximadas al mes, 21 guardias aproximadas durante el transcurso de la rotación; en donde el interno realizaba la anamnesis, el examen físico y con la guía del residente de guardia llegar a un diagnóstico para posteriormente plantear un plan de trabajo.

En el servicio de cirugía la rotación tenía una duración de 3 meses que se dividían: 1 mes en cirugía general, 1 mes en traumatología y 1 mes en urología, con guardias de 24 horas en el tópico de procedimientos de emergencias varias veces por mes.

En el servicio de ginecología la rotación tenía una duración de 3 meses que abarcaba tanto obstetricia como ginecología por igual, con guardias de 24 horas varias veces por mes.

En el servicio de pediatría la rotación tenía una duración de 3 meses que incluía rotaciones internas entre neonatología y hospitalización pediátrica, con guardias de 24 horas en emergencias pediátricas varias veces por mes.

Sin embargo, por declararse el País en estado de emergencia por pandemia debido al covid-19, se retiraron a los internos de sus centros hospitalarios hasta nuevo aviso, sin embargo el tiempo de espera se prolongó por 6 meses; tras evaluaciones y medidas tomadas para salvaguardar la salud de los internos de medicina, el Ministerio de Salud emitió unas bases para el retorno del interno llamado: Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020, en el cual se indicaba que durante la vigencia de la emergencia sanitaria se realizaría el internado con un régimen de 15 días seguidos de 15 de descanso, de forma tal que dos grupos de internos puedan alternarse cada mes y cuyo horario de actividades sería de lunes a sábado de 7:00 horas a 13:00 horas con máximo 2 guardias diurnas de 7:00 horas a 19:00 horas en áreas no – COVID.⁴

Ante esta medida, el hospital Naval abrió sus puertas para el retorno de los internos, con cambios particulares dentro de cada rotación; en el servicio de medicina; se limitó las rotaciones a 4 pabellones y se excluyeron las rotaciones en especialidades antes descritas, con 2 guardias dentro de los 15 días en emergencias; en el servicio de cirugía si bien se mantuvieron las 3 rotaciones, los tiempos de permanencia en cada uno se redujeron a 1 semana en el servicio de cirugía general, 4 días en el servicio de traumatología y 3 días en el servicio de urología, con guardias 2 guardias de 12 horas dentro de los 15 días en el tópico de procedimientos de emergencias; sin embargo posteriormente se tuvieron que restringir las guardias de medicina y cirugía por la frecuencia con la que acudían pacientes COVID positivos, sintomáticos o asintomáticos.

En el servicio de ginecología y obstetricia por la poca afluencia de pacientes, el distanciamiento social y el número de internos, se dividió la rotación en guardias

de 12 horas, turno mañana y noche los 6 días de la semana, sin embargo se brindó la seguridad de que toda paciente para hospitalización o trabajo de parto contaba con prueba rápida, y el ser un área diferenciada del hospital con acceso solo a gestantes y emergencias obstétricas o ginecológicas, cuya función del interno variaba en hospitalización, sala de dilatación o sala de partos según la demanda.

Y por último en el servicio de pediatría debido a la poca afluencia de pacientes hospitalizados, se dividieron los 15 días en guardias de 12 horas, turno mañana y turno noche, en donde en la mañana se dividía un interno en neonatología, uno en hospitalización y otro en emergencias y durante las noches solo un interno se quedaba a cargo de emergencias y se encontraba al llamado de neonatología por posibles nacimientos.

Respecto a la experiencia del cambio de institución de salud; gracias al hecho que los estudiantes poseen el derecho de elegir su sede hospitalaria con el promedio que han logrado en los seis años de carrera, tienen el privilegio de analizar sus opciones y las desventajas/ventajas que implicaban el hospital que lo adoptaría durante un año; por lo que, el impacto respecto a haber iniciado en un servicio de un hospital, y haberse tenido que trasladar a otra institución en medio de una pandemia, ciertamente genera dificultades en el interno. Como el hecho del temor de contagiar a sus familiares y más aún, si forman parte de la población de riesgo, por lo que muchos estudiantes debieron mudarse lejos de casa y retomar a sus hogares cada que culminaran los 15 días de rotación, por lo que aquello implica una inversión monetaria que altera la situación económica familiar de cada individuo, la misma que ha sido afectada en mayor o menor medida debido a la pandemia.

En la etapa pre pandemia donde el interno eligió su sede hospitalaria de conveniencia y en este caso, iniciando en ginecología y obstetricia en el hospital Daniel Alcides Carrión, cumplía con aquellos horarios donde era una dedicación neta hacia el servicio, además de las dificultades propias del MINSA, como la falta de implementos y en caso de los pacientes, la carencia de un seguro de vida o los medios económicos para obtener medicamentos que el hospital no pudiera brindar por falta de stock; de igual forma, la dificultad que se poseía respecto al laboratorio central que tenía un horario irregular para recibir las órdenes de muestras, por lo que algunos pacientes de hospitalización no poseían un seguimiento en sus exámenes de laboratorio, y en caso se requirieran con urgencia, se buscaba la posibilidad que el laboratorio de emergencia pudiera muestrear a los más delicados. Y justamente dos semanas antes que terminara la primera rotación del internado, se anunció el inicio de la cuarentena.

