

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y EL CENTRO DE SALUD
SALAMANCA, 2022-2023, LIMA-PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



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

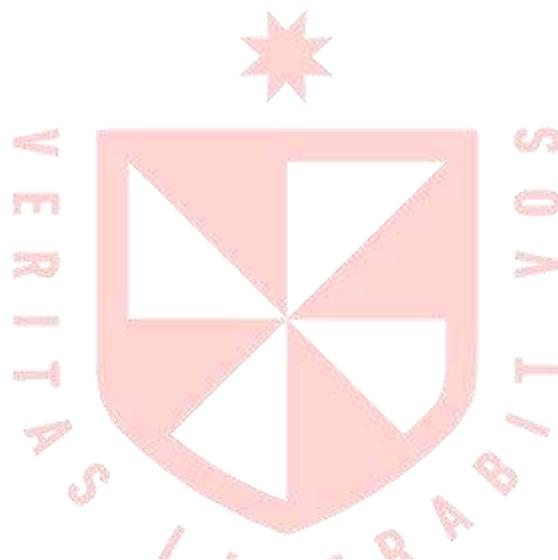
**PRESENTADO POR
ANDREA LIZETH MOLINA VALLES**

ASESOR

YONI MARGOT ZEVALLOS SOLDEVILLA

LIMA - PERÚ

2023



**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

**EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE Y EL CENTRO DE SALUD SALAMANCA, 2022-2023, LIMA-
PERÚ**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

PRESENTADO POR

ANDREA LIZETH MOLINA VALLES

ASESORA

DR. YONI MARGOT ZEVALLOS SOLDEVILLA

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Ante todo a Dios, a mis padres y hermano, Rosa, Antonio y Joel por siempre confiar en mí, por su amor incondicional y por motivarme todos estos años de estudio. A mi tía, Felicia, por brindarme todo su cariño y afecto el tiempo que estuvo presente.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	17
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	29
ANEXO 1	35
ANEXO 2	36

RESUMEN

La carrera de medicina tiene una duración de siete años en el Perú, siendo el último el programa del internado médico, en donde el estudiante demuestra sus habilidades, enriquece sus aprendizajes y aplica sus conocimientos en un establecimiento de salud. El internado 2022 inició el 1 de junio y tuvo una duración total de 10 meses. Las prácticas preprofesionales fueron realizadas tanto en un centro de primer nivel de atención como en un hospital de tercer nivel, lo que permitió al estudiante tener la experiencia única de formarse desde ambas perspectivas. **Objetivo:** Explicar la experiencia de desarrollar el internado en dos diferentes niveles de atención, realizar una reflexión crítica de la misma según el contexto, además de comentar la trayectoria profesional.

Método: Describir casos clínicos atendidos durante la rotación de las cuatro especialidades Cirugía general, Gineco-obstetricia, Medicina y Pediatría y detallar la vivencia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y el Centro de Salud Salamanca.

Conclusiones: Se considera al internado médico como el paso fundamental para ser profesional y es requisito para graduarse como tal. Por tanto, es relevante que abarque vivencias en establecimientos de diferentes niveles de atención para conocer la realidad y que la atención que brinden en un futuro como profesionales sea integral.

Palabras claves: Internado Médico, Pandemia de COVID-19, Primer Nivel de Atención, Centro de Salud, MINSA

ABSTRACT

The medical degree lasts seven years in Peru, the last being the medical internship program, where the student demonstrates his skills, enriches his learning, and applies his knowledge in a health facility. Internship 2022 began on June 1 and lasted a total of 10 months. The pre-professional practices were carried out both in a first-level care center and in a third-level hospital, which allowed the student to have the unique experience of training from both perspectives. **Objective:** Explain the experience of developing the internship at two different levels of care, make a critical reflection of it according to the context, in addition to commenting on the professional career. **Method:** Describe clinical cases attended during the rotation of the four specialties General Surgery, Gynecology-obstetrics, Medicine and Pediatrics and detail the experience at the Hipólito Unanue National Hospital and the Salamanca Health Center. **Conclusions:** The medical internship is considered the fundamental step to be a professional and is a requirement to graduate as such. Therefore, it is relevant that it encompasses experiences in establishments of different levels of care in order to know the reality and that the care they provide in the future as professionals is comprehensive.

Keywords: Medical Internship, COVID-19 pandemic, Primary Health Care, Health Center, MINSA

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIAS DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE Y EL CENTRO DE SALUD SALAM

AUTOR

ANDREA LIZETH MOLINA VALLES

RECuento DE PALABRAS

8335 Words

RECuento DE CARACTERES

49313 Characters

RECuento DE PÁGINAS

43 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.5MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 25, 2023 4:53 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 25, 2023 4:56 PM GMT-5

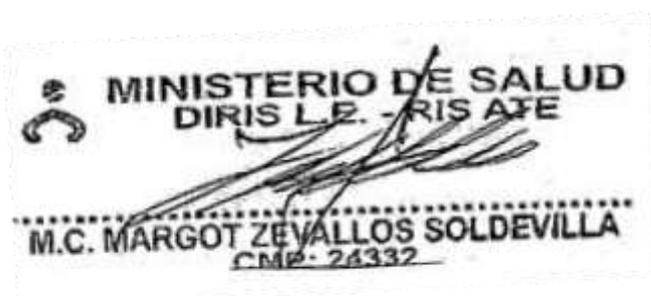
● **17% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



CMP: 24332

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9986-4172>

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el último paso del proceso de todo estudiante de medicina para lograr ser profesional, de carácter obligatorio y que constituye una etapa llena de aprendizajes, de aplicación de los conocimientos y en el que se contrasta la actividad teórica con la actividad práctica. Del mismo modo, en donde se forma el carácter ante situaciones complejas y reales, de la mano con un equipo de trabajo multidisciplinario, además de consolidar las competencias y aptitudes del estudiante de medicina. Constituye una etapa clave para empatizar con los pacientes y con los familiares de los mismos y formarse, por ende, como futuros profesionales con sensibilidad y humanidad, aplicando los principios bioéticos (1).

Normalmente, en el Perú es posible realizar el internado en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSU), Seguro Social del Perú (ESSALUD) mediante la adquisición de plazas brindadas a las universidades o mediante un examen nacional para EsSalud, en las Fuerzas Armadas o Policiales y/o en clínicas privadas en donde se realizan un total de cuatro rotaciones las cuales son en Medicina, Gineco-obstetricia, Cirugía y Pediatría. Sin embargo, debido a la pandemia COVID-19, se dispuso que el internado médico 2023, tenga una duración de 10 meses (junio 2022 hasta mayo del 2023) con un total de 36 horas semanales y 150 mensuales de rotación que se distribuyen la entre el hospital y el primer nivel de atención, siendo en esta última no menor al 20% del total de meses asignados (2).

Si bien, este es el tercer año en el que el internado se realiza de manera diferente, también constituye una oportunidad para los estudiantes de formarse y conocer el contraste del tipo de atención, los servicios ofrecidos, los métodos diagnósticos empleados y el tratamiento dado, en dos distintos niveles de atención, lo que será de gran utilidad cuando se curse el Servicio Rural y Urbano Marginal (Serums).