Tras más de medio año en que los internos de salud fueron obligados de volver a sus hogares debido a su condición de estudiantes, diversos centros de salud permitieron el retorno de los internos, pero con menor capacidad inicial, por lo que el Hospital Daniel Alcides Carrión redujo a la mitad los cupos pertenecientes a la Universidad San Martín de Porres, por lo que el resto de internos, fueron divididos en otros establecimientos para que culminaran el internado, siendo el hospital Carlos Lanfranco La Hoz una de las sedes que adoptarían a una parte bajo los lineamientos del Decreto de Urgencia N° 090-2020, donde se indica la reducción del horario laboral, la entrega de equipos de protección, realización de pruebas para descarte de COVID 19 y la cobertura de un seguro de salud para los internos de medicina.⁴

Respecto al inicio en la institución de Puente Piedra, se inició con la rotación de cirugía donde se cumplían las indicaciones dadas en el decreto de urgencia,

siendo el departamento de Cirugía General, el encargado de entregar el equipo de protección necesario para los internos de salud, además de guiar a los estudiantes hacia dónde debían realizarse las pruebas rápidas para el descarte de SARS-2; las dificultades en el servicio fueron similares a las que figuraban en pre pandemia, lo que sí, existe la clara diferencia del hecho que los internos se exponían ante pacientes que debían realizarse una prueba de descarte en caso tuvieran que prolongar su estancia en el hospital, poseyendo oportunidades donde los pacientes daban positivo al virus de COVID 19, por lo que los internos poseían contacto con este tipo de pacientes que inmediatamente eran alejados en una zona donde no entraran en contacto con más personas. Por lo que el equipo de protección era fundamental para el interno, además del insistente lavado de manos; por otro lado, igual existían situaciones donde tanto familiares como pacientes, se alteraban y poseían una actitud ciertamente agresiva hacia el personal de salud, individuos que eran suprimidos ante la presencia de seguridad o los mismos médicos que los calmaban lo suficiente para que fueran colaboradores.

Por el lado de la tercera rotación que se trató de medicina interna, los típicos casos que llegaban a emergencia se trataban de enfermedades respiratorias y debido a la situación actual en el país, con gran probabilidad de tratarse de pacientes COVID 19, por lo que el hospital Carlos Lanfranco La Hoz instaló un triaje especial para SARS COV-2, donde todo paciente con sintomatología de fiebre, tos, deposiciones líquidas, inmediatamente eran derivados hacia aquella zona para así evitar el contacto con pacientes sospechosos. De igual forma que el servicio de cirugía, el interno de medicina debía portar equipo de protección de forma obligatoria, más aún en el área de emergencia debido a la exposición con pacientes de sintomatología respiratoria. Se mantenía una distancia prudente para evitar el ingreso y la aglomeración en el tópico de medicina, además se

poseía otra instalación más amplia para los pacientes que debían quedarse bajo observación.

Finalmente, en la cuarto rotación tratándose de pediatría y neonatología, los casos en emergencia por lo general se tratan de síndromes febriles, tos, expectoración, casos que deben ser atendidos por el área, ya que no se cuenta con un área COVID pediátrica, aunque ante la sospecha de SARS COV-2 por contacto o los mismos padres brindan pruebas confirmatorias de los menores, se recomienda acudir a un hospital de mayor complejidad que posea área COVID especializada en pediatría. Las recomendaciones al igual que en los demás servicios, es el uso de equipo de protección, siendo mucho más enfático en el lavado de manos al tratarse de examinar recién nacidos, más aún al ingresar al área de intermedios.

CONCLUSIONES

Se detalla la diferencia significativa respecto al internado médico pre y post pandemia, donde claramente la afluencia y diversidad de casos clínicos se encuentran limitados, por lo que resulta una desventaja para los internos de medicina del presente año, por más esfuerzo y apoyo que se brinde para la enseñanza de las prácticas en los centros de salud.

El mantenimiento del estudiante del último año en las instituciones de salud se rige en la protección de los mismos, recursos brindados por el centro de salud donde se encuentren, quienes poseen la obligación de resguardar la integridad de su personal mediante la entrega de equipo de protección adecuado para que así, el interno pueda cumplir y aprovechar al máximo la currícula del último año.

A pesar de las limitantes presentes en el retorno de los internos de medicina, se logra rescatar casos clínicos que hayan marcado al estudiante, sea por frecuencia o alguna circunstancia en particular que incentive a la retención de información general de lo vivido en el curso de enfermedad de algún paciente, colaborando en el aprendizaje, consolidando la parte teórica junto a la práctica.

RECOMENDACIONES

Una medida que podría adoptarse para el refuerzo del conocimiento del interno de medicina en plena pandemia sería el enfoque del desarrollo de casos clínicos dados en condiciones normales, fomentando al debate y la retroalimentación, ya que, por la poca afluencia en los centros de salud, los estudiantes de medicina ciertamente poseen menor variedad de patologías.

De igual forma, mantener la división de las áreas de la rotación correspondiente y así permitir una distribución adecuada de los internos, que, en lo posible, deberían acudir a emergencia, días fundamentales para incentivar la capacidad de reacción y decisión de parte de los estudiantes.

Por motivos de pandemia donde se restringe la cantidad de personas en una misma habitación para así evitar la aglomeración, se podría realizar un tipo de inducción mediante videollamada de parte de los internos salientes hacia los internos entrantes, debido a que por los pocos días que se poseen, sería adecuado la adaptación pronta respecto al tema de recetas, evoluciones, altas y demás de parte de la generación ingresante para que así aprovechen en

enfocarse en los casos clínicos de los pacientes que acuden a sus centros de salud, en vez de retrasarse debido al aprendizaje del manejo de trámites.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Daniel Alcides Carrión [Internet] MINSA [Citado el 12 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.hcllh.gob.pe/mision-vision/>
2. Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú CENTRO MÉDICO NAVAL «CMST» [Internet]. Disamar. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
3. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz [Internet] MINSA [Citado el 12 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/acerca-de-nosotros/vision-y-mision.html>
4. Ministerio de Salud. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia No 090-2020 [Internet]. 2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf
5. Alzamora MRP, Durán JCS, López EF. Celulitis moderada-grave que requiere ingreso hospitalario. Criterios de ingreso y antibioterapia

- empírica. *Medicina Cuta* [Internet]. 2014;42(1–3):12–7. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2014/mc141_3b.pdf
6. Grouzard V, Rigal J, Sutton M. Guía Clínica y terapéutica para uso del personal sanitario cualificado en programas curativos, en hospitales y dispensarios [Internet]. 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4229.pdf>
 7. Minsa. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
 8. Boldú J, Cebollero P, Abu J, de Prado A. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007;18.
 9. Pinto J, Espinoza J. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en pacientes adultos [Internet]. Hospital Cayetano. 2017 [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-351080917.pdf>
 10. Spach DH, Kaplan SL. Microbiology, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of cat scratch disease [Internet]. UpToDate. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/microbiology-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cat-scratch-disease?search=ara%C3%B1azo%20de%20gato&source=search_result&selectedTitle=1~75&usage_type=default&display_rank=1
 11. Ríos EG, Góngora AS, Figueroa AML, Peralta FDA, Al E. *Gupias de Práctica clínica y de Procedimientos en obstetricia y perinatología* [Internet]. 2018. Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

12. Laureán NC, López MRC. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. *cirujano ge* [Internet]. 2018;40(4):250–4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2018/cg184e.pdf>
13. Fernández ZR. Tratamiento de la apendicitis aguda. *revista cubana ci* [Internet]. 2019;58(1):100–20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000100010
14. De Quesada Suárez L, Pelayo DMI, Meriño DCL. La escala de Alvarado como recurso clínico para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Rev cuba cirug* [Internet]. 2015;54(2):121–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200004
15. Jaschinski T, Mosch CG, Eikermann M, Neugebauer EAM, Sauerland S. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018, Issue 11. Art. No.: CD001546. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001546.pub4/epdf/full>
16. Raja A, Zane RD. Initial management of trauma in adults [Internet]. *UpToDate*. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults?search=politraumatismo&source=search_result&selectedTitle=1~10&usage_type=default&display_rank=1

17. Evans RW, Whitlow CT. Acute mild traumatic brain injury (concussion) in adults [Internet]. UpToDate. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-mild-traumatic-brain-injury-concussion-in-adults?search=brain%20injury&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
18. Burga-Montoya G, Luna-Muñoz C, López LC. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal temprana en prematuros de un Hospital Nacional Docente Madre Niño, 2017. revista facultad medicina huma [Internet]. 2017;19(3):35–42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000300006
19. Mireia BP, Fátima CL, Concepción CDM, Ángeles LS, Carmen RB. SEPSIS NEONATAL DE INICIO PRECOZ. 2019;34. Disponible en: https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/2019-02-SNIP2_0.pdf
20. B. Fernández Colomer, López Sastre J, Coto Cotallo GD, Ramos Aparicio A, Ibáñez Fernández. A. Sepsis del recién nacido [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_0.pdf
21. Ministerio de Salud Perú. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño [Internet]. 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
22. Spach DH, Kaplan SL. Microbiology, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of cat scratch disease [Internet]. UpToDate. [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/microbiology->

epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cat-scratch-disease?search=ara%C3%B1azo%20de%20gato&source=search_result&selectedTitle=1~75&usage_type=default&display_rank=1

23. Spach DH, Kaplan L. Treatment of cat scratch disease [Internet]. UpToDate. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-disease?search=ara%C3%B1azo%20de%20gato&source=search_result&selectedTitle=2~75&usage_type=default&display_rank=2
24. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infecciones agudas de las vías respiratorias superiores [Internet] 2019. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2019/RD%20N%C2%B0%20000260-2019-DG-INSNSB%20INFECCIONES%20AGUDAS%20DE%20LAS%20V%C3%8DAS%20RESPIRATORIAS%20SUPERIORES.pdf>