En el presente trabajo de suficiencia, se exponen un total de ocho casos clínicos de patologías más destacadas e interesantes de las cuatro especialidades durante el internado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y en el Centro de Salud Salamanca y de los cuales se aprendió la atención inmediata y el manejo posterior.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

La primera rotación de esta etapa comenzó el 01 de mayo del 2022 y se dio por dos meses y medio. Si bien en este periodo aún continuaba el estado de emergencia, la atención se realizaba de manera normal, usando las medidas sanitarias correspondientes.

Caso clínico N° 1

Anamnesis

Paciente varón de 25 años ingresa a emergencia por familiares por agresión de terceros con proyectil de arma de fuego en vía pública hace aproximadamente 20 minutos, impactando en región torácica posterior. Paciente refiere dolor intenso en zona afectada y dificultad para respirar.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Niega

Vacunas: Niega vacuna contra COVID 19

Medicación habitual: Niega

Alergia a medicamentos: Niega

Examen físico

Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, con funciones vitales de:

Presión arterial (PA): 85/60, frecuencia cardíaca (FC): 105, frecuencia respiratoria (FR): 16, temperatura: 36,5 C, saturación O₂: 93%, FiO₂: 28, hemoglucotest: 135

Piel y faneras: Fría, elástica, llenado capilar < 2 segundos.

Tórax y pulmones: amplexación conservada, herida en región torácica posterior derecha de aproximadamente 2,5 cm de diámetro. Murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos disminuidos. Duro, poco depresible, doloroso a la palpación superficial.

Aparato genito-urinario: Sonda Foley permeable, orina hematórica

Sistema nervioso central: Lúcido orientado en tiempo espacio y persona.

Escala de Glasgow 15/15 (apertura ocular: 4, respuesta verbal: 5, respuesta motora: 6)

Impresión diagnóstica

Herida por proyectil arma de fuego (PAF):

- D/c trauma torácico abierto
- D/c trauma abdominal

Exámenes auxiliares

Se solicita los siguientes análisis:

- Prueba rápida antigénica COVID 19 no reactiva
- Hemograma: leucocitos: 10,000 , segmentados: 45,2%, hemoglobina: 11g/dL, hematocrito: 32,6%, plaquetas: 229,000
- Perfil de coagulación: tiempo protrombina: 15, INR: 1,12, fibrinógeno: 147 mg/dL, tiempo trombolastina: 28,8
- Electrolitos: Na+: 144,4, K+: 2,8, Ca+: 1,12
- Lactato: 6, PCR: 0,01, úrea: 30,6, glucosa: 167
- Perfil hepático: GGT: 13,2, fosfatasa alcalina: 70,3, TGP: 256, TGO: 227,7
- Tomografía de tórax y abdomen

Plan de trabajo

1. NPO
2. NaCl 0,9% 1000 cc EV 40 cc/h
3. Ranitidina 50 mg c/8h EV
4. Fentanilo 0,5 mg 2 amp
5. Ceftriaxona 2g EV c/24h
6. Clindamicina 600 mg EV c/8h
7. Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a náuseas y vómitos

8. O₂ por cánula binasal nasal para SatO₂ ≥92%
9. Hemoglucotest c/8h
10. Metamizol 1g PRN a T > 38 C
11. Se solicita interconsulta a cirugía tórax y cardiovascular y a cirugía general
12. Completar exámenes pre-quirúrgicos
13. Control de funciones vitales

Caso clínico N° 2

Paciente varón de 31 años acude a tópico de cirugía por cuadro de aproximadamente 48 horas caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en epigastrio-mesogastrio de leve intensidad y náuseas, lo asocia a gastritis y toma omeprazol que calma aparentemente la molestia. Luego de algunas horas el dolor se intensifica esta vez localizado en fosa ilíaca derecha asociado a vómitos, anorexia, alza térmica no cuantificada y malestar general. Se automedica con escopolamina y al no ceder el cuadro, acude al hospital. Antecedentes personales: Fractura de antebrazo (2017), gastritis crónica
Antecedentes familiares: Niega
Vacunas: Completas
Medicación habitual: Omeprazol
Alergia a medicamentos: Niega

Examen físico

Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, con funciones vitales de:
Presión arterial: 121/70, frecuencia cardiaca: 104, frecuencia respiratoria: 18, temperatura: 37,5 C, saturación O₂: 99%, FiO₂: 21
Piel y faneras: Tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos.
Tórax y pulmones: amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Indurado, poco depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha de intensidad 9/10.

Signos de McBurney , Rovsing, Blumberg positivos

Aparato genito-urinario: PPL derecho (+)

Sistema nervioso central: Intranquilo, lúcido orientado en tiempo espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

Síndrome doloroso abdominal

- D/c apendicitis aguda

Exámenes auxiliares

Se solicita los siguientes análisis:

- Prueba rápida antigénica COVID 19 no reactiva
- Hemograma: leucocitos: 14,000 , segmentados: 89%, hemoglobina: 12,5 g/dL, hematocrito: 35%, plaquetas: 176,000
- Lactato: 8, PCR: 20, úrea: 28,03, creatinina: 0,9, glucosa: 86
- Ecografía: imagen tubular alargada no compresible con transductor en FID, compatible con proceso apendicular

Plan de trabajo

1. NPO
2. NaCl 0,9% 1000 cc
3. Completar exámenes pre-quirúrgicos
4. Control de funciones vitales

Diagnóstico postquirúrgico

Laparotomía exploratoria: apendicectomía + lavado+drenaje por peritonitis localizada y apendicitis aguda complicada

I.2. ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

La rotación de gineco-obstetricia comenzó el 16 de agosto y culminó el 31 de octubre del 2022. No hubo disminución del aforo del número de camas en

hospitalización pero era necesario tener una prueba negativa para COVID 19 para el ingreso.

Caso clínico N° 3

Anamnesis

Paciente de 23 años, gestante de 8 semanas por ecografía del 1er trimestre acude a tópico de emergencia por cuadro clínico de aprox 30 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio leve tipo cólico que fue aumentando en intensidad asociado a sangrado vaginal oscuro de moderada cantidad utilizando hasta 4 toallas higiénicas. Dada la sintomatología va a centro de salud cercano donde le indican que acuda a hospital por falta de especialista. Además, refiere mareos y cansancio.

Antecedentes personales: Apendicectomía hace 2 años, gastritis

Antecedentes familiares: Niega

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquía: 12 años, regimen catamenial: 5/28 días, cantidad ++ , inicio de relaciones sexuales: 16 años, número de parejas sexuales: 3, fecha de última regla: 22/06/22, método anticonceptivo: preservativo. G2P1001

Hábitos nocivos: Niega

Vacunas: completas

Examen físico

Paciente AREG, AREN, AREH, con funciones vitales estables:

Presión arterial (PA): 95/65, frecuencia cardiaca (FC): 96, frecuencia respiratoria (FR): 18, temperatura: 37 C, saturación O2: 98%, FiO2: 21

Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/-+++

Tórax y pulmones: amplexación conservada. Murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, poco depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio

SNC: LOTEP, escala de Glasgow 15/15

Genitales externos: de acuerdo a sexo y edad

Tacto vaginal: Cuello uterino blando, posterior, con orificio cervical externo abierto, además de restos embrionarios en canal vaginal.

Especuloscopia: Se observa coágulos y sangrado por orificio cervical

Impresión diagnóstica

Hemorragia de 1er trimestre

- D/c aborto incompleto

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Hemoglobina: 11,8 g/dL, hematocrito: 34%, leucocitos: 8700, plaquetas: 272 000 grupo y factor: O+, bHCG positiva
- Pruebas serológicas negativas
- Prueba antigénica para COVID 19: no reactivo
- Examen de orina: turbia, leucocitos: 5-7 por campo, hematíes: 1-2 por campo, nitritos (-), no presencia de gérmenes
- Ecografía TV: se evidencia restos irregulares, ecodensos, endometrio heterogéneo, engrosado mayor a 15mm

Plan de trabajo

1. NPO
2. Colocación de vía NaCl 0,9%
3. Hospitalizar pabellón B-2, en ARO (alto riesgo obstétrico) C para procedimiento de aspirado manual endouterino (AMEU)
4. Control de funciones

Caso clínico N° 4

Anamnesis

Paciente femenina de 34 años ingresa a pabellón B-2 por consultorio externo con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 5 años caracterizado por dismenorrea que cedían con “analgésicos fuertes”, dispareunia y sangrado postcoital motivo por el cual acude a Hospital Loayza donde es internada y le realizan laparoscopia diagnóstica cuyo resultado fue endometriosis, es dada de alta con naproxeno y Visanne, medicamentos que calman dolor. Paciente

abandona tratamiento y por pandemia, retrasa su seguimiento. Hace aproximadamente 5 meses presenta sangrado de moderada cantidad usando toallas higiénicas grandes y dolor en hemiabdomen inferior tipo cólico irradiado a región lumbar por lo que acude a consulta externa de ginecología para tratamiento especializado.

Antecedentes personales: Colectomía (2021), cesárea (por preeclampsia severa, 2018), infección urinaria, mioma (2019), endometriosis (9)

Antecedentes familiares: Madre con diabetes mellitus, hipertensión arterial, padre diabético

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquía: 11 años, régimen catamenial: 5/30 días, cantidad ++, inicio de relaciones sexuales: 16 años, número de parejas sexuales: 1, fecha de última regla: 26/08/22, método anticonceptivo: preservativo. G1P0101

Hábitos nocivos: Niega

Vacunas: completas

Examen físico

Paciente AREG, AREN, AREH, con funciones vitales estables:

Presión arterial: 105/65, frecuencia cardíaca: 92, frecuencia respiratoria: 17, temperatura: 36,7 C, saturación O₂: 98%, FiO₂: 21

Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2 segundos, palidez +/-+++

Mamas: Simétrica, blandas, leve dolor a la palpación profunda en cuadrante superior externo derecho

Tórax y pulmones: amplexación conservada. Murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. A la inspección se observa cicatriz suprapúbica de aprox 8cm. Globuloso a predominio adiposo, blando, poco depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

SNC: LOTEPE, escala de Glasgow 15/15

Genitales externos: de acuerdo a sexo y edad, sin lesiones

Tacto vaginal: útero anteversoflexo (AVF) lateralizado a la izquierda, aumentado de consistencia de aprox 15 cm x 12 cm de bordes irregulares,

poco móvil, doloroso a la movilización del cuello, no se palpan anexos por dolor y aumento de tejido celular subcutáneo.

Especuloscopia: Vagina amplia, elástica sin lesiones. Cérvix central, epitelizado orificio cervical cerrado puntiforme lateralizado a la izquierda, no se evidencian lesiones.

Impresión diagnóstica

Dolor pélvico crónico

- Endometriosis profunda
- Miomatosis uterina

Obesidad

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Hemoglobina: 10 g/dL, hematocrito: 31%, leucocitos: 9800, plaquetas: 208,000 grupo y factor: O+, bHCG negativa
- Pruebas serológicas negativas
- Prueba antigénica para COVID 19: no reactivo
- Electrolitos: Na+: 142, K+: 3,5
- Examen de orina: ligeramente turbia, leucocitos: 2-4 por campo, hematíes: 0-2 por campo, nitritos, glucosa proteínas negativos, gérmenes en regular cantidad
- Ecografía TV: útero AVF de bordes irregulares y parénquima heterogéneo de 113x85x87mm, presencia de masa 83x62 mm, endometrio de 0,73 cm
- Marcadores tumorales negativos: AFP, CA 125, CEA
- Colonoscopia: lesión subepitelial en colon ascendente: lipoma

Plan de trabajo

1. Dieta líquida + líquidos a voluntad
2. Completar estudios para endometriosis
3. Preparar para cirugía
4. Control de funciones vitales

Operación efectuada

- Resección de focos endometriósicos + histerectomía + salpingectomía bilateral por endometriosis profunda y miomatosis uterina

I.3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

La rotación de este segmento empezó en noviembre en el C. S. Salamanca.

Caso clínico N° 5

Anamnesis

Paciente femenino de 46 años, acude a consulta externa refiriendo “picadura de insecto” en pierna derecha mientras ordenaba su dormitorio el día previo a la consulta. Además, refiere dolor leve y sensación de “quemazón” en zona afectada, niega prurito, niega sensación de alza térmica.

Antecedentes personales: Dislipidemia en tratamiento

Antecedentes familiares: Padre con diabetes mellitus, madre con dislipidemia

Medicación habitual: Atorvastatina 20 mg

Alergias: niega

Vacunas: completas

Examen físico

Paciente AREG, AREN, AREH, con funciones vitales estables:

Presión arterial (PA): 110/70, frecuencia cardíaca (FC): 83, frecuencia respiratoria (FR): 18, temperatura: 36,8 C, saturación O₂: 99%, FiO₂: 21, peso: 81, talla: 1,54

Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2 segundos, se observa mancha con centro violáceo y pálida alrededor, indurada, con signos flogóticos de aproximadamente 3x5cm, dolorosa leve a la palpación.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada. Murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, poco depresible por tejido adiposo, no doloroso a la palpación.

Sistema nervioso central: Lúcido orientado en tiempo espacio y persona.

Escala de Glasgow 15/15 (apertura ocular: 4, respuesta verbal: 5, respuesta motora: 6)



Imagen 1: Placa liveloide observada en pierna derecha

Impresión diagnóstica

Mordedura o picadura de insecto

- Loxoscelismo cutáneo

Plan de trabajo

1. Se indica colocar hielo en zona afectada y elevar la extremidad derecha
2. Doxiciclina 100 mg 1 tab VO c/8h por 5 días
3. Ibuprofeno 400 mg 1 tab VO c/12h por 5 días
4. Dexametasona 1 tab VO c/24h por 5 días
5. Se indica acudir a establecimiento en 1 semana para control

Caso clínico N° 6

Anamnesis

Paciente femenino de 27 años acude a consulta externa por presentar dolor tipo urente durante la micción de intensidad 7/10 asociado a polaquiuria y tenesmo vesical desde aproximadamente 2 días. Refiere aplicación de óvulo

vaginal porque “anteriormente le ha funcionado” y toma de paracetamol para el dolor.

Antecedentes personales: Infección urinaria, candidiasis vaginal

Antecedentes familiares: Padre con hipertensión arterial

Medicación habitual: Paracetamol

Alergias: Niega

Examen físico

Paciente AREG, AREN, AREH, con funciones vitales estables:

Presión arterial (PA): 105/65, frecuencia cardiaca (FC): 74, frecuencia respiratoria (FR): 17, temperatura: 37,3 C, saturación O2: 98%, FiO2: 21, peso: 67, talla: 1,64

Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar < 2 segundos

Tórax y pulmones: amplexación conservada. Murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, poco depresible por tejido adiposo, no doloroso a la palpación.