ANEXOS

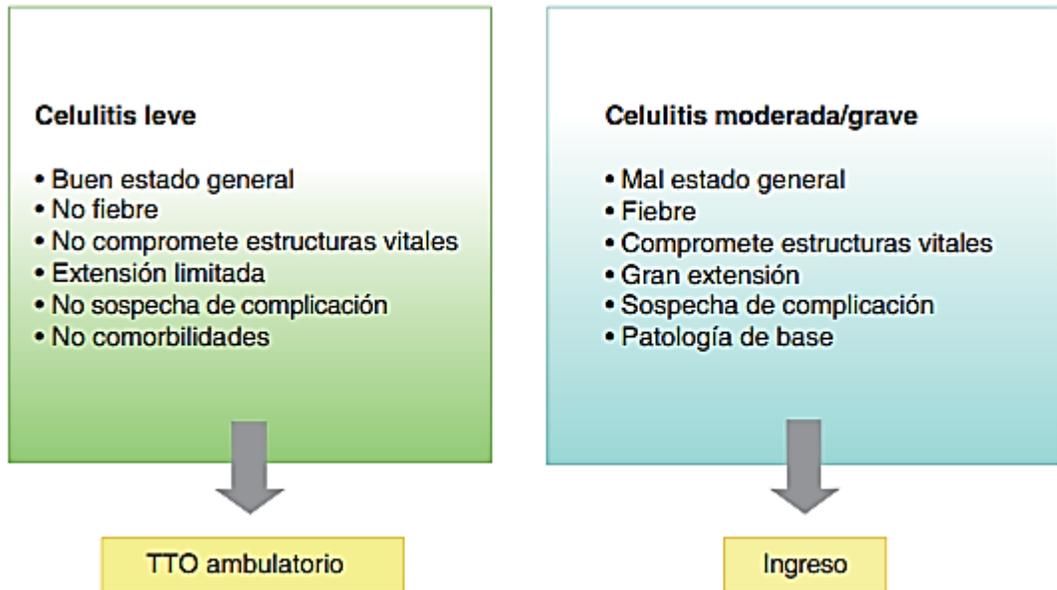


Figura 1. Clasificación de la celulitis: leve, moderada-grave¹

1. Fracaso a esquema con medicamentos de primera línea.
2. Contacto de caso confirmado de TB resistente.
3. Recaída dentro de los siguientes 6 meses de haber sido dado de alta de un esquema con medicamentos de primera línea.
4. Recaída luego de haber sido dado de alta con medicamentos de segunda línea.
5. Personas privadas de su libertad (PPL) y residentes de albergues, comunidades terapéuticas, entre otros.
6. Antecedente de tratamientos múltiples (más de dos episodios previos de TB).
7. Antecedente de irregularidad al tratamiento, abandono o terapia no supervisada.
8. Contacto con persona que falleció por TB.
9. Comorbilidades o condición previa: VIH, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor y otros.
10. Trabajadores y estudiantes de la salud.

Figura 2: Principales factores de riesgo para Tuberculosis resistente⁷

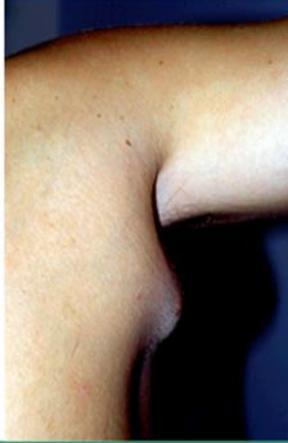
Glasgow Coma Scale (GCS)

	Score
Eye opening	
Spontaneous	4
Response to verbal command	3
Response to pain	2
No eye opening	1
Best verbal response	
Oriented	5
Confused	4
Inappropriate words	3
Incomprehensible sounds	2
No verbal response	1
Best motor response	
Obeys commands	6
Localizing response to pain	5
Withdrawal response to pain	4
Flexion to pain	3
Extension to pain	2
No motor response	1
Total	

The GCS is scored between 3 and 15, 3 being the worst and 15 the best. It is composed of three parameters: best eye response (E), best verbal response (V), and best motor response (M). The components of the GCS should be recorded individually; for example, E2V3M4 results in a GCS score of 9. A score of 13 or higher correlates with mild brain injury, a score of 9 to 12 correlates with moderate injury, and a score of 8 or less represents severe brain injury.

Figura 3: Escala de Glasgow¹⁶

Adenopathy in cat scratch disease



Left axillary adenopathy in a patient with cat scratch disease. The enlarged, erythematous lymph node may go on to suppurate.

Courtesy of David H Spach, MD.

Figura 4: Adenopatía por arañazo de gato²²

- Niños no alérgicos a la penicilina. Cualquiera de los siguientes:
 - Penicilina V (fenoximetilpenicilina potásica o benzatina) vía oral, durante 10 días:
 - < 12 años: 250 mg cada doce horas
 - > 12 años: 500 mg cada doce horas
 - Penicilina G benzatina, en inyección única intramuscular profunda:
 - < 12 años: 600.000 U
 - > 12 años: 1.200.000 U
 (Elección de la inyección si: vómitos, no asegurado el cumplimiento por vía oral, prevalencia de fiebre reumática, países en desarrollo)
 - Amoxicilina, durante diez días:
 - 40-50 mg/kg/día, c/ 12 ó 24 horas o bien:
 - 750 m/día, en una dosis/día, en mayores de 4 años
- Niños alérgicos a la penicilina (reacción retardada):
 - Cefadroxilo: 30 mg/kg/día, cada 12 horas. 10 días
- Niños alérgicos a la penicilina (reacción inmediata o acelerada). Tres opciones:
 - a) Estolato o etilsuccinato de eritromicina, diez días: 30-40 mg/kg/día, cada 12 h, o:
 - Azitromicina: 10 mg/kg/día 5 días o 20 mg/kg/día, tres días, o
 - Claritromicina: 10 mg/kg/día. 10 días
 - b) Si sospecha de resistencia a macrólidos (ver texto): tratamiento según cultivo y antibiograma. Si no es posible examen bacteriológico, tratamiento durante diez días con macrólido de 16 átomos: josamicina (30 mg/kg/día, cada 12 h), diacetato de midecamicina (20 mg/kg/día, cada 12 h) o bien con clindamicina (20 mg/kg/día, cada 12 h)
 - c) Clindamicina, diez días, 20 mg/kg/día, cada 12 h

Fuente: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica, Faringoamigdalitis aguda, F. Álvarez González, J.M. Sánchez Lastres, Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. *Pediatría. Servicio de Atención Primaria. Chapela. Pág:25-36*

Figura 5: Tratamiento antibiótico de elección para faringoamigdalitis estreptocócica²⁴

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

Tabla 1: Dosificación de medicamentos antituberculosos de primera línea⁷

Fármaco	Reacción adversa
Isoniacida	Hepatitis, polineuritis, artralgias, reacciones cutáneas.
Rifampicina	Náuseas, vómitos, diarreas. Elevación de transaminasas y bilirrubina, colostasis, insuficiencia renal aguda, trombocitopenia, s. seudogripal, erupciones cutáneas.
Pirazinamida	Hepatitis, erupciones cutáneas, hiperuricemia, artralgias, podagra.
Etambutol	Neuritis retrobulbar.
Estreptomicina	Toxicidad vestibular y auditiva, nefrotoxicidad, erupciones cutáneas y parestesias peribucales.