Aparato genito-urinario: Puntos renoureterales derecho (+) puño percusión lumbar (-)

Sistema nervioso central: Escala de Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Infección urinaria

Exámenes auxiliares

Se solicita lo siguiente:

- Examen de orina: orina turbia densidad 1005, leucocitos: 18-25 por campo, hematies 3-4 por campo, nitritos +, gérmenes +++

Plan de trabajo

1. Se explica signos de alarma: fiebre, dolor lumbar intenso
2. Ciprofloxacino 500mg 1 tab VO c/12h por 5 días

3. Ibuprofeno 4000 mg condicional a dolor
4. Se indica higiene genital, abundantes líquidos, evitar sustancias irritantes, uso de ropa interior de algodón, orinar luego de tener relaciones sexuales.
5. Se indica para control en una semana

I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N° 7

Anamnesis

Paciente varón de 2 años acude a consulta externa acompañado de madre por presentar deposiciones líquidas sin moco ni sangre, en un total de aproximadamente 5 cámaras por día desde hace 2 días asociado a hiporexia, fiebre (T: 38°C) y vómitos postprandiales en dos ocasiones el día de hoy. Madre refiere administración de paracetamol, además que hermana está presentando misma sintomatología.

Antecedentes personales: Niega

Antecedentes familiares: Hermana con asma

Medicación habitual: Niega

Alergias: Niega

Examen físico

Paciente AREG, AREN, AREH, con funciones vitales estables:

Frecuencia cardíaca: 100, frecuencia respiratoria: 20, temperatura: 38,5 C, saturación O₂: 98%, FiO₂: 21, peso: 14,5, talla: 96, apetito disminuido y sed aumentada

Piel y faneras: tibia, elástica, llenado capilar < 2 segundos, mucosa oral hidratada

Tórax y pulmones: amplexación conservada. Murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos aumentados. Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en mesogastrio.

Sistema nervioso central: irritable, Escala de Glasgow 15/15,

Impresión diagnóstica

- Diarrea aguda acuosa leve (sin signos de deshidratación)

Plan de trabajo

Se le indica el plan A

1. Manejo ambulatorio
2. Sales de rehidratación oral (SRO) 1 sobre diluido en 1 litro de agua VO c/24 horas por dos días
3. Paracetamol 9 ml VO c/8h por 3 días
4. Enterogermina 1 ampolla VO c/24h por dos días
5. Abundantes líquidos, continuar alimentación
6. Se explica signos de alarma y deshidratación

Caso clínico N° 8

Anamnesis

Paciente femenina de 5 años acude a consulta externa acompañado de familiar por presentar aparición el día de ayer de erupciones en manos y ahora en pies, pruriginosas y con leve dolor. Familiar refiere además que presentó fiebre de 38 y deposiciones líquidas sin moco ni sangre (3 cámaras) días previos asociado a malestar general y dolor abdominal.

Antecedentes personales: Infección urinaria hace un año

Antecedentes familiares: Niega

Medicación habitual: Niega

Alergias: Niega

Vacunas: Completas

Examen físico

Paciente AREG, AREN, AREH, con funciones vitales estables:

Frecuencia cardiaca: 105, frecuencia respiratoria: 22, temperatura: 38,5 C, saturación O2: 98%, FiO2: 21, peso: 18, talla: 103, apetito disminuido

Piel y faneras: tibia, elástica e hidratada llenado capilar < 2 segundos, se evidencia de múltiples vesículas y máculas ubicadas en región dorsal y lateral de manos, pies. A la inspección de cavidad oral, se observa úlcera pequeña en paladar además se palpa adenopatía cervical única de aprox 1x1 cm

Tórax y pulmones: amplexación conservada. Murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos aumentados. Blando, depresible, doloroso leve a la palpación difusa.

Sistema nervioso central: Escala de Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Enfermedad mano, pie, boca

Plan de trabajo

1. Manejo ambulatorio
2. Paracetamol 11 ml VO c/8h por 3 días
3. Loratadina VO condicional a prurito
4. Se brinda recomendaciones como Abundantes líquidos y continuar alimentación, lavado y baño diario, evitar tocarse ojos, nariz, boca, evitar ir al colegio.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), hospital de referencia nacional de nivel III-1, inaugurado por el presidente Manuel A. Odría en 1949 y se encuentra ubicado en el distrito de El Agustino. Su jurisdicción comprende los distritos de Lima-Este: Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho y Santa Anita. Actualmente cuenta con 16 Departamentos subdivididos en 66 Servicios (3, 4).

Desde su concepción, fue diseñado con el objetivo de brindar asistencia a pacientes con tuberculosis, es así que, el 20 de junio de 1944, se inicia la construcción de este establecimiento en el “Fundo Bravo Chico”, nombre por el cual también es conocido, siendo el primer nosocomio nacional que tuvo este fin (3).

Durante la pandemia COVID 19, tuvo gran relevancia por su capacidad resolutoria y por contribuir y controlar el virus como lo fue establecido en la Directiva Sanitaria N° 135 de vigilancia epidemiológica (5).

Los reglamentos del internado 2022-2023 fueron publicado el 15 de mayo bajo la directiva Directiva Administrativa N° 331-2022, “Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud”, donde se promulgó que el internado se llevaría a cabo en un centro hospitalario y un establecimiento de primer nivel. Si bien se menciona que la duración de este último no debe ser menor al 20% del total de meses (10 meses), el departamento de docencia del HNHU y la Universidad San Martín de Porres, optaron por asignar dos meses y medio para cada rotación en el hospital con el fin de que estas sean más completas, por lo que se pudo realizar prácticas en dos servicios: gineco-obstetricia y cirugía general. Además, se estableció el estipendio mensual de 400 soles (establecido también en el Decreto Supremo N°020 del 2002), el aseguramiento de vida y la entrega de EPP, mandatos que se cumplieron durante la totalidad del internado (2, 6).

Por otro lado, los siguientes 5 meses, fueron desarrollados en el Centro de Salud Salamanca de categoría I-3 ubicada en el distrito de Ate en donde se

otorgaron 4 plazas para la Universidad San Martín de Porres. Este establecimiento comenzó sus actividades en febrero del 2011, inicialmente ubicado en Av. Los Mochicas 5131 para posteriormente trasladarse al Jirón Los Abetos 115. El centro atiende turnos de 12 horas diarias y cuenta con los servicios de medicina, enfermería, obstetricia, psicología, nutrición, terapia física y de lenguaje, además de un área administrativa y logística (7).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico N° 1

Ante todo trauma, es de suma importancia iniciar la atención siguiendo la estructura del ATLS (Apoyo Vital Avanzado en Trauma) que consiste en la evaluación primaria (donde se incluye el ABCD), control de funciones vitales y la posterior evaluación secundaria detallada (8).

La clasificación varía según el mecanismo en trauma cerrado y penetrantes, estos últimos se subdividen de acuerdo al agente en arma blanca y arma de fuego (PAF) (9). El concepto de control de daños es relevante en el caso, se realiza con el fin de acortar el tiempo quirúrgico este trata de evitar triada mortal que consiste en hipotermia, acidosis y coagulopatía. en cuatro fases: la fase 0 donde se realiza el reconocimiento de la aplicación de control de daños; la fase 1, consiste en una laparotomía donde se controla el sangrado y se restituye lo que perdió, con un cierre de pared diferido; la fase 2, la restauración clínica en unidad de cuidados intensivos; la fase 3, con reintervención quirúrgica y cierre definitivo (10).

Según la anamnesis de la historia clínica presentada, corresponde a un trauma por PAF, el paciente está inestable hemodinámicamente y con signos de peritoneales por lo que es intervenido con cirugía control de daños mediante una laparotomía exploratoria con incisión supra-infraumbilical. Durante el procedimiento, se evidencia trauma renal derecho grado V (estallido renal y vascular), se llama a especialista y este procede a hacer la nefrectomía derecha, según lo indicado (11).

Además, se realiza packing hepático con 8 gasas tipo dressing que fueron retiradas tras una semana.

Caso clínico N° 2

Para el 2020, la apendicitis aguda complicada constituyó una de las primeras diez causas de morbilidad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (12)

Definido como el proceso inflamatorio del apéndice cecal producido por la obstrucción de su base. Entre las causas, se encuentran la hiperplasia linfoidea (frecuente en niños), fecalitos (en adultos y ancianos mayormente), parásitos (como ascaris lumbricoides, oxiuros, etc.), cuerpos extraños o tumores (13).

La diagnóstico se basa en la clínica se caracteriza por la cronología de Murphy iniciando con un cuadro de anorexia/hiporexia, con dolor inespecífico difuso asociado a náuseas y vómitos y fiebre para luego presentar el dolor en fosa iliaca derecha. Los exámenes como hemograma completo, PCR apoyan el diagnóstico.

La escala de Alvarado modificado es un sistema que permite guiar el manejo posterior, que consiste en asignar puntos: leucocitosis y signo de McBurney positivo aportan con dos puntos cada uno, mientras que los demás criterios (migración, el rebote a la palpación en FID, anorexia, náuseas y/o vómitos, temperatura mayor a 37,5 C) tienen un punto. Si se obtiene un puntaje mayor a 7, se debe proceder con la apendicectomía; en cambio, si se obtiene de 4 a 6 puntos, se mantendrá en observación al paciente por 12 horas y con reevaluación, determinar el siguiente paso (14).

En el caso clínico número 2 se optó por realizar un apendicectomía abierta tras la evaluación de los médicos especialistas encontrando peritonitis localizada, motivo por el cual el paciente se queda hospitalizado por tres días.

III.2. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Caso clínico N° 1

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas, un peso fetal menor de 500 mg o en un producto con longitud craneo-caudal menor a 25 cm. La etiología es diversa e incluye cromosomopatías, defectos anatómicos (como miomas, útero bicorne, etc.), factores inmunológicos (como lupus eritematoso o síndrome antifosfolipídico), infecciones, factores tóxicos (como tabaco, drogas), problemas endocrinológicos entre otros (15, 16).

Se clasifica en aborto precoz, aquel que se produce en las primeras 12 semanas y suele ser el más frecuente y el aborto tardío, pasadas las 12 semanas de gestación.

Las pacientes acuden al centro por un cuadro caracterizado por amenorrea, sangrado vaginal asociado a dolor en hemiabdomen inferior y para acercarnos al diagnóstico, es necesario realizar un examen físico detallado. En caso se encuentre cerrado el orificio cervical interno (OCI), es posible que estemos ante una amenaza de aborto o un aborto retenido, y se diferencian por la actividad cardiaca fetal mediante ecografía, donde si se presenta la misma (es decir, el embrión está vivo), se trata de una amenaza. Asimismo, si el OCI está abierto puede tratarse a un aborto en curso o a uno consumado. En el primero, será un aborto inminente si las membranas están intactas; en cambio, si están rotas, constituye un aborto inevitable. En el segundo, si hay restos embrionarios se clasifica como aborto incompleto, de lo contrario, el aborto es completo. La ecografía nos confirma mediante el engrosamiento endometrial y la presencia de restos endouterinos.

Teniendo la confirmación del diagnóstico y habiendo evaluado el estado de la paciente, se procede al tratamiento precoz. El caso clínico expuesto corresponde a un aborto incompleto con estabilidad hemodinámica, y dentro del manejo cabe la posibilidad que sea expectante, sin embargo, tiene un nivel de recomendación C, por lo más óptimo consiste en realizar un aspirado manual endouterino por un médico capacitado con controles de hemograma luego del procedimiento y vigilancia de los signos de alarma (17).

Caso clínico N° 2

La endometriosis es una patología inflamatoria que cursa con dolor pélvico crónico y su fisiopatología se basa en la implantación anormal del endometrio fuera de la cavidad endometrial a lugares como el fondo uterino, pericervical o a anexos. La teoría más aceptada es la menstruación retrógrada aunque también se describe la diseminación de tejido endometrial a través de vasos sanguíneos y la metaplasia celómica (18).

La etiología se desconoce pero se sabe que hay múltiples factores entre ellos, inmunológicos, neurológicos y hormonales (estrógeno dependiente).

El diagnóstico confirmatorio se realiza con la cirugía mediante la observación directa de tejido endometrial ectópico, sin embargo, se sospecha por la clínica que incluye dismenorrea, dispareunia, disquecia (“tríada clásica”), sangrado uterino anormal, dolor al orinar hasta infertilidad, síntomas que alteran la calidad de vida de quien la padece siendo causante incluso de depresión y ansiedad a largo plazo (19).

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva clasifica la endometriosis en cuatro etapas (mínima, leve, moderada y grave). En las dos primeras etapas el manejo es predominantemente médico con antiinflamatorios no esteroideos, terapia hormonal (danazol, anticonceptivos orales combinados, inhibidores de la aromatasa) Sin embargo, si cursa con persistencia del dolor, falla en el tratamiento médico, infertilidad o se encuentra en estadios avanzados, el tratamiento quirúrgico es indicación. La cirugía conservadora está reservada para mujeres que aún desean gestar. La técnica que tiene menos efectos post cirugía es la laparoscopia, aunque igual de efectiva que la laparotomía (18, 20).

III.3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico N° 1

El loxoscelismo es una de las causas más frecuentes de picadura de insectos, producida por la araña del género *Loxosceles*, con predominio sudamericano de la especie “laeta” que se encuentra principalmente en zonas urbanas. Generalmente, la mordedura se produce en el entorno domiciliario y hasta un 60% de ocasiones se reconoce al animal (como en el caso clínico). Sin embargo, muchas veces pasa desapercibida la lesión (21, 22).

El diagnóstico es clínico por la observación de la lesión, el antecedente de la picadura y por la presencia de dolor típicamente en la zona afectada horas después. Se clasifica en loxoscelismo cutáneo y visceral o sistémica, siendo el primero el que corresponde al caso (23).

Ya que la afectación es local, no se solicitó exámenes complementarios pero sí es necesario darle seguimiento a la evolución de la herida. El tratamiento es sintomático, en donde se incluye: disminuir la temperatura de la zona con la aplicación de hielo previa limpieza de lesión con agua y jabón, uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y opioides (en caso el dolor sea intenso), antihistamínicos si se presenta prurito vía oral o intramuscular. El uso de esteroides puede ser beneficioso ya que disminuye la hemólisis como fue administrado en el caso y la dapsona como antibiótico a partir del tercer día, asociado a una correcta hidratación (24). Asimismo, dentro del plan de trabajo, se indicó un antibiótico; sin embargo, a menos que no se presente infección en piel circundante, no tenía sustento. Maguiña, formula un cuadro algoritmo sobre el manejo conciso que se presenta en el anexo 1 (25). Además, en caso se evolucione a tejido necrótico, la debridación es recomendada cuando ya la herida esté estable y delimitada, que se consigue semanas después, para no aumentar los efectos del veneno (23).