Tabla 2: Reacciones adversas a medicamentos antituberculosos⁸

Medición de Severidad de Pancreatitis Aguda por Tomografía Computarizada	
Grado Tomográfico	
A. Páncreas normal	0
B. Páncreas edematoso	1
C. B más cambios extrapancreáticos	2
D. Severos cambios extrapancreáticos que incluyan una colección	3
E. Múltiples colecciones extrapancreáticas	4
Necrosis	
Ninguna	0
Menor a un tercio	2
Mayor a un tercio, menor a la mitad	4
Mayor de la mitad	6
Índice tomográfico de severidad (Grado tomográfico + Score de Necrosis)	Complicaciones
0-3	8%
4-6	35%
7-10	92%

Tabla 3: Criterios de severidad según tomografía⁹

Fallo orgánico del sistema u órgano si la puntuación es ≥ 2					
Órgano/Sistema	0	1	2	3	4
Respiratorio (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
Renal (Creatinina sérica)	<1.4	1.4-1.8	1.9-3.6	3.6-4.9	>4.9
CARDIOVASCULAR (Presión arterial sistólica en mm Hg)	>90	<90 Con respuesta a fluidos	<90 Sin respuesta a fluidos	<90 pH<7.3	<90 pH<7.2

Tabla 4: Criterios de Marshall⁹

Score de BISAP	
Urea > 25 mg/dl	1
Alteración del estado de conciencia	1
SIRS	1
Edad > 60 años	1
Efusión pleural	1

Tabla 5: Score de BISAP⁹

Tabla 1: Clasificación de Nyhus.	
Tipo I	Indirecta, pequeña Anillo interno normal Saco en canal inguinal
Tipo II	Indirecta, media Anillo interno alargado Saco no en el escroto
Tipo III	a Directas pequeñas o medianas. Sin protrusión por anillo interno b Indirectas, grandes, comprometen la pared posterior del conducto inguinal c Hernia femoral
Tipo IV	Hernias recurrentes a Indirectas b Directas c Femorales d Combinación

Tabla 6: Clasificación de Nyhus¹²

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

Tabla 7: Escala de Alvarado para el diagnóstico clínico de apendicitis aguda¹⁴

Tabla 7. Indicadores de sepsis en el hemograma	
Leucocitos totales	>30.000/mm ³ < 5.000/mm ³
Neutrófilos	>15.000/mm ³ <5.000/mm ³ en <24h de vida y <1.500/mm ³ en >24h de vida
Índice I/T	>0.2
Trombocitopenia	<100.000/mm ³

Tabla 8: Indicadores en el hemograma de sepsis neonatal¹⁹

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE:			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente ^(a)
2. Ojos ^(b)	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
II. EXPLORE			
6. Signo del pliegue* ^(c)	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
III. DECIDA:		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	Sin signos de deshidratación	Algún grado de deshidratación	Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

(*) "Signos claves de deshidratación"

(a) La letargia y la somnolencia no son lo mismo. Una niña o niño letárgico no está simplemente adormecido sino que su estado mental está embotado y no se despierta completamente; la niña o el niño parece derivar hacia la inconsciencia.

(b) En algunos lactantes, niñas y niños los ojos están normalmente algo hundidos. Es útil preguntarle a la madre si los ojos de la niña o el niño están como siempre o más hundidos de lo normal.

(c) El pliegue cutáneo tiene menos utilidad en los lactantes, niñas o niños con marasmo, kwashiorkor u obesos.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2017), adaptado de la referencias bibliográficas^{2,3,4}

Tabla 9: Evaluación de la deshidratación en la niña o niño²¹

Manifestation	Adults*	Pediatric (<18 years of age)	Comments
Lymphadenitis Total duration depends upon the regimen	<p>Preferred regimen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Azithromycin (500 mg PO on day 1, followed by 250 mg PO for four days). <p>Alternative regimens (total duration 7 to 10 days):</p> <ul style="list-style-type: none"> Clarithromycin (500 mg PO twice daily). Rifampin (300 mg PO twice daily). Trimethoprim-sulfamethoxazole (one double-strength tablet PO twice daily).[¶] 	<p>Preferred regimen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Azithromycin (<45.5 kg: 10 mg/kg PO on day 1, followed by 5 mg/kg PO for four days; ≥45.5 kg: 500 mg PO on day 1, followed by 250 mg for four days). <p>Alternative regimens (total duration 7 to 10 days):</p> <ul style="list-style-type: none"> Clarithromycin (<45.5 kg: 15 to 20 mg/kg PO divided in two doses; ≥45.5 kg: 500 mg PO twice daily). Rifampin (10 mg/kg PO every 12 hours; maximum daily dose 600 mg). Trimethoprim-sulfamethoxazole (weight-based dosing based on trimethoprim component is 8 mg/kg PO per day [maximum dose of trimethoprim 320 mg], in two divided doses). 	Adjunctive therapies (needle aspiration, corticosteroids) may be warranted in severe or refractory cases. ^Δ