Caso clínico N° 2

La infección urinaria es de las infecciones más frecuentes en mujeres y que, por su manejo ambulatorio, es de las principales consultas en el primer nivel de atención.

El agente etiológico más frecuente es la *Escherichia coli*. Esta infección inicia por la colonización de la zona vaginal, generalmente por patógenos fecales y pronto asciende a las vías urinarias hasta vejiga llegando a causar un cuadro más complicado si alcanza los riñones como el de pielonefritis, por ello debe ser tratada de manera precoz (26).

Es importante reconocer los factores de riesgo para advertir a la paciente y evitar infecciones recurrentes. Entre ellas se encuentran el mantener relaciones sexuales frecuentes y/o diarias, uso de espermicidas, antecedente de gastroenteritis, malos hábitos higiénicos, enfermedades de fondo (como incontinencia urinaria, litiasis renal, etc.) que necesitan ser tratadas (27).

El diagnóstico se basa en la clínica de cistitis, donde se encuentra signos de inflamación local como disuria, polaquiuria, urgencia miccional y tenesmo vesical y/o febrícula; y puede adicionarse el examen de orina donde se encontrará aumento de leucocitos y nitritos y gérmenes positivos (28).

El tratamiento se basa principalmente en la terapia antibiótica y las medidas preventivas. Los medicamentos de primera línea son la nitrofurantoína de 100 mg cada 6-8 horas por 5 días, cefalexina cada 8h por 7 días y la fosfomicina en dosis única. A pesar de estas recomendaciones, es usual ver que los médicos prescriben fluoroquinolonas en las recetas no siendo el fármaco de mejor opción (29, 30).

Asimismo, en casos que presente persistencia de disuria, puede ser de administrar fenazopiridina, analgésico de vías urinarias, cada ocho horas. Su uso es seguro y eficaz, más no es recomendado tomarlo de manera crónica (31).

III.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico N° 1

La enfermedad diarreica aguda constituye una de las principales causas de morbilidad pediátrica. Incluso para febrero de 2023, se registró un brote con 982 casos en la región de Tumbes (32).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define por la presencia de deposiciones líquidas mayor o igual a 3 veces en 24 horas (33).

Se puede clasificar según la duración de la enfermedad en aguda (menor a 14 días), persistente (entre 2 a 4 semanas) y crónica (mayor a un mes) según la etiología en viral (como Rotavirus) o infecciosa (como Shigella, Salmonella, Campylobacter) o infecciosa (34).

El diagnóstico es clínico dado por las características de las deposiciones (presencia de moco o sangre), asociado a náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, pujo y tenesmo, fiebre, etc. y es de importancia evaluar los signos de deshidratación porque de eso depende el manejo. En el anexo 2, se presenta un esquema con los signos para clasificar el grado de deshidratación (35).

Según la evaluación, el caso clínico corresponde a un niño sin signos de deshidratación por lo que le corresponde iniciar el Plan A (conocido con el acrónimo de ACREZ), que consiste en:

- Aumentar los líquidos

- Continuar alimentación
- Reconocer los signos de alarma
- Enseñar a la madre las medidas preventivas
- Suplemento con zinc: 2 cucharadas de jarabe por 10 días (para el caso presentado)

Además está indicado la administración de Sales de Rehidratación de Oral de baja osmolaridad 100 – 200 ml 1 a 2 sobres por día (35).

Caso clínico N° 2

La enfermedad mano pie boca es una patología contagiosa y autolimitada causada por el virus Coxsackie A16 principalmente. La transmisión puede ser vía oral, vía respiratoria o por contacto de persona a persona y el diagnóstico se da por la sintomatología presentada, que puede iniciar con un cuadro catarral pródromo, diarrea, dolor abdominal para luego aparecer las típicas erupciones. Estas lesiones se manifiestan en boca en forma de vesículas o úlceras, que dificultan la alimentación del niño, además hay erupción maculopapular que progresan a vesículas umbilicadas en manos, pies o glúteos (36, 37).

El manejo es básicamente sintomático y preventivo pues tiene resolución espontánea. Se indica antihistamínicos para evitar el rascado y por ende, la infección de piel, analgésicos para el malestar general, antipiréticos si padece de fiebre, asociado a las medidas higiénicas como el lavado de manos, baño diario y evitar el contacto directo o a través de objetos (38).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico en Perú es un programa que suele tener la duración de un año, aunque debido a la pandemia se realizó en 10 meses y se lleva a cabo luego que el estudiante de medicina termina sus cursos teóricos en las aulas universitarias. El objetivo del internado es proporcionar una experiencia práctica en las áreas de medicina más relevantes para que los estudiantes puedan consolidar su conocimiento teórico y desarrollar habilidades clínicas.

Como interno, rotar en un hospital de referencia nacional implica un reto, más aún si se estuvo bajo la modalidad virtual el año previo. La carga laboral en un hospital del MINSA suele ser más demandante pues no solo se realiza la parte asistencial, sino también nos encontramos ante un sistema arcaico en temas administrativos y burocráticos, que enlentece la atención y muchas veces, por esos motivos, el interno debe quedarse más horas en el establecimiento. A pesar de ciertas dificultades, hay innumerables ventajas de realizar prácticas en un nosocomio de tal magnitud. La cantidad y variedad de casos enriquecen los conocimientos y suman a nuevos aprendizajes. Asimismo, los médicos asistentes y residentes incluyen al interno en la discusión de casos clínicos y en los pases de visita como parte de la formación lo que permite al estudiante tener discernimiento y análisis propio del caso presentado, además, lo enfrenta a cómo se lleva a cabo la práctica médica realmente con un manejo integral contando con escasos recursos. Del mismo modo, el hospital constituye un entorno multidisciplinario, lo que ayuda al interno a desarrollar habilidades sociales, de comunicación, trabajo en equipo y lo forma con sensibilidad, humanidad y empatía al tratar directamente con los pacientes, sus familiares y las dificultades que padecen cuando se enfrenta al sistema de salud peruano.

Tener la oportunidad de rotar por cirugía general en el HNHU fue valioso, pues los internos tienen autorizado ser partícipes de entrar a sala de operaciones con sus pacientes, instrumentar el procedimiento y hacerles el seguimiento post quirúrgico, por lo que se abarcaba un manejo holístico, de principio a fin. Del mismo modo, en la rotación de gineco-obstetricia fue posible una variedad de casos de patologías más frecuentes como las emergencias obstétricas y

enfermedades orgánicas ginecológicas, a realizar una adecuada anamnesis derivando en un diagnóstico precoz, a solicitar exámenes auxiliares de manera racional y rápidamente iniciar el tratamiento más adecuado.

En contraste, la atención en el primer nivel de atención difiere a la de otros niveles. En esta predominan las actividades preventivo-promocionales y constituyen la puerta de entrada al sistema sanitario. Haber tenido el privilegio de rotar por C.S. Salamanca, fue una oportunidad de desenvolverse en un ambiente diferente y tener mayor acercamiento y preparación para el SERUMS pues se aprendió el manejo y abordaje de las enfermedades más frecuentes de la comunidad, el manejo del sistemas de referencia computarizado, el llenado adecuado de formatos (como el Formato Único de Atención-FUA, Sistema de Información Hospitalario-HIS), el seguimiento de los programas (por ejemplo, de tuberculosis), la importancia de economizar los recursos que brinda el Sistema Integral de Salud (SIS), experiencia en las visitas domiciliarias y el trabajo de campo, todos estos aspectos que aplicaremos una vez terminado la carrera.

Por último, a los estudiantes de medicina se nos forma desde los primeros años con ciertas aptitudes como la resiliencia, la asertividad, liderazgo, tomar la iniciativa ante alguna dificultad, resolución de conflictos, sobre todo de flexibilidad y adaptabilidad, por lo que encontrarnos ante el escenario atípico que se desarrolló el internado médico durante la pandemia, no fue la excepción para la aplicación de estas virtudes y de nuestros conocimientos.

CONCLUSIONES

El programa de internado médico, realizado el último año de la carrera, es requisito necesario para graduarse de médico general en nuestro país y en donde se busca que el estudiante encuentre un equilibrio entre la teoría aprendida y su aplicación al campo clínico.

La pandemia COVID 19 afectó a toda la población, incluyendo al personal de salud, entre ellos, los internos de medicina de ese entonces pues se vieron perjudicados con retraso del inicio oficial, el acortamiento de los meses y no rotar por todas las especialidades en el hospital. Sin embargo, sirve como antecedente para los diferentes escenarios en un futuro y a tener un plan de contingencia adecuado en caso sea requerido.

El contraste entre un establecimiento del primer y tercer nivel de atención, es significativo por lo que desempeñar el internado en ambas instituciones fue una ventaja que permitió una formación integral del alumno y una oportunidad que antes del año 2020, se desconocía.

Finalmente, las habilidades clínicas aprendidas y los conocimientos reforzados en esta etapa servirán a los próximos médicos, para desempeñarse en cualquier ámbito de la medicina.

RECOMENDACIONES

- El próximo interno de medicina debe recibir charlas de inducción y mentorías previo al inicio oficial, considerando que se estuvo llevando algunos cursos de manera virtual y que estuvo alejado del ambiente hospitalario el año anterior.
- El internado médico debe ser realizado bajo la supervisión de coordinadores médicos capacitados en docencia de cada facultad, para garantizar el desarrollo de competencias y habilidades de cada estudiante.
- Se recomienda que las universidades brinden ayuda psicológica y acompañamiento con profesionales especializados, para contrarrestar los efectos adversos que podrían presentarse en el internado, como la depresión, ansiedad, estrés, etc.
- Es necesario que las universidades velen por el bienestar del interno de medicina, es así que se recomienda que soliciten que se cumpla con lo establecido en la ley en cuanto a las horas de trabajo, el estipendio mensual y la entrega de equipos de protección personal (EPP) a la entidad correspondiente.
- Se sugiere que las facultades continúen brindando acceso gratuito a herramientas educativas (por ejemplo, UptoDate, ClinicalKey, etc) y/o libros en línea que aporten en el aprendizaje constante del estudiante.
- Las universidades deben evaluar periódicamente a los internos mediante simulacros y brindar clases teóricas para reforzar los conocimientos y con el fin de prepararlos para el examen nacional de medicina (ENAM) y para su trayectoria profesional en general.

- Las facultades deben asegurar que se consiga el número de plazas acorde a la cantidad de alumnos, para que estos no se vean perjudicados al momento de adjudicar y que la plaza escogida, sea conveniente y cercano al hogar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Internado Médico en el Primer Nivel de Atención: Currículo y Manual del Interno. 2021. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie5.pdf>
2. Resolución Ministerial N.º 351-2022-MINSA [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2987398-351-2022-minsa>
3. Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. Historia .[citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/historia/>
4. Hospital Nacional Hipólito Unanue [Internet]. Información institucional . [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hnhu/institucional>
5. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Plan hospitalario de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del 2019-nCoV. 2020. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/07/PLAN-HOSPITALARIO-CORONAVIRUS.pdf>
6. Arroyo-Ramirez FA., Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta méd. Peru [Internet]. 2020 Oct [citado 2023 marzo 10] ; 37(4): 562-564. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400562
7. Centro De Salud Salamanca en Ate. MINSA [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-este/centro-de-salud-salamanca-ate/>
8. Anamaría Pacheco F. Trauma de abdomen. Rev Med Clin Condes. 1 de septiembre de 2011;22(5):623-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trauma-abdomen-S0716864011704746>

9. Paca Ajitimbay, TN, Pilatasig Pérez, LF, Verdezoto Unaicho, GS, Quisanga Llumiluiza, J. M. (2022). Trauma abdominal cerrado. Manejo inicial en urgencias. RECIMUNDO, 6(2), 112-119.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.112-119](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.112-119)
10. Carranza-Cortés JL. Control del daño en trauma de abdomen. Anest. Méx. [Internet]. 2016 Abr [citado 2023 marzo 10] ; 28(1): 34-39. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712016000100034&lng=es
11. Erlich T, Kitrey ND. Renal trauma: the current best practice. Ther Adv Urol. 10 de julio de 2018;10(10):295-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6120183/>
12. HNHU. Análisis Situacional de Salud Hospitalario 2021. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/04/ASIS-2021-FINAL.pdf>
13. Salinas PA, Garibaldi FJ. Apendicitis aguda en el adulto. Revisión de la literatura. Ciencia UG Revista Universitaria en Ciencias de la Salud. 1 de septiembre de 2012;2(3):21-9. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA405808216&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=&p=IFME&sw=w&userGroupName=anon%7E4d181686>
14. Hernández-Cortez J, León-Rendón JL, Martínez-Luna M, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2023 marzo 10] ;41 (1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es
15. Torres-Pineda M, Urrego-Pachón MA. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2022 [citado 2023 marzo 10] ; 90(7): 590-598. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000700006&lng=es
16. Guevara-Ríos E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2010;56(1):10-

17. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428195003>
17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Aborto espontáneo. 2010. [citado 2023 marzo 10]
18. Durón González R, Bolaños Morera P. Endometriosis. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. marzo de 2018 [citado el 10 de marzo de 2023]; 35(1): 23-29. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100023&lng=en
19. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. Cell. 27 de mayo de 2021;184(11):2807-24. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867421005766>
20. Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). Int J Mol Sci. 29 de septiembre de 2021;22(19):10554. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8508982/>
21. Melloni Magnelli L, Esquivel Peña H, Azuara Castillo G, Ramos Ortiz C, Melloni Magnelli L, Esquivel Peña H, et al. Loxoscelismo local y sistémico. Acta médica Grupo Ángeles. Marzo del 2016;14(1):36-8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032016000100036&script=sci_arttext
22. Baldovino R, Moreira N, Fernández A, Ferré A, Guerra M, Jaureguiberry J, et al. Loxoscelismo cutáneo: A propósito de un caso clínico. Archivos de Pediatría del Uruguay. 2012;83(4):273-7. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492012000400007
23. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía para el Manejo de Mordedura de Araña de los Rincones - Loxosceles laeta. 2016. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/11/LOXOSCELES-FINAL.pdf>
24. Cardona-Hernández MÁ, Barragán-Dessavre M, Muñoz-de Peña KV, Rodríguez Quintanilla IC. Loxoscelismo cutáneo. Rev Cent Dermatol