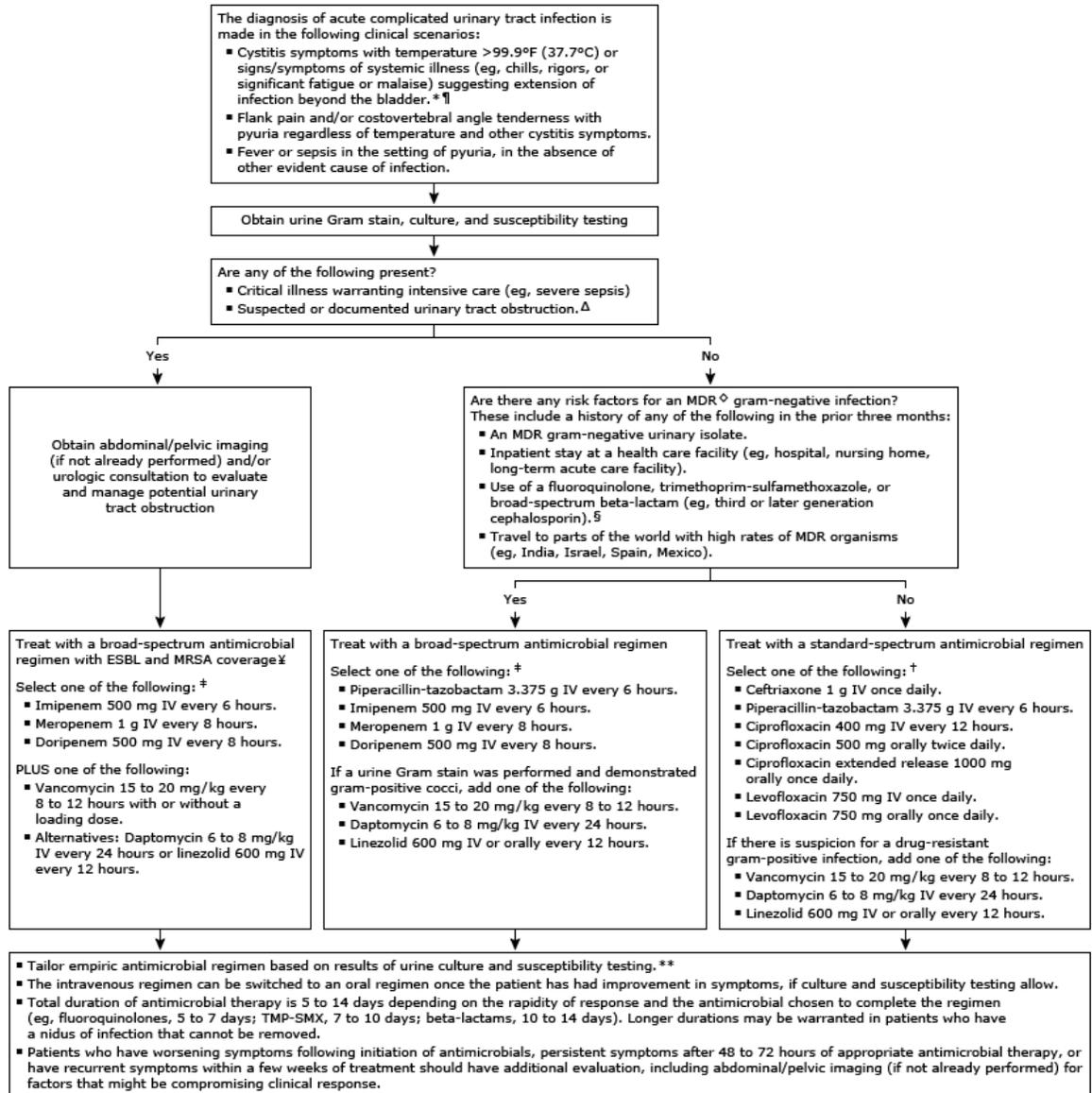
Tabla 10: Tratamiento por enfermedad de arañazo de gato²³

Síntoma o característica	Puntos
Temperatura corporal mayor de 38° C	1
Ausencia de tos	1
Adenopatía cervical anterior	1
Exudado amigdaliano y edema	1
Edad de 3 a 14 años	1
Edad de 15 a 44 años	0
Edad mayor de 45 años	-1

Puntos	Recomendación	Riesgo de infección por EBHGA
0 - 1	No realizar estudio microbiológico	2 - 6 %
2 - 3	Estudio microbiológico y tratar sólo si es positivo	10 - 28 %
4 - 5	Iniciar el tratamiento antibiótico	33 - 63 %

Modificado por Mc Isaac.

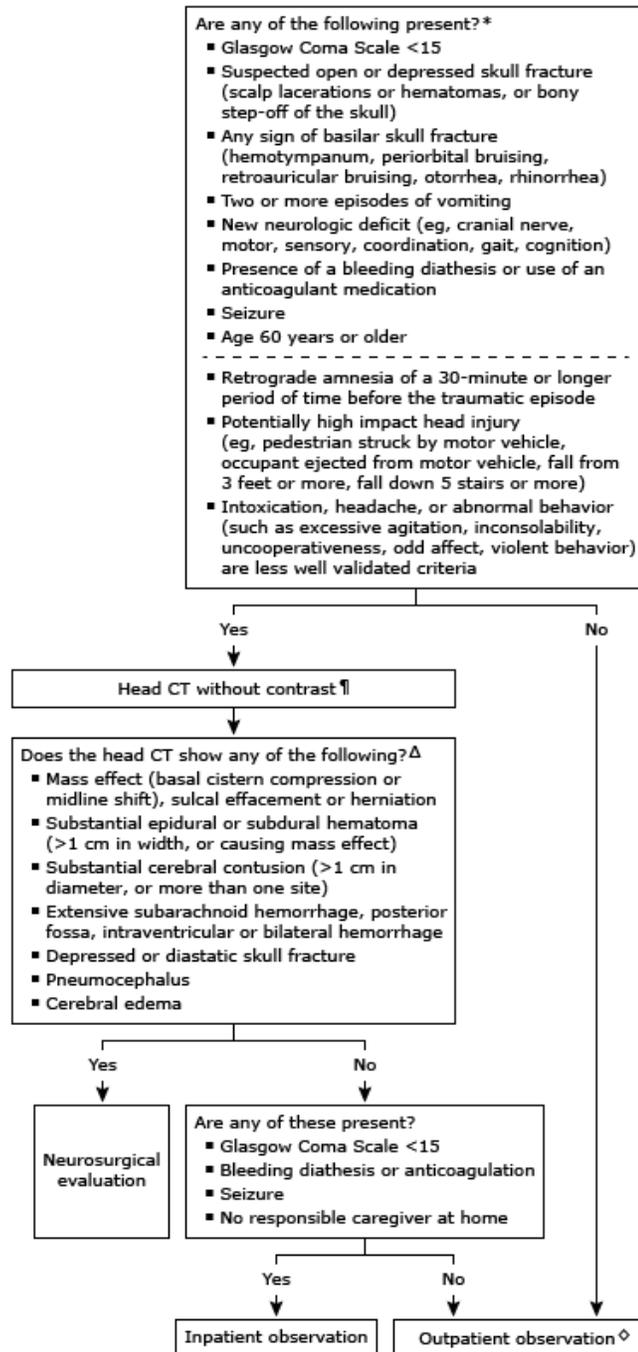
Tabla 11: Criterios de Centor²⁴



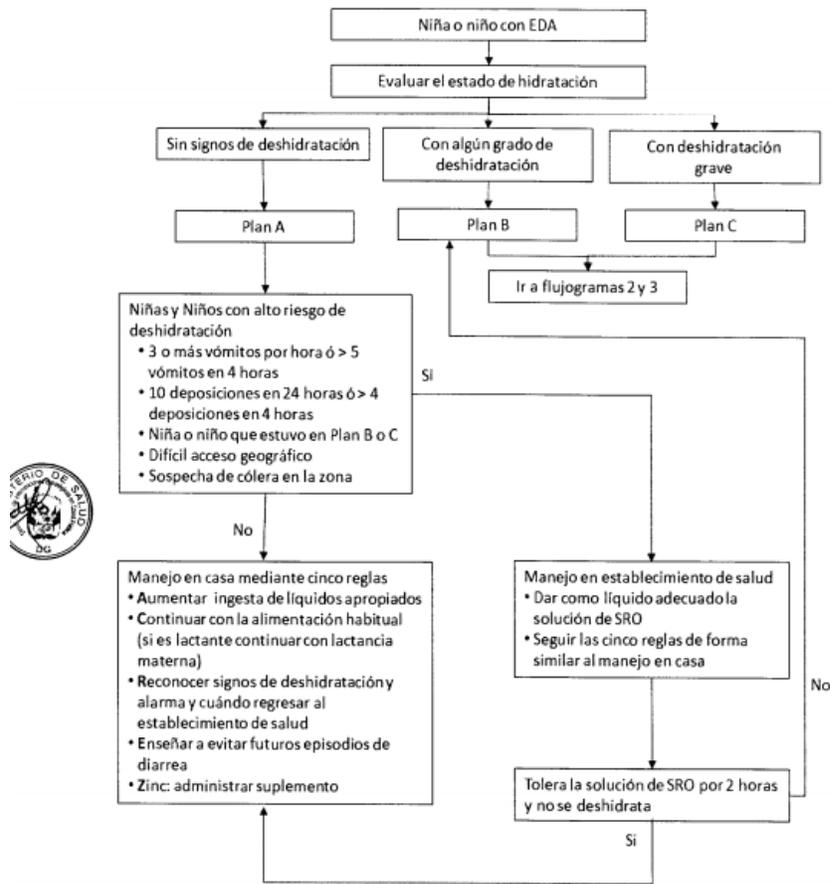
Flujograma 1: Uso de antibióticos para pilonefritis¹⁰



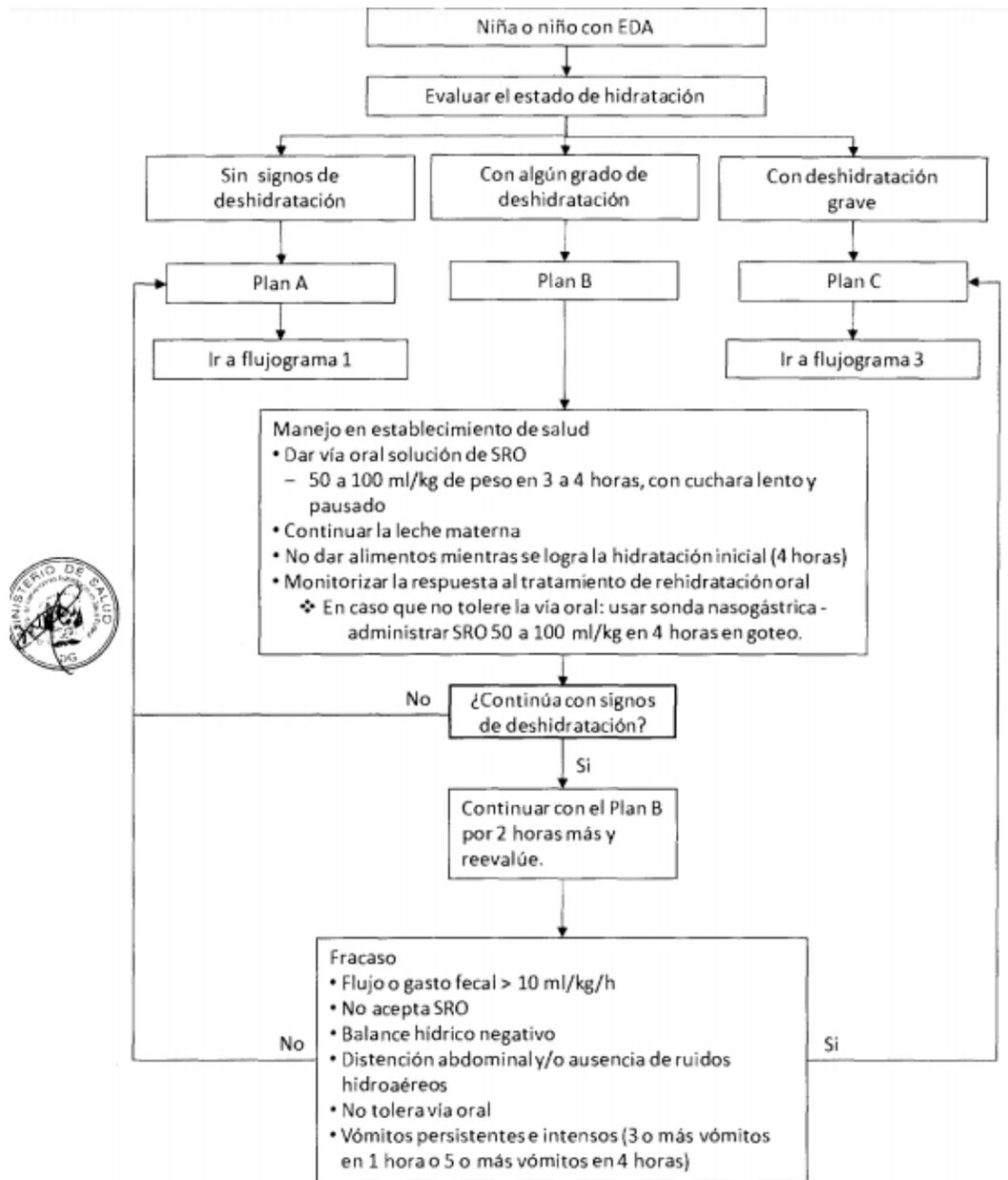
Flujograma 2: Diagnóstico diferencial de aborto¹¹



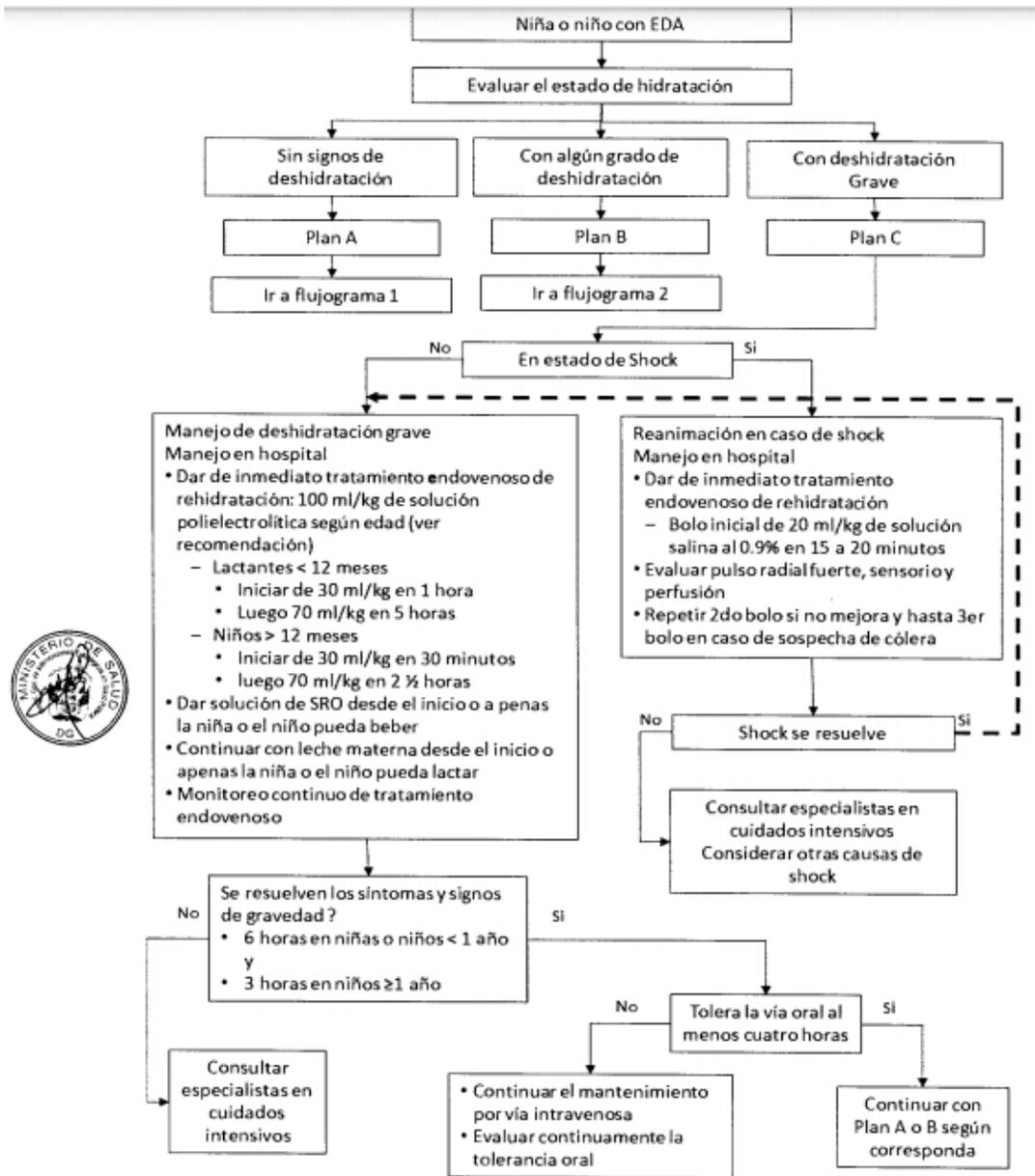
Flujograma 3: Criterios de alta para TEC leve¹⁷



Flujograma 4: Plan de hidratación A para la niña o el niño sin signos de deshidratación²¹



Flujograma 5: Plan de hidratación B para la niña o el niño con algún grado de deshidratación.²¹



Flujograma 6: Plan de hidratación C para la niña o el niño con deshidratación severa, con o sin shock²¹