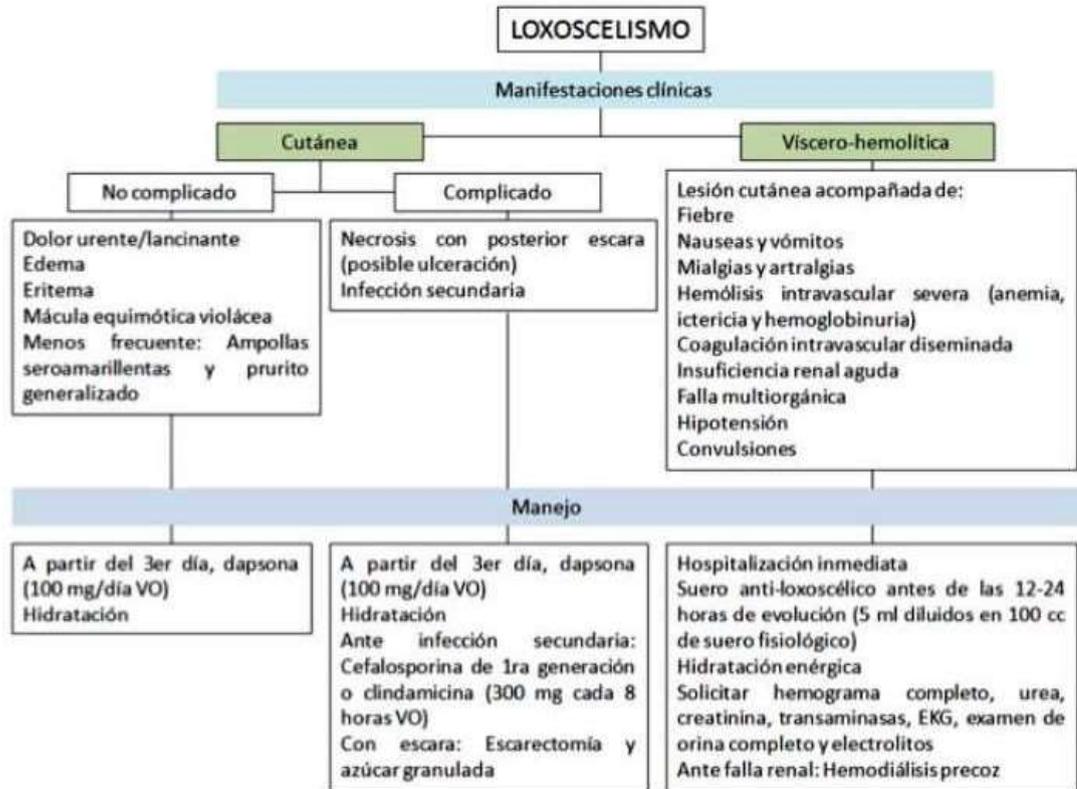
- Pascua. 22 de abril de 2020;28(3):122-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92882>
25. Maguiña Vargas C, Figueroa Vásquez V, Pulcha Ugarte R. Actualización sobre manejo de araneísmo en Perú. Revista Médica Herediana. julio de 2017;28(3):200-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2017000300011
26. Foxman B. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. Infect Dis Clin North Am. marzo de 2014;28(1):1-13.
27. Pigrau C, Escolà-Vergé L. Infecciones urinarias recurrentes: desde la patogenia a las estrategias de prevención. Medicina Clínica. 28 de agosto de 2020;155(4):171-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577532030316X>
28. Malpartida Ampudia MK. Infección del tracto urinario no complicada . Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 10 de marzo de 2023];5(3):e382. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/382>
29. Nemirovsky C, López Furst MJ, Pryluka D, De Vedia L, Scapellato P, Colque A, et al. [Consenso Argentino Intersociedades de Infección Urinaria 2018-2019 - Parte I]. Medicina (B Aires). 2020;80(3):229-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32442937/>
30. Avalos Bogado HF, Melgarejo Martínez LE, Ibarra Gayoso MV, Szwako Pawlowicz AA, Santa Cruz Segovia FV, Avalos Bogado HF, et al. Manejo de las infecciones urinarias en la consulta ambulatoria: de las guías a la práctica clínica. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción). diciembre de 2018;51(3):61-8. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1816-89492018000300061&script=sci_arttext
31. Marín-Piva H, Fonseca-Gamboa C, Sáenz-Campos D. Estudio de utilización de fenazopiridina en la atención médica ambulatoria en la seguridad social. Acta Médica Costarricense. septiembre de

- 2012;54(3):171-4. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300008
32. Ministerio de Salud. CDC Perú reporta brote de enfermedad diarreica aguda (EDA) en distritos de Tumbes [Internet]. CDC MINSA. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporta-brote-de-enfermedad-diarreica-aguda-eda-en-distritos-de-tumbes/>
33. OMS. Enfermedades diarreicas [Internet]. [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
34. Díaz Mora José Javier, Echezuria M Luis, Petit de Molero Nelly, Cardozo V María Auxiliadora, Arias G Armando, Rísquez P Alejandro. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2014 Mar [citado 2023 marzo 10] ; 77(1): 29-40. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007&lng=es
35. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda infecciosa en paciente pediátrico [Internet]. abril 2017 [citado 10 marzo 2023].
36. Acosta Torres J, Torres Mariño L, González Ortega E, Fonseca M, Cabrera Moroña M, Taño Espinoza E, et al. Características clínico epidemiológicas de pacientes pediátricos con enfermedad boca, mano, pie. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2018 Sep [citado 2023 marzo 10]; 90(3):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312018000300003&lng=es
37. Rodríguez-Zúñiga M, Vértiz-Gárate K, Cortéz-Franco F, Quijano-Gomero E. Enfermedad de mano, pie y boca en un hospital del Callao, 2016. Rev. Perú. medicina Exp. salud pública [Internet]. 2017 Ene [citado 2023 marzo 10] ; 34(1): 132-138. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-

[46342017000100019&lng=es.http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2710](http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2710)

38. Cabrera Escobar D, Ramos Plasencia A, Espinosa González L. Enfermedad boca mano pie. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2018 Jun [citado 2023 marzo 10] ; 16(3): 469-474. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000300014&lng=es

Anexo 1: Algoritmo del manejo de loxoscelismo



Anexo 2: Esquema de la evaluación de los signos de deshidratación

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
I. OBSERVE: 1. Estado de Conciencia* 2. Ojos (b)	1. Alerta 2. Normales 3. Húmedas	1. Intranquilo, irritable 2. Hundidos	1. Letárgico o inconsciente (a)
3. Boca y lengua 4. Lágrimas 5. Sed*	4. Presentes 5. Bebe normal sin sed	3. Secas 4. Escasas 5. Sediento, bebe rápido y ávidamente	2. Muy hundidos y secos 3. Muy secas 4. Ausentes 5. 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 a 2 segundo)
III. DECIDA:	Sin signos de deshidratación	2 o más signos Algún grado de deshidratación	2 o más signos incluyendo por lo menos un "signo clave" Deshidratación grave
IV. TRATE:	Use Plan A	Use Plan B	Use Plan